



HAL
open science

Impact du port du masque sur la relation médecin-patient : ressenti des médecins généralistes

Arthur Passerieux

► **To cite this version:**

Arthur Passerieux. Impact du port du masque sur la relation médecin-patient : ressenti des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03567001

HAL Id: dumas-03567001

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03567001v1>

Submitted on 11 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

N° 9

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 31 janvier 2022 par

Arthur PASSERIEUX

Né le 3 mars 1992

**IMPACT DU PORT DU MASQUE SUR LA RELATION MEDECIN-PATIENT :
ressenti des médecins généralistes**

Sous la direction du Dr. Jean-François GUILLE

JURY

Professeur Jean-Philippe JOSEPH Président
Professeur François PETREGNE Rapporteur et Juge
Professeur Christophe ADAM Juge
Docteur Racha ONAISI Juge
Docteur Jean-François GUILLE Directeur et Juge

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,
Directeur du Département de Médecine Générale de Bordeaux et médecin généraliste à Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur François PETREGNE,
Professeur associé au Département de Médecine Générale de Bordeaux et médecin généraliste à Gradignan.

Merci d'avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse, ainsi que d'avoir intégré mon jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Racha ONAISI,
Cheffe de clinique au Département de Médecine Générale de Bordeaux, médecin généraliste à Reignac de Blaye avec activité de consultation en Langues des Signes Françaises au CHU de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury et d'évaluer mon travail.

Merci spécialement pour vos précieux conseils au début de ce travail et votre réactivité. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Christophe ADAM
Professeur associé au Département de Médecine Générale de Bordeaux et médecin généraliste à Mérignac.

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury et d'évaluer mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Jean-François GUILLE,
Médecin généraliste à Gabarret.

Merci d'avoir dirigé mon travail. Ton soutien et ta disponibilité ont été essentiels.

Je te remercie également pour ton apport précieux en tant que maître de stage.

À tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude.

À toutes les équipes qui ont participé à ma formation : le service de Court Séjour Gériatrique du Dr.Garzitto à Mont-de-marsan, les Docteurs Lalague et Turchet, le service des Urgences de Saint-André, le service de Gynécologie-Obstétrique de Villeneuve-sur-Lot, le DMG du CH des Pyrénées, les MSP de Gabarret et St-Justin.

À mes parents. À tous les sacs oubliés dans le bus. À tous les crampons laissés à la maison. À toutes les plaies suturées au cabinet. À votre patience et votre amour sans limite surtout. Je ne peux vous dire à quel point je suis reconnaissant.

À Quentin. L'exemple à suivre n'a jamais été très loin. À tous nos bons moments passés et à venir. La vie est plus belle avec un grand frère comme toi.

À Manon. Tu as déjà occupé tous les rôles et pourtant tu resteras toujours Manon les Yeux Bleus. Merci d'être là depuis tant d'années. Avec tout mon amour.

À ma famille : Aline, Catherine, Philippe et mes cousins.

À Dominique, Marie-Pierre, Michel, Monique, et Yolande qui nous ont vu grandir.

À la famille Chevalier/Duthen pour m'avoir accueilli si chaleureusement de Nabias à Bonnut, en passant par Robion.

À Hugo. Les pires moments ont été les meilleurs juste par ta présence. Tu as déjà tout dit dans tes remerciements donc on va faire simple : ces études auraient valu le coup uniquement pour te rencontrer.

À Benjamin et Maxime. Des bancs du Stade Montois ou de Duruy à ceux de la Fac, on aura décidément tout partagé. Faire tout ce chemin avec vous a été un plaisir. En restant évidemment à votre disposition pour débloquer les fins de matchs difficiles du Hambourg SV.

À mes premiers compagnons de route : Tom, Louise, Marilou, et Paul.

À Cédric, Ophélie et Sofian. Votre professionnalisme fut mon moteur durant ce semestre d'Urgences, soyez assurés de ma profonde gratitude.

À Charly et Louise. Je n'aurais pu espérer de meilleurs parents pour ces six mois loin de chez moi. Puisse notre amitié durer aussi longtemps qu'un week-end à VSL.

À Aless, Andrea, Claire, Fabien, Julia, Noé et Yanis. Quelle chance de vous avoir rencontrés les petits potes. Je retournerais six mois de plus dans mon placard si c'était pour être avec vous. Merci pour ce semestre inoubliable.

À Adrien et Pierre. À ma plus belle Saint-Valentin. À cette soirée où j'ai su que vous seriez les bons.

À Charlène et ton amitié si précieuse.

À Clément, Gabriel, Oriane, Romain et Yanu. À la carapace rouge que vous avez lancée dans mon coeur.

À mes vieux amis Arnaud, Ben, Kevin et Thomas. Je ne compte plus les bons moments passés à vos côtés, et je suis sûr que le meilleur reste à venir. À nos prochaines retrouvailles.
Aux Affreux Etienne, Guilhem et Rémi.

À Antoine, frère labritois à qui je pense malgré la distance.

Aux Gars d'Albret, Jean-Pierre, Jean-Marc, Jean, et à tous ceux qui ont participé à cette aventure aussi belle qu'improbable. À Yahya et Kevin G que j'ai eu la chance de rencontrer à Loustalot.

À Manon et Mathilde que je n'arrive pas à lâcher malgré leurs efforts pour aller habiter le plus loin possible.

À Julie, Mathieu, Claire, Julien et nos bons moments à venir.

Aux cabinets/MSP de Labrit, Sore et Mont-de-marsan. À Laure pour ta confiance et ta gentillesse.

À Solange.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	7
AVANT-PROPOS.....	8
I. INTRODUCTION.....	9
A. La relation médecin-patient.....	9
B. Le patient au centre de la relation.....	10
C. Une relation remplie d'enjeux.....	11
D. La communication, ciment de la relation.....	11
E. Problématique.....	12
II. MATERIEL ET METHODE.....	13
A. Type d'étude.....	13
B. Guide d'entretien.....	13
C. Déroulement des entretiens.....	14
D. Retranscription et analyse des données.....	14
E. Critères de validité.....	14
F. Population de l'étude.....	15
III. RESULTATS.....	16
A. Les entretiens.....	16
B. Caractéristiques de la population étudiée.....	16
C. L'arrivée du masque en consultation.....	19
1. Une nécessité sanitaire.....	19
2. Une contrainte physique.....	19
3. Un obstacle à la communication.....	20
D. Une relation mise à l'épreuve.....	23
1. Un sentiment de distance.....	23
2. Un mauvaise usage pouvant irriter.....	24
3. L'impression de faire la police.....	25
4. Un sujet sensible.....	26
5. Des difficultés accentuées avec certains patients.....	28
Population gériatrique.....	28
Population pédiatrique.....	28
Nouveaux patients.....	29
Les « anti-masque ».....	30
E. Des difficultés confirmant l'importance du non-verbal.....	32
1. L'échange d'émotions.....	32
2. Un reflet de l'état psychologique.....	33
3. Un outil de diagnostic spontané.....	34

4. Une importance identitaire.....	34
F. Des ressources pour préserver la relation.....	36
1. Des stratégies de communication adaptées.....	36
2. Une adaptation rapide.....	38
3. Un discours apaisant.....	38
4. Des patients globalement responsables.....	39
5. Une relation solide.....	40
IV. DISCUSSION.....	43
A. Validité interne.....	43
1. La méthode	43
2. Les biais.....	43
B. Discussion des résultats.....	44
1. Le masque induit un sentiment de distance.....	44
2. Le masque en tant que symbole de l'époque.....	47
3. Une relation modifiée mais pleine de ressources.....	48
C. Perspectives.....	49
1. Recherche.....	49
2. Alternatives au masque	49
3. Formation.....	50
V. CONCLUSION.....	52
REFERENCES.....	53
ANNEXES.....	59
Annexe 1 : Le guide d'entretien.....	59
Annexe 2 : Fiche de présentation et consentement.....	61
Annexe 3 : Tableau des critères COREQ.....	63
Annexe 4 : Exemple de retranscription d'un entretien.....	65
RESUME.....	70
ABSTRACT.....	71
SERMENT MEDICAL.....	72

ABREVIATIONS

ACP : Approche Centrée Patient

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CERTOP : Centre d'Etude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNV : Communication Non-Verbale

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RMP : Relation Médecin-Patient

SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2

AVANT-PROPOS

Il n'aura fallu que six mois après la fin de mon internat avant d'être confronté, comme tous, à une situation sanitaire sans précédent. Six mois au cours desquels j'avais déjà pu prendre conscience de l'importance d'établir une bonne relation avec des patients que j'allais être amené à revoir par la suite. Un médecin à l'aise, un patient en confiance, cela semblait être la bonne formule pour tenter de répondre au mieux aux objectifs de la consultation.

Le 11 mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclarait l'état de « pandémie » et demandait des mesures de protection essentielles pour faire face au SARS-CoV-2.

Quelques jours plus tard en France, un confinement historique était mis en place.

Après une période de transition, le port du masque était ensuite rendu obligatoire pour la population générale.

En peu de temps, les consultations de mes débuts paraissaient déjà lointaines, avec en premier plan, ce masque qui cristallisait l'attention.

Devant cette situation inédite, il m'a paru évident d'étudier son impact sur la relation médecin-patient.

I. INTRODUCTION

A. La relation médecin-patient

La relation entre un médecin et son patient est humainement complexe et a évolué au fil des époques. Elle est la résultante de la rencontre de deux individus avec leurs propres vécus, personnalités, connaissances et statuts. Tout ceci s'inscrit dans un cadre environnemental et social particulier.

Le sociologue Talcott Parsons, dans les années 50, est un des premiers à vouloir théoriser cette relation. Il établit le modèle traditionnel paternaliste dans lequel le médecin, unique détenteur du savoir médical, établit un accord tacite avec son patient qui s'engage alors à respecter les décisions thérapeutiques pour tendre vers la guérison. Dans ce modèle, Parsons assume l'asymétrie de la relation avec un patient qui occupe un rôle totalement passif (1).

En réponse à ce modèle, cette asymétrie va progressivement s'effriter dans la littérature scientifique. C'est notamment le cas pour le sociologue Eliot L. Freidson qui, dans les années 70, affirme que le patient n'est pas dépourvu de savoir comme le suggérait le modèle paternaliste, mais qu'il détient plutôt un savoir et un ressenti différents sur sa maladie. Le médecin doit alors composer avec la perspective du patient, qui va être conditionnée en partie par sa culture et les exigences de sa vie quotidienne (2).

D'autres modèles seront théorisés par la suite. Une revue de la littérature réalisée par Adner Neyret en 2018 s'est intéressée à l'évolution de la relation médecin-malade afin de mieux s'y former, elle y décrit ces différents modèles (3).

Parmi eux, le modèle informatif, en opposition stricte avec le paternalisme, offre une autonomie totale au patient qui aura reçu préalablement une information claire et factuelle de son médecin. Dans ce cas, les représentations de celui-ci ne rentreront pas en compte dans le choix d'un traitement.

Le modèle délibératif, quant à lui, se basera sur une décision partagée. Le protocole thérapeutique choisi sera dans ce cas le fruit d'un débat entre un patient ayant reçu une information claire et loyale, et un médecin qui aura su prendre en compte le vécu et les attentes de son patient (4).

La multiplicité de ces théories souligne la complexité d'une relation qui est en constante évolution.

B. Le patient au centre de la relation

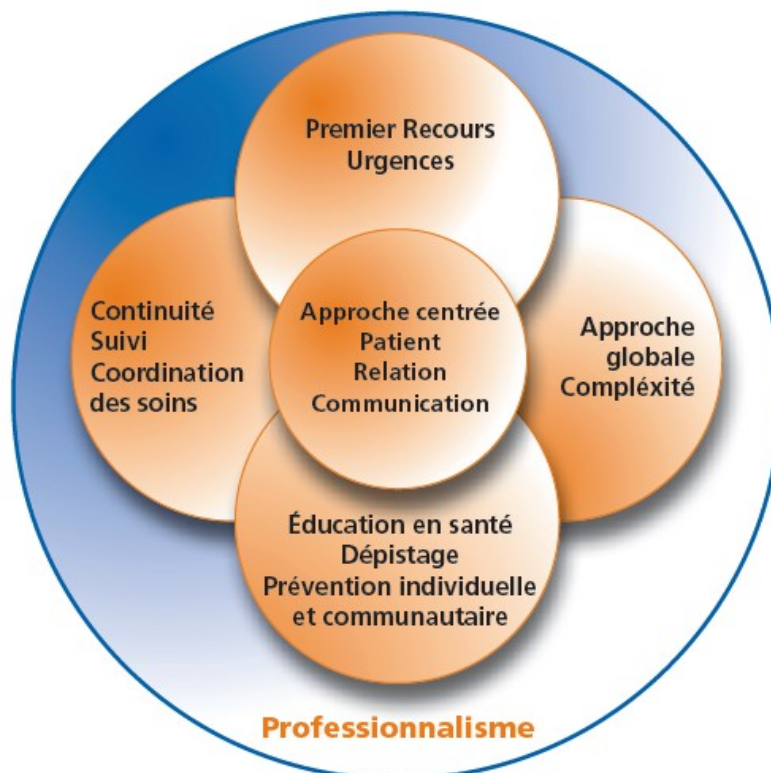
En parallèle aux progrès médicaux, de prévention, et à l'amélioration générale des conditions de vie, les dernières décennies ont vu l'émergence de maladies chroniques. L'état de santé antérieur ne pouvant plus être obtenu, un processus thérapeutique tendant vers la gestion de la maladie plutôt que la guérison a dû se mettre en place.

Ajoutés à cela les progrès technologiques et de diffusion de l'information, le patient est désormais loin de l'image passive et ignorante des modèles du passé. Il est même remis au centre du projet thérapeutique.

L'Approche Centrée Patient (ACP) est une démarche clinique reconnue (5,6). Elle considère qu'« il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches » (7).

Cette approche, applicable par tout médecin, est particulièrement adaptée aux soins primaires. C'est pourquoi elle est au coeur de la « Marguerite des compétences » (Figure 1), élaborée par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), modèle pédagogique symbolisant les compétences attendues des spécialistes en médecine générale (8).

Figure 1 : La marguerite des compétences



C. Une relation remplie d'enjeux

« Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même » (9).

Par cette phrase, le psychiatre et psychanalyste britannique Michael Balint, dont les travaux inspireront l'ACP, met en lumière le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans la relation avec son patient.

De nombreux travaux chercheront ensuite à étudier l'impact d'une bonne relation sur la santé globale des patients (10).

Un rapport récent de l'Académie Nationale de Médecine de juin 2021 affirme qu'« au-delà de la satisfaction qu'elle procure au soignant et au soigné, une bonne relation médecin-malade agit favorablement sur le résultat thérapeutique » (11).

Des résultats favorables ont notamment été obtenus sur l'observance des traitements par un renforcement de la confiance envers le médecin et une décision partagée (12).

Ce rapport précise que le résultat thérapeutique favorable est aussi obtenu par les effets propres d'une bonne relation médecin-patient qui potentialisent les effets psychologiques liés à toute thérapeutique (effet placebo notamment) (13).

De plus, il semble maintenant évident qu'établir une bonne communication entre médecin et patient est une condition essentielle pour construire ou préserver cette relation aux enjeux thérapeutiques (14–16).

D. La communication, ciment de la relation

Il est difficile de donner une définition précise et univoque de la communication. Le psychologue américain Stanley Smith Stevens la définissait simplement comme « l'utilisation d'un code pour la transmission d'un message permettant l'entrée en contact d'un émetteur et d'un récepteur » (17), avant que Jakobson introduise la notion de contexte sans quoi l'information est dépourvue de valeur (18).

La communication ne relevait désormais plus du seul langage verbal comme code, mais d'une multitude de facteurs influençant le transfert d'une information d'un émetteur à un récepteur.

En effet, de nombreux travaux ont depuis souligné la place primordiale de la composante non-verbale dans cette communication, y compris dans le domaine médical (19–21).

Plusieurs études ont donc cherché à la décrypter et ont souligné l'importance des différents aspects de cette composante tels que le positionnement du corps, les contacts physiques, ou bien les expressions du visage (22,23).

En effet, les expressions faciales font partie des indices non-verbaux les plus fréquemment retrouvés en consultation (24).

Plus généralement, « les expressions faciales sont parmi les stimuli les plus importants de la vie sociale (...) et constituent des informations utiles pour que les gens comprennent et éprouvent de l'empathie envers autrui, en particulier envers les personnes dont ils veulent vraiment comprendre les émotions. » (25). Notion d'empathie que l'on retrouve comme nécessaire à une relation médecin-patient de qualité (26).

E. Problématique

De part le contexte actuel et l'émergence du port du masque en consultation de médecine générale, une part non-négligeable de la communication non-verbale semble être tronquée.

Etant donnée son importance sur le plan relationnel, il me paraissait donc intéressant d'évaluer l'impact que le port du masque peut avoir sur la relation médecin-patient.

Il n'y a pas à ma connaissance d'étude française traitant le sujet à part l'enquête sociologique en cours de réalisation de Cédric Calvignac (CERTOP-CNRS) qui recueille les témoignages de professionnels de santé médicaux et para-médicaux dans le but d'évaluer ce que change le port du masque dans la relation soignant-soigné (27).

Mon projet diffère dans le sens où il se concentre sur la vision des médecins généralistes et de cette relation particulière qu'ils entretiennent avec leurs patients.

Question de recherche :

Quel est le ressenti des médecins généralistes concernant l'impact du port masque sur la relation avec leurs patients ?

L'objectif principal de mon étude était donc d'évaluer le ressenti des médecins généralistes concernant l'impact du masque sur la relation médecin-patient.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

La recherche qualitative permet d'explorer les phénomènes sociaux, leur signification, avec l'expérience et les perceptions des personnes interrogées.

Même si cette démarche regroupe des techniques variées, celles-ci ont en commun une conception subjective du réel et de son exploration.

Cette démarche qualitative est de ce fait particulièrement adaptée à une discipline comme la médecine générale, loin des certitudes techniques et à la croisée de divers domaines (biomédical, social, psychologique ...).

L'objectif principal étant de recueillir le ressenti de personnes autour d'un phénomène précis, la méthode qualitative s'est présentée comme la plus pertinente pour mon étude.

Par cette approche, l'exploration du lien entre « science dure » (le masque doit être porté pour lutter contre la propagation du SARS-CoV-2) et la « vraie vie » du praticien (ressenti concernant la relation avec ses patients) peut être effectuée.

L'étude réalisée est donc de nature qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés pour offrir une liberté de parole aux médecins interviewés et la possibilité de verbaliser leurs expériences et opinions autour du port du masque et de son impact.

B. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré et a constitué une aide indispensable à la bonne conduite des entretiens.

Son objectif était de constituer une trame de fond, sans être trop rigide afin de ne pas empêcher l'émergence de thèmes que nous n'aurions pas envisagés.

Des questions de relance permettaient de stimuler l'échange ou d'approfondir les idées évoquées.

Ce guide d'entretien comportait plusieurs parties :

- une question d'introduction « brise-glace » qui permettait au médecin interrogé de se présenter et de décrire son mode d'exercice,
- une question ouverte qui devait orienter la discussion vers le sujet du masque et permettre à l'interviewé de s'exprimer librement, sans pour autant évoquer l'impact sur la relation médecin-patient,

- 2 questions, plus analytiques, qui permettaient de recueillir le ressenti des médecins interrogés concernant l'impact du port du masque sur le plan relationnel,
- des questions de relance.

Ce guide d'entretien est disponible en annexe. (Annexe 1)

C. Déroulement des entretiens

Les médecins ont tous été contactés par téléphone. Je leur ai proposé un entretien individuel à la date et au lieu de leur convenance.

Les entretiens se sont déroulés en face-à-face, en majorité sur leur lieu de travail. Quatre entretiens ont été réalisés au domicile de la personne interrogée dans un souci pratique.

Après accord oral du participant et signature de la fiche de consentement, les entretiens ont été doublement enregistrés par dictaphone numérique et dictaphone de téléphone portable.

Les médecins étaient ensuite renommés pour la retranscription des données pour garantir l'anonymat : « Médecin 1 » pour le premier médecin, « Médecin 2 » pour le deuxième, etc ...

D. Retranscription et analyse des données

L'intégralité des entretiens a été retranscrite mot à mot, puis les verbatims ont été analysés via un travail de codage de données sur le logiciel N'Vivo version 1.3.2 de QSR International®.

A la suite d'un double-encodage réalisé par Quentin Passerieux, une triangulation des données a pu être réalisée afin d'assurer une meilleure validité à l'étude.

E. Critères de validité

L'étude a été réalisée en prenant compte des critères de validité COREQ (CONSolidated criteria for REporting Qualitative research) proposant une liste de 32 items constituant une grille de qualité d'une recherche qualitative. (Annexe)

Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude. Les réflexions, doutes, constats et questionnements y étaient retranscrits au fur et à mesure de l'avancement du travail et après chaque entretien.

F. Population de l'étude

Les participants de l'étude ont été sélectionnés dans une stratégie d'échantillonnage à variation maximale / échantillonnage raisonné afin de mettre en évidence les diversités d'opinion et de comportements.

Dans le but d'obtenir un échantillon le plus hétérogène possible, la sélection a été réalisée en tenant compte de critères retenus dans la littérature comme étant susceptibles d'avoir un impact sur la relation médecin-patient (sexe, temps de consultation, mode d'exercice), en plus des critères évidents d'âge et de durée d'installation (28–31).

Toujours dans le but de diversifier l'échantillon, le ressenti de médecins remplaçants a aussi été recueilli car ils ont une relation et une approche différentes avec les patients du fait de leur mode d'exercice.

Ces médecins remplaçants devaient cependant avoir assez d'expérience pour avoir consulté avant le port du masque, sans quoi leur ressenti concernant son impact n'aurait pas été recevable.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient donc :

- être médecin généraliste,
- avoir exercé en consultation avant l'instauration du port du masque.

Les critères d'exclusions étaient :

- exercice exclusivement hospitalier ou salarié.

Le recrutement des participants s'est fait essentiellement par Internet, puis les médecins étaient contactés par téléphone via leur secrétariat. Les médecins interrogés exercent tous en région Nouvelle-Aquitaine.

III. RESULTATS

A. Les entretiens

Quatorze entretiens ont été réalisés au total pour cette étude entre janvier 2021 et juillet 2021.

L'analyse du verbatim a été réalisée à la suite de chaque entretien.

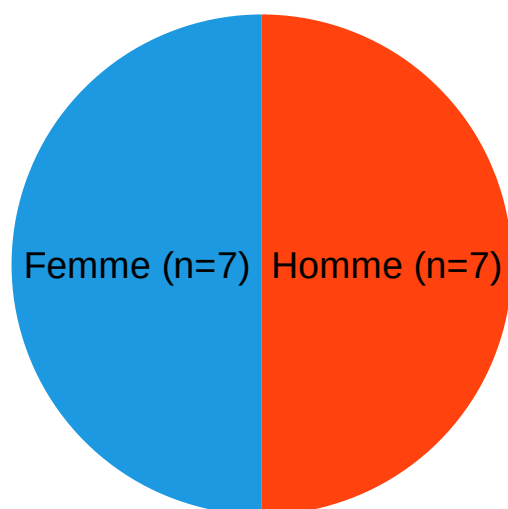
Une saturation des données a été obtenue à partir du douzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette saturation.

Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes et 30 secondes.

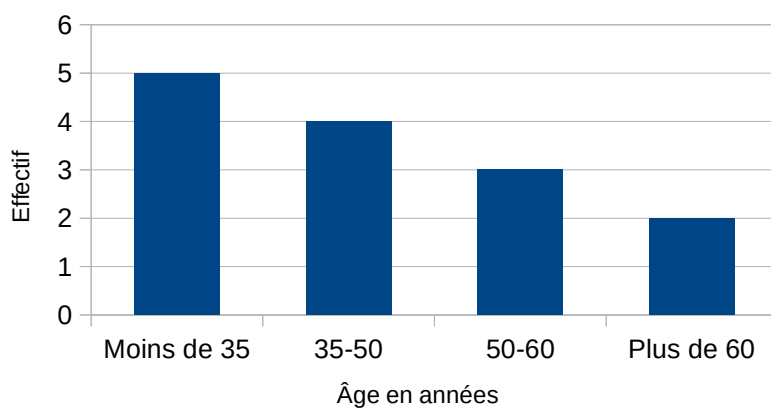
L'entretien le plus court a duré 10 minutes alors que l'entretien le plus long a duré 32 minutes et 32 secondes.

B. Caractéristiques de la population étudiée

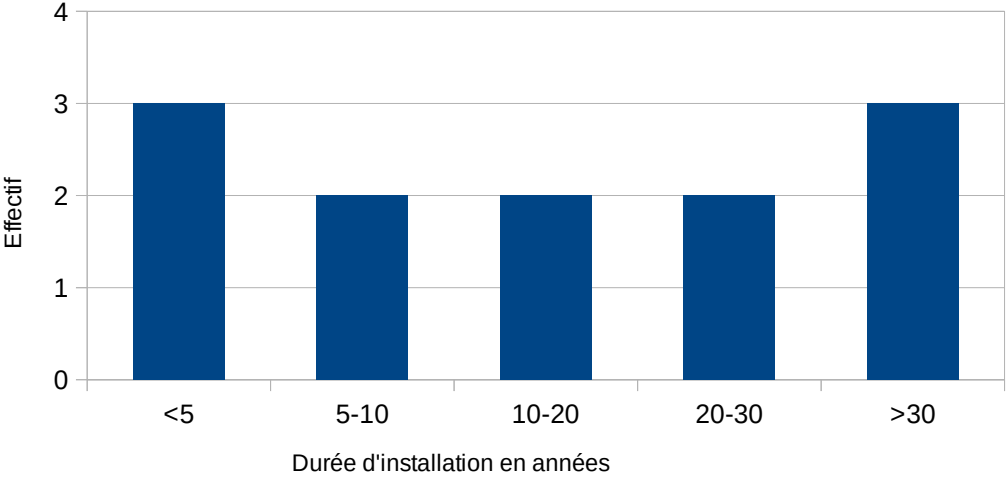
Graphique 1 : Sexe des médecins



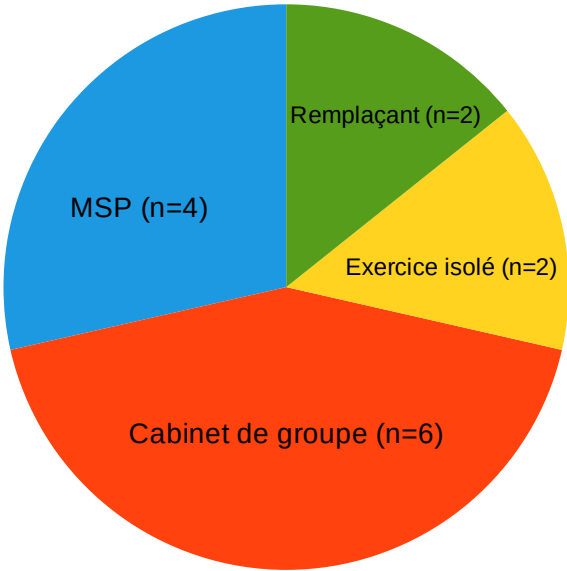
Graphique 2 : Âge des médecins



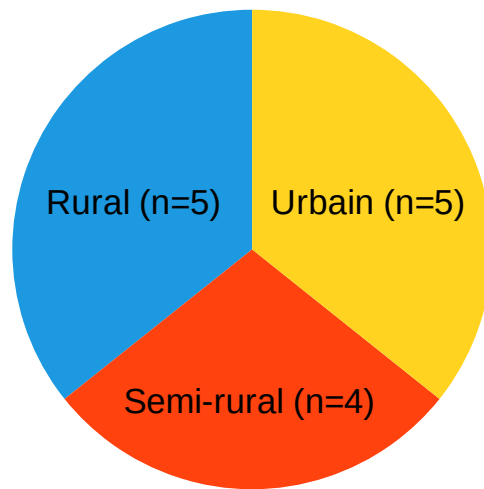
Graphique 3 : Durée d'installation des médecins



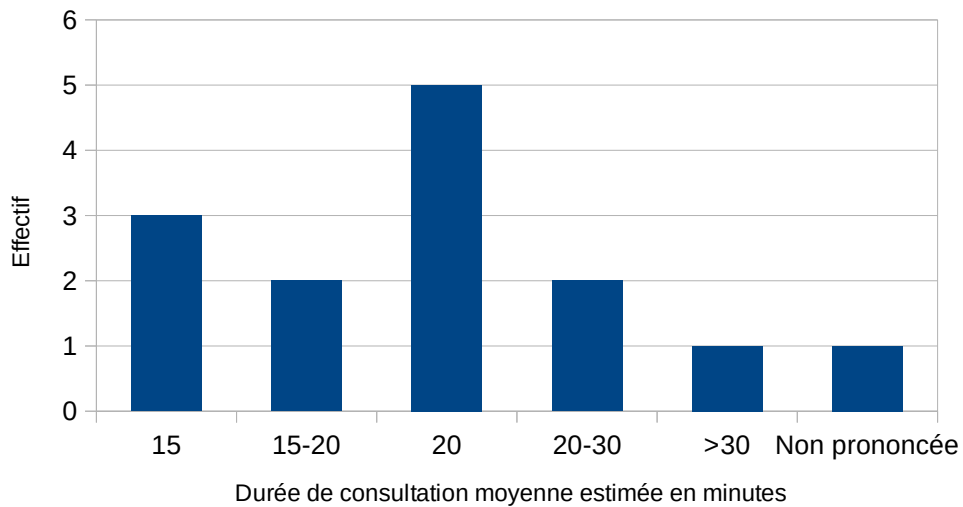
Graphique 4 : Mode d'exercice des médecins



Graphique 5 : Milieu d'exercice des médecins



Graphique 6 : Durée de consultation moyenne estimée



A noter que 11 des médecins interrogés sont maîtres de stage universitaires.

C. L'arrivée du masque en consultation

1. Une nécessité sanitaire

Comme attendu, l'ensemble des médecins interrogés soulignent le **caractère indispensable du port du masque**.

- « *ça me paraît indispensable d'un point de vue sanitaire.* » (M 9)

- « *il est indispensable en période de pandémie.* » (M 12)

- « *si je veux garder mon bureau plutôt intact de toute intrusion virale le port du masque est indispensable.* » (M 5)

- « *indispensable vu la pandémie (rires). Et puis ouais ouais il n'y a pas d'autre façon de consulter autrement dans cette période-là* » (M 3)

- « *je pense que c'est indispensable c'est quand même la sécurité par les temps qui courent* » (M 1)

- « *Je pense que c'est nécessaire, qu'on n'a pas le choix à cause de la pandémie actuelle* » (M 14)

Cette nécessité sur le plan sanitaire est jugée comme non-négociable, en s'appuyant sur l'**obligation légale**.

- « *Ben de toute façon en ce moment-là ça a été une obligation sanitaire* » (M 10)

- « *de toute façon c'est obligatoire, c'est réglementaire* » (M 6)

- « *C'est une obligation. Donc je m'y réfère.* » (M 7)

2. Une contrainte physique

La grande majorité des médecins relèvent l'**aspect contraignant du masque** pour les patients sur le plan physique.

- « *ils aiment pas ça. Enfin clairement. C'est, c'est ... enfin ils sont gênés, ils sont sans cesse en train d'y tripoter, de le réajuster ... ça les gêne beaucoup.* » (M 6)

- « Beaucoup de nos patients d'ailleurs âgés en particulier s'en plaignent et te disent « je peux pas respirer », « je peux plus » bon ... c'est une contrainte. » (M 12)

- « En majorité ils le vivent mal. Je pense comme peut-être la grande majorité de la population aussi. Ils le disent assez régulièrement : « ça m'énerve », « j'en ai marre », « on respire pas bien » ... Donc il y en a beaucoup pour qui c'est une vraie contrainte. » (M 10)

- « C'est une contrainte, importante. Et beaucoup expriment effectivement leur ras-le-bol de porter le masque. Autant le gel hydroalcoolique ça les gêne pas, autant avoir un masque sur le visage ça les gêne parce qu'on s'entend moins bien, les voix sont atténuées ... parce que ça gêne aussi quand on a des lunettes parce qu'on a plein de buée sur les yeux ... voilà, des gênes surtout physiques. » (M 8)

Une contrainte physique parfois partagée par le médecin lui-même.

- « en terme de confort ... tu vois, passer la journée avec ton masque, le matin, l'après-midi ... tu rentres chez toi le soir ... Moi je suis migraineuse, j'ai souvent la migraine le soir parce que j'ai porté le masque toute la journée » (M 2)

- « personnellement ça devient très long depuis le 16 mars. C'est un petit peu pénible. Et puis après ... surtout quand on porte des lunettes. » (M 8)

3. Un obstacle à la communication

L'arrivée du masque en consultation s'est accompagnée de **problèmes de communication**.

- « Le masque pour le coup voilà c'est une barrière à la communication. » (M 12)

Les médecins interrogés ont notamment noté des difficultés **sur le plan oral**.

- « Il est vrai que si vous avez des gens qui entendent peu, et moi qui ai une voix qui porte mal, qui ai des difficultés d'articulation, on peut avoir vraiment des difficultés à s'entendre au cours de la consultation » (M 4)

- « En gros c'est ça le gros problème. C'est la communication orale entre un malentendant et un médecin qui articule pas. » (M 4)

L'**impossibilité de lire sur les lèvres** pour certains patients est aussi citée comme perturbation majeure de la communication :

- « *Les gens qui lisent sur les lèvres, là pour le coup c'est pas possible.* » (M 3)

- « *C'est plus difficile, ils arrivent moins bien à lire sur nos lèvres si ils ont des problèmes d'audition.* » (M 10)

- « *c'est un peu plus compliqué avec les personnes âgées, honnêtement, qui entendent pas bien et qui, je pense, des fois devaient lire sur nos lèvres sans trop se rendre compte* » (M 9)

Ces difficultés pouvant parfois véritablement nuire à la consultation :

- « *je suis sûr qu'il y a des patients qui sont sortis de consultations, ils n'ont pas osé me dire qu'ils n'entendaient pas et ils ont sûrement pas compris les informations donc c'est peut-être effectivement là-dessus le problème principal je pense sur le port du masque ...* » (M 11)

- « *je pense que parfois ça peut nuire à la consultation parce que les gens viennent parfois pour se confier sur certaines choses et c'est vrai que du fait des difficultés qu'on a à se comprendre ... peut-être qu'ils se confieraient peut-être pas autant ... peut-être qu'ils se confieraient pardon plus sans porter le masque donc moi je trouve que ça instaure une .. une certaine barrière, ce qui est compliqué.* » (M 2)

Cette médecin prend d'ailleurs l'exemple d'une consultation où elle a reçu un patient en détresse psychologique. Du fait du port du masque, elle n'a pas réussi à rentrer en communication avec lui. Elle est très critique concernant l'efficacité de sa consultation :

- « *il était complètement abattu, il pleurait sur sa chaise, il portait le masque et en fait il parlait tellement ... il chuchotait tellement qu'avec le masque je comprenais absolument pas ce qu'il me disait. Et j'avais beau lui dire de parler plus fort ... Comme je pouvais pas lui dire de retirer le masque, on s'est quasiment pas compris sur la consultation.* » (M 2)

- « *moi en fait ma consultation elle a pas servi à grand chose parce qu'il y avait vraiment une grosse difficulté de compréhension de part et d'autre donc ... sur cette consultation là, j'étais en grosse difficulté parce qu'impossible de comprendre ce que le patient disait voilà.* » (M 2)

D'autre part, les médecins interrogés sont bien conscients qu'**une partie du langage non-verbal a aussi été tronquée** par l'apparition du masque.

Ils se disent en effet gênés dans la réception d'informations venant du patient en face d'eux :

- « *il y a une bonne partie d'expressions qu'on peut pas utiliser, qu'on peut pas capter* » (M 1)

- « *quand on a en face de soi un patient masqué, je pense qu'on capte pas tous les petits signes imperceptibles, non-verbaux qui nous sont offerts pendant toute la consultation, ça c'est évident.* » (M 1)

- « *Parce que la mimique des gens nous en dit long bien souvent sur leur état d'esprit ou voire même leur état physique. Et le langage non-verbal c'est quand même, on le sait bien, et notamment l'expression du visage une part importante de l'expression non-dite, du message non-dit des patients.* » (M 8)

- « *on a peut-être un peu moins d'informations sur la personne qu'on a en face quoi* » (M 5)

Mais aussi dans leur propre utilisation du langage non-verbal :

- « *moi j'ai l'impression de me servir beaucoup du non-verbal dans la consultation et là il me manquait un gros morceau de cette partie-là* » (M 6)

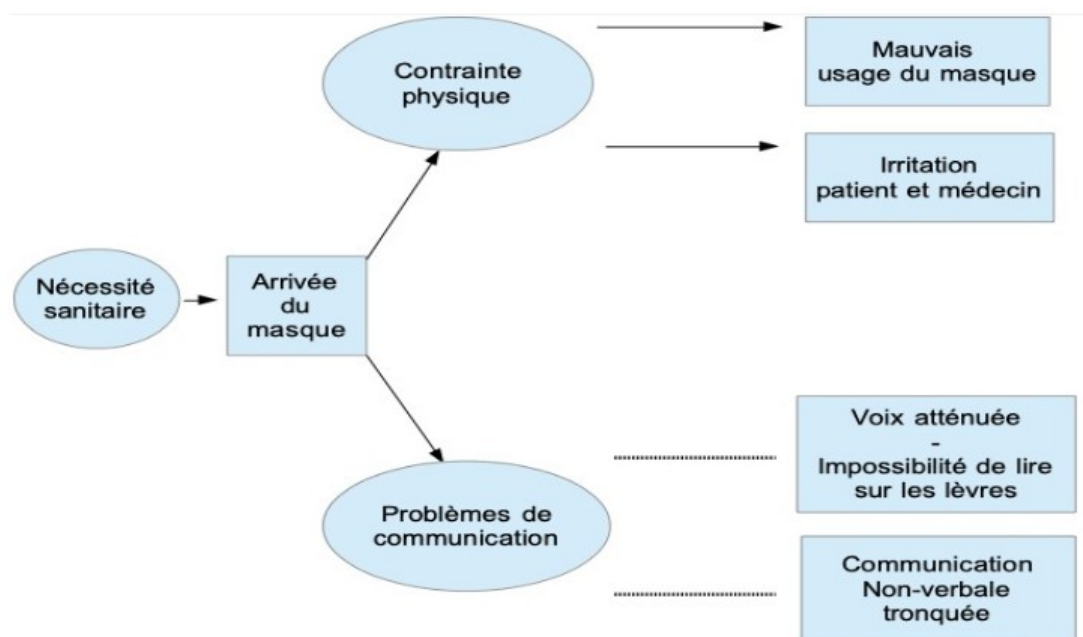
- « *parfois il y a des trucs qui passent pas. Ton langage non-verbal tu te rends pas compte à quel point ça joue quoi. Ou bien tu vois, peut-être moins chaleureux parce qu'il y a moins de sourire ...* » (M 14)

L'arrivée du masque en consultation, jugée par tous comme une nécessité sanitaire, s'est donc accompagnée de plusieurs contraintes selon les médecins interrogés :

- une contrainte d'abord purement physique liée au port du masque lui-même, pouvant être à l'origine d'une irritation côté patient ou médecin et pouvant aboutir sur un mauvais usage du masque,

- des problèmes de communication verbale et non-verbale liés à plusieurs facteurs (voix atténuée, impossibilité de lire sur les lèvres, CNV tronquée).

Figure 2 : L'arrivée du masque en consultation



D. Une relation mise à l'épreuve

1. Un sentiment de distance

La plupart des médecins évoquent une **distance mise entre les patients et eux** à l'arrivée du masque :

- « *ça met une distance ça c'est clair. On est moins proches des patients que l'on était auparavant.* » (M 2)

- « *Ce que ça a pu changer c'est que ... ça met une distance un peu quand même.* » (M 10)

- « *C'est comme dans la vie courante, ça casse la convivialité, ça éloigne, ça énerve en plus ...* » (M 12)

- « ça fait plus impersonnel. La consultation devient plus impersonnelle vu que tout le monde est masqué. » (M 8)

Quelques médecins expliquent en partie ce sentiment de distance par la difficulté à reconnaître les patients à cause du masque :

- « Voilà souvent on reconnaît pas les gens, ce qui fait qu'ils pensent que tu fais la gueule. » (M 12)

- « je le remarque tous les jours à quel point ça m'embête parce que j'ai beaucoup beaucoup de mal à reconnaître les patients » (M 14)

Cette médecin remplaçante compare d'ailleurs les consultations masquées avec les premières consultations :

- « je pense que je suis comme une première fois. En tant que remplaçante, ça m'arrive très très souvent, mais ce que j'aime bien dans les remplacements un peu plus longs comme ça c'est que je les revois et tu es plus chaleureux, plus ... donc les premières fois tu es un peu plus sur la réserve et je pense du coup ça met de la distance. Vraiment, ça met de la distance. » (M 14)

2. Un mauvais usage pouvant irriter

La grande majorité des médecins évoquent le mauvais usage du masque, surtout au début de la pandémie, avec des **patients ayant facilement tendance à retirer le masque** pendant les consultations, ou bien avec un **mauvais positionnement du masque** sur le visage.

Ces situations peuvent créer une **irritation chez le médecin**, parfois nuisible à la consultation :

- « En tant que médecin, ça m'énerve parce que ... moi parfois j'ai l'impression ... alors je me dit : « ils le font pas exprès ». Par moments je me dis : « en fait ils en ont rien à foutre de ma santé ». (M 6)

- « On se dit c'est quand même une pandémie mondiale, il y a pleins de gens qui meurent, on a des patients qui sont morts et puis même notre vie privée on en a marre en règle générale. Et quand tu as le patient qui le met à moitié, que tu es obligée toutes les 2 minutes de remettre son masque et du coup ça met vraiment cette ambiance ... déjà moi je m'irrite un peu et ... donc je commence à être un peu irritée par le patient, on est humain aussi donc t'es un peu moins réceptif et un peu moins à l'écoute quoi. » (M 14)

Des situations pouvant même déboucher sur des **moments conflictuels** avec le patient :

- « *Des conflits, des gens qui enlèvent le masque, qui font n'importe quoi avec leur masque. C'est un conflit supplémentaire, ça m'énerve.* » (M 4)

- « *Alors après c'est plutôt des difficultés ... des des ... des conflits hein. C'est à dire des patients qui veulent pas porter le masque. Ou qui le portent sous le menton ou ... ou voilà qui arrivent au cabinet sans le masque. Bon enfin voilà bon, c'est plus de ce genre là. Et donc après c'est un peu compliqué.* » (M 9)

3. L'impression de faire la police

Découlant du mauvais usage du masque, **de nombreux médecins doivent recadrer certains de leurs patients :**

- « *Le seul problème véritablement que j'ai c'est qu'on doit faire la police avec les gens parce que la plupart des gens veulent enlever le masque donc on est obligés un peu de batailler avec les gens qui veulent enlever le masque à partir du moment où ils arrivent dans le cabinet.* » (M 11)

- « *Alors parfois il faut fliquer. (rit) Parce qu'il y a pas mal de patients, quand ils arrivent en consultation, ben se sentent bien je pense, un peu comme à la maison donc ils arrivent, ils posent leurs affaires, ils enlèvent leur masque* » (M 10)

- « *finalement un an plus tard, l'éducation elle est faite, l'efficacité du masque elle est pas à prouver, sauf qu'en fait on est obligé de fliquer.* » (M 6)

Ces situations **peuvent changer immédiatement le climat de la consultation :**

- « *le ton change un petit peu, ils me disent : « Oh mais non c'est pas le peine » Enfin ... des petites réflexions comme ça. Bon après en général quand c'est leur médecin qui leur parle ils osent pas trop lever le ton mais on sent que ça les agace un petit peu. Ou alors ils soufflent en le remettant sur le nez ... »* (M 2)

- « *Enfin moi voilà je reste claire je leur dis « C'est comme ça, si vous voulez pas mettre le masque vous partez quoi ».* (M 9)

- « *Ils auraient tendance à enlever le masque au début de la consultation et quand on leur dit « Non », c'est vrai que des fois ça c'est du coup ... ça rend la consultation d'emblée difficile.* » (M 13)

- « j'ai l'impression aussi que c'est un peu mon rôle en tant que médecin de rappeler de le remettre donc tu fais un peu la police parfois quand même. Et je trouve que ça aussi ça met un truc, une espèce de distance aussi, de dire « je veux bien que vous remettiez le masque ». Puis parfois il faut le répéter plusieurs fois parce qu'ils sont en train de te raconter un truc « j'ai mal machin » et puis tu es toujours en train de dire « remettez le masque » et ça met une ambiance un peu plus ... un truc en plus à mettre. » (M 14)

Cette impression de faire la police peut **générer chez certains des médecins interrogés une lassitude**, jusqu'au point de ne plus vouloir intervenir :

- « je leur demande même plus parce que je leur ai demandé une fois, deux fois, trois fois ... (souffle) Voilà ... je bataille plus, je laisse le cours des choses, je fais plus de bagarre avec ça parce que voilà ça me fatigue. » (M 6)

- « si c'est le premier je lui montre bien comment conformer le masque sur le nez, si c'est le dernier ... (souffle) parfois je vais même le laisser avec son masque en dessous du menton parce que j'en ai marre voilà en fait, d'expliquer. Donc je vais des fois ne plus insister et carrément zapper de faire de l'éducation parce que si c'est le troisième, quatrième, cinquième de la journée ça saoule en fait. » (M 6)

- « Il y a ceux qui le portent à moitié ou qui l'enlèvent un peu et oublient de le remettre. Moi pfff (souffle) ... je suis un peu las aussi de ça ... presque je m'en ficherais ... » (M 14)

4. Un sujet sensible

Le port du masque est rapidement devenu un **sujet de conversation supplémentaire** dans les cabinets de médecine générale.

- « Ça fait une tache supplémentaire à rajouter dont nous n'avons pas besoin dans des consultations qui sont souvent à multiples entrées, voilà. Donc rajouter un élément de discussion supplémentaire on n'en a pas besoin et on se passerait bien de ça. » (M 6)

- « Quand on est pas tout à fait d'accord avec les gens et qu'on doit être délicat pour pouvoir... pour pouvoir poser les choses, expliquer les choses et éventuellement les convaincre quelques fois. Oui oui ça fait... j'allais dire un problème... un sujet supplémentaire ouais. » (M 1)

Le masque s'inscrit dans un contexte pandémique plus large, qui peut parfois engager à des **discussions épineuses sortant du cadre de la consultation** :

- « *j'ai pas envie de faire de politique générale au cabinet. J'essaie de m'en abstenir le plus possible. Mais ça nous force un minimum à donner une opinion et ça parfois, c'est compliqué à gérer.* » (M 6)

Il est en effet difficile de dissocier le port du masque du contexte actuel pesant :

- « *c'est difficile parce que je sais pas si je peux isoler le port du masque de l'ambiance du Coronavirus* » (M 3)

- « *Le port du masque participe à la ... à l'exaspération actuelle* » (M 12)

- « *Les gens en ont marre de porter le masque que ce soit pour aller chez le médecin, pour aller faire les courses enfin peu importe les endroits ... Les gens commencent à avoir un épuisement sur le port du masque de manière générale et moi j'ai pas ressenti plus d'épuisement chez le médecin qu'ailleurs mais c'est un ras-le-bol du port du masque de manière générale.* » (M 11)

Et pour certains médecins, **le masque est un rappel permanent de la maladie et de la période que nous traversons** :

- « *Et puis ça tourne autour quoi, le sujet du Covid revient. Quand tu dis « remettez votre masque monsieur, madame », le Covid revient alors qu'on parlait de son épaule ou je sais pas quoi.* » (M 14)

- « *c'est le truc le plus visible de la maladie c'est le truc qui nous rappelle à tous, mais je pense à tous qu'on est dans cette période-là qui fait chier tout le monde, qui stresse tout le monde, qui diminue les libertés de tout le monde* » (M 6)

- « *ça leur rappelle tous les mauvais souvenirs en fait. Je pense que dans le masque il y a tout ce qui fait chier du coronavirus. Finalement c'est l'emblème. Le masque c'est l'emblème de la maladie.* » (M 6)

5. Des difficultés accentuées avec certains patients

Population gériatrique

Les patients âgés sont souvent cités comme la **population la plus en difficulté suite à l'arrivée du masque**.

Ceci est expliqué par les médecins par les problèmes de communication provoqués par le masque, comme évoqués précédemment, mais aussi par les soucis relationnels que la distance engendre :

- « *les personnes âgées qui repartent sans avoir eu les informations, sans avoir forcément entendu ou compris toutes les informations que je leur ai données ou ... ou peut-être qu'ils n'ont pas osé s'exprimer pleinement comme si, comme si ils n'avaient pas le masque.* » (M 11)

- « *Interrogateur : Sentez-vous qu'il y a un type de patients avec lequel vous avez mis plus de distance ?*

- « *Médecin 2 : Ben automatiquement il y en a plus avec les personnes âgées ça c'est sûr.* » (M 2)

- « *ça va un peu dans le même sens que le fait de ne plus se serrer la main avec les patients ou de ne plus les toucher ... Il y a aussi ce ... plus que le masque parfois c'est plus compliqué pour les personnes âgées de ne plus avoir ce même relationnel aussi, de leur prendre la main, de pouvoir ... enfin ils ont besoin en fait. Ils aimeraient bien serrer la main pour remercier, pour dire bonjour donc bon après parfois on le fait hein.* » (M 10)

Population pédiatrique

Le contact avec les enfants, particulièrement en bas âge, est jugé comme plus compliqué par les médecins.

- « *j'ai vraiment remarqué un changement de comportement. On sent que c'est plus compliqué d'avoir la complicité ... ou de rendre l'enfant apaisé. Vraiment en pédiatrie, chez les tous petits, j'ai vraiment senti la différence.* » (M 13)

- « *les bébés comme je te disais avec le masque je trouve, qu'ils ont plus peur de nous encore je trouve ... (rit) ils hurlent alors qu'on les a pas encore touchés, c'est encore pire.* » (M 14)

Le port du masque ampute en effet une bonne partie de la communication non-verbale habituellement utilisée par les médecins avec la population pédiatrique :

- « avec les enfants quand on fait des consultations pour les tout-petits c'est vrai que quand on veut évaluer, enfin des fois on fait un peu les « pitres », avant on faisait un peu ... tirer la langue etc (rit) pour essayer de détendre un peu l'atmosphère. Bon là c'est sûr que c'est peut-être plus compliqué » (M 9)

- « Avec les enfants déjà c'est compliqué, ils voient moins bien les émotions, ils voient moins bien le sourire, ils voient moins bien ce qu'on leur demande de faire. » (M 10)

- « on a du mal à communiquer les émotions, à rassurer par le biais du visage ou des choses comme ça. Et les tout-petits de moins de 2 ans qui parlent pas ou des choses comme ça c'est vrai que par la parole ou des choses comme ça c'est quand même compliqué. » (M 13)

Nouveaux patients

Certains médecins rapportent aussi des difficultés à reconnaître les patients du fait du port du masque. Ces problèmes sont accentués avec les nouveaux patients, qu'ils n'ont donc jamais connus sans masque sur le visage :

- « Ben les nouveaux patients le problème c'est que finalement on se connaît pas physiquement voilà. Enfin c'est juste ... un rapport que finalement c'est vrai que c'est des gens peut-être j'arriverais pas à les reconnaître dans la rue, de ne pas avoir vu leur visage complètement. » (M 9)

- « pour les nouveaux patients, c'est là que c'est le plus surprenant, de ne voir que le haut du visage. Ouais on imprime un petit peu moins. » (M 8)

Les signaux d'alerte sur l'état général sont aussi plus difficiles à repérer chez des patients vus pour la première fois pour ce médecin :

- « Quand il y a quelque chose qui va pas et qu'on les connaît bien, qu'on les suit depuis longtemps ... Voilà c'est surtout ça. Pour les patients qu'on connaît. Pour les patients qu'on connaît pas, qu'on voit pour la première fois bon ça a peut-être moins d'impact parce qu'on n'a pas d'éléments de référence sur la présentation non-verbale du patient. » (M 8)

La difficulté à identifier les patients entraîne automatiquement un obstacle relationnel, comme l'explique cette médecin remplaçante, particulièrement exposée à ce genre de situation du fait de son mode d'exercice :

- « Et pareil c'est au bout de 5 minutes pareil, où à force je faisais un peu semblant, vague etc, et j'ai fini par comprendre que c'était lui. Et tout de suite ça change ma façon de me comporter déjà. Plus chaleureuse je sais pas mais ... quand tu les connais et que tu te rappelles des choses ... Tout de suite tu dis « Ah et vous m'aviez parlé de ... », je sais pas il aime bien la chasse, ou sa petite-fille j'en sais rien ... et donc tu as une relation qui se fait, ou je sais pas une confiance quand tu le reconnais ... et là moi je reconnais pas les gens avec le masque. » (M 14)

- « Et je trouve que notre métier de médecin généraliste c'est vraiment ça, c'est d'être proche du patient, de le reconnaître ... enfin ça passe beaucoup par la relation que tu as avec lui, la confiance qui se met entre les deux, et le fait de le reconnaître c'est quand même hyper important je trouve donc c'est un peu chaud ça quoi. » (M 14)

Les « anti-masque »

Certains médecins mettent aussi en avant une population avec qui le dialogue est plus délicat, composée de patients à la tendance complotiste ou « anti-masque » :

- « les gens un petit peu complotistes, contre le port du masque tout ça sont très agressifs du coup. » (M 13)

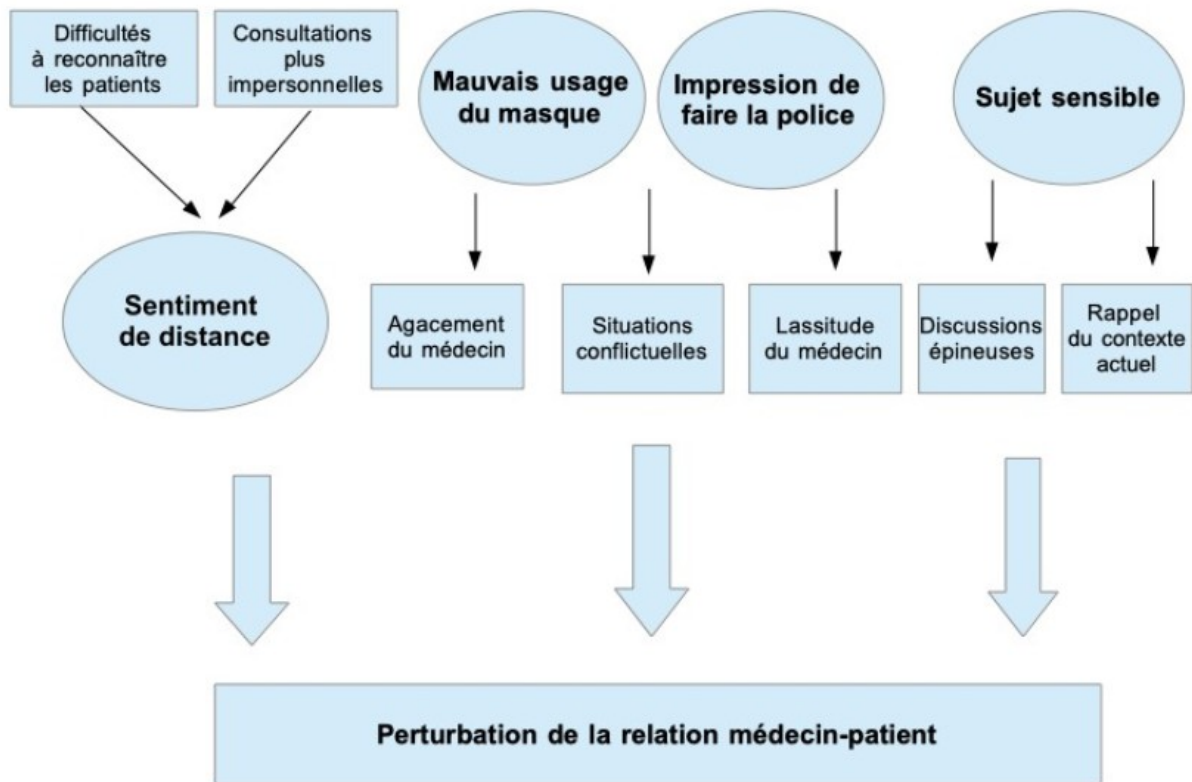
- « il y a aussi les « anti-masque » qui sont obligés de le porter. Si, bien sûr il y a eu ça aussi. Oui bien sûr il y a ça aussi. Les « anti-masque » qu'il faut convaincre. Alors là, ceux-là on s'embarque dans une discussion ... C'est eux qui embarque la discussion finalement stérile. (rires) Parce qu'on tourne en rond. Donc faut surtout pas que la consultation dure dix minutes de plus juste. Mais je me laisse ... C'est sûr que j'ai dû me laisser emporter oui ça c'est sûr. Mais bon ceux-là il vaut mieux laisser tomber. Il y a une partie où c'est même pas la peine, c'est même pas la peine. » (M 1)

- « les relous du Covid, ceux qui croient à moitié ou pas du tout quoi. Ça c'est les pires. Bah parce qu'ils le mettent sous le menton, ce qui même nous, nous crispe parce que c'est hyper énervant quand même. » (M 14)

Tous les médecins reconnaissent cependant que **ces patients sont des cas isolés** dans la patientèle, et que la consultation se déroule correctement en règle générale :

- « on les connaît c'est des patients un peu qu'on appelle nous « neurotoniques » (rit) ... qui effectivement supportent moins facilement le masque ou rouspètent plus facilement vis-à-vis du masque. Mais bon c'est quand même une minorité. » (M 8)

Figure 3 : Les perturbations de la RMP liées au masque



E. Des difficultés confirmant l'importance du non-verbal

Les consultations masquées ont pu confirmer pour certains médecins l'importance du langage non-verbal, plus particulièrement d'une partie du visage dont la richesse d'informations n'était pas forcément mesurée au quotidien avant l'apparition du masque.

1. L'échange d'émotions

Les médecins interrogés relèvent l'**importance du bas du visage dans la réception des émotions des patients** en face d'eux :

- « *même nous on ne voit plus les ... moins bien les émotions de nos patients donc on sait moins. C'est peut-être un peu plus difficile de savoir ce qu'ils pensent, ce qu'ils ressentent.* » (M 10)

- « *Alors des fois c'est vrai que dans des consultations qui sont plus psy ou etc, peut-être qu'on a moins le ressenti des gens du fait qu'on n'a pas le bas du visage.* » (M 9)

- « *l'expression du visage dans ton interaction inter-humaine je pense qu'elle est hyper importante.* » (M 14)

Ils notent surtout la **difficulté à transmettre leurs propres émotions**, ce qui peut être vécu difficilement par certains de leurs patients :

- « *parce que mine de rien il y a beaucoup d'émotions qui passe. Oui enfin d'émotions ou relationnellement un sourire, ou pour rassurer, ou pour expliquer clairement aussi des choses, enfin on n'a plus que les yeux voilà. Et pour certains j'ai l'impression que c'est plus compliqué de ne pas voir forcément notre visage et nos émotions.* » (M 10)

- « *c'est plus compliqué de faire transmettre les émotions. Je pense qu'ils voient moins mon émotion à la limite d'empathie, de compassion ou de choses comme ça sur certaines situations des fois psychologiques compliquées. Que je peux réussir à faire paraître d'habitude.* » (M 13)

Cette composante du langage non-verbal peut modifier la nature-même du message envoyé :

- « *l'importance de la communication non-verbale probablement aussi. En plus du verbal ouais. On peut dire beaucoup de choses mais on sait bien qu'entre les gestes et les mimiques ça peut vraiment changer la donne et passer un message différemment.* » (M 10)

- « Depuis que je porte le masque, mais aussi dans ma vie privée, je remarque que quand j'ai le masque, tu as des choses, des blagues, un peu second degré qui passent beaucoup moins parce que tu ne fais pas le petit sourire un peu narquois, un peu machin ou des trucs comme ça ... et du coup tu as dans tes interactions avec l'autre, je trouve que ça passe moins et du coup en consultation évidemment, comme notre métier est vraiment basé sur l'interaction entre le patient ... la relation médecin-patient ... je trouve que c'est ... il faut faire plus attention. » (M 14)

2. Un reflet de l'état psychologique

Le fait de se présenter masqué en consultation **peut gêner certains médecins dans l'appréciation de l'état psychologique du patient** :

- « je pense que des fois je vois un peu moins quelques petites situations de détresse psychologique ou des choses comme ça, qui avant passaient juste par le visage. » (M 13)

- « C'est certain que quand tu as une patiente dépressive, ou qui l'est mais qui ne te le dit pas, tu le vois pas forcément avec le masque, tu vas peut-être le voir sans le masque. » (M 12)

- « les baisses de moral en ce moment il y a que ça, ils sont tous pas bien les gens et tu le vois vachement bien je trouve quand ils n'ont pas le masque. Je dis pas que tu le vois pas, mais tu le vois moins quand même je trouve. » (M 14)

Même si le haut du visage leur donne quelques informations, ils sont conscients que la mimique joue une part importante dans cette évaluation psychologique :

- « Quelqu'un qui vient par exemple pour une dépression ... bon il y a le haut du visage hein, mais au bas du visage quand il fait la tronche on le voit quoi. » (M 8)

- « Le haut du visage je pense ça ne suffit pas. » (M 1)

3. Un outil de diagnostic spontané

Quelques médecins d'expérience voient même le visage, au milieu des autres signes non-verbaux, comme un **outil de diagnostic spontané chez des patients qu'ils connaissent bien** :

- « Tu sais, on dit toujours que quand on a un peu de bouteille en médecine générale, un patient rentre on sait déjà ce qu'il a. Pourquoi ? Ben parce qu'avec la tête qu'il a et les deux premiers mots qu'il te dit, tu sais déjà ce qu'il a 9 fois sur 10 évidemment. Donc la mimique, la présentation c'est vachement importante hein. Pas simplement sur le plan psychologique hein, mais aussi sur le plan somatique. » (M 12)

- « Ah ben le langage non-verbal on le voit dans l'attitude des gens et puis dans la façon dont ils nous parlent. Quand on les connaît bien, quelqu'un qui a mal quelque part ou qui est pas bien psychologiquement on le voit vite à son visage. Quand on les connaît, quand on a un petit peu d'expérience quelqu'un qui va pas bien on le remarque vite. Alors que là avec le visage masqué c'est moins évident. » (M 8)

- « Notre métier c'est, et je crois que c'est notre première qualité, c'est de juger les gens très vite. Parce qu'on a l'habitude, parce qu'on voit tous les jours 20-30 patients arriver avec une mimique, une façon de se présenter etc ... Du moment où tu n'as plus ça, évidemment c'est autre chose quoi. » (M 12)

Un jeune médecin raconte d'ailleurs la situation d'un diagnostic de détresse psychologique qu'il aurait peut-être pu faire spontanément sans le masque :

- « c'est vraiment qu'au bout de la moitié de la consultation, quand j'ai un peu poussé, que là elle a éclaté en sanglots et je pense que sans le masque je l'aurais vu plus tôt sur son visage. » (M 13)

4. Une importance identitaire

En dehors des aspects pratiques de la consultation, certains médecins évoquent plus globalement l'impact du port du masque, notamment sur le plan identitaire :

- « L'être humain il a besoin d'une identité, il faut qu'il se reconnaisse en lui-même, il faut qu'il se reconnaisse dans un groupe pour exister. Si on gomme toutes les différences toutes les personnalisations ... les gens ils sont pas bien. Et là c'est un petit peu le cas, on gomme pas mal de choses. » (M 8)

- « *Le masque c'est un confinement. Et c'est pas un confinement anodin hein. Le fait de se présenter masqué ... Tu vois toi par exemple, je te connais pas, mais tu vas sortir d'ici je ne te connaîtrai pas bien.* » (M 12)

Un médecin raconte d'ailleurs l'expérience d'une consultation lors de laquelle un patient ressentait le besoin de voir le visage de son médecin pour le « connaître », jusqu'à lui demander de retirer son masque.

- « *Il voulait voir vraiment à quoi je ressemblais sans mon masque, parce que c'est un patient que j'ai commencé à suivre qu'au moment du confinement, enfin du premier confinement. Du coup on s'est connus que masqués et en fait pour lui ça a été ... voilà enfin il m'a dit « Je sais pas à quoi ressemble mon médecin ». (...) Il semblait très malheureux de cette, enfin voilà de cette distance mise physiquement aussi, visuellement en tout cas entre nous deux. Et ça lui a fait plaisir. On l'a remis (rit), mais ça lui a fait plaisir de voir qui j'étais. Voilà moi aussi j'ai pu voir qui il était et c'est vrai que ça change complètement de voir le visage en entier et ce qu'il ... enfin voilà comment il parle, comment il est.* » (M 10)

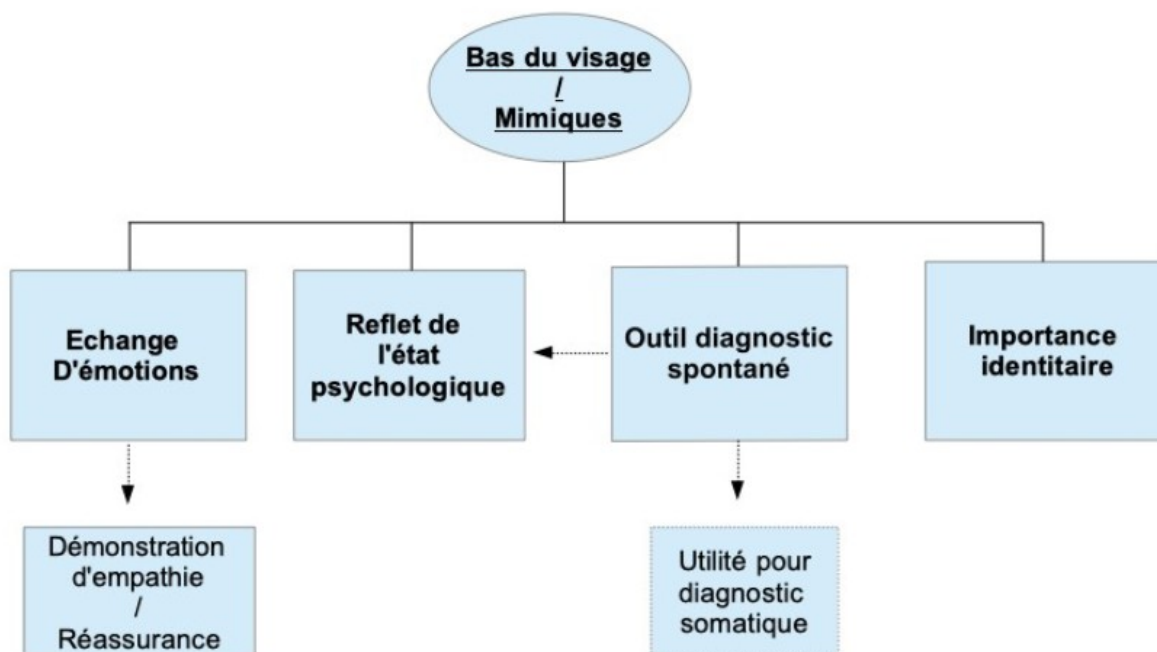
- « *Comme quoi, l'apparence ... l'apparence physique des gens a quand même une importance dans la relation entre êtres humains, au delà de la relation médecin-patient.* » (M 8)

Au cœur de la communication non-verbale, la partie basse du visage cachée par le masque semble donc occuper une place importante.

Pour résumer et selon les médecins interrogés, celle-ci joue un rôle prépondérant dans :

- l'échange d'émotions, notamment dans la réassurance et la démonstration d'empathie,
- le diagnostic spontané, en étant un reflet de l'état psychologique et parfois somatique du patient,
- l'identité, indispensable aux interactions sociales et au bien-être des individus.

Figure 4 : Rôles et importance du bas du visage



F. Des ressources pour préserver la relation

1. Des stratégies de communication adaptées

En réponse à l'arrivée du masque en consultation, les médecins ont parfois dû adapter leur communication. Si des **stratégies évidentes comme parler plus fort, mieux articuler ou utiliser un support écrit** ont été citées :

- « *j'essaie vraiment de me rapprocher physiquement d'eux, de leur parler plus fort, de répéter, de parler moins vite* » (M 2)

- « *je ne pense pas pouvoir changer ma façon de faire hormis sûrement parler plus fort un peu, parce qu'on a forcément la voix un petit peu assourdie* » (M 3)

- « *évidemment on est obligés de poser mieux sa voix et finalement ça c'est pas plus mal, on pose mieux sa voix et finalement ça peut suffire* » (M 1)

- « Là peut-être que je me sers un petit peu plus du support écrit que ce que je le fais d'habitude. » (M 6)

- « soit on écrit un peu ou alors je me mets à un bout de la pièce et puis ... bon voilà après j'aère un peu et puis on trouve des moyens quoi. » (M 9)

Certains médecins ont aussi adapté leur communication en **accentuant sa composante non-verbale** :

- « je me suis surprise à exagérer l'expressions des yeux ou juste pour encourager la personne à parler ou quand je sais qu'elle est pas très à l'aise. » (M 1)

- « J'essaie de jouer avec mes yeux. (...) Ouais bêtement je fais des clins d'oeil, des choses comme ça. Alors qu'avant je faisais des petits sourires. » (M 13)

- « quelques fois il suffit d'un petit hochement de tête de notre part pour les engager à continuer la phrase ou ce qu'ils sont censés vouloir nous dire, ça les engage. » (M 1)

Quelques médecins y ont même trouvé un certain bénéfice :

- « Je deviens plus rapide, plus succinct, plus structuré dans mes consultations. Je me perds peut-être moins. Peut-être qu'on parle moins. » (M4)

- « peut-être que je prends plus de temps pour poser plus de questions. Plus que je ne le ferais d'habitude, pour essayer un peu plus de cerner les attentes du patient etc ... » (M 2)

Enfin, les médecins rappellent que le **port du masque n'est pas définitif** et qu'il est toujours possible de le retirer si besoin :

- « si je dois enlever le masque pour leur parler, je me mets à distance réellement. Je redis ce que je devais dire plus fort et puis je remets le masque pour me rapprocher les examiner. » (M 10)

- « Voilà on écrit, je baisse un peu le masque, je me mets un peu loin voilà, on fait des stratégies. » (M 9)

- « des fois j'enlève carrément le masque, j'avoue, pour leur parler et même leur parler très près, dans les oreilles si il le faut parce qu'ils comprennent ... ils entendent pas grand chose, chez les personnes qui entendent pas grand chose. Donc ceux qui ont cette surdité-là on est obligés de faire ça, et c'est là où effectivement il n'y a pas de respect des gestes barrières mais c'est obligatoire dans le sens ... si on veut mener une consultation efficace pour le patient. » (M 11)

2. Une adaptation rapide

La plupart des médecins interrogés rapportent s'être **rapidement habitués au port du masque**.

- « on a l'impression qu'on a fait ça toute notre vie quoi et qu'on en a encore ... On en a encore pour quelques temps et c'est rentré dans les moeurs. (...) De ma part je m'y suis adapté très vite. » (M 7)

- « c'est un peu passé dans les moeurs quoi. On voit une partie du visage des gens mais on s'en contente. » (M 5)

Ils pensent avoir su compenser en **décrivant plus précisément le haut du visage** :

- « en concentrant et en regardant extrêmement les yeux ... et finalement maintenant c'est fluide donc voilà. J'ai peut-être voilà appris à décoder plus cette partie-là du visage. » (M 6)

- « je pense qu'avec les yeux etc on a quand même un ressenti voilà émotionnel quand même. » (M 9)

3. Un discours apaisant

Les médecins ont fait part, comme vu précédemment, de situations pouvant être source de tensions avec les patients (essentiellement autour du mauvais usage du masque).

Cependant, la grande majorité rapporte avoir une **attitude calme et compatissante qui contribue à garder un bon climat de consultation**.

- « Bah naturellement, en disant « Ben oui » en étant un petit peu désolé et que le contexte fait qu'il vaut mieux qu'on se protège les uns les autres et puis que c'est quand même bien mieux de porter le masque quand on est dans un lieux confiné. Voilà c'est pas de ... c'est de rassurer les gens et puis de bien leur faire comprendre l'utilité du port du masque et puis le changement d'habitude que ça devait faire sur le quotidien et sur les relations. » (M 3)

- « Je leur explique que c'est pour leur bien. Enfin surtout pour leur bien parce que moi j'examine quand même des gens qui ont le Covid donc c'est pour leur éviter ... pour limiter les risques de, de transmission et après les gens le comprennent assez facilement mais c'est vrai qu'intuitivement ils veulent l'enlever dès qu'ils arrivent dans le cabinet mais une fois qu'on leur explique la situation ils l'acceptent sans problème. » (M 11)

- « essayer d'avoir un message clair qui puisse les aider à vivre au quotidien, se rassurer sur comment faire les choses au mieux et puis en attendant de voir en disant que c'était pas plus grave de bien faire les choses, qu'en portant bien le masque il n'y aurait pas de soucis quoi. » (M 3)

- « On leur dit gentiment, souvent sur le ton de la plaisanterie en disant : « Oh ben vous êtes pas à la maison » (rit), « on va garder le masque pour se protéger, pour que vous soyez protégé surtout puisqu'un cabinet médical c'est potentiellement porteur de microbes. » (M 10)

4. Des patients globalement responsables

Les médecins soulignent aussi le **bon respect global du port du masque** dans les structures de soins.

- « le port du masque est quand même bien respecté et les gens, mêmes si ils ont ce ras-le-bol, ils respectent quand même bien les consignes et je trouve les gens quand même bien disciplinés. » (M 11)

- « Je pense qu'ils ne le vivent pas forcément bien, mais en tout cas ils l'acceptent. » (M 3)

- « j'ai très peu d'oubli : quand les gens oublient : « Ohlala excusez-moi », je leur prête, je leur donne un masque et voilà. Ça se passe. » (M 7)

- « j'ai pas eu le souvenir d'avoir eu, d'avoir dû batailler pour que tout le monde respecte déjà. Et j'ai pas eu l'impression d'avoir eu à batailler pour argumenter. La plupart des gens savent que c'est indispensable quoi. » (M 5)

Les rares patients récalcitrants à porter le masque, eux aussi, semblent maintenant se plier à la règle :

- « maintenant tout le monde est habitué à part les quelques résistants ... mais qui ont compris que de toute façon au cabinet il fallait qu'ils le mettent donc c'est comme ça, sinon ils viennent pas. » (M 9)

- « *Même les gens qui adhèrent à des théories conspirationnistes ou quoi, ben viennent en portant le masque, acceptent la règle de la consultation, du lieu de vie commun et a priori non non ça se passe bien.* » (M 3)

5. Une relation solide

Médecins et patients peuvent s'appuyer sur une **relation construite au fil du temps**. Certains médecins n'ont d'ailleurs trouvé que très peu de changements depuis l'arrivée du masque :

- « *la plupart je les connais sans masque, je les ai connus sans masque.* » (M 5)

- « *j'ai à peu près la même attitude avec mes patients qui ont à peu près la même attitude avec moi.* » (M 5)

- « *les patients ... les nouveaux je sais pas. Mais les patients que je suivais avant et tout je pense pas que ça ait changé grand chose quoi.* » (M 9)

Une relation solide que cette médecin explique en partie par une **bienveillance réciproque** :

- « *Ils (les patients) sont quand même le plus souvent extrêmement bienveillants envers leur docteur. Ils ont conscience hein qu'on est dans des situations un petit peu dangereuses et difficiles.* » (M 7)

Enfin, d'autres mettent en avant le rapport humain et leur **envie de créer du lien avec les patients** malgré les contraintes du contexte actuel :

- « *Moi je base vraiment mon métier sur la relation avec le patient où c'est vraiment le plus important pour moi d'être ... montrer que tu es à l'écoute et avoir une bonne interaction avec lui donc je trouve que oui elle est changée. Mais je ne pense pas que ce soit insurmontable.* » (M 14)

- « *J'espère que ... ça durera pas. Et qu'à la longue on ne devienne pas ... qu'on dépersonnalise pas trop les consultations. C'est à dire qu'on garde ce rapport humain qu'il y a, qui à mon avis est indispensable à notre métier. Si on n'aime pas les gens, si on n'aime pas le rapport humain, la médecine générale c'est compliqué quoi. Je voudrais pas qu'on devienne des machines quoi. Et que les patients deviennent ... on dépersonnalise tout, tu vois ce que je veux dire ?* » (M 8)

Figure 5 : Les ressources pour préserver la RMP

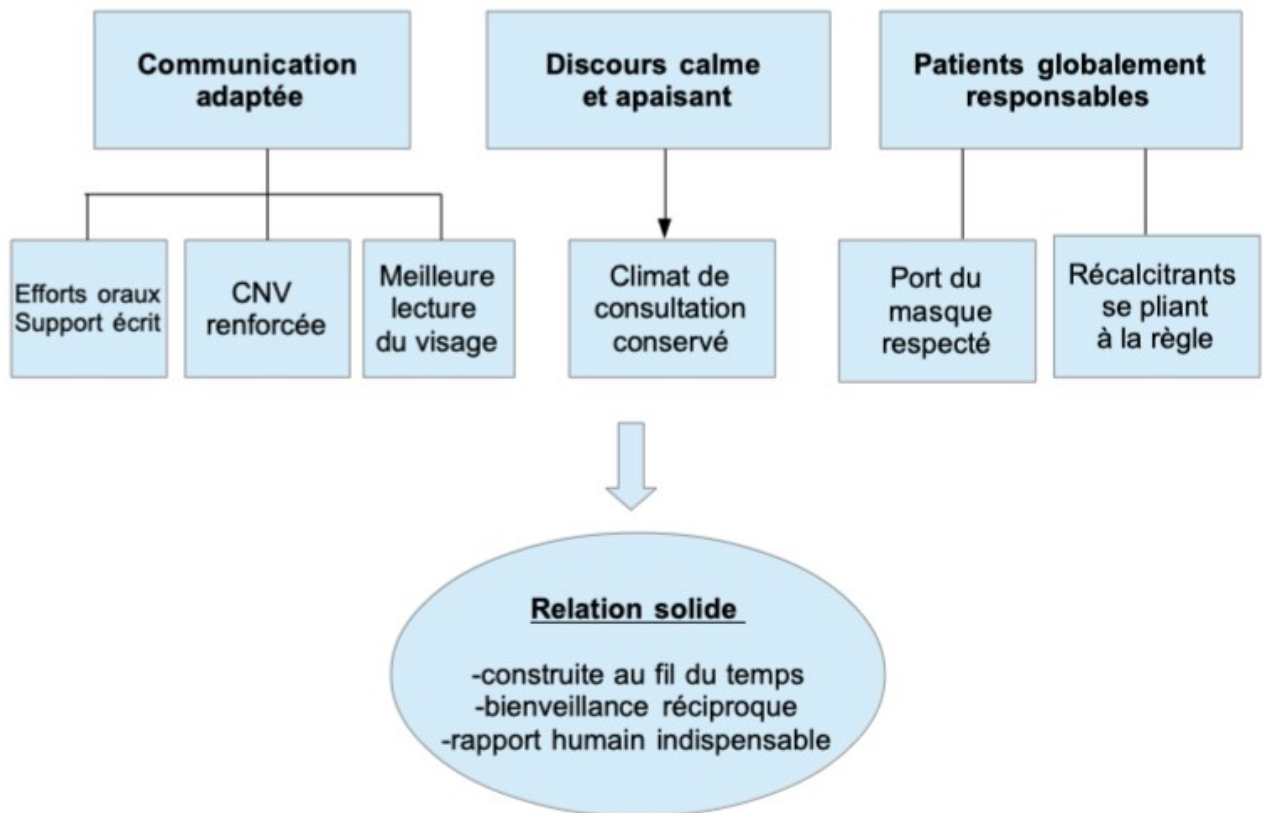
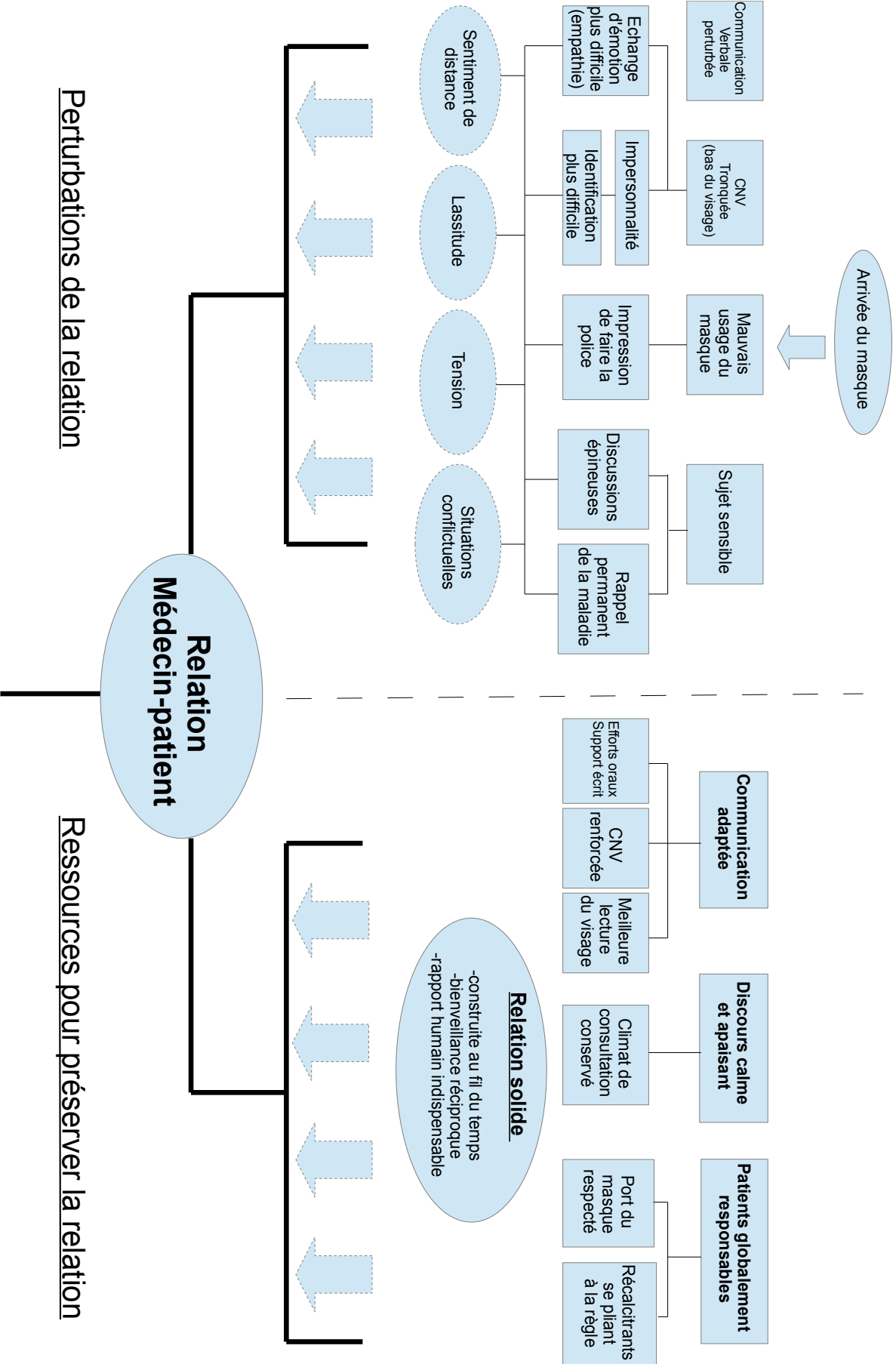


Figure 6 : Récapitulatif des résultats



IV. DISCUSSION

A. Validité interne

L'objectif de mon étude était de **recueillir le ressenti des médecins généralistes concernant l'impact du port du masque sur la relation médecin-patient.**

1. La méthode

Pour ce travail, le choix s'est porté sur une méthode qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés afin de favoriser la liberté d'expression de la personne interrogée et sa mise en confiance. Aucun incident technique n'est survenu lors de la réalisation des entretiens et la retranscription a été réalisée mot pour mot pour éviter au maximum la déperdition de données.

Il est à noter cependant qu'il n'y a pas eu d'analyse non-verbale au cours des entretiens du fait de mon manque d'expérience et de formation nécessaires pour cet exercice.

Le choix d'une méthode basée sur des entretiens collectifs (« focus-group ») aurait pu être une alternative intéressante pour cette étude. La dynamique de groupe permet parfois aux personnes interrogées de s'exprimer sur des thèmes qu'ils n'auraient pas abordés seuls, bien qu'il puisse automatiquement exister un effet de soumission au groupe.

Le choix de réaliser des entretiens individuels a cependant pu limiter le biais de désirabilité en ne prenant pas le risque que le médecin interrogé ait le sentiment d'être jugé par ses pairs.

2. Les biais

Biais d'investigation

Ce travail constituait ma première expérience en tant qu'investigateur en recherche qualitative et ce fait doit évidemment être considéré.

Etant novice dans le domaine, la qualité des entretiens et notamment des questions de relance s'est progressivement améliorée au fil des entretiens.

Les résultats auraient cependant pu être différents si l'étude avait été menée par des investigateurs plus expérimentés.

Pour réduire ce biais, 2 entretiens-tests avaient été réalisés au préalable et la documentation concernant la recherche qualitative a été essentielle. (32)

Biais d'interprétation

Par l'analyse subjective des données, ce biais est inhérent à la recherche qualitative et ne peut être complètement écarté.

Cependant il a pu être limité dans notre étude par le double-encodage mis en place.

Biais de sélection

Nous pouvons penser que le fait d'accepter de participer à l'étude dénotait une sensibilité particulière pour le sujet.

A posteriori, ce biais semble néanmoins limité à la lecture d'entretiens de médecins qui ne paraissaient pas particulièrement sensibilisés au sujet.

Autre biais

Un autre biais possible peut provenir du contexte de réalisation des entretiens. Lors de la prise de contact avec les participants, le libre-choix leur était donné concernant le lieu et l'heure des entretiens afin de maximiser les chances d'être dans un environnement propice à une discussion sereine et sans contrainte de temps.

Cependant, les entretiens de l'étude ont été réalisés lors d'une période particulièrement stressante et prenante pour les médecins généralistes avec des enjeux surajoutés (vaccination notamment). Ainsi, il est probable que certains médecins interrogés n'aient pas été dans des conditions psychologiques ou environnementales parfaitement adéquates pour réfléchir sur un sujet comme celui de notre étude.

B. Discussion des résultats

1. Le masque induit un sentiment de distance

L'arrivée du masque semble avoir instauré chez la plupart des médecins généralistes un sentiment de distance avec leurs patients. Qu'il soit jugé minime ou plus important en fonction des personnes interrogées, ce sentiment paraît être sous-tendu en partie par la difficulté à reconnaître le visage de certains patients.

Depuis la généralisation du port du masque, plusieurs études ont cherché à démontrer l'impact que celui-ci peut avoir dans notre capacité à reconnaître les visages. Les résultats de ces différents travaux semblent être en concordance avec les résultats de mon étude.

Au Canada, une étude réalisée en 2020 portant sur près de 500 observateurs montrait une altération de la perception des visages masqués à l'aide d'un test validé (Cambridge Face Memory Test) servant à mesurer les capacités de perception du visage chez l'Homme (33).

Encore plus récemment en Angleterre, une étude publiée en mars 2021 a cherché à étudier l'impact du port du masque sur la reconnaissance de visages familiers et non-familiers. Les résultats ont montré une altération significative de cette reconnaissance dans les deux cas. Il est à noter que ces mêmes résultats ont aussi été retrouvés dans un groupe inclus de « super-reconnaisseurs » (personnes déjà expérimentées dans la reconnaissance de visages, ayant déjà participé à d'autres études sur le sujet) (34).

Sur le même principe, une étude écossaise confirmait les difficultés d'appariement des visages masqués puis non-masqués, qu'ils soient familiers ou non (35).

Ces résultats confirment l'importance du bas du visage dans notre capacité à reconnaître des visages. Ils sont aussi en accord avec les difficultés rapportées par les médecins interrogés dans mon étude à propos de la reconnaissance des nouveaux patients et de leur capacité à créer du lien avec eux.

En effet, il semble évident qu'un défaut ou un retard de reconnaissance du patient en face de soi impacte non seulement le déroulé de la consultation, mais aussi la relation qui pourrait se créer à force de se côtoyer.

La prosopagnosie désigne un trouble de la reconnaissance des visages. Si elle est généralement retrouvée dans des contextes d'AVC ou de processus neurodégénératifs, au vu des résultats, le parallèle pourrait être réalisé dans une moindre mesure avec le port du masque concernant les conséquences sur nos interactions sociales (36).

Dans mon étude, le sentiment de distance évoqué par les médecins semble aussi être provoqué par les difficultés ressenties dans l'échange et l'appréciation des émotions.

Bien avant l'apparition du SARS-CoV-2, une étude chinoise de 2013 s'était intéressée à l'impact du port du masque par les médecins en soins primaires sur la perception de l'empathie par le patient. Les résultats avaient montré une baisse significative de la perception de cette empathie ainsi qu'un impact négatif sur la continuité de la relation médecin-malade (37).

Evidemment, ces résultats sont maintenant remis en question dans la mesure où les perceptions autour du masque ont été modifiées depuis sa généralisation.

Depuis plus d'un an, de nombreuses études se sont donc intéressées à l'impact qu'il peut avoir dans la reconnaissance des émotions.

Les résultats montrent systématiquement une nette altération dans la reconnaissance de la plupart des émotions.

Plus précisément, la perception de la colère, la joie, le dégoût et la tristesse est perturbée dans toutes ces études (38,39).

La reconnaissance de la peur, elle, n'est pas altérée. Ceci peut être expliqué par la place prépondérante des yeux dans l'expression de cette émotion (40,41).

Il est à noter qu'une étude italienne réalisée en mai 2021 retrouve ces mêmes résultats chez des étudiants en santé, que ces émotions soient de haute ou basse intensité (42).

Ces résultats peuvent cependant être nuancés par le fait que n'étaient pas pris en compte certains éléments comme le contexte ou les indices corporels qui peuvent jouer un rôle fondamental dans l'interprétation des émotions en situation réelle (43–45).

Nous pouvons penser que le port du masque, en perturbant la reconnaissance des émotions de la personne en face de nous, a automatiquement un impact sur nos interactions sociales.

Lors d'un échange entre deux personnes, chacun ajuste son comportement de façon plus ou moins consciente en fonction de l'état émotionnel de l'autre.

C'est particulièrement le cas lors de consultations médicales dans lesquelles, nous l'avons vu précédemment, chaque phrase prononcée par le médecin peut avoir un effet propre, qu'il soit bon ou mauvais, sur l'état de son patient.

C'est un ajustement permanent que le médecin doit alors réaliser par rapport à l'état émotionnel de son patient.

Dans le cas de mon étude, certains médecins ont justement mis en avant les difficultés qu'ils ont eues dans la reconnaissance des baisses de moral de quelques patients, et du comportement différent qu'ils auraient eu en les ayant repérées avant.

De même, il est légitime de penser que la confusion dans l'interprétation des émotions peut aussi jouer un rôle dans la survenue de situations conflictuelles.

Il conviendra d'être attentif au contact de populations particulièrement exposées à ces difficultés d'interprétation des expressions faciales ou de reconnaissance des visages. Nous pouvons citer par exemple les personnes atteintes de syndrome démentiel ou bien de troubles du spectre autistique (46).

Si ces populations non majoritaires dans les cabinets de médecine générale n'ont pas été citées dans mon étude, l'arrivée du masque entraîne un effort de communication supplémentaire non-négligeable de la part du personnel soignant à leur contact pour conserver la relation (47,48).

En revanche, la population pédiatrique a bien été mentionnée dans mon étude. Certains médecins ont en effet évoqué un contact plus difficile, particulièrement avec les nourrissons.

Une enquête récente a été réalisée auprès de 600 professionnels de la petite enfance par une équipe de l'Université de Grenoble dans le but d'évaluer leur ressenti concernant l'impact du masque sur le comportement des enfants en lieux d'accueil collectif.

La première synthèse de leurs témoignages rapporte que les professionnels interrogés sont partagés. Si certains sont agréablement surpris par les capacités d'adaptation des enfants, un grand nombre d'entre eux semblent inquiets des répercussions développementales néfastes qu'ils ont pu observer (49).

Ces potentielles conséquences ont rapidement été ciblées dans la littérature scientifique depuis la généralisation du port du masque en se basant sur le rôle essentiel de l'expressivité faciale dans le développement initial de l'enfant (50).

En attendant les résultats de futurs travaux sur le sujet, des recommandations concernant l'usage raisonné du masque en unités mère-bébé ont été suggérées à titre de prévention (51).

2. Le masque en tant que symbole de l'époque

Dans mon étude, le masque a également été appréhendé par certains médecins d'une manière plus globale, s'intégrant dans un contexte pandémique difficile, et parfois avec une valeur symbolique qui ne participe pas à la création d'un climat de consultation serein.

En effet, le masque constitue vraisemblablement un rappel permanent, plus ou moins conscient, de la maladie et de la période que nous traversons.

Nous pouvons logiquement nous poser la question des conséquences inconscientes que le port du masque peut avoir dans les interactions sociales.

Plusieurs études récentes se sont d'ailleurs intéressées à l'impact qu'il peut avoir dans notre attribution de confiance ou notre sentiment de proximité envers les autres.

Les résultats suggèrent que le port du masque aurait une influence négative sur l'attribution de confiance (52,53) ainsi que sur le sentiment de proximité (54).

Cependant, ces études réalisées soit sur des visages figés, soit dans des environnements différents, sont difficilement superposables au contexte médical et notamment aux cabinets de médecine générale où le lien de confiance est généralement déjà installé.

Néanmoins, cela peut légitimement soulever la question de la confiance attribuée inconsciemment par les patients vis à vis, par exemple, d'un médecin remplaçant masqué vu pour la première fois.

Même si il est possible que le masque conserve en partie une valeur symbolique suspicieuse ou mystérieuse dans notre inconscient, il est clair que son utilisation depuis bientôt 2 ans a profondément bousculé les représentations que la population générale peut avoir à son sujet.

Le masque, qui peut être perçu comme source de stress et de méfiance, pourrait aussi être considéré comme symbole d'altruisme et de cohésion sociale face à la pandémie (55,56).

Ces différences dans la manière d'appréhender le port du masque sont bien représentées dans mon étude. On remarque en effet des conséquences bien différentes sur la relation médecin-patient si le patient perçoit le masque comme un moyen de protection collectif plutôt qu'une contrainte individuelle.

3. Une relation modifiée mais pleine de ressources

Il aurait été surprenant d'obtenir une réponse univoque concernant l'impact du port du masque sur la relation médecin-patient tant cette dernière est dépendante de multiples facteurs et diffère d'un patient/d'un médecin à l'autre.

Nous avons pu voir dans notre étude que cette relation constitue un équilibre parfois fragile qu'un élément comme le masque, avec tout ce qu'il implique, peut facilement perturber.

Cependant il est rassurant de constater que, dans la grande majorité des cas, la capacité d'adaptation de chacun et le lien de confiance établi entre patient et médecin suffisent à traverser cette épreuve.

De plus, ce n'est pas la première fois qu'un élément extérieur menace cette relation. En effet, l'informatisation massive des cabinets de médecine générale à la fin du XXème siècle, largement incitée par l'ordonnance Juppé de 1996 (57), avait déjà soulevé la question du potentiel impact de l'ordinateur sur la relation médecin-patient.

Malgré une perturbation significative de la communication, notamment non-verbale (perte de contact visuel, posture moins ouverte, visage plus figé ...) (58), les études réalisées sur le sujet s'accordent à dire que les patients n'avaient pas perçu d'impact sur la relation avec leur médecin (59–61).

Si ce parallèle souligne la force de résilience de cette relation, nul doute que l'arrivée du masque en consultation s'inscrit dans un contexte bien différent. Et il existe encore très peu d'études publiées s'étant intéressées à son impact, ou plus globalement celui de la pandémie de Covid-19, sur la relation médecin-patient.

Néanmoins, la thèse de Jenna Luzet réalisée en novembre 2020 dans les Bouches-du-Rhône retrouvait, malgré un faible taux de participation, un sentiment de relation médecin-patient plutôt renforcée pour la plupart des médecins généralistes interrogés à la suite du début de la crise sanitaire (62).

Il semble probable que le sujet sera davantage représenté prochainement dans la littérature scientifique avec un peu plus de recul, et en tenant compte des sujets clivants s'étant additionnés depuis (vaccination, pass sanitaire, ...).

C. Perspectives

1. Recherche

L'étude réalisée s'étant portée uniquement sur le ressenti des médecins généralistes, il serait évidemment intéressant d'étudier le point de vue des patients par une étude en miroir afin de comparer le vécu des deux acteurs de la relation.

De même, une étude traitant le même sujet avec davantage de recul pourrait être intéressante à titre de comparaison car nous pouvons facilement imaginer que les représentations autour du masque vont continuer d'évoluer au fil du temps.

Nous pouvons aussi supposer que son impact se fera ressentir si la situation sanitaire autorise un jour de s'en passer en consultation, tant le port du masque semble désormais rentré dans les mœurs.

2. Alternatives au masque

Les masques possédant une fenêtre transparente semblent être une alternative efficace pour minimiser les problèmes de communication précédemment évoqués.

Les résultats d'une étude italienne datant de mars 2021 suggèrent que ce type de masque n'altèrent pas la reconnaissance des émotions ni l'attribution de confiance comme précédemment évoquées avec les masques standards (63).

Sur le même principe, une étude américaine a réalisé la comparaison de ces masques lors de premières rencontres entre patients et chirurgiens. Les résultats ont retrouvé chez les patients une meilleure perception d'empathie ainsi qu'une attribution de confiance plus importante lorsque les chirurgiens portaient des masques transparents (64).

Cependant, leur homologation répondent à des normes strictes de fabrication comme le précise l'avis du 29 octobre 2020 du Haut Conseil de la Santé Publique relatif aux masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2 (65).

Ces dispositifs sont de ce fait essentiellement utilisés pour des situations où la communication est un enjeu de premier plan, et il paraît peu probable de voir sa généralisation dans les cabinets de médecine générale dans un avenir proche.

Quant aux visières transparentes, dont l'emploi s'est popularisé depuis la fin du premier confinement, le Haut Conseil de la Santé Publique rappelle dans le même avis que ce type de protection ne doit être utilisé qu'en complément du port du masque.

En plein essor depuis le début de la crise sanitaire, la télémedecine possède aussi logiquement des arguments pour contrer les perturbations que le port du masque entraîne lors des consultations.

L'étude de Brice Divisia soutenue en décembre 2020 s'est intéressée à l'impact de la téléconsultation sur la relation médecin-patient du point de vue des patients.

En ce qui concerne la communication non-verbale, si la télémedecine permet de démasquer la partie basse du visage, elle semblerait aussi entraîner des manques importants dans l'échange de regards et une sensation de déshumanisation des consultations (66).

Ces résultats peuvent faire penser que la télémedecine, malgré tous ses avantages évidents, ne saurait compenser le sentiment de distance évoqué dans mon étude.

3. Formation

La communication en matière de santé se fait une place de plus en plus importante dans la formation médicale ces dernières années, comme en témoigne la multiplication des formations sur le sujet.

Un travail de thèse réalisé en 2018 par Bastien Sala (Université de Nice Sophia Antipolis) avait pour objectif de déterminer les méthodes communicationnelles utilisées par les médecins généralistes et d'évaluer l'importance donnée à celles-ci dans la relation médecin-patient. Parmi les résultats, il est surprenant de constater le peu d'intérêt que les médecins interrogés accordaient à la composante non-verbale et para-verbale (67).

La présence d'optionnels tels que l'« Initiation au groupe Balint » ou l'« Entretien motivationnel » auquel j'ai pu participer lors de mon D.E.S de Médecine Générale souligne le désir de sensibiliser les internes à l'importance des habilités communicationnelles et de ses conséquences sur la relation médecin-patient.

Cependant nous pouvons nous poser la question de la sensibilisation concernant l'importance de la communication non-verbale et, en tenant compte des résultats de mon étude, de l'impact des consultations masquées.

Nul ne sait pour combien de temps encore le masque fera partie intégrante des consultations de médecine générale. Nous pourrions alors imaginer par exemple une sensibilisation sur les enjeux d'une consultation masquée avec :

- repérage et analyse des éléments de langage non-verbaux et paraverbaux,
- comparaison de situations avec et sans masque par vidéos ou jeux de rôle,
- développement des compétences communicationnelles en matière de langage non-verbal.

V. CONCLUSION

La pandémie de SARS-CoV 2 a plongé chacun de nous dans une situation inédite avec, comme symbole le plus visible, l'apparition du masque sur tous les visages.

Si l'importance du langage non-verbal et des expressions du visage a largement été explorée dans la littérature par le passé, il était difficile d'imaginer une telle expérience à l'échelle mondiale.

L'étude réalisée avait donc pour but de faire un premier bilan de ce nouveau mode de consultation masqué en étudiant son impact sur la relation médecin-patient du point de vue des médecins généralistes.

L'apparition du masque semble avoir bousculé cette relation de plusieurs façons :

- d'une manière concrète, son mauvais usage de la part des patients a pu causer une tension voire une irritation chez les médecins jusqu'à aboutir à des situations conflictuelles. Une communication efficace et surtout l'habitude paraissent désormais avoir rendu ce genre de situations anecdotiques,
- d'une manière plus insidieuse, le fait de masquer la partie basse du visage perturbe la reconnaissance des visages et l'échange d'émotions souvent essentielles lors de certaines consultations. Tout ceci semble avoir instauré un sentiment de distance jugé plus ou moins important selon les médecins et la relation qu'ils avaient de base avec leurs patients.

Malgré ces perturbations, il est rassurant de constater que cette relation possède des ressources solides qui lui permettent de préserver ce lien particulier dans la grande majorité des cas. Ce lien de confiance entre patients et médecins semble pouvoir surmonter les éléments pouvant faire craindre une dépersonnalisation de la profession.

Bien que le masque fasse désormais partie de la vie quotidienne depuis bientôt 2 ans, nous avons pu voir que son port est loin d'être sans conséquences sur nos interactions sociales. Devant une situation sanitaire dont l'issue ne semble pas encore connue, il paraît logique qu'évaluer les tenants et les aboutissants d'une société masquée au long terme pourrait alors devenir un enjeu majeur.

REFERENCES

1. Parsons T, Turner BS. Social structure and dynamic process : The case of modern medical practice. Dans: The social system. Abingdon: Taylor & Francis; 2005. p. 288-322.
2. Freidson E. La profession médicale. Paris: Payot; 1984.
3. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique: comment s'y former? Revue de la littérature. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
4. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 avril 22;267(16):2221-6.
5. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000;51(7):1087-110.
6. Ford S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Expect. 2004 juin;7(2):181-2.
7. HAS. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015 [consulté le 23 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
8. CNGE, CNOSE, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
9. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1957.
10. Alain M, Boussageon R, Girier P, Figon S. L'efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. La Presse Médicale. 2006;35(6):967-73.
11. Académie nationale de médecine. La relation médecin-malade [Internet]. 2021 juin [consulté le 23 août 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-relation-medecin-malade/>
12. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH, et al. Communication and Medication Adherence: The Diabetes Study of Northern California. JAMA Intern Med. 2013 février 11;173(3):210-8.

13. Maxie B, Nathalie P, Thelma W, Luana C. The Role of Patient–Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. *Int Rev Neurobiol.* 2018;139:211-31.
14. Talbot M, Horne E, Inhaber S, Jacques A, Kurtz SM, Parboosingh J, et al. La communication efficace à votre service : bonnes pratiques préventives et la communication dans la relation de soin. Ottawa: Santé Canada; 2001.
15. Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Commun.* 2004;16(3):363-83.
16. Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Gashi S, Bikker A, et al. Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. *Br J Gen Pract.* 2015 juin;65(635):357-65.
17. Iandolo C. Caractéristiques de la communication. Dans: Guide pratique de la communication avec le patient : Techniques, art et erreurs de la communication. MMI Editions; 2001. p. 3-23.
18. Jakobson R. Closing statement : Linguistic and Poetics. Dans: *Style in Language.* Cambridge: MIT Press; 1960. p. 350-77.
19. Mehrabian A, Wiener M. Decoding of inconsistent communications. *J Pers Soc Psychol.* 1967 mai;6(1):109-14.
20. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2007 août;67(3):315-8.
21. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. *J Gen Intern Med.* 2006 janvier;21(1):S28-34.
22. Mehrabian A. Some referents and measures of nonverbal behavior. *Behav Res Meth & Instru.* 1968 janvier;1(6):203-7.
23. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002 janvier;15(1):25-38.
24. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2010 février;60(571):83-7.
25. Niedenthal P, Krauth-Gruber S, Ric F. L'expression faciale des émotions. Dans : *Comprendre les émotions.* Bruxelles: Mardaga; 2009. p. 121-60.

26. Lemogne C. Empathie et médecine. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2015 février;199(2-3):241-52.
27. Calvignac C. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné? Sciences humaines [Internet]. 2020 [consulté le 16 septembre 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02904432>
28. Courault L. La communication en médecine générale: au-delà des mots, des postures fragilisant le lien médecin-patient. Thèse de médecine, Lyon: Université Claude Bernard; 2020.
29. Martin A. Accueil au cabinet de médecine générale: éléments de communication influençant le ressenti des patients sur leur relation avec le médecin. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2016.
30. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017 octobre;7(10):e017902.
31. Moreau A. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Revue du Praticien-Médecine générale. 2004 décembre 20;18(674-675):1495-8.
32. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint-Cloud: GM Santé; 2021.
33. Freud E, Stajduhar A, Rosenbaum RS, Avidan G, Ganel T. The COVID-19 pandemic masks the way people perceive faces. Sci Rep. 2020 décembre 21;10:22344.
34. Noyes E, Davis JP, Petrov N, Gray KLH, Ritchie KL. The effect of face masks and sunglasses on identity and expression recognition with super-recognizers and typical observers. R Soc Open Sci. 2021;8(3):201169.
35. Carragher DJ, Hancock PJB. Surgical face masks impair human face matching performance for familiar and unfamiliar faces. Cogn Res Princ Implic. 2020 novembre 19;5:59.
36. Comité de Pilotage dédié Covid-19 du séminaire MIE. Histoire du port des masques et ses enjeux psychosociaux en France durant la pandémie de Covid-19 [Internet]. 2021 mai. [consulté le 3 septembre 2021]. Disponible sur: <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2021/07/histoire-du-port-du-masque-mai-2021.pdf>
37. Wong CKM, Yip BHK, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MC, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. BMC Fam Pract. 2013 décembre 24;14:200.

38. Carbon C-C. Wearing Face Masks Strongly Confuses Counterparts in Reading Emotions. *Front Psychol.* 2020 septembre 25;11:566886.
39. Norman JF, Wheeler SP. The visual perception of emotion from masks. *PLoS One.* 2020 janvier 15;15(1):e0227951.
40. Wegrzyn M, Vogt M, Kireclioglu B, Schneider J, Kissler J. Mapping the emotional face. How individual face parts contribute to successful emotion recognition. *PLoS One.* 2017 mai 11;12(5):e0177239.
41. Bombari D, Schmid PC, Schmid Mast M, Birri S, Mast FW, Lobmaier JS. Emotion recognition: the role of featural and configural face information. *Q J Exp Psychol (Hove).* 2013;66(12):2426-42.
42. Bani M, Russo S, Ardenghi S, Rampoldi G, Wickline V, Nowicki S, et al. Behind the Mask: Emotion Recognition in Healthcare Students. *Med Sci Educ.* 2021 mai 20;31(4):1273-7.
43. Aviezer H, Trope Y, Todorov A. Body cues, not facial expressions, discriminate between intense positive and negative emotions. *Science.* 2012 novembre 30;338(6111):1225-9.
44. Rice A, Phillips PJ, Natu V, An X, O'Toole AJ. Unaware person recognition from the body when face identification fails. *Psychol Sci.* 2013 novembre;24(11):2235-43.
45. Aviezer H, Hassin RR, Ryan J, Grady C, Susskind J, Anderson A, et al. Angry, disgusted, or afraid? Studies on the malleability of emotion perception. *Psychol Sci.* 2008 juillet;19(7):724-32.
46. Sato W, Sawada R, Uono S, Yoshimura S, Kochiyama T, Kubota Y, et al. Impaired detection of happy facial expressions in autism. *Sci Rep.* 2017 octobre 17;7:13340.
47. Schlögl M, A. Jones C. Maintaining Our Humanity Through the Mask: Mindful Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2020 mai;68(5):12-3.
48. Gil R, Arroyo-Anlló EM. Alzheimer's Disease and Face Masks in Times of COVID-19. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2021 janvier;79(1):9-14.
49. Busquet M, Hurtig M-H, Thollon Behar M-P, Tcherkassof A. Les effets du port du masque sur les jeunes enfants en lieux d'accueil collectif [Internet]. 2020 [consulté le 21 septembre 2021]. Disponible sur: <https://lesprosdela petiteenfance.fr/vie-professionnelle/organisation-et-pratiques-professionnelles/enquete-les-effets-du-port-du-masque-sur-les-jeunes-enfants-en-lieux->

[daccueil-collectif/les-effets-du-port-du-masque-sur-les-jeunes-enfants-en-lieux-daccueil-collectif](#)

50. Green J, Staff L, Bromley P, Jones L, Petty J. The implications of face masks for babies and families during the COVID-19 pandemic: A discussion paper. *J Neonatal Nurs*. 2021 février;27(1):21-5.
51. Triffaux-Ghesquieres A, Javelot H. COVID-19 et port du masque dans les unités mères-bébés (UMB). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2021 mai;69(3):145-6.
52. Biermann M, Schulze A, Unterseher F, Atanasova K, Watermann P, Krause-Utz A, et al. Trustworthiness appraisals of faces wearing a surgical mask during the Covid-19 pandemic in Germany: An experimental study. *PLoS One*. 2021 mai 18;16(5):e0251393.
53. Malik S, Mihm B, Reichelt M. The impact of face masks on interpersonal trust in times of COVID-19. *Sci Rep*. 2021 aout;11:17369.
54. Grundmann F, Epstude K, Scheibe S. Face masks reduce emotion-recognition accuracy and perceived closeness. *PLoS One*. 2021 avril 23;16(4):e0249792.
55. Cheng KK, Lam TH, Leung CC. Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity. *Lancet* [Internet]. 2020 avril 16 [consulté le 16 septembre 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162638/>
56. Szczesniak D, Ciulkowicz M, Maciaszek J, Misiak B, Luc D, Wieczorek T, et al. Psychopathological responses and face mask restrictions during the COVID-19 outbreak: Results from a nationwide survey. *Brain Behav Immun*. 2020 juillet;87:161-2.
57. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins [Internet]. *Journal Officiel de la République Française*. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000192992>
58. Surmont N. Comment les patients perçoivent-ils la présence de l'ordinateur au sein de la consultation de médecine générale et son influence sur la communication et la relation avec leur médecin ? Thèse de médecine, Tours: Université de Tours; 2016.
59. Bellifa F. L'informatique au cabinet de médecine générale : conséquences sur la relation médecin-malade à partir d'une enquête auprès des patients. Thèse de médecine, Reims: Université de Reims Champagne-Ardenne; 1997.
60. Cazenave-Dury L. L'impact de l'écran d'ordinateur sur la relation médecin-patient dans les cabinets de médecine générale d'Ile-de-France: le point de vue du médecin. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Descartes; 2016.

61. Bergere-Nicaise C. La relation médecin-malade. Evolution depuis l'information des cabinets médicaux à partir d'une enquête auprès des patients. Thèse de médecine, Reims: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2002.
62. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient. Thèse de médecine, Marseille: Université Aix-Marseille; 2020
63. Marini M, Ansani A, Paglieri F, Caruana F, Viola M. The impact of facemasks on emotion recognition, trust attribution and re-identification. *Sci Rep.* 2021 mars 10;11(1):5577.
64. Kratzke IM, Rosenbaum ME, Cox C, Ollila DW, Kapadia MR. Effect of Clear vs Standard Covered Masks on Communication With Patients During Surgical Clinic Encounters: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2021 avril;156(4):372-8.
65. Haut Conseil de la Santé Publique. Masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2 [Internet]. 2020 octobre [consulté le 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=943>
66. Divisia B. Comment la téléconsultation modifie-t'elle la relation médecin patient?: exploration de la perspective patient par une étude qualitative. Thèse de médecine, Lyon: Université Claude Bernard; 2020
67. Sala B, Dascotte J. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient: une étude qualitative sur la Côte d'Azur. Thèse de médecine, Nice :Université de Nice; 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

1/ Tout d'abord je vais vous demander de vous présenter.

Questions de relance éventuelles :

- Depuis quand êtes-vous installé(e) ?
- Quel est votre mode d'exercice ? Votre type d'activité/orientation/Maître de stage universitaire ?
- Combien durent en moyenne vos consultations ? Combien voyez-vous de patients par jour en moyenne ?

2/ Que pensez-vous du port du masque pendant les consultations ?

Questions de relance éventuelles :

- En quoi cela a modifié vos consultations ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées depuis que le masque est porté ?

3/ Que pensez-vous de l'impact du masque dans la relation avec vos patients ?

Questions de relance éventuelles :

- Dans quelles circonstances sentez-vous que votre relation a été modifiée ?
- Avec quels types de patients ?
- Comment l'expliquez-vous ?
- Comment réagissez-vous suite à cette modification ?/ Quelle attitude avez-vous adoptée ?

4/ Comment pensez-vous que vos patients vivent le port du masque pendant les consultations ?

Questions de relance éventuelles :

- Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?
- Pouvez-vous me donner un exemple ?

5/ Y-a-t-il un sujet que l'on aurait pas abordé à propos du masque et/ou de la relation médecin-patient dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 2 : Fiche de présentation et consentement

Thèse de médecine générale

Bonjour,

Je m'appelle Arthur Passerieux, je suis médecin généraliste remplaçant, actuellement en année de thèse. Je réalise un travail afin d'obtenir mon diplôme de Docteur en médecine à l'Université de Bordeaux. Mon projet de thèse est sous la direction du Docteur Jean-François Guille, médecin généraliste exerçant à la maison de santé de Gabarret, et a pour sujet le ressenti des médecins généralistes concernant l'impact du port du masque sur la relation médecin-patient.

En effet, qu'il soit chirurgical, FFP2 ou en tissu, le masque fait désormais partie intégrante des consultations, et il existe encore très peu d'études dans la littérature traitant le sujet de part le caractère inédit de la situation actuelle.

Il m'a donc paru intéressant d'étudier particulièrement l'impact du port du masque dans la relation médecin généraliste-patient.

Si vous acceptez de participer à ce travail, nous conviendrons d'un rendez vous qui nous permettra de réaliser un entretien pour recueillir vos impressions.

Notre échange sera enregistré. Il sera « anonymisé » et vous aurez la possibilité de l'interrompre à tout moment si vous le souhaitez. J'analyserai vos réponses à posteriori de manière qualitative et thématique. L'enregistrement ne sera conservé que pendant la durée de l'étude. Il sera ensuite détruit. Vous pourrez à tout moment retirer votre consentement de participation à ce travail.

Après avoir retranscrit notre entretien, je vous enverrai une copie de cette retranscription pour que vous puissiez, si vous le souhaitez, apporter des modifications ou des précisions concernant notre entretien.

Ce travail a été soumis pour validation de sa conformité aux lois de protection des données personnelles. Il a été porté au registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université de Bordeaux.

Si besoin, vous aurez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Avant de débiter notre entretien, je vais vous demander de signer le consentement ci-dessous.

Fiche de consentement pour participation à la thèse

Je soussigné, Dr autorise M. Arthur Passerieux, étudiant en année de thèse, à réaliser un enregistrement audio de notre entretien.

Je l'autorise à utiliser, de façon anonyme, les informations contenues dans notre entretien afin qu'il puisse réaliser son travail de thèse.

Signature du thésard

Signature du participant

Annexe 3 : Tableau des critères COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 4 : Exemple de retranscription d'un entretien

Arthur : Tout d'abord je vais vous demander de vous présenter, donc avec votre âge, votre parcours, votre mode d'exercice etc ...

Médecin interrogé : Alors il faut que je dise mon nom et tout ça ?

Arthur : Oui oui.

Médecin interrogé : Je suis médecin généraliste collaboratrice du coup dans ce cabinet à ... C'est du semi-rural. Je suis collaboratrice depuis 2 ans et demi ici. Mon parcours, ben j'ai fait mes études à Bordeaux. En totalité donc l'internat aussi et ... voilà j'ai fait pas mal de remplacements avant de m'installer, de m'installer ici du coup.

Arthur : D'accord.

Médecin interrogé : Ah oui mon âge j'ai 33 ans.

Arthur : Ok est-ce que vous avez un type d'activité ou une orientation particulière ?

Médecin interrogé : Je fais beaucoup de gynécologie, et pas mal de pédiatrie aussi.

Arthur : D'accord.

Médecin interrogé : Mais c'est varié quand même.

Arthur : Est-ce que vous êtes maître de stage universitaire ?

Médecin interrogé : Non, pas encore. Mon collègue l'est depuis cette année et euh ... peut-être dans les années à venir oui.

Arthur : Ok. Combien durent en moyenne vos consultations ?

Médecin interrogé : 20 minutes, pour une consultation classique. Et les enfants ... enfin toute consultation de pédiatrie, de suivi d'enfants et de gynécologie c'est 30 minutes.

Arthur : Ok. Et combien voyez-vous de patients par jour en moyenne ?

Médecin interrogé : Ça dépend des jours. Sur une journée complète sans visite, je sais pas, ça va ... on est autour de 28-30. Et parfois plus en période chargée, hivernale. Les jours où

voilà il y a des visites à domicile l'après-midi, sur la demi-journée j'en vois 12. Ouais 12-13 sur le matin.

Arthur : Ok. Donc tout d'abord, que-pensez-vous du port du masque pendant les consultations ?

Médecin interrogé : Euh sur le plan sanitaire ou ... ?

Arthur : Sur le plan sanitaire ou autre.

Médecin interrogé : Ben de toute façon en ce moment-là ça a été une obligation sanitaire mais pour protéger à la fois le patient et se protéger nous aussi, d'une certaine façon, parce qu'on voit pas mal de ... on a vu pas mal de gens malades donc ... ouais c'est obligatoire, on peut pas trop s'en passer. Après ce que j'en pense sur le plan ... ?

Arthur : Ouais, qu'est-ce que cela a modifié dans vos consultations ?

Médecin interrogé : Alors parfois il faut fliquer. (rit) Parce qu'il y a pas mal de patients, quand ils arrivent en consultation, ben se sentent bien je pense, un peu comme à la maison donc ils arrivent, ils posent leurs affaires, ils enlèvent leur masque, par réflexe, c'est assez drôle. (rit) Donc parfois il faut rappeler, ou il est mal posé ou ... bon enfin voilà on refait un peu un petit message.

Ce que ça a pu changer c'est que ... ça met une distance un peu quand même. Avec les enfants déjà c'est compliqué, ils voient moins bien les émotions, ils voient moins bien le sourire, ils voient moins bien ce qu'on leur demande de faire. Euh ... ça fait peut-être un peu plus peur aussi, de plus voir complètement notre visage. Et les personnes âgées c'est plus compliqué. Un peu plus compliqué parce que j'ai l'impression qu'ils entendent beaucoup moins bien ce qu'on dit. C'est plus difficile, ils arrivent moins bien à lire sur nos lèvres si ils ont des problèmes d'audition. Et avec certains patients malentendants ça a été un peu compliqué mais, enfin dans ces cas-là j'ai enlevé le masque en fait parce qu'il y avait pas trop le choix en fait. (rit)

Arthur : Donc oui, à part enlever le masque avez-vous mis des stratégies en place autres ? Pour les personnes âgées par exemple ?

Médecin interrogé : Ben je me ... enfin si je dois enlever le masque pour leur parler je me mets à distance réellement. Je redis ce que je devais dire plus fort et puis je remets le masque pour me rapprocher les examiner.

Arthur : D'accord. Et du coup vous dites que ça a instauré une certaine distance, qu'est-ce qui vous fait dire cela ?

Médecin interrogé : (réfléchit)

Ben je trouve ... pour faire passer les ... parce que mine de rien il y a beaucoup d'émotion qui passe ... oui enfin d'émotions ou relationnellement un sourire ou pour rassurer, ou pour expliquer clairement aussi des choses, enfin on a plus que les yeux voilà. Et pour certains j'ai l'impression que c'est plus compliqué de pas voir forcément notre visage et nos émotions. Et même nous on ne voit plus les ... moins bien les émotions de nos patients donc on sait moins ... c'est peut-être un peu plus difficile de savoir ce qu'ils pensent ... ce qu'ils ressentent quoi.

Arthur : Oui c'est ce que vous ressentez ...

Médecin interrogé : C'était peut-être au tout début parce que maintenant, enfin globalement c'est quelque chose de très acquis le port du masque, ça y est ça fait plus d'un an (rit), je crois que tout le monde s'y est fait à peu près.

Arthur : Par exemple quand vous parlez de distance, est-ce que vous avez un exemple à nous donner ?

Médecin interrogé : (réfléchit) Ben il y a enfin ... un ... un monsieur âgé qui clairement m'a demandé l'autorisation d'enlever son masque pour pouvoir mieux me parler et ... il m'a demandé d'enlever mon masque pour, pour voir mon visage parce que c'était important pour lui de, de voir vraiment ce que je ressentais et ce que je disais. Il voulait voir vraiment à quoi je ressemblais sans mon masque, parce que c'est un patient que j'ai commencé à suivre qu'au moment du confinement, enfin du premier confinement. Du coup on s'est connus que masqués et ... et en fait pour lui ça a été ... voilà enfin il m'a dit « Je sais pas à quoi ressemble mon médecin ». Voilà donc, donc ok on s'est mis à distance tous les deux parce que j'étais pas, il était pas malade donc du coup j'ai accédé à sa demande parce qu'il était ... Il semblait très malheureux de cette, enfin voilà de cette distance mise physiquement aussi, visuellement en tout cas entre nous deux. Et ça lui a fait plaisir. On l'a remis (rit), mais ça lui a fait plaisir de voir qui j'étais. Voilà moi aussi j'ai pu voir qui il était et c'est vrai que ça change complètement de voir le visage en entier et ce qu'il ... enfin voilà comment il parle, comment il est ... ouais.

Arthur : Ouais, et comment vous expliquez cela ? Que ça change totalement ?

Médecin interrogé : (réfléchit) ben parce qu'il y a beaucoup de ... enfin l'importance de la communication non-verbale probablement aussi. En plus du verbal ouais. On peut dire beaucoup de choses mais ... on sait bien qu'entre les gestes et les mimiques ça peut vraiment changer la donne et passer un message différemment.

Arthur : Ok. Oui vous disiez que c'était un nouveau patient qui vous avait pas connu avant. Comment ça se passe avec les patients que vous connaissez depuis plus longtemps ?

Médecin interrogé : Ça va, oui globalement ça va parce qu'on se connaît mieux peut-être aussi. Et puis c'est une habitude qui a été prise et ... on s'y fait voilà. Ouais.

Arthur : Ok. Donc vous avez parlé des difficultés relationnelles avec par exemple le patient que vous ne connaissiez pas, des difficultés de communication avec les personnes âgées/les personnes malentendantes, quelles difficultés autres avez-vous rencontrées depuis que le masque est porté ?

Médecin interrogé : (réfléchi) Ben après c'est pas des ... oui c'est ça c'est des patients qui ... patientes du coup ... j'ai beaucoup de gynéco donc ... qui lors de l'examen où ... bah voilà une pose de stérilet, des choses un peu plus ... qui peuvent être stressantes pour certaines ... c'est difficile pour elle de garder le masque parce qu'elle ont encore plus l'impression d'étouffer, de se sentir mal donc c'est arrivé également qu'elles le retirent pendant la consultation même si c'était psychologique ... l'air est sensé passer hein. (rit) Pour leur donner la possibilité de ventiler correctement on va dire.

Arthur : Ok. Du coup au début de l'entretien vous parliez de ... de « flicage » au niveau du masque, avec ceux qui avaient tendance à enlever l'enlever, comment ça se passe dans ces cas-là ?

Médecin interrogé : On leur dit gentiment ... souvent sur le ton de la plaisanterie en disant : « Oh ben vous êtes pas à la maison » (rit), « on va garder le masque pour se protéger, pour que vous soyez protégé surtout puisqu'un cabinet médical c'est potentiellement porteur de microbes ». Ou voilà on leur remontre un petit peu comment il faut le placer parce qu'en fait il y en a aussi plein qui ne savent pas bien positionner sur le nez, voilà donc ... mais ça se passe toujours très bien, il n'y a pas de soucis vis-à-vis de ça.

Arthur : D'accord, ok. Donc vous avez commencé à le dire mais comment pensez-vous que vos patients, eux, vivent le port du masque en consultation ?

Médecin interrogé : (Rit) En majorité ils le vivent mal. Je pense comme peut-être la grande majorité de la population aussi. Ils le disent assez régulièrement : « ça m'énerve », « j'en ai marre », « on respire pas bien » ... Donc il y en a beaucoup pour qui c'est une vraie contrainte.

Arthur : D'accord. Avez-vous un exemple à me donner ?

Médecin interrogé : Par rapport à la contrainte ?

Arthur : Oui.

Médecin interrogé : Ben des patients, certains qui vraiment ... réfractaires qui ont insisté plusieurs fois vraiment pour enlever le masque pendant la consultation parce que c'est bon ils sont pas malades et que ça les agace donc voilà c'était parfois un peu compliqué. C'est très rare mais oui ils ont un peu insisté, mis la pression pour bien me faire comprendre que ça les énerve et qu'ils voient pas pourquoi ils le porteraient quoi.

Arthur : D'accord. Ok, et du coup globalement, vous l'avez un peu dit, mais que pensez-vous de l'impact du port du masque dans la relation avec vos patients ?

Médecin interrogé : (réfléchit)

Ben c'est un peu compliqué de faire une synthèse je trouve : d'un côté on les protège, enfin on se protège et on les protège et c'est, en cette période actuelle, c'est important et prioritaire. Donc d'un point de vue strictement médical on va dire que ... ben c'est important voilà c'est important c'est un geste plutôt médical même. Et de l'autre, effectivement niveau relationnel, non-verbal, il y a ... ça a quand même ... enfin je trouve ça a mis un peu une sorte de distance, minime mais une petite distance, parfois une sorte de petite difficulté supplémentaire parfois dans la consultation.

Arthur : Ok, bon ok on a dit pas mal de choses déjà. Est-ce qu'il y a un sujet que l'on aurait pas abordé à propos du masque ou de la relation médecin-patient dont vous souhaiteriez parler ?

Médecin interrogé : Euh (réfléchit) ... là tout de suite non ... (réfléchit) Non je pense c'est bon ... je pense ça va un peu dans le même sens que le fait de ne plus se serrer la main avec les patients ou de ne plus les toucher ... Il y a aussi ce ... plus que le masque parfois c'est plus compliqué pour les personnes âgées de ne plus avoir ce même ... ce même relationnel aussi, de leur prendre la main, de pouvoir ... enfin ils ont besoin en fait. Ils aimeraient bien serrer la main pour remercier, pour dire bonjour donc bon après ... parfois on le fait hein. (rit)

Arthur : Vous parlez des personnes âgées parce que vous trouvez que particulièrement ...

Médecin interrogé : Je trouve que c'est chez elles que c'est le plus difficile en fait, ou qui ont le plus de mal à l'accepter aussi, à prendre l'habitude de ... de ... ben de ce port de masque. Ne serait-ce qu'à domicile il y en a aucun qui l'a. (rires) Bon c'est comme ça ! Voilà c'est pas du tout une habitude. Mais je trouve que c'est chez eux que c'est le plus difficile à ... à passer dans les habitudes.

Arthur : Quand vous parlez des domiciles, quand ils ne l'ont pas vous leur dites quelque chose ?

Médecin interrogé : Pas forcément. Pour les enfants éventuellement si ils sont là. Mais bon les domiciles c'est des personnes souvent grabataires ou semi-grabataires je vais pas leur demander de ... ou leur imposer de mettre un masque enfin voilà franchement c'est pas ...

Arthur : Ok. Parfait. Est-ce que vous voudriez rajouter quelque chose ?

Médecin interrogé : Non je crois que c'est bon.

Arthur : Bon ben ok merci beaucoup d'avoir participé à cet entretien.

RESUME

Contexte : La pandémie de SARS-CoV 2 a entraîné des mesures sanitaires exceptionnelles pour limiter la propagation du virus dans la population. Depuis la généralisation du port du masque en 2020, les consultations médicales se font donc sous un mode masqué inédit.

Objectif : Recueillir le ressenti des médecins généralistes concernant l'impact du port du masque sur la relation médecin-patient.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes libéraux. Retranscription intégrale et analyse du verbatim faisant émerger des catégories significatives.

Résultats : 14 entretiens ont été réalisés. Les médecins ont évoqué un sentiment de distance avec leurs patients depuis l'arrivée du masque, jugé plus ou moins important en fonction des personnes interrogées. Ce sentiment peut être expliqué par les problèmes de communication engendrés par le masque, notamment concernant le langage non-verbal. Des difficultés dans l'échange d'émotions et dans la reconnaissance des patients ont été relevées, confirmant l'importance de la partie basse du visage dans les interactions sociales. Le mauvais usage du masque et les situations parfois tendues qu'il engendre participent aussi en partie à ce sentiment de distance. La relation médecin-patient semble toutefois s'appuyer sur des ressources solides pour conserver ce lien de confiance : stratégies de communication adaptées par le médecin, bon respect global du port du masque de la part des patients, bienveillance réciproque, confiance construite au fil du temps.

Conclusion : La relation médecin-patient semble assez solide pour résister aux perturbations que le masque a engendré. Cependant, son port semble loin d'être sans conséquences sur les interactions sociales, avec un échange émotionnel particulièrement perturbé. Déterminer les conséquences au long terme d'une société masquée semble donc un enjeu majeur dans le futur.

Mots-clés : Relation médecin-patient, port du masque, médecine générale, communication non-verbale

ABSTRACT

Background : The SARS-CoV 2 pandemic led to exceptional health measures to limit the spread of the virus in the population. Since the generalization of the mask wearing in 2020, medical consultations are therefore carried out in an unprecedented masked mode.

Aim : To collect the feelings of general practitioners about the impact of mask wearing on the doctor-patient relationship.

Method : Qualitative study by semi-directed interviews with liberal general practitioners. Full transcription and analysis of the verbatim revealing meaningful categories.

Results : 14 interviews were conducted. General practitioners pointed out a feeling of distance with their patients since the arrival of the mask, considered more or less important depending on the people interviewed. This feeling can be explained by the communication problems caused by the mask, in particular concerning non-verbal language. Difficulties in exchanging emotions and recognizing patients were noted, confirming the importance of the lower part of the face in social interactions. The misuse of the mask and the potential tense situations it generates also partly contribute to this feeling of distance. However, the doctor-patient relationship seems to be based on solid resources to maintain this bond of trust : communication strategies adapted by the doctor, good overall respect for the wearing of the mask on the part of the patients, reciprocal benevolence, trust built over the course of the time.

Conclusion : The doctor-patient relationship seems strong enough to withstand the disruptions that the mask has caused. However, wearing it seems far from without consequences for social interactions, with a particularly disturbed emotional exchange. Determining the long-term consequences of a masked society therefore seems to be a major stake in the future.

Keywords : Doctor-patient relationship, mask-wearing, general medicine, non-verbal communication

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.