



**HAL**  
open science

# Vécu de la maladie Covid-19 chez les patients infectés et isolés à domicile à La Réunion lors de la première vague de l'épidémie en 2020. Étude qualitative

Julia Fernandes da Rocha

## ► To cite this version:

Julia Fernandes da Rocha. Vécu de la maladie Covid-19 chez les patients infectés et isolés à domicile à La Réunion lors de la première vague de l'épidémie en 2020. Étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03672446

**HAL Id: dumas-03672446**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03672446>**

Submitted on 19 May 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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION**  
**UFR SANTE**

Année : 2022

N° 2022LARE030M

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécu de la maladie Covid-19**  
**chez les patients infectés et isolés à domicile à La Réunion**  
**lors de la première vague de l'épidémie en 2020**  
**Etude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 21/04/2022 à 18h30 à La Réunion

**Par Julia Fernandes Da Rocha**

**JURY :**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph**

**Assesseurs :**

**Madame la Docteure Elodie Huot**

**Monsieur le Docteur Sébastien Leruste**

**Rapporteur :**

**Madame la Professeure Line Riquel**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco**

## Table des matières

I.	Introduction .....	6
II.	Matériel et méthode .....	8
A.	Type d'étude .....	8
B.	Description de la population.....	8
1.	Critères d'inclusion .....	8
2.	Critères d'exclusion .....	8
3.	Recrutement des participants.....	9
4.	Échantillonnage .....	9
C.	Recueil des données .....	9
D.	Analyse des données .....	10
E.	Critères de scientificité.....	11
F.	Critères éthiques.....	11
G.	Journal de bord.....	12
III.	Résultats.....	13
A.	Description de la population étudiée.....	13
1.	Recrutement des patients.....	14
2.	Caractéristiques de la population .....	15
3.	Caractéristiques des entretiens .....	16
B.	Analyse des résultats.....	16
1.	La peur .....	16
2.	La joie.....	21
3.	La tristesse .....	26
4.	La confiance .....	29
5.	La surprise.....	30
6.	La colère.....	31
7.	La honte .....	32
C.	Modélisation des résultats .....	34
IV.	Discussion .....	35
A.	Principaux résultats .....	35
B.	Discussion des résultats .....	37
1.	Comparaison avec les résultats de l'autre chercheur .....	37
2.	Comparaison avec la littérature .....	40

C.	Discussion autour de la méthode.....	53
1.	Forces de l'étude.....	53
2.	Limites de l'étude.....	54
a)	Biais de sélection .....	54
b)	Biais d'investigation.....	54
c)	Biais d'interprétation.....	55
d)	Biais de mémorisation .....	55
D.	Perspectives .....	55
V.	Conclusion .....	57
VI.	Bibliographie.....	58
VII.	Annexes.....	62
A.	Annexe 1 : Guide d'entretien .....	62
1.	Présentation : .....	62
2.	Caractéristiques sociodémographiques des patients : .....	62
3.	Canevas d'entretien – 2 <sup>ème</sup> version : .....	63
B.	Annexe 2 : Première version du canevas d'entretien.....	64
C.	Annexe 3 : Récépissé de la déclaration à la CNIL.....	65
D.	Annexe 4 : Extraits du journal de bord.....	66
E.	Annexe 5 : Tableau des nuances des émotions .....	70
F.	Annexe 6 : Marguerite des compétences .....	71
G.	Annexe 7 : Lignes directrices COREQ.....	72

## **Sommaire des figures et tableaux**

### **Table des figures**

Figure 1 : Recrutement des participants.....	20
Figure 2 : Modélisation du vécu de la Covid-19.....	40
Figure 3 : Modélisation du vécu de la Covid-19 avec l'autre chercheur.....	45

### **Table des tableaux**

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.....	21
--	----

## Liste des abréviations

ARS : Agence régionale de santé

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COREQ : *Consolidated criteria for reporting qualitative research*

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPP : Comité de protection des personnes

CTAI : Cellule territoriale d'appui à l'isolement

CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique

DUMG : Département universitaire de médecine générale

EPSMR : Etablissement public de santé mentale de La Réunion

HAS : Haute Autorité de santé

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation mondiale de la santé

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RT-PCR : *Reverse transcription polymerase chain reaction* - Réaction en chaîne par polymérase

SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

V : Verbatim

## I. Introduction

En décembre 2019, la Covid-19, une maladie infectieuse respiratoire causée par un nouveau Coronavirus, le SARS-CoV-2, est apparue à Wuhan, en Chine, et a rapidement entraîné une pandémie mondiale en contaminant des millions de personnes, dont une partie a été victime de formes graves, voire mortelles.

Devant l'émergence de cette maladie contagieuse, des mesures inédites ont été décidées en France en 2020, telles que la mise en place de l'état d'urgence sanitaire, plusieurs confinements de la population générale ainsi que des couvre-feux et l'isolement des personnes malades... Le but était de freiner le développement de cette pandémie et l'engorgement du système de soins.

Cette pandémie a déclenché une véritable crise planétaire, autant dans les domaines politique et économique que dans les domaines socio-démographique et de la santé. Elle suscite de multiples interrogations voire de la peur. De nombreuses incertitudes persistent depuis son apparition. En 2020, l'origine, les mécanismes de la maladie et ses modes d'évolution n'étaient pas bien connus. Les thérapeutiques mises en place étaient pour certaines encore expérimentales et il n'existait pas encore de vaccin.

La Covid-19 a des effets multiples et parfois très graves sur la santé physique des sujets infectés, elle a également des effets délétères sur la santé mentale. Le stress chronique lié à la pandémie, à ses incertitudes et aux mesures sanitaires mises en place par les gouvernements provoque de nombreux effets dommageables au plan psychique. L'anxiété générée par cette pandémie affecte la population générale et est pourvoyeur de dépression. De plus, l'isolement relatif a induit un sentiment d'exclusion et de stigmatisation injustifié (1).

De nombreux travaux ont déjà été réalisés sur l'impact psychologique de la Covid-19 et ils confirment tous cette souffrance psychique, que cela soit dans la population générale, chez les soignants ou chez les patients infectés par la Covid-19. Une étude chinoise ayant eu lieu en février 2020 a évalué la santé mentale de 106 patients infectés par la Covid-19 et a mis en évidence l'apparition de dépression, d'anxiété, de problèmes de sommeil, de symptômes somatiques et même d'idées d'automutilation ou de suicide. Les patients participant à cette étude ont ressenti le besoin d'une aide psychologique (2).

Sur l'île de La Réunion, les premiers cas de la Covid-19 ont été signalés en mars 2020. Actuellement, plus de 310 000 cas confirmés et plus de 700 décès ont été signalés dans cette région. La majorité des patients infectés par la Covid-19 ont été isolés à domicile et non hospitalisés (3).

Nous nous sommes demandés si les patients réunionnais atteints de la Covid-19 et isolés à domicile lors de la première vague de l'épidémie en 2020 avaient eux aussi rencontré des difficultés psychologiques et comment ils avaient vécu cette maladie de manière plus globale. La question de recherche que nous nous sommes posée est donc : quel est le vécu des personnes atteintes de la Covid-19 isolées à domicile à La Réunion en 2020 ?

En effet, aucune étude n'a encore été réalisée à La Réunion sur le vécu de la Covid-19 chez les patients atteints par cette maladie et isolés à leur domicile. Nous ne savons pas quelles ont été les répercussions de cette maladie sur leur vie sur le plan médico-psycho-socio-environnemental dans ce département d'Outre-Mer qui se distingue de la Métropole par de nombreux points, notamment sa culture, son statut socio-économique et dans le domaine de la santé. De plus, le suivi à domicile est bien différent de la prise en charge hospitalière. Il est plus complexe à gérer et a des spécificités liées à la place du patient dans son environnement personnel et familial et à la surveillance réalisée à distance (4).

L'objectif principal de l'étude est donc d'explorer le vécu des patients infectés par la Covid-19 et isolés à domicile à La Réunion en 2020.



## **II. Matériel et méthode**

### **A. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative utilisant une approche phénoméno-pragmatique (5,6). La méthode qualitative est la méthode de référence pour explorer et analyser l'expérience vécue des patients, leurs représentations, leurs comportements en santé à partir d'un verbatim recueilli par entretiens semi-dirigé. La méthode phénoméno-pragmatique est pertinente pour l'analyse qualitative en santé puisqu'elle permet de dégager l'essence d'une expérience vécue (7).

### **B. Description de la population**

La population étudiée concernait des adultes hommes ou femmes, symptomatiques ou non, dépistés Covid-19 positif par RT-PCR et n'ayant pas été hospitalisés, mais isolés à domicile à La Réunion.

#### **1. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants :

- un âge supérieur ou égal à 18 ans
- un test de dépistage RT-PCR Covid-19 positif,
- un isolement à domicile
- un consentement éclairé oral.

#### **2. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion retenus étaient les suivants :

- la présence de troubles cognitifs
- les patients suspects avec test de dépistage Covid-19 négatif
- une hospitalisation causée par la Covid-19

- le refus de consentement.

### **3. Recrutement des participants**

Le recrutement des participants a été réalisé par le biais de médecins traitants qui ont été contactés par téléphone en fonction de leur zone géographique d'exercice afin d'obtenir une population bien répartie sur le territoire.

Le recrutement des médecins généralistes a été obtenu par effet « boule de neige ». Certains médecins ont été recrutés lors d'une formation de médecine générale sur la maîtrise de stage par le biais du directeur de thèse. D'autres ont été contactés sur la base du répertoire personnel de la chercheuse. Les médecins contactés par la chercheuse ont ensuite proposé le recrutement d'autres médecins qui avaient pris en charge des patients atteints de la Covid-19.

Les médecins recrutés demandaient ensuite à leurs patients répondant aux critères d'inclusion s'ils acceptaient de participer à notre thèse. Puis ils nous recontactaient pour nous donner les coordonnées des patients ayant accepté, tout en nous indiquant leur âge et leur sexe.

### **4. Échantillonnage**

L'échantillonnage a été effectué de manière raisonnée pour garantir la validité externe des résultats, en fonction du genre, de l'âge et du lieu de vie.

### **C. Recueil des données**

Le recueil a été effectué lors d'entretiens individuels téléphoniques semi-dirigés par un guide d'entretien.

L'animatrice ayant réalisé les entretiens était aussi la chercheuse. Un entretien test a été réalisé, en amont, auprès d'une patiente réunionnaise ayant été infectée par la Covid-19 mais ayant vécu son isolement en métropole afin que l'animatrice se

familiarise avec la conduite d'un entretien. Cet entretien n'a pas été inclus dans l'analyse.

Les entretiens téléphoniques étaient menés directement dès le premier appel si le participant était d'accord. Sinon le rendez-vous téléphonique était fixé plus tard en fonction de leur disponibilité. La chercheuse ne connaissait pas les participants avant le commencement de l'étude.

Le guide d'entretien (annexe 1) comprenait :

- une partie sur la présentation de l'étude,
- une partie sur les données concernant les patients afin de caractériser la population,
- un canevas d'entretien composé principalement de questions ouvertes, de questions brise-glace et de questions de relance. Il a été légèrement modifié au fil des entretiens et de l'analyse des verbatims.

La première version du canevas d'entretien ne contenait pas de questions de relance bien différenciées des grandes questions ouvertes. Il a été rapidement modifié après l'entretien test afin de mettre en valeur les questions importantes (annexe 2).

Il a été réalisé avec un autre chercheur qui débutait également une étude qualitative sur le vécu des personnes hospitalisées atteintes de la Covid-19 ainsi qu'avec les directeurs de thèse.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone avant d'être intégralement retranscrits mot à mot par la chercheuse en tenant compte du non verbal sur le logiciel WORD®, immédiatement après l'entretien. Le matériel ainsi retranscrit constituait le verbatim. Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction.

## **D. Analyse des données**

Le verbatim a été analysé manuellement sur WORD® en effectuant un codage ouvert puis axial à l'aide de tableaux et de la fonction « commentaire ». Tous les entretiens

ont été analysés par la chercheuse mais le codage des premiers entretiens a aussi été réalisé par deux autres chercheurs en médecine générale.

Chaque entretien a été analysé au fur et à mesure du recueil de données, permettant l'émergence des concepts. Les différents concepts n'étaient pas identifiés à l'avance, ils ont été déterminés à partir de l'analyse des données.

La méthode d'analyse choisie a été la phénoménologie. Elle permet de comprendre des phénomènes subjectifs sans les dénaturer à partir du récit du patient. Il s'agit d'une approche compréhensive de l'expérience de la personne.

## **E. Critères de scientificité**

Le nombre de sujets nécessaires est aléatoire dans les études qualitatives et dépend de la saturation théorique des données que l'on peut juger au fil de l'étude et de l'analyse des entretiens. La saturation des données était obtenue lorsque toute nouvelle idée ou concept n'était trouvé parmi 2 entretiens consécutifs. La taille de l'échantillon était de dix participants.

Une triangulation des données a été effectuée par deux autres chercheurs en étude qualitative dans le domaine de la médecine générale.

## **F. Critères éthiques**

Le consentement des participants a été obtenu à l'oral avant de commencer l'entretien.

Les données ont été anonymisées lors de la constitution des verbatims. Les enregistrements vocaux ont été supprimés au fur et à mesure de leur retranscription.

Notre étude était hors loi Jardé, elle n'a pas nécessité de déclaration au Comité de protection des personnes (CPP) ni au délégué à la protection des données de l'université conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD).

La méthodologie de référence de notre étude était la MR-004, nous avons effectué une déclaration de conformité auprès de la Commission nationale de l'informatique et

des libertés (CNIL) en ligne, avec réception de son récépissé le 30 mars 2021 (annexe 3).

## **G. Journal de bord**

Un journal de bord a été tenu par la chercheuse tout au long de l'étude (annexe 4).

Ce journal de bord a permis d'organiser les différentes idées et hypothèses émises lors de cette étude et il a permis de mettre en avant les problèmes et les solutions que nous avons pu rencontrer. La chercheuse y notait ses questions, ses objectifs, le plan à suivre pour pouvoir avancer dans son travail, ainsi qu'un récapitulatif de toutes les idées et réponses apportées lors des différents entretiens avec le directeur de thèse principalement.

### **III. Résultats**

#### **A. Description de la population étudiée**

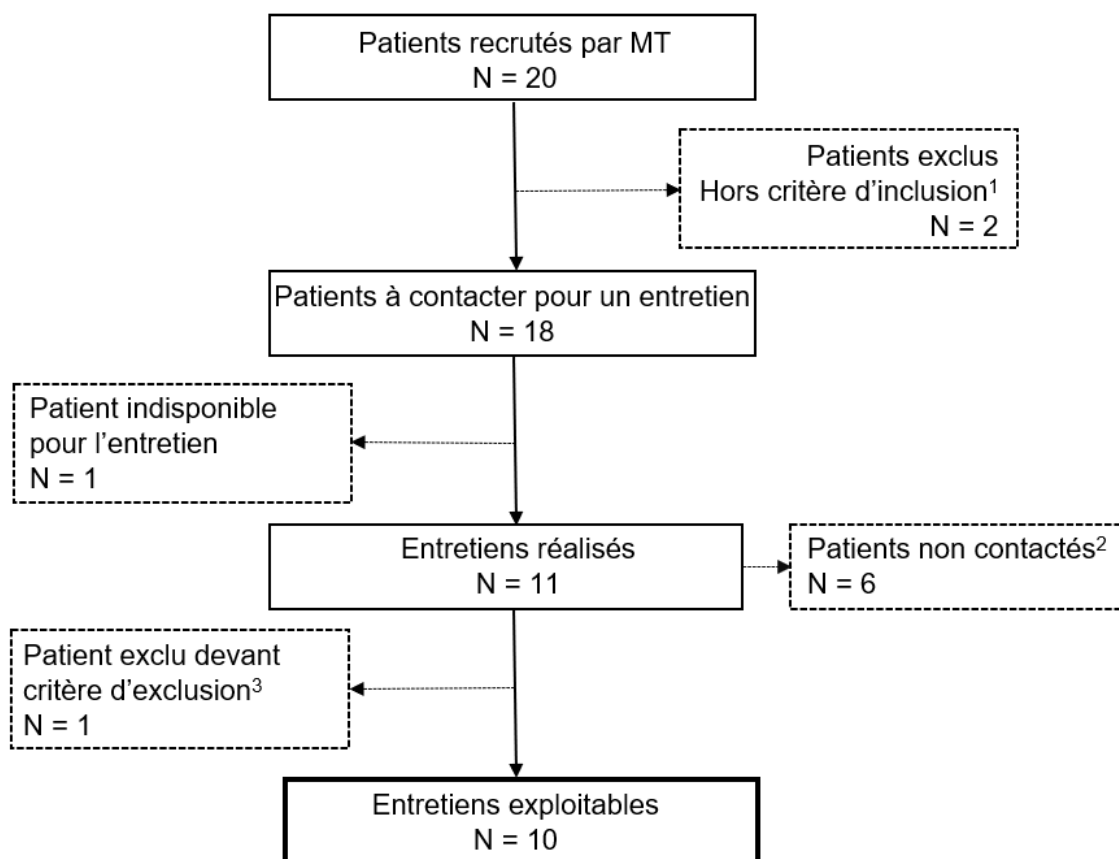
Lorsque les patients participant à cette étude ont été infectés par la Covid-19, cela ne faisait que quelques mois que cette maladie était présente sur l'île de la Réunion et ils faisaient partie des premiers patients pour qui l'hospitalisation n'était plus obligatoire. L'hospitalisation était nécessaire si les symptômes étaient considérés comme graves. Si les symptômes étaient légers à modérés, l'isolement pouvait être réalisé à domicile ou en structure dédiée (hôtel thérapeutique, centre d'hébergement...) si les conditions d'isolement à domicile n'étaient pas optimales.

Tous les patients participants n'ont pas été hospitalisés. Ils ont été isolés à leur domicile pendant 7 ou 14 jours, en fonction de la période à laquelle ils étaient malades. En effet, l'isolement était de 14 jours pour les premiers patients infectés par la Covid-19 de notre étude puis l'isolement a été raccourci à 7 jours pour les plus récents. Les consignes étaient de ne pas sortir de chez soi pendant toute la période d'isolement, d'éviter les contacts avec leurs proches et de contacter leur MT ou le Samu si la maladie s'aggravait.

Les patients ayant participé à cette étude n'ont pas eu de passage infirmier ou médical à domicile durant leur isolement. Ils ont eu un suivi médical en ambulatoire, via des téléconsultations par visio ou des appels téléphoniques émanant de l'Agence régionale de santé (ARS), de la Sécurité Sociale, de leur MT voire d'un médecin hospitalier (Unité Covid).

## 1. Recrutement des patients

Figure 1 : Recrutement des participants



MT : Médecin traitant

N : Nombre

<sup>1</sup> Les 2 patients étaient mineurs.

<sup>2</sup> Les patients n'ont pas été contactés devant la saturation des données obtenue au fil des entretiens.

<sup>3</sup> Critère d'exclusion : le patient avait été hospitalisé 1 jour dans le cadre de son infection à la Covid-19.

L'entretien test n'a pas été inclus dans cette figure.

## 2. Caractéristiques de la population

**Tableau 1** : Caractéristiques de la population étudiée

Patients	Sexe	Age (années)	Niveau d'études	Situation professionnelle	Situation familiale	Lieu de vie (commune)
1	F	27	Bac + 3	Assistante animatrice	Célibataire sans enfant	Appartement Saint Pierre
2	F	34	Bac	Assistante éducatrice	Mariée sans enfant	Maison Le Port
3	F	39	Bac + 2	Secrétaire médicale	Célibataire avec enfants	Appart Saint Benoit
4	F	37	Bac	Responsable (commerce)	Célibataire avec enfants	Maison La Possession
5	M	62	Brevet	Vendeur	Marié avec enfants	Maison Saint Joseph
6	M	48	Bac	Cuisinier	Marié avec enfants	Appartement Saint Paul
7	M	46	Bac	Restaurateur	Marié avec enfants	Appartement Saint Paul
8	F	41	Bac	Sans emploi	En couple avec enfants	Maison Saint Paul
9	F	53	CAP	Secrétaire	Célibataire avec enfants	Maison La Possession
10	M	42	CAP	Agent d'entretien	Marié avec enfants	Appartement Saint Paul

F : Féminin, M : Masculin, Bac : Baccalauréat, CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

La moyenne d'âge était de 42,9 ans. L'écart type des âges était de 9,4 ans.

Concernant les genres, il y avait 60 % de femmes et 40 % d'hommes.



### 3. Caractéristiques des entretiens

Les dix entretiens téléphoniques se sont déroulés pendant les mois de septembre et octobre 2020.

La durée des entretiens était comprise entre 10 et 34 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes.

La saturation théorique des données a été obtenue au bout de neuf entretiens, et l'absence de nouveaux codes a été vérifiée par un dixième entretien.

## B. Analyse des résultats

### 1. La peur

L'annonce de la maladie a été faite par téléphone, principalement par le MT et quelques fois par le personnel du laboratoire d'analyses ou de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). L'annonce a entraîné de la peur, notamment la peur de la mort. Certains patients ont cru que c'était la fin et se sont imaginés qu'ils allaient mourir ou alors se sont posés des questions existentielles. Cela a déclenché un certain pessimisme devant leur vulnérabilité.

- V2 : « *Ah bah j'ai cru que c'était la fin. Et après ça a été, ça a été.* »
- V3 : « *Bah c'est comme si je laisse aucune trace en fait, on se dit encore qu'on va mourir...* »
- V5 : « *Ça remet un tas de choses en question. Je me rappelle du premier cas en Chine et c'est arrivé chez moi.* »

D'autres patients ont ressenti de l'inquiétude lors de l'annonce.

- V8 : « *Bah j'étais un petit peu inquiète je vous avoue* »
- V10 : « *Au début ça m'a inquiété du coup* »

L'hypothèse d'être atteint de la Covid-19 devant des symptômes évocateurs a aussi inquiété certains patients.

- V5 : « *Alors, le lundi après ma rando, moi je pensais pas du tout Covid. Ma femme était pas bien, on était tous les 2 pas bien. Donc est allé chez le Docteur. Mais bon dans ma tête c'était pas ça, j'étais loin de penser à ça mais bon. Et puis du coup ça nous a un petit peu inquiété.* »

Les antécédents médicaux, notamment l'asthme, ont engendré de la peur car dans l'esprit des personnes malades, l'asthme était forcément un facteur de risque de complications de la maladie.

- V1 : « *Moi je suis asthmatique et les gens qui sont asthmatiques ils auront des complications si jamais ils attrapent cette maladie. J'avais quand même du mal à respirer au tout début, et dès que je sentais que j'arrivais pas trop à respirer je prenais la Ventoline et ça se passait bien. Voilà, j'ai eu peur mais bon.* »
- V6 : « *Sincèrement, je croyais que j'allais être fatigué parce que moi je suis asthmatique et ça m'a rien fait.* »

L'incertitude quant à l'évolution de la maladie a entraîné de la peur et de l'inquiétude. Les patients craignaient une aggravation de la maladie.

- V2 : « *parce que on sait pas comment ça peut évoluer. Moi ça allait mais on sait jamais. Ça peut se dégrader à tout moment.* »
- V5 : « *Par contre, de l'inquiétude, l'inquiétude... est-ce que ça va continuer comme ça, est-ce-que ça va partir en progressant ? [...] Donc c'est l'inquiétude, et savoir que c'était ça, jusqu'où ça va aller.* », « *On m'aurait dit que j'étais positif du Covid dans des conditions normales, de situation normale où on savait ce que c'était, ça m'aurait pas fait tout drôle.* »
- V8 : « *on s'est un peu inquiété parce que c'était vraiment des courbatures, on va dire très bizarres, des courbatures dans les fesses, je sais pas quelle maladie donne ça (rires) !* »

- V10 : « *Oui au début ça m'a fait un peu peur, je savais pas ce qui allait arrivé. »*

Une anxiété accompagnée de troubles du sommeil a pu être ressentie. Elle était causée par la méconnaissance de la maladie et le questionnement très important des patients sur leur mode de contamination.

- V1 : « *Mais à un moment donné quand tu te réveilles la nuit et que tu n'arrives pas à dormir, voilà quoi, tu te poses des questions. [...] Je me posais pleins de questions « ou est-ce-que je l'ai choppé ? ». J'ai pas eu la réponse, j'ai pas eu la réponse à la question... »*

Cette méconnaissance de la maladie et ces questionnements ont aussi entraîné une méfiance et de nombreux doutes sur le mode de contamination, mais aussi sur leur propre guérison.

- V1 : « *Donc voilà, j'ai pas eu la réponse à ma question, ça me semblait bizarre, je suis sortie au boulot normalement comme tous les jours. Ce jour-là, je suis partie chez Carrefour. Je sais pas si je l'ai attrapé là-bas, si je l'ai attrapé ailleurs. Je ne sais pas du tout. », « Je me posais pas mal de questions... »*
- V4 : « *Ouais je me pose des questions, mais avec le recul maintenant, j'ai un petit doute, le masque je l'ai en tissu, que je laisse dans la voiture, je le prends quand je vais faire les courses, mais c'est très rare, je pense que c'est dû à ça. »*
- V5 : « *... j'ai dû l'attraper avec elle ce soir-là. Et le dimanche soir j'ai commencé à avoir des symptômes. », « Bah en fait guéri je sais pas, on sait pas trop si on est guéri mais bon. [...] Je pense être guéri. »*
- V8 : « *Bah justement, le truc c'est que je me demande aujourd'hui si cette maladie on l'attrape vraiment par la salive. Parce que comme je vous dis, mon conjoint il l'a eu un vendredi, eh bien la veille il mangeait une glace avec le petit ! Et lui il l'a pas eu. Les autres me faisaient rire quand ils me*

*demandaient « oui, ça doit être marrant chez vous, tout le monde doit être masqué », bah non personne n'était masqué à la maison et pourtant les 2 grandes elles l'ont pas eu non plus ! »*

- *V9 : « Guérie c'est un bien grand mot hein. On n'a pas l'assurance qu'on est guéri. Je sais pas, franchement je sais pas. Des fois je tousse un peu, je me dis « peut-être il est encore là » ! »*
- *V10 : « Je suis pas guéri. (Rires) Ah oui c'est sûr ! »*

L'isolement à domicile, et par conséquent la non-hospitalisation, a pu entraîner de la peur et beaucoup d'inquiétude. En effet, les patients se sentaient vulnérables dans un lieu à distance de l'hôpital, ils craignaient une aggravation de la maladie à leur domicile.

- *V2 : « Bah c'est un peu déstabilisant, on comprend pas trop. », « C'est ça qui me faisait peur, car à tout moment on pouvait voilà quoi, on pouvait se dégrader. » « Et à tout moment t'as peur. »*
- *V10 : « Ba j'ai bien vécu, j'avais pas de symptômes graves, donc j'étais pas obligé d'aller à l'hôpital. Un peu de peur que ça s'aggrave mais c'est allé, il fallait attendre que ça passe, être patient. »*
- *V8 : « Quand j'ai commencé à faire de la fièvre, oui. Et surtout après la fièvre, j'ai commencé à avoir une gêne respiratoire. Et là par contre ça m'a beaucoup inquiétée, j'ai même demandé au médecin de m'hospitaliser quoi. J'ai des escaliers dans la maison, quand je les montais, arrivée en haut, j'étais vraiment essoufflée.*

Les patients ont aussi ressenti de l'inquiétude pour leurs proches, en particulier pour leurs enfants et leurs parents âgés. Ils avaient peur de leur transmettre la maladie.

- *V3 : « C'était plus les enfants qui m'inquiétaient. », « Et le truc c'est que même pour les enfants j'ai peur. », « Je dis fais attention, fais attention. Depuis le départ moi je fais bien attention. »*
- *V5 : « Oui plus d'inquiétude. »,*
- *V8 : « Et puis moi, j'ai surtout eu peur pour les enfants, qu'ils le choppent pas quoi. »*

Ils ont alors mis en place des actions pour protéger leur entourage.

- V5 : « *Je me rappelle du premier cas en Chine et c'est arrivé chez moi. Et mes parents par exemple, ils sont âgés, donc là j'ai mis la barrière très haute, je me suis tout de suite enfermé de toute manière. Surtout, je leur ai dit, là maintenant le virus circule, on sait pas d'où je l'ai pris, il circule dans le coin, donc là maintenant il faut faire gaffe quoi.* »
- V8 : « *Parce qu'elle est quand même âgée et elle s'inquiète un petit peu pour rien des fois. Je voulais, je voulais un peu... [...] Oui voilà pour la préserver. Elle est très actualités, actualités, savoir comment ça se passe dans le monde, tout ça... Donc elle voit très bien. Et puis elle travaille dans le milieu médical donc elle voit bien comment ça se passe et elle entend les gens mourir de ça donc je voulais pas l'inquiéter quoi.* »
- V10 : « *Mais je vais pas voir la famille, mes parents sont âgés, je continue à faire attention, avec les masques tout ça.* »

Les médias ont aussi été une source importante d'anxiété et de stress pour les patients. Au moment de cette étude, la Covid-19 occupait une place prépondérante dans tous les médias (radio, télévision, internet...). Un décompte journalier des nouveaux cas et des décès était à l'affiche partout.

- V1 : « *Surtout avec les médias. Ça fait stresser avec leurs histoires. Depuis cette affaire, je regarde plus les médias, et voilà.* »
- V5 : « *Mais avec toutes les actualités actuellement, avec tout ce qu'on entend, tout ce qu'on voit, tout ce qu'il se dit, là on a un espèce de poids qui tombe sur la tête.* »
- V7 : « *Ils étaient inquiets bien sûr. Parce que on entendait à la radio, des gens qui mourraient, qu'il y avait pleins de problèmes... Mais sinon ça va, dans l'ensemble ça va.* »
- V8 : « *Après bon, avec les « on dit », on dit que les petits ils l'ont pas comme nous, ils le développent pas comme nous. Mais bon ça reste une maladie, on ne sait pas comment tout le monde le développe quoi. Et comme on dit que c'est une maladie qui fait beaucoup de morts, on s'inquiète un peu pour sa santé, on s'inquiète un peu pour la famille.* »

- V10 : « Par contre on se rend compte que ça arrive à tout le monde. On voit tous les morts là aux informations, ça faisait peur, je sais que je verrai plus la vie comme avant... voilà ça m'a marqué. »

Une angoisse a pu être ressentie par certains patients qui, même une fois guéris, continuaient d'être préoccupés par la maladie.

- V9 : « *Ah oui j'y pense toujours.* »

D'autres patients disaient vivre avec la peur de tomber malade une nouvelle fois et sont donc devenus très vigilants voire méfiants.

- V3 : « *Oui mais il y a toujours la peur de rattraper la maladie. Parce qu'on m'a dit on peut avoir 2 fois. On a peur de rattraper, de rattraper encore les symptômes. Donc je fais attention.* »
- V10 : « *On sait pas ce que ça va donner, faut toujours faire attention.* »

## **2. La joie**

Certains patients ont eu des symptômes plutôt légers qui ne les ont pas inquiétés, ils ont simplement décrit leurs symptômes sans émettre de plainte.

- V2 : « *En fait, je suis allée voir le docteur, par rapport au travail, pour avoir un arrêt, mais elle me demande de faire le test, j'ai dit j'ai pas vraiment de symptôme* »
- V4 : « *J'ai pas trop de symptômes déjà* »
- V5 : « *Moi c'est parti avec la fièvre, après le goût, après c'est l'odorat et après je sentais un petit rhume qui ne voulait pas passer quoi.* »
- V7 : « *Quand je suis parti voir mon médecin c'était sur la fin quoi, j'étais plus ko, le seul truc qui me manquait c'était le goût et l'odorat. Ça c'est resté encore 1 semaine encore après être allé voir mon médecin. Mais l'appétit non, j'ai pas perdu l'appétit par contre.* »
- V10 : « *Bah j'ai perdu l'odorat, je sentais plus le goût* »

L'isolement à domicile a été une source de joie et de satisfaction pour de nombreux patients. Certains ont comparé cette période d'isolement à des vacances, du repos. Ce qui leur a permis de réaliser des activités plaisantes, sans perturber totalement leurs habitudes de vie.

- V3 : « *Après on s'est habitué et tout, je faisais mes trucs toute seule* »
- V4 : « *Je me suis occupée de mon jardin, j'ai cuisiné* », « *mais dans l'ensemble ça a été, ça a été.* »
- V5 : « *mais après c'est le confinement, on a bien mangé, on a fait tout ce qu'on pouvait faire à la maison, on en a profité pour faire le jardin, finalement ça a été quelques jours de vacances à la maison.* »
- V6 : « *Je disais à ma femme quand j'allais aux toilettes, pour manger, je mangeais dans la chambre puis je passais mon temps sur mon téléphone, je regardais des émissions et voilà.* »
- V7 : « *Ça va, c'était bien quoi, ça faisait 2 petites semaines de vacances.* »
- V8 : « *Pas du tout, non on n'a pas changé nos habitudes.* », « *Bah on est un peu casanier, enfin moi, surtout moi, après mon conjoint je sais pas comment il l'a vécu, lui il sort plus que moi mais moi comme je suis casanière ça m'a pas plus embêtée que ça et puis avec la maladie, c'était tellement fatigant que finalement j'étais bien chez moi quoi.* »
- V9 : « *Bah bien, il n'y a pas eu de soucis. [...] Ça m'a pas dérangé.*»
- V10 : « *Ba comme on a déjà vécu le confinement pendant 2 mois, on s'est habitué quoi. Ça a pas trop changé, c'est comme si on retournait en confinement.* », « *Non on était tous ensemble, avec les enfants oui, on mangeait tous ensemble, j'avoue que j'ai pas trop respecté, je suis pas resté dans la chambre.* »

L'isolement à domicile a aussi été rassurant, les patients étaient soulagés et heureux de ne pas être hospitalisés. Ils ont été rassurés car ils voyaient cette prise en charge en ambulatoire comme la preuve d'une absence de gravité. Cela leur a permis de ne pas être entouré de « blouses blanches », d'être dans un lieu non médicalisé, un lieu plus « humain ». Même si cette assurance a été en grande partie due à la présence et à la disponibilité des médecins, à distance.

- V1 : « *En plus, j'étais hors de l'hôpital, il n'y a pas des médecins partout, je voyais des êtres humains. C'est pas que les médecins ne sont pas des êtres humains mais c'est pas en uniforme. [...] C'est quand même rassurant.* », « *Non, au contraire j'étais bien hors de l'hôpital. Si on rentre à l'hôpital c'est grave, et je me rassurais, je me disais, si je suis là, c'est parce que je suis bien. [...] C'était positif.* »
- V4 : « *C'est autre chose d'être hospitalisé ! J'ai eu beaucoup de chance quoi* »
- V5 : « *Assez bien, je pense que si j'avais été hospitalisé je l'aurais moins bien vécu parce que ce qui était bien quand même dans cette affaire, c'est que le médecin de l'hôpital m'a appelé assez souvent, j'ai eu des appels de l'ARS, après c'était plus sur le plan administratif que médical.* »
- V7 : « *Bah je préfère ne pas être hospitalisé. Oui, oui.* »
- V9 : « *Oui pour moi c'était suffisant parce que j'étais pas très bien mais sans plus quoi, si j'avais été plus mal, j'aurais rappelé mon médecin pour voir ce qu'on devait faire.* », « *Ah bah j'étais soulagée, parce que j'aurais été pas bien par contre s'il fallait être hospitalisée.* »

En effet, les soignants et principalement le MT ont bien joué leur rôle dans la rassurance et le soutien des patients. De nombreux patients ont trouvé qu'ils avaient eu un bon suivi médical de la part de leur MT.

- V1 : « *Mais après il y avait les médecins pour me rassurer. [...] Non, c'était surtout démoralisant au début, j'ai été bien rassurée.* », « *Et mon médecin traitant m'appelait pour avoir quand-même des nouvelles.* »
- V3 : « *Surtout le médecin traitant, il était à l'écoute, s'il y a un souci bah voilà. Il faisait un peu psychologue aussi.* »
- V4 : « *En plus il y a la plateforme de la sécu qui vous appelle donc c'est rassurant.* »
- V5 : « *Donc à chaque fois que j'avais une question à poser, je profitais de l'occasion pour me rassurer, j'avais besoin d'être rassuré finalement.* »



- V8 : « *Oui, oui, oui il y a un bon suivi, il m'appelait tous les jours pour me demander qu'est-ce que j'avais aujourd'hui, si ça allait mieux. Il me disait : oh vous inquiétez pas, en général ça dure 1 semaine. [...] j'étais bien suivie par mon médecin, en visio, il prenait de mes nouvelles. »*
- V10 : « *Mais après ça va, j'ai parlé au médecin et elle m'a mis en arrêt maladie. »*, « *et après j'ai discuté avec le médecin qui m'a dit : vous inquiétez pas. »*

Les proches (famille et amis) ont aussi été un énorme soutien et une grande aide pour les patients, qu'ils soient sous le même toit ou en contact par les moyens de communication modernes. Ils leur ont permis de se sentir aimés et encouragés. Ce soutien a été très réconfortant.

- V1 : « *Après, j'avais toute la famille bien sûr qui m'appelait pour avoir des nouvelles. [...] Non pas forcément besoin de soutien psychologique, j'appelais beaucoup mes proches. »*
- V2 : « *heureusement que mon mari était là, mais on n'avait pas vraiment de contact. [...] Non non, personne passait, pendant tout cette période personne, je voyais personne, à part lui. »*, « *Bah euh, avec les proches au téléphone des fois voilà, les gens appelaient pour prendre des nouvelles. »*
- V3 : « *Par internet. [...] Ouais, plus ça. Ma sœur, qui est en métropole. »*, « *j'avais des amis qui venaient prendre les médicaments tout ça, ils restaient çà la porte, même pour les courses. »*
- V4 : « *Oui, par téléphone, Skype tout ça. Mais moi j'avais des copines qui me disaient je vais te ramener des choses et tout, mais j'avais tout ce qu'il fallait chez moi. »*, « *Non, non pas du tout, on a le téléphone tout ça. On n'est pas isolé du monde. »*
- V5 : « *Bah on était sur les téléphones, par Messenger ou WhatsApp, on était toujours en contact. Après moi, mes proches, proches, pas toute la famille non plus, les très proches étaient au courant. Ils prenaient de mes nouvelles régulièrement. On a quand même une structure familiale qui est solide donc ça aide, ça aide beaucoup. »*, « *C'est vrai que si j'avais besoin, j'ai des amis qui sont très proches, si j'avais besoin de quoi que*

*ce soit ils étaient là, ils pouvaient m'apporter ce qu'il fallait pour éviter que je sorte quoi. Non là-dessus j'ai pas eu du tout de problème, au contraire. »*

- *V6 : « Oui, oui on est sur un groupe Whatsapp à Maurice, moi je suis de Maurice, je suis né à Maurice, et quand j'ai communiqué ça à la famille, ils prenaient des nouvelles tous les jours voilà. »*
- *V7 : « Non j'étais pas vraiment seul, ils sont dans l'appartement, à côté... »*
- *V8 : « Bah j'essayais de pas trop y penser. Et heureusement, j'ai ma belle-famille qui est à côté de moi qui venait prendre de mes nouvelles tout en restant bien à l'écart, qui m'a beaucoup aidé pendant cette période de maladie parce que moi ça a duré plus longtemps que mon conjoint [...] Donc voilà, la belle famille, moi m'a bien aidé, ils m'ont fait des tisanes de grand-mère, surtout ma belle-mère qui s'y connaît beaucoup. Elle m'a fait des tisanes de grand-mère et je pense que c'est ça qui m'a beaucoup aidé aussi parce que finalement le médecin il ne prescrit pas grand-chose. »*
- *V9 : « Oui la famille a appelé, ils me demandaient des nouvelles régulièrement, oui, oui. », « Oui il m'a appelé pour avoir des nouvelles et puis voilà quoi. »*
- *V10 : « Bah moi j'étais... la famille était près de moi, j'étais entouré, la famille prenait des nouvelles. », « Oui il y avait la famille, j'étais bien entouré. Tout le monde était là avec moi. »*

Quelques patients ont été contents et satisfaits des médias qui pouvaient être une source d'informations utiles et qui pouvaient répondre aux nombreuses questions qu'ils se posaient.

- *V5 : « Alors je me suis demandé... j'allais m'informer un petit peu sur internet, je regardais les infos, du coup je regardais plus les infos qu'avant encore. »*

A la fin de leur maladie, certains patients ont éprouvé une sensation de renaissance, un renouveau. Ils se sentaient en pleine forme, comme s'ils avaient fait le plein d'énergie.

- V3 : « *Ba pour moi c'est comme si, c'est un renouveau en fait.* »
- V5 : « *Et je suis revenu en pleine forme mais bon je pense que j'ai plus les symptômes comme avant mais j'ai pas encore tout récupéré.* »
- V7 : « *Franchement, on va dire mieux qu'avant. [...] Ouais c'est comme un peu de repos, un peu de rémission, on reprend de l'entraînement, c'était top quoi !* »

Ils se disaient aussi soulagés d'avoir survécu et de ne pas avoir eu de forme grave de la maladie. Ils se sentaient fiers et disaient que globalement tout s'était bien passé.

- V1 : « *tout s'est bien passé on va dire, tout s'est bien passé. [...] Au moins tout s'est bien passé.* », « *J'ai réussi à la combattre !* »
- V2 : « *Heureusement pour moi j'ai pas eu de forme grave.* », « *Soulagée oui.* »
- V3 : « *Ouais et pour se remettre, en fait c'est le mental.* »
- V4 : « *mais dans l'ensemble ça a été, ça a été.* »
- V7 : « *Bon si c'était compliqué, avec des problèmes, là j'aurais dit : c'était dur. Mais là non, au contraire. Moi personnellement, c'est différent de ce qu'on entend quoi* »

### **3. La tristesse**

Une grande partie des patients a présenté des symptômes intenses, notamment des douleurs insupportables. Ils se sont sentis abattus, anéantis.

- V1 : « *En fait, j'avais des symptômes. Mais je ne pouvais pas trop bouger. Du coup je ne suis pas allée chez le médecin, je suis restée à la maison, j'ai pris un médicament... c'était du Doliprane®, Doliprane® en comprimé.* »
- V3 : « *Vers la fin j'ai eu des douleurs carrément dans le coccyx et puis beaucoup de fatigue. Et pendant 1 semaine j'avais la bouche amère.* »,

*« mais moi c'était plus des douleurs au niveau du dos, les courbatures je supportais pas donc je restais au lit. Pendant 2 jours, j'étais carrément au lit. », « je sens rien mais j'ai toujours des douleurs, de la fatigue la tête qui tourne, maux de tête. », « J'ai eu de la fièvre, des crampes, courbatures. », « J'avais des symptômes : des courbatures, de la fièvre dans les os, carrément à terre. »*

- *V5 : « La fièvre, le gros coup de fièvre qui n'a pas duré longtemps, on va dire une dizaine d'heures à peu près. »*
- *V6 : « Et j'avais des courbatures au niveau des épaules, des grosses douleurs »*
- *V8 : « Euh, j'ai eu des maux de tête, à un moment, c'était des gros coups, des grosses crises de douleur tout d'un coup, comme si quelqu'un me tapait dans la tête (gémissement). Ça, ça m'a fait un jour. J'en ai parlé au médecin d'ailleurs... »*
- *V8 : « Oui j'ai eu mal dans les éléments des organes, j'ai eu mal dans les reins, j'ai eu mal dans les intestins, j'ai eu mal un peu dans les seins, surtout le sein gauche, j'ai le souvenir que le sein gauche me faisait un peu mal. »*
- *V9 : « Euh... franchement j'étais pas bien, j'étais pas bien, j'avais une perte d'odorat, j'avais pas de goût, j'étais courbaturée et voilà. »*

Pour un bon nombre de patients, l'isolement a été vécu de manière plutôt négative, il a été perçu comme une obligation. Les patients l'ont trouvé long et contraignant et il a fait naître chez eux un sentiment d'impuissance et une baisse de moral.

- *V1 : « Pas trop, je ne l'ai pas très bien vécu », « A un moment donné, j'en pouvais plus quoi », « Voilà, c'était démoralisant [...] C'est démoralisant... », « Après, il y avait des moments où j'étais vraiment triste d'être confinée toute seule », « On n'avait pas le choix non plus »*
- *V2 : « Ah c'était dur mais bon. », « Euh bah on essayait de limiter les contacts, surtout pour les toilettes, fallait tout le temps désinfecter, désinfecter. C'était chiant. »*
- *V3 : « On reste chez soi, on est incapable »*
- *V4 : « C'est vrai que 14 jours c'était un petit peu long je trouvais »*

- V10 : « *Pas de travail pendant 15 jours... c'était quand même long, le temps il passait, j'étais pressé de retourner au travail. [...] Bah pour les enfants aussi, le travail pour vivre, vivre normalement. Les enfants qui retournent à l'école. »*

La méconnaissance de la maladie a entraîné de la déprime et beaucoup d'incompréhension, certains patients se sont sentis totalement perdus.

- V3 : « *Bah je comprenais pas trop, un peu perdue, et j'ai fait un peu de déprime. Parce que on ne comprend pas d'où ça vient, la douleur et tout. »*, « *Après je me suis dit mais je comprends rien, 7 jours, je sens rien mais j'ai toujours des douleurs »*, « *Après les 7 jours j'ai ressenti encore des douleurs. Après je me suis dit mais je comprends rien ! »*

Lors des entretiens, l'animatrice a demandé explicitement si les patients avaient ressenti le besoin d'un soutien psychologique. Une partie des patients a exprimé ce besoin devant la solitude, le sentiment d'abandon.

- V2 : « *Oui quand-même, oui, oui. Un petit peu oui. »*
- V3 : « *Bah oui, parce que j'étais tout seul avec les douleurs tout ça. »*
- V8 : « *Euh oui parce que c'est vrai qu'on sait qu'on est malade mais on n'en parle pas. Avec mon conjoint, mes enfants, on n'en parle pas quoi. Je veux dire, j'ai vécu le truc avec tout le monde mais ce que j'ai vraiment ressenti à l'intérieur de moi, je le disais pas. J'avais personne pour le dire non plus. C'est vrai que, je trouve qu'il devrait quand même y avoir un numéro pour pouvoir parler avec quelqu'un qui sait. A un moment donné je me suis dit : il y a peut-être quelqu'un qui a déjà vécu ça qui pourrait m'expliquer si oui ou non ce que je ressens c'est bien ça, c'est bien la maladie. »*, « *Oui parce que je me sentais un petit peu seul à des moments... »*

En effet, certains patients ont exprimé une grande solitude qui pouvait les décourager ou les épuiser.

- V3 : « *Je me suis dit mais c'est quoi, j'ai mal, il n'y a rien, il n'y a personne pour en parler.* », « *Oui surtout seule avec les enfants.* », « *C'était difficile pour ma petite de 5 ans, parce que moi j'étais de l'autre côté pour être toute seule, donc un petit peu gênant pour elle, elle comprend pas trop.* »
- V8 : « *En plus, j'ai le petit de 3 ans, que j'allaitais toujours, lui il savait pas ce qu'il se passait donc il venait sur moi. Voilà à 3 ans ça bouge, ça monte, donc il m'écrasait beaucoup, il montait sur moi, ça m'épuisait quoi.* »

#### **4. La confiance**

Lors de l'annonce, certains patients ont été plutôt sereins et calmes. Ils paraissaient totalement confiants devant cette maladie potentiellement grave. Ils pouvaient même se sentir intouchables et endossaient alors un rôle dans la rassurance de leurs proches.

- V6 : « *Bah pas plus, pas moins, j'étais pas vraiment inquiet* », « *Au travail il y avait un collègue à moi, le patron m'a dit qu'il était positif, mais j'ai pas pris ça au sérieux, je croyais que, oui, lui il est positif mais moi ça va pas me toucher.* », « *Ils étaient inquiets, tout le monde était inquiet ! Et moi je dis faut pas être inquiet plus que ça.* »
- V7 : « *Euh... non, rien, rien. Rien d'alarmant. Pour moi, c'est comme une grippe.* »

Les antécédents d'autres infections virales, comme la dengue, ont pu apaiser et rendre confiants certains patients qui ont comparé ces deux infections.

- V7 : « *Non, la dengue était plus dure pour moi, que le Covid lui-même.* »

Lorsque l'animatrice a demandé si le besoin d'un soutien psychologique avait été ressenti, une partie des patients a jugé ne pas en avoir eu besoin. Ils ont réussi à relativiser et à faire preuve d'un certain optimisme.

- V4 : « *Non, sincèrement non, voilà c'est un virus, il y en aura d'autres, il faut respecter les consignes c'est tout. Faut vivre avec en respectant les gestes barrières.* »
- V7 : « *Ah non, non, pas du tout. Franchement non, non.* »
- V9 : « *Non, non ça allait, non, non.* »

La religion, la foi a pu aider certains patients en leur permettant d'accepter la maladie et en faisant preuve de résilience.

- V6 : « *Sincèrement, je vais être franc avec vous, moi par rapport à ma foi, ça me gêne pas de rester isolé, c'est moi qui ait eu ça, je vais faire la quarantaine, on accepte comme on est. La maladie, chez nous, la maladie vient de Dieu et la guérison vient de Dieu. Voilà c'est comme ça que je l'ai pris moi.* », « *Et après on fait avec, on vit avec.* », « *bah j'me dis que peut-être chaque personne vit sa maladie différemment. Mais j'ai même pas pensé que c'était la chance ou pas, pour moi c'est comme ça.* »

## **5. La surprise**

L'annonce de la maladie a été une grande surprise voire un véritable choc pour de nombreux patients.

- V1 : « *Euuuh... Choquée ! [...] J'étais choquée, mais bon après, il n'y avait même plus le temps aussi d'être choquée sur le moment.* »
- V2 : « *Ah oui oui choquée c'est sûr...* »
- V4 : « *Non, j'ai pas paniqué, c'est vrai que j'étais surprise, mais j'étais pas stressée ou angoissée hein.* »
- V5 : « *Et là du coup, ça fait drôle ! En fait ça fait drôle.* », « *C'est ça, ça surprend.* »

- V9 : « *Hum... J'étais un peu, j'étais surprise mais après c'est quelque chose qu'on n'arrive pas à gérer, c'est extérieur à nous donc sans plus...* »

Certains patients se sont sentis dérangés et étonnés d'avoir des symptômes longs de la Covid-19.

- V8 : « *Euh je pense être guérie, mais j'ai l'impression que j'ai des séquelles, et ça on en parle pas ! Moi je pense avoir des séquelles du Covid. Parce que j'ai encore mal au dos, ça me réveille, la douleur revient. Et je me dis des fois : je l'ai pas rechoppé quand même ! J'ai des douleurs au genou, parce que j'en ai eu pendant la maladie. Donc ça ça revient un peu. Il y a des moments où j'ai du mal à marcher parce que je me sens un peu faible dans les jambes. Et je mange plus comme avant, c'est-à-dire, avant je mangeais une belle assiette de mon repas.* »

## **6. La colère**

Lors de l'annonce, certains patients se sont sentis contrariés et ont pu ressentir de l'incompréhension. Ils ont aussi ressenti de la colère face à l'injustice de cette contamination.

- V3 : « *Bah un peu, comment dire, de la colère. Parce moi que je n'ai pas trop compris* »
- V4 : « *Bah du coup j'étais énervée, je fais attention, je porte le masque* »
- V5 : « *En plus ça tombe sur moi, j'habite à la campagne, je suis loin de tout.* »
- V8 : « *Je me suis dit : bah non comment ça se fait que ça tombe sur moi.* »



L'incompréhension concernant la contamination a entraîné de la colère mêlée à la peur de transmettre la maladie aux proches.

- V3 : « *Et après, de la colère par rapport aux enfants parce que comme je laissais les enfants pour que ma mère surveille, et moi j'ai juste fait le nettoyage chez ma mère. Bah comment c'est arrivé quoi, il n'y a pas eu de... elle a pas voyagé, rien.* »

Certains patients ont pu être mécontents devant un manque d'information et de prise en charge.

- V3 : « *Rien, on m'a juste dit qu'on a essayé de me contacter. J'ai dit non. Juste les mails du labo comme quoi on est positif, mais pas de l'ARS.* »

D'autres patients ont pu être agacés par des demandes administratives dues à une méconnaissance de la maladie.

- V3 : « *Par contre l'école c'était un peu chiant, ils voulaient un certificat, un papier pour les enfants, pourtant j'ai fait une attestation sur l'honneur. Ils comprennent pas pourquoi les enfants sont négatifs alors que je suis positive.* »

## **7. La honte**

Le regard des autres a pu être difficile à affronter pour certains patients qui ont éprouvé une certaine honte ainsi qu'un sentiment de rejet et un manque de solidarité.

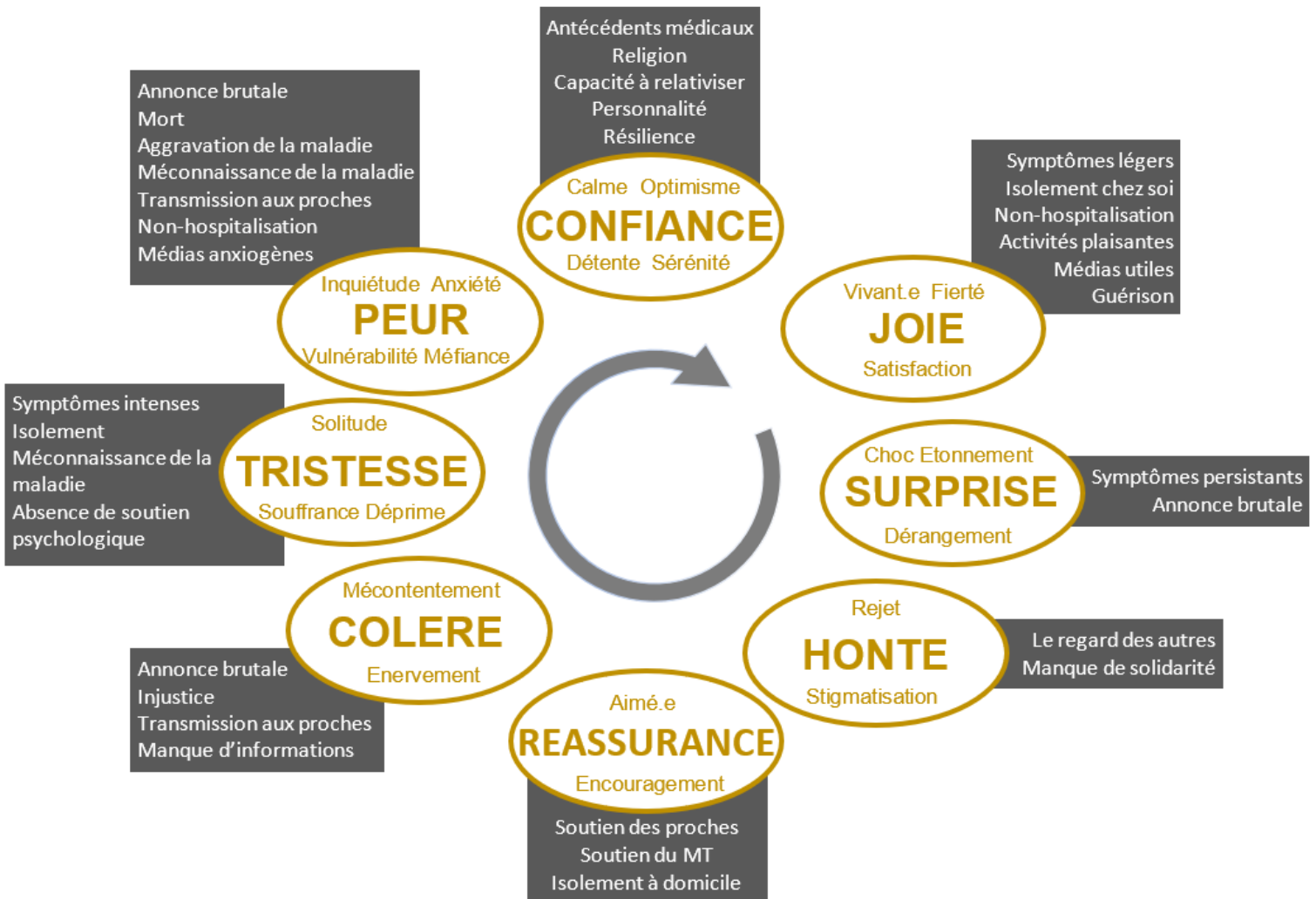
- V1 : « *Ensuite, j'étais mieux, je suis retournée au travail. Mon patron m'a dit : fais attention, va quand-même faire le test.* »
- V5 : « *Eh bien je l'ai annoncé plus ou moins, plus ou moins à ceux qui euh... après je l'ai pas dit non plus ouvertement hein. J'ai plutôt eu une stratégie un peu plus souple, en disant : j'ai eu un contact avec quelqu'un qui est positif, maintenant il est possible que je l'aie, et comme on a été en contact ce serait bien de faire un test. Parce que j'ai eu une personne*

*de l'ARS au téléphone qui m'a dit que toutes les personnes, ce serait bien de faire un test et c'est à partir de là que tout le monde est parti faire le test. Bon après ça s'est su hein, ça s'est su. », « Voilà, je ne l'ai pas dit pour une simple raison, c'est que... là de toute façon c'est un peu rentré dans les mœurs mais il y a 1 mois c'était encore un peu fragile, je pense qu'on aurait été considéré comme des pestiférés hein. », « Bah rejeté, rejeté pas vraiment, ça n'en vaut pas la peine hein (rires). Mais surtout, surtout d'avoir à affronter le regard, voilà c'est surtout ça... », « Et puis bon, ça parle tellement, on est dans un petit village. C'est difficile, parce que je fréquente beaucoup de monde. », « Voilà, j'ai été un peu discret pendant 1 semaine, pendant mon confinement, j'ai continué à travailler. »*

- *V6 : « Bah si, après oui, après le confinement, les gens voulaient pas approcher de moi. Au départ ça touche si vous voulez. On est humain avant tout. », « Quand on est dans un trou il n'y a pas de solidarité madame, c'est quand on est en bonne santé, bien être, souriant, c'est là que les gens s'approchent de vous, parlent avec vous. », « Chacun pense comme il veut. Après les gens, c'est un peu normal, les gens ont peur d'un virus. »*

## C. Modélisation des résultats

Figure 2 : Modélisation du vécu de la Covid-19



La modélisation des résultats est centrée sur les différentes émotions et leurs nuances (annexe 5) qui ont été ressenties par les patients durant leur maladie Covid-19.

## **IV. Discussion**

### **A. Principaux résultats**

De nombreuses émotions ont été ressenties par les patients atteints de la Covid-19. Ces différentes émotions pouvaient se suivre, s'entremêler ou être présentes au même moment, ce qui a pu créer une certaine ambivalence parfois.

Les patients atteints de la Covid-19 ont ressenti beaucoup de peur lors de leur maladie. La peur et l'inquiétude se sont tout d'abord faites ressentir lors de l'annonce de la maladie par téléphone, les patients ont eu peur de la mort et se sont sentis très vulnérables. La crainte d'une aggravation de la maladie a ensuite été très exprimée, les patients avaient peur des complications et voyaient leur avenir comme incertain. Le fait d'être pris en charge à domicile, à distance de l'hôpital, et d'avoir une pathologie respiratoire (asthme) pour certains, a pu accentuer cette crainte. La méconnaissance et l'incertitude concernant la Covid-19 ont entraîné de la méfiance et de l'anxiété. Les patients se sont posés une multitude de questions, qui n'avaient que très rarement des réponses. De nombreux doutes sur le mode de contamination et sur la guérison de la maladie ont été émis par les patients. Malgré certains doutes sur la contamination, les patients ont eu peur de transmettre la maladie à leurs proches, en particulier à leurs enfants et à leurs parents âgés. Enfin, les médias ont été un important facteur d'anxiété et de stress pour les patients, certains avaient même décidé de ne plus les regarder.

Les patients ont aussi ressenti beaucoup de joie lors de leur maladie. Cette joie s'est traduite par la rassurance d'avoir des symptômes légers chez un grand nombre. L'isolement à domicile a aussi pu être une source de joie et de satisfaction, il a été comparé à des vacances par certains et leur a donné l'opportunité de réaliser de nombreuses activités plaisantes. Cet isolement a aussi été un véritable soulagement, les patients ont été heureux de ne pas être hospitalisés et voyaient cela comme la preuve d'une absence de gravité de leur maladie. De plus, ils ont apprécié le fait d'être chez eux, entourés de leurs proches. En effet, les proches, même à distance, ont été

d'une grande aide pour les patients, leur soutien leur a apporté du réconfort, de l'amour et de l'encouragement. Le MT a aussi été d'un grand soutien et a permis de rassurer les patients. Ceux-ci ont été très reconnaissants envers lui et ont déclaré avoir eu un bon suivi médical pendant leur isolement. Enfin, ils ont ressenti une grande fierté et un soulagement d'avoir survécu à cette maladie, certains patients ont eu l'impression d'avoir fait le plein d'énergie et parlaient d'une renaissance.

Pendant leur maladie, les patients ont aussi ressenti beaucoup de tristesse. Les symptômes intenses de la maladie y ont contribué. En effet, un grand nombre était en souffrance physique et se plaignaient de douleurs insupportables et de fatigue intense, ils se sentaient complètement abattus. Ils ont ressenti aussi de la déprime et beaucoup d'incompréhension face à la méconnaissance de cette maladie, certains d'entre eux se sont sentis totalement perdus. L'isolement à domicile qui a été décrit comme long et contraignant a aussi fait naître chez eux de la tristesse, ils se sont sentis seuls, impuissants et certains ont ressenti une baisse de moral. C'était d'autant plus vrai chez les patientes qui devaient continuer à s'occuper de leurs enfants, elles ont exprimé une grande solitude, un découragement et un épuisement. C'est pourquoi, certains patients ont ressenti le besoin d'un soutien psychologique pendant leur maladie, soutien qu'ils n'ont malheureusement pas eu.

Malgré la gravité potentielle de la maladie, les patients ont réussi à être confiants. Tout d'abord, certains ont accueilli l'annonce de leur maladie avec beaucoup de sérénité et de calme. Ils ont réussi à l'accepter en faisant preuve de beaucoup d'optimisme, ce qui leur a permis de vivre l'isolement de manière détendue et apaisée. Leur capacité à relativiser et la religion ont pu jouer un rôle dans cette acceptation et cette résilience. Certains ont endossé le rôle de protecteur vis-à-vis de leur famille et éprouvaient le besoin de les rassurer. Chez ces patients, le besoin d'un soutien psychologique n'a évidemment pas été ressenti.

Les patients ont aussi ressenti de la surprise, de la colère et de la honte mais de manière moins importante. La surprise a été principalement ressentie lors de l'annonce de la maladie et a même été vécue par certains comme un véritable choc, ce qui a pu

être favorisé par le fait que l'annonce ait été faite par téléphone. La surprise a aussi été ressentie devant de probables formes longues de la Covid-19, les patients étaient étonnés d'avoir encore des symptômes plusieurs semaines, voire mois, après leur diagnostic. La colère a aussi été ressentie lors de l'annonce, les patients très contrariés d'avoir été contaminés par cette maladie ont exprimé une injustice et une grande incompréhension. Certains ont été mécontents du manque d'information concernant leur prise en charge et de certaines formalités administratives en lien avec la maladie. Enfin, la honte a pu être ressentie par quelques patients. Ils ont eu des difficultés à affronter le regard des autres et ont exprimé un sentiment de rejet, c'est pourquoi la maladie a parfois été cachée. Ils ont regretté un manque de solidarité de la part de leurs semblables.

## **B. Discussion des résultats**

### **1. Comparaison avec les résultats de l'autre chercheur**

Alexis Cappelle, le second chercheur à avoir étudié le vécu de la maladie Covid-19 à La Réunion en 2020, a interviewé des patients hospitalisés. Nous avons décidé de comparer les résultats de cette étude aux nôtres, afin de mettre en évidence les similarités et de soutenir nos résultats, mais aussi afin de pointer les différences obtenues.

Dans l'étude d'Alexis Cappelle, les symptômes décrits par les patients sont divers et variés, plus ou moins graves et ils peuvent être intenses et même « *atroces* ». La symptomatologie ressemble à celle retrouvée chez les patients isolés à domicile, avec de nombreux symptômes, variés et intenses, mais sans gravité. Elle a aussi entraîné une souffrance physique et un désarroi chez les patients.

L'annonce téléphonique a aussi été vécue comme un choc chez les patients hospitalisés, elle a été considérée comme brutale et violente.

L'incertitude face à la Covid-19 a aussi été un facteur de stress. Les sentiments de peur de la mort et de cette nouvelle maladie inconnue étaient partagés par les patients hospitalisés.

La tristesse a aussi été ressentie chez les patients hospitalisés, en partie à cause de l'isolement qui a fait ressortir les sentiments d'ennui et de solitude.

Concernant l'environnement, les médias ont aussi été qualifiés d'anxiogènes.

Ces patients ont ressenti une peur de contaminer leurs proches et ont mis en avant leur propre responsabilité, ce qui a également été retrouvé dans nos résultats mais de manière un peu différente avec plutôt une vigilance accrue et une protection des autres chez les patients isolés à domicile. Les patients hospitalisés ont, en parallèle, aussi exprimé une indifférence voire une déresponsabilisation vis à vis de la contamination de leur entourage, comme chez les patients isolés à domicile qui adoptaient un comportement de déresponsabilisation complète, avec un isolement et des mesures barrières non respectées. L'accompagnement des proches a aussi été vécu comme un réel soutien. Enfin, le regard des autres a pu être stigmatisant et ils se sont sentis mis à l'écart, ce que nous avons aussi retrouvé dans notre étude.

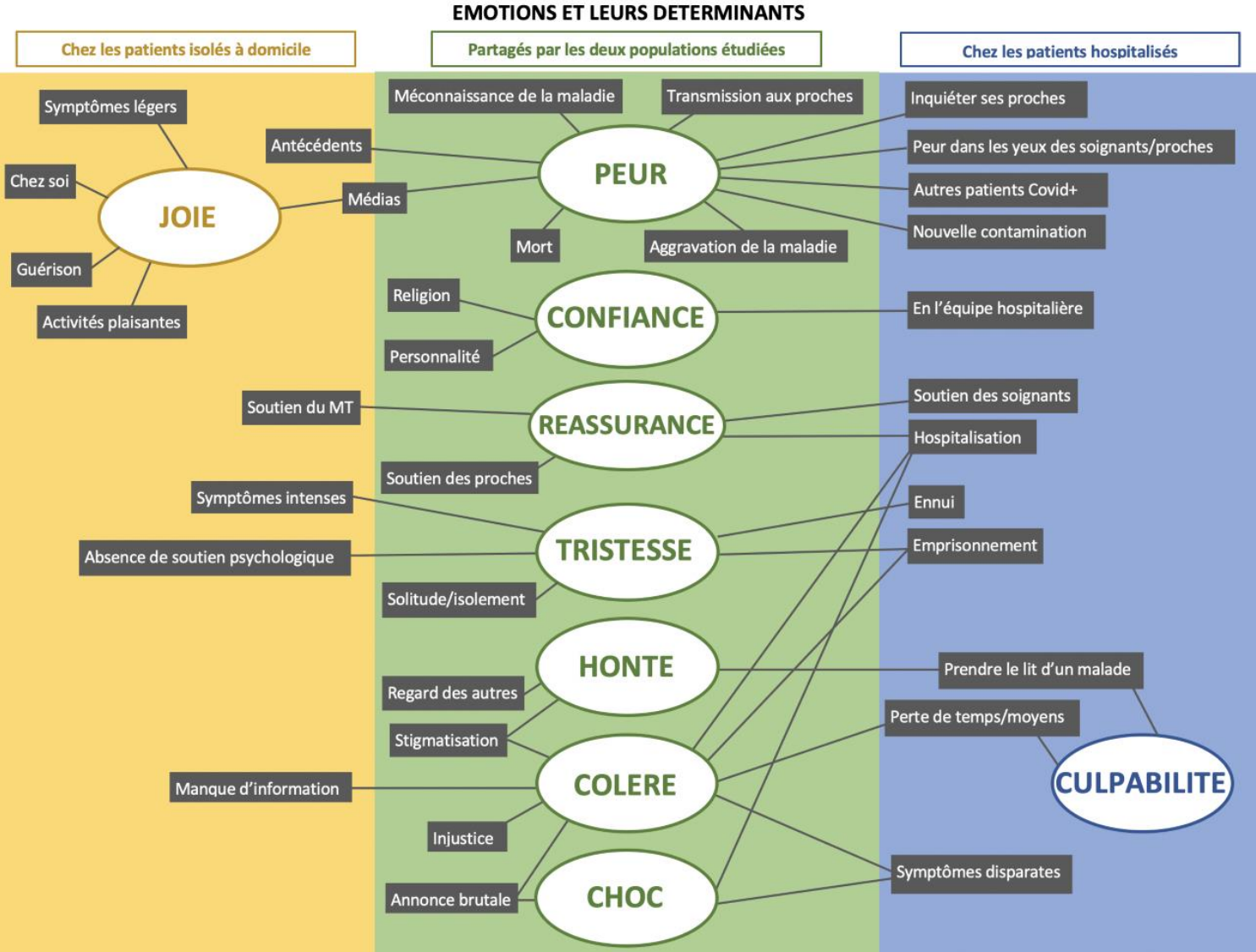
Enfin, des formes de Covid long ont aussi été décrites chez les patients ayant été hospitalisés, avec la persistance de symptômes respiratoires, l'anosmie, l'agueusie et une fatigue importante.

Bien que le vécu des patients positifs à la Covid-19 soit sensiblement similaire dans ces deux populations, on retrouve des particularités chez les patients hospitalisés.

Ces derniers ont ressenti une grande injustice devant l'inégalité des symptômes face à une même maladie. En effet, leurs symptômes pouvaient être graves et nécessiter une oxygénothérapie ou les complications pouvaient allonger la durée d'hospitalisation, à la différence des patients inclus dans notre étude. En outre, ces patients ne semblaient pas les plus affectés psychologiquement par leur séjour à l'hôpital. La gravité des symptômes ne rimait pas forcément avec un vécu traumatisant ou négatif. Le chercheur a aussi obtenu un résultat différent des nôtres concernant la relation médecin-malade. Il a remarqué que chez les patients ayant fait face à l'honnêteté de leur médecin (sur les incertitudes liées à cette nouvelle maladie), le lien de confiance médecin-malade était plus important, la qualité des soins prodigués était meilleure et l'hospitalisation était plus acceptable. Cependant, certains patients ont pu malgré tout développer un esprit critique concernant les pratiques du personnel soignant et ont pu ressentir de la rancœur, de l'amertume et le lien de confiance avec

les soignants a parfois été rompu. L'accompagnement hospitalier a aussi été vécu comme impersonnel et délétère. D'autant plus que lors de la première vague de l'épidémie, l'hospitalisation était pour certains, une obligation et non une nécessité, ce qui a fait naître de nombreuses émotions comme la colère, le stress, la honte, la culpabilité et surtout une grande incompréhension. De plus, à l'hôpital, le service de maladies infectieuses avait mis en place une unité de soutien psychologique pour aider les patients infectés par la Covid-19. La psychothérapie semble avoir eu un impact très positif, elle a permis de calmer leur peur de mourir et leur solitude durant cet isolement hospitalier.

**Figure 3** : Modélisation du vécu de la Covid-19 avec l'autre chercheur





## 2. Comparaison avec la littérature

Nous avons pu constater lors des entretiens, que la majorité des patients a vécu l'annonce de la maladie Covid-19 comme un choc. Plusieurs émotions ont été décrites par les patients, comme l'inquiétude, la peur, la colère et la surprise. Les patients ont aussi souligné une importante incompréhension concernant leur mode de contamination. Certains patients ont même ressenti une angoisse de mort au moment de l'annonce.

Nos résultats sont confirmés par ceux d'une autre thèse qualitative, ayant exploré le vécu de l'annonce de la maladie grave par le patient à La Réunion (8). Cette étude a montré qu'au moment de l'annonce, plusieurs émotions sont ressenties, comme : le choc, la surprise, le soulagement, la tristesse, l'inquiétude.

Elle met aussi en évidence un manque d'information et une incompréhension des termes médicaux par les patients lors de l'annonce. A l'opposé, cela n'a pas été retrouvé dans notre étude.

La Covid-19 est une maladie infectieuse potentiellement grave. Annoncer cette maladie par téléphone sans réelle consultation d'annonce a pu renforcer les émotions négatives ressenties par les patients. D'autant plus, qu'elle n'était pas toujours faite par une personne de confiance comme le MT mais souvent par un membre du personnel du laboratoire d'analyses dans lequel le patient avait fait son test de dépistage par RT-PCR, voire par un autre médecin non connu du patient. Cela a pu renforcer le sentiment de choc face à l'annonce et le sentiment d'être totalement « perdu ». De plus, lors de la première vague de l'épidémie en 2020, il n'existait pas encore de test antigénique pour dépister la maladie, donc il n'y avait pas de rassurance ou d'explications possibles données en face à face au patient par un professionnel de santé.

La thèse sur le vécu de l'annonce de la maladie grave par le patient à La Réunion montre l'importance du bon déroulement de la consultation d'annonce car il n'est pas sans effet sur la manière dont le patient appréhendera ultérieurement la maladie et les soins. Le moment de l'annonce est une étape clé dans la construction du lien avec le patient et de la relation médecin-patient. L'annonce doit s'adapter à chaque patient en prenant en considération ses caractéristiques individuelles. Elle doit répondre à un certain nombre de règles générales. Les conditions matérielles doivent être

optimales : dans un endroit calme et confidentiel, le médecin doit se rendre disponible et éviter d'être interrompu pendant cette consultation. Le climat relationnel doit être approprié : faire preuve d'empathie, de respect, prendre en considération le non-verbal, débiter par des questions ouvertes...

Les patients ayant participé à notre étude présentaient une forme non sévère de la Covid-19, ils ont donc pu être pris en charge à leur domicile. La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle que les patients isolés et surveillés à domicile sont les patients avec des tableaux pauci-symptomatiques ne nécessitant pas d'hospitalisation. Néanmoins, il ne faut pas méconnaître le risque respiratoire, cardiovasculaire, rénal, neurologique, cognitif, psychiatrique, musculo-squelettique, métabolique et nutritionnel (9). Si leur état de santé n'a pas requis d'hospitalisation, il pouvait néanmoins évoluer vers une forme grave. Et c'est ce risque de complications qui leur a fait ressentir de la peur et de l'incompréhension. La prise en charge ambulatoire de la Covid-19 a donc été un facteur de stress.

Les symptômes de la Covid-19 qui ont été décrits chez les patients interviewés sont les suivants : fièvre, tachycardie, fatigue, myalgies, céphalée, anosmie, agueusie, goût amer, rhume, dyspnée, douleur abdominale, diarrhée, perte d'appétit, vertige, troubles du sommeil.

Ils sont similaires aux symptômes de la Covid-19 présentés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces derniers n'ont pas tous été énoncés par les participants, par exemple aucun n'a décrit de toux sèche qui est un symptôme courant, ni de conjonctivite ou d'éruption cutanée qui sont des symptômes moins courants. Certains ont même présenté des symptômes de la forme grave de Covid-19, comme la perte d'appétit et l'essoufflement (10).

Les symptômes ont naturellement impacté négativement le vécu de la maladie, plus ils étaient intenses et nombreux, plus la peur et la tristesse étaient ressenties. D'après les patients, les symptômes les plus difficiles à supporter étaient la fatigue importante, la fièvre et les myalgies/douleurs.

L'essoufflement, qui est un des symptômes de forme grave de la maladie, a été pourvoyeur de peur et d'angoisse et il a même poussé une des patientes à réclamer à son MT une hospitalisation, qui n'a finalement pas été nécessaire.

Le champ lexical de la souffrance physique a été très utilisé et très richement fourni : « tellement fatiguée », « j'avais du mal à respirer », « beaucoup de fatigue », « fièvre », « crampes », « courbatures », « carrément à terre », « grosses douleurs », « tête qui tourne », « maux de tête », « pas bien », « affaibli », « faible », « perte d'appétit », « diarrhée », « mal », « grosses crises de douleur », « maux de ventre », « tapait dans la tête », « gêne respiratoire », « essoufflée », « m'épuisait »...

Le fait d'avoir des antécédents médicaux, tel que l'asthme, a engendré du stress chez les patients, ils craignaient des complications de la maladie, et cela était source d'anticipation anxieuse.

En effet, au début de l'épidémie, la communauté pneumologique, et plus largement médicale, craignait que la Covid-19 favorise les exacerbations asthmatiques. Cela a été ensuite réfuté par plusieurs publications. Les patients asthmatiques ne semblent finalement pas plus à risque de contracter la Covid-19 que la population générale et en cas d'infection, ils ne semblent pas particulièrement à risque de formes sévères (11).

En 2020, il n'existait pas de traitement médicamenteux spécifique de la COVID-19 avec un niveau de preuve suffisant pour être recommandé en ambulatoire et aucun traitement n'avait fait ses preuves pour prévenir la COVID-19 ou traiter ses formes légères à modérées ; en dehors du paracétamol qui reste le premier choix en cas de fièvre ou de douleur (12).

L'absence de traitement spécifique à la Covid-19 et par conséquent la possibilité de traiter seulement la maladie de manière symptomatique, a pu entraîner un sentiment d'impuissance de la part des patients. Cela a aussi permis de mettre en évidence l'impuissance du médecin à soigner ses patients face à cette nouvelle maladie virale. Le seul médicament qui a été prescrit et pris par les patients était le paracétamol. Ce qui a été reproché à demi-mot par quelques patients qui ne s'estimaient pas soulagés

par ce traitement et qui essayaient de se soigner par leurs propres moyens à l'aide de tisanes et remèdes de grand-mères. Les traitements symptomatiques ont peut-être aussi été sous-utilisés par les patients ou sous-prescrits par les médecins traitants, car malgré la prise de paracétamol par certains patients, les douleurs ont été décrites parfois comme très intenses et permanentes.

Ce manque de traitement médicamenteux aurait pu fragiliser le lien de confiance médecin-malade et n'a pas permis de soulager la souffrance physique des patients.

A l'époque où nous avons réalisé cette étude, le contexte était bien différent d'aujourd'hui, l'épidémie débutait tout juste sur l'île, l'incertitude et la peur étaient les maître-mots. Ce climat et ce bouleversement dus à cette nouvelle pathologie ont influencé le vécu de la maladie de manière négative. En effet, les participants ont rapporté énormément d'incompréhension, de questionnement, de doutes et ont ressenti beaucoup d'inquiétude.

Les questions portaient principalement sur la transmission du virus et la guérison. L'absence de réponse et les doutes qui en résultaient étaient des facteurs favorisant l'anxiété et la peur. L'évolution potentiellement grave de la maladie y a contribué également. La maladie faisait peur mais l'incertitude et le manque de connaissance sur cette maladie l'ont majorée.

L'incertitude est un facteur de stress, elle renvoie à des notions aussi variées que le doute, le désordre, l'incomplétude et la complexité. Elle nous confronte à nos vulnérabilités personnelles et collectives et peut aviver certaines angoisses. Le degré de tolérance à l'incertitude diffère selon les personnes. L'intolérance à l'incertitude se traduit par une tendance exagérée à trouver inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif se produise.

Une étude réalisée pendant la pandémie de grippe A (H1N1) de 2009 a montré que les personnes ayant le plus de mal à accepter l'incertitude de la situation étaient plus susceptibles de ressentir une anxiété élevée. Ces personnes présentant une intolérance élevée à l'incertitude étaient plus susceptibles de percevoir la pandémie comme une menace et d'utiliser des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions (13).

Lors de l'isolement à domicile, certains patients ont ressenti de la solitude, de la tristesse, de l'ennui et ont trouvé cette période d'isolement longue. Ils ont aussi éprouvé des difficultés à gérer leur vie de famille et les mesures barrières. Ces différents ressentis ont contribué à favoriser le stress et l'anxiété.

Cela n'est pas vrai seulement dans la crise Covid-19. En effet, lors des différentes épidémies ayant touché l'Homme, les mesures de quarantaine qui en ont découlé se sont accompagnées de conséquences psychologiques et psychiatriques négatives.

Une revue de littérature de 2020 de The Lancet qui traite de l'impact psychologique de la quarantaine lors de précédentes épidémies confirme nos résultats. Cette revue différencie la quarantaine, qui est la séparation et la restriction des mouvements des personnes qui ont potentiellement été exposées à une maladie contagieuse, de l'isolement, qui est la séparation des personnes qui ont été diagnostiquées avec une maladie contagieuse. Tous deux étant similaires dans le fait d'isoler des personnes et de les priver de certaines libertés. Les différentes études examinées ont fait état d'effets psychologiques négatifs, notamment de peur, de dépression, de symptômes psychologiques généraux, de stress, d'insomnie induite par l'anxiété, de tristesse, de colère. Mais aussi d'autres ressentis moins, voire pas, relatés par les patients interviewés dans notre étude, comme les troubles émotionnels, la mauvaise humeur, l'irritabilité, la nervosité, les symptômes de stress post-traumatique, l'épuisement émotionnel, la culpabilité, la confusion. Les facteurs de stress comprenaient la durée prolongée de la quarantaine, la peur de l'infection, la frustration, l'ennui, le manque de fournitures, le manque d'informations, la perte financière et la stigmatisation (14).

Une étude menée par Matthew T Tull et ses co-chercheurs confirme aussi nos résultats, ils ont constaté que le fait de devoir rester à la maison lors de la pandémie de Covid-19, était associé à un niveau plus élevé d'anxiété et de solitude. Dans leur étude, ils soulignent l'importance du lien social pour atténuer les conséquences psychologiques négatives de la pandémie de Covid-19 (15).

Une autre étude portant sur les conséquences psychopathologiques du confinement montrait que la pandémie Covid-19 et les mesures sanitaires pour la contenir exerçaient une pression sur la santé mentale. Elle précisait que le confinement représentait un facteur de stress important, augmentant le risque de développer des symptômes d'insomnie. L'anxiété y était plurifactorielle : ennui, raréfaction des

contacts sociaux, stress induit par la pandémie et les conséquences associées (économiques, socioprofessionnelles, familiales), exposition constante à des informations concernant le virus (16).

Dans l'introduction de notre étude, nous avons présenté une étude chinoise qui a évalué l'état et les facteurs d'influence de la santé mentale des patients atteints de la Covid-19 pendant leur isolement. Nos résultats sont soutenus par cette étude, qui a détecté de la dépression, de l'anxiété, des symptômes somatiques et des problèmes de sommeil. Cependant, elle décrivait aussi des idées d'automutilation ou de suicide chez les patients, que nous n'avons pas mis en évidence dans notre étude (2).

Devant cette souffrance mentale, les patients interrogés ont ressenti le besoin d'un soutien psychologique pendant leur maladie Covid-19. Cependant, aucun d'entre eux n'a utilisé ou mentionné la plateforme téléphonique PSY-COVID974 mise en place par l'Etablissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) et la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) de l'Océan Indien, avec le soutien de l'ARS. C'était un numéro d'appel gratuit de soutien médico-psychologique ouvert à tous, afin d'aider au mieux la population à traverser la crise. En fonction de l'évaluation de la situation de stress des appelants, deux dispositifs étaient disponibles : soit une écoute bienveillante, soit une téléconsultation, assurée par des professionnels du soin médico-psychologique (infirmiers, psychologues et psychiatres) (17). Lors de nos recherches sur le terrain, nous n'avons pas trouvé d'explication claire à cette absence d'utilisation de la plateforme. Mais nous avons émis certaines hypothèses : excès d'informations pendant cette période de crise sanitaire qui a pu noyer l'information, mauvaise communication ou manque de communication lors de la promotion de cette plateforme, et méconnaissance ou manque d'informations données aux patients par le MT sur cette plateforme.

Nos résultats sont confirmés par ceux de l'étude chinoise qui a enquêté sur la santé mentale de 106 patients hospitalisés pour la Covid-19 (2). Cette étude avait mis en évidence que 28,30 % des patients (soit 30 patients sur 106) avaient besoin d'une aide psychologique et que ce pourcentage était nettement supérieur à celui de la population générale. Sur les 106 patients Covid-19, 46 étaient des hommes et 60 des femmes, avec un âge de  $(35,90 \pm 11,92)$  ans. Les taux de détection de la dépression, de l'anxiété et des symptômes somatiques chez ces patients étaient respectivement de 49,06 %,

56,60 % et 69,81 %. Les cas graves de dépression, d'anxiété et de symptômes somatiques représentaient respectivement 9,43 %, 15,09 % et 20,75 %. Une majorité des patients (67,92 %) avaient des problèmes de sommeil.

En outre, 24,53 % avaient des idées d'automutilation ou de suicide. Ce qui n'a pas été retrouvé dans notre étude.

De nombreuses autres enquêtes, portant sur des patients atteints de la Covid-19 et hospitalisés, soulignaient que ces derniers présentaient des symptômes d'anxiété, de dépression et de troubles du sommeil. Lors de la recherche bibliographique, la chercheuse n'a pas trouvé de travaux étudiant spécifiquement le vécu des patients pris en charge en ambulatoire.

Une étude en Equateur portant sur 759 personnes (cas confirmés et cas suspects de Covid-19), a trouvé que 28,6 % des patients ont atteint le seuil de symptômes modérés à sévères d'anxiété et/ou de dépression et que les symptômes étaient plus importants chez les cas confirmés (18).

Deux autres études en Chine concluaient à des résultats similaires. La première, qui a comparé la santé mentale des patients infectés par la Covid-19 au grand public, a montré que la prévalence de la dépression était élevée et a été constatée principalement chez les patients infectés par la COVID-19. Un comportement anxieux, y compris le fait d'être facilement agacé ou irritable, a aussi été mis en évidence, il s'est autant manifesté chez les patients qui ont été infectés par la COVID-19 que chez le grand public (19). La seconde étude a inclus 770 patients cliniquement stables atteints de COVID-19. Elle a exploré la prévalence des symptômes dépressifs et leur relation avec la qualité de vie. La dépression a été hautement prévalente chez ces patients (43.1 %) et la qualité de vie était plus faible chez les patients souffrant de dépression (20).

Une étude similaire à la nôtre a été réalisée au Danemark et a exploré les expériences vécues par les personnes infectées par la Covid-19 pendant la première phase de la pandémie (21). Cette étude qualitative phénoménologique se rapproche encore plus de la nôtre car c'est une des rares études ayant inclus des patients isolés à domicile. En effet, quinze personnes ayant une infection confirmée par la Covid-19 ont été incluses et interrogées individuellement par téléphone, cinq participants avaient été hospitalisés en raison de symptômes graves et dix autres participants

étaient isolés à leur domicile. Ses résultats sont en accord avec les nôtres car ils montrent que l'infection a été vécue comme une menace pour l'existence des patients, leur perception corporelle et leur santé et les patients ont été soutenus par leur entourage. Mais ils diffèrent des nôtres car l'infection a été vécue comme une interférence dans les relations sociales ordinaires avec la sensation d'être un cas spécial où les gens autour d'eux agissaient avec excitation et curiosité.

Notre étude a montré que les médias ont été anxiogènes pour les personnes atteintes de la Covid-19 et pour leurs proches. Ils ont été un facteur de stress supplémentaire et une source d'inquiétude. Certains patients ont même déclaré ne plus vouloir regarder les médias.

En 2020, les médias ont, en effet, consacré une très large place à la Covid-19 et à ses conséquences. La présentation de la pandémie était souvent excessive avec une mise en avant systématique des cas graves et un décompte quotidien du nombre de morts en France. Cela a contribué à rendre les informations sur la Covid-19 excessivement anxiogènes. C'est pourquoi certaines institutions comme l'OMS et Santé publique France ont recommandé de limiter le temps d'exposition aux médias d'information (22).

La revue *Prescrire* nous apprend que selon des sondages réalisés auprès d'adultes français, une majorité a estimé que les médias avaient accordé trop de place à la pandémie de Covid-19 et qu'au moins la moitié des français interrogés ont indiqué que ce traitement médiatique avait été anxiogène. De plus, elle met en avant un lien possible entre l'exposition accrue aux informations sur la Covid-19 et la dégradation de la santé mentale. En effet, les prévalences de l'anxiété, de la dépression et des troubles du sommeil ont été corrélées avec le temps d'exposition aux médias (23).

Ce trouble anxieux qui en résulte a été nommé « headline stress disorder », qu'on pourrait traduire par « trouble anxieux lié aux médias », par le psychologue Steven Stosny. Il se caractérise par une sensation de détresse ou d'anxiété, suite à la consultation de nombreuses informations (14).

La surabondance d'informations et de désinformations lors de la pandémie de Covid-19 a fait naître le terme d'« infodémie ». En février 2020, l'OMS a utilisé ce néologisme (*infodemic*, formé à partir d'information et d'*epidemic*) pour désigner cette situation et ses dangers (24). Ce mot tire ses origines de *infodémiology*, qui a été inventé en 2002



par le Professeur Gunther Eysenbach, qui enseigne et étudie les sciences de l'information sur la santé. Sa définition originale était la suivante : " étude des déterminants et de la distribution des informations et des fausses informations sur la santé ». C'est l'épidémiologie de l'information (25). L'OMS a voulu mettre en garde la population sur le fait que les informations fausses et trompeuses diffusées pouvaient nuire à la santé physique et mentale des individus, accroître la stigmatisation, menacer de précieux acquis en matière de santé et conduire à un non-respect des mesures de santé publique, réduisant par là-même leur efficacité et compromettant la capacité des pays à enrayer la pandémie. Pour lutter contre l'infodémie, les Etats membres de l'OMS ont été invités à établir des plans d'action en favorisant la diffusion rapide d'informations exactes, reposant sur des bases scientifiques et factuelles et en prévenant et combattant la propagation d'informations fausses et trompeuses (26).

Le regard des autres a occupé une place importante dans le vécu de la maladie pour certains patients. Ils ont exprimé de la honte et de la peur : peur du jugement, peur de la stigmatisation... La peur paraissait aussi être ressentie par les autres. Les patients sentaient qu'on avait peur d'eux, peur d'une contamination notamment et qu'il existait une grande méfiance envers eux. Quelques patients se sont plaint d'avoir éprouvé un manque d'empathie et de solidarité de la part de leurs semblables. Un patient s'est même senti comme un « pestiféré », ce terme employé est très fort et bien choisi. Sa définition première « atteinte de la Peste » (27) nous renvoie directement aux terribles épidémies de Peste, lorsque des villes entières étaient placées en quarantaine et où les malades isolés étaient enfermés dans leurs maisons, barricadées et marquées d'une croix (28). La seconde définition de ce mot « avec qui on évite toute relation à cause de son caractère nuisible, réel ou supposé » nous renvoie à la notion de rejet d'autrui, voire de discrimination.

Concernant la guérison, certains patients disaient ne pas savoir s'ils étaient guéris et d'autres déclaraient même ne pas l'être. Plusieurs patients estimaient avoir des séquelles de la Covid-19, comme la fatigue, la dyspnée à l'effort, les douleurs musculaires et articulaires, la diminution de l'odorat et du goût ou encore la diminution de l'appétit.

De très nombreuses études ont montré qu'il existait en effet des symptômes persistants chez les patients ayant été infectés par la Covid-19, que cela soit à moyen ou long terme.

Parmi ces études, une étude au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes a été menée entre mars et juin 2020 et a montré qu'à 6 semaines de l'infection, 44 % des patients étaient toujours symptomatiques, 20 % toussaient toujours, 5 % avaient une dyspnée au repos, 33 % présentaient une dyspnée à l'effort et 40 % avaient perdu du poids. Concernant les troubles de l'olfaction et du goût, à 6 semaines, 17 % des personnes étaient toujours anosmiques et 10 % ageusiques (29).

Une étude chinoise de plus grande envergure avec une évaluation des symptômes persistants 6 mois après le début de la maladie allait aussi dans ce sens. Sur 1655 patients, 76 % ont signalé au moins un symptôme persistant, la fatigue ou la faiblesse musculaire étant le plus fréquemment signalé. Et plus de 50 % des patients présentaient des anomalies résiduelles à l'imagerie thoracique (30).

La HAS a récemment défini les symptômes prolongés de la Covid-19, plus communément appelés COVID long, comme la persistance ou la résurgence d'au moins un des symptômes initiaux plus de 4 semaines après l'épisode initial. Les COVID longs pourraient concerner 10 à 20 % des patients, y compris des personnes ayant fait un épisode initial modéré. Les troubles cognitifs, la fatigue et la dyspnée sont au premier plan (31). Certaines personnes participant à notre étude faisaient donc partie de ces 10 à 20 % de patients souffrant d'un COVID long, ce qui a probablement impacté négativement le vécu de la maladie.

Dans notre étude, nous avons montré que la maladie Covid-19 peut être vécue de manière sereine et qu'il est possible de ressentir des émotions positives, comme la joie ou la confiance. Cependant, lors de notre recherche bibliographique, nous avons constaté qu'il existait très peu de preuves dans la littérature qui allait dans ce sens.

Rappelons que les patients ayant participé à notre étude ont tous eu droit à une prise en charge ambulatoire de leur maladie. En théorie, les critères cliniques et socio-économiques pour pouvoir bénéficier d'une telle prise en charge étaient remplis. Les signes cliniques étaient donc considérés comme légers et ils ne souffraient pas de

comorbidité sévère, décompensée ou non traitable à domicile. Leurs conditions socio-économiques permettaient un suivi à domicile et un respect de l'isolement (32).

Ces critères ont pu impacter le vécu de la maladie positivement. En effet, ces patients n'étaient pas à haut risque de forme grave de Covid-19, ce qui peut être rassurant et en pratique, les signes cliniques étaient légers à modérés, ce qui a pu préserver une certaine qualité de vie pendant la maladie.

Lors des interviews, les patients paucisymptomatiques ne se sont pas plaints d'avoir souffert de la maladie en elle-même. Ils ont exposé leurs symptômes ou ont simplement dit qu'ils avaient eu « *peu de symptômes* » sans utiliser des termes appartenant au champ lexical de la souffrance.

On peut supposer que le fait d'avoir eu des symptômes légers et non graves, du moins de s'être senti paucisymptomatique lors de la Covid-19, ait pu limiter le risque d'avoir des troubles de la santé mentale. Alors qu'une plus grande gravité de la maladie perçue par les patients eux-mêmes, était significativement associée à des scores évaluant la dépression, l'anxiété et l'insomnie plus élevés. La gravité de la maladie auto-perçue affectait directement la santé mentale des patients. C'est ce qu'a suggéré une étude chinoise qui a évalué l'état de santé mentale de 85 patients hospitalisés pour la Covid-19 à Wuhan en mars 2020 (33).

L'isolement a été vécu par certains patients de manière totalement positive. Il a été perçu comme un repos, des vacances, un temps dédié à soi et à la réalisation d'activités plaisantes. Certains ont expliqué ce vécu positif par le fait qu'ils étaient déjà habitués à l'isolement à cause du premier confinement qui avait eu lieu à La Réunion du 17 mars 2020 au 11 mai 2020 (34). D'autres ont même avoué ne pas avoir respecté totalement les règles d'isolement et de distanciation (35) avec leur entourage malgré le risque de contamination. Ainsi, certains patients ne sont pas restés dans une pièce séparée pendant leur isolement, certains ont dormi et pris leurs repas avec leurs proches et n'ont pas tous porté de masque chirurgical ou respecté une distance de plus de 2 mètres en présence d'autres personnes. Ce qui a fortement limité le sentiment de solitude et d'abandon. D'autant plus qu'une partie des patients rapporte qu'ils ont vécu cet isolement en groupe en raison d'une infection par la Covid-19 d'un ou plusieurs de leurs proches vivant sous le même toit. De plus, certains patients, de

par leur mode de vie plutôt casanier, n'ont pas vu leurs habitudes de vie bouleversées et limitées. Pour ces personnes, la notion d'enfermement, de prison ou de perte de liberté n'a pas été ressentie, ou du moins, pas exprimée. Ces facteurs ont permis de rendre l'isolement plus acceptable, voire agréable.

Dans l'étude portant sur l'impact psychologique de la quarantaine, on retrouve quelques éléments de vécu positif chez les personnes mises en quarantaine du fait d'un contact étroit avec des personnes potentiellement atteintes du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Peu de personnes, environ une quarantaine, ont fait état de sentiments positifs : 5 % ont fait état de sentiment de bonheur et 4 % de sentiment de soulagement (13).

Plusieurs traits de personnalité ont été identifiés comme des facteurs de protection quant au vécu de la maladie. Dans notre étude, nous avons trouvé que l'optimisme, le contrôle, l'endurance et la résilience avaient des effets bénéfiques sur le bien-être. Nos résultats sont soutenus par l'ouvrage « Psychologie de la santé » dans le chapitre sur les facteurs de protection de la santé (36).

Les amis et surtout la famille ont eu un rôle primordial dans le soutien des patients atteints de la Covid-19. La famille a été une aide essentielle pour chaque patient, qu'elle ait été présente physiquement auprès du patient, ou virtuellement via les moyens de communication modernes beaucoup utilisés lors de l'isolement. Ce qui peut être expliqué par le fait que dans la culture réunionnaise, la famille occupe une place prépondérante dans la vie des individus et le lien intergénérationnel y est omniprésent. L'entourage familial a un rôle bienveillant indispensable pour soutenir le malade. Il conditionne le sentiment de sécurité et de stabilité affectives sur lesquelles le malade peut prendre appui et puiser de la force (37).

Les patients ont été rassurés par leur MT, ils ont affirmé avoir bénéficié d'un bon suivi médical. Le MT était à l'écoute et a même joué le rôle de psychologue pour certains. La communication médecin-patient a donc été un des éléments clés de la prise en charge de la Covid-19 en ambulatoire. C'est en effet une composante essentielle de

la compétence médicale. Elle a d'ailleurs une position centrale sur la marguerite des compétences, représentant les 6 compétences principales de la spécialité Médecine générale (communication, relation, approche centrée sur le patient) (annexe 6). Une bonne communication est primordiale, elle permet d'établir un lien de confiance et permet des consultations efficaces, tant pour le patient que le soignant. Elle augmente les chances de succès des stratégies diagnostiques et thérapeutiques contribuant ainsi à une meilleure qualité de soins. Elle fait le lien entre une médecine fondée sur les preuves et une médecine centrée sur l'individu (38).

Lors de la crise sanitaire de la Covid-19, le besoin d'information n'a jamais été aussi prononcé et le temps disponible aussi important, c'est pourquoi est apparu une hausse de la consommation des médias. Même si cette vague d'informations a pu être anxiogène, elle a aussi été utile et rassurante. C'est ce que nous avons obtenu dans notre étude, résultats confirmés par une étude française ayant eu lieu à la même période que celle de nos entretiens, en septembre 2020. Cette étude réalisée pour les Assises internationales du journalisme de Tours a été faite en ligne, auprès d'un échantillon de 1 000 personnes représentatif de la population française. Elle a montré que 67 % des Français interrogés, reconnaissent que l'information leur a été utile, pour leur vie quotidienne (39).

Notre étude a montré que la foi a pu aider les patients dans l'acceptation de leur maladie. Elle a permis une certaine résilience. La religion a donc été un des facteurs déterminants du vécu positif de la Covid-19 à La Réunion, là où elle est une ressource importante pour de nombreux insulaires. En effet, le fait religieux est visible sur l'île de La Réunion, il n'est pas relégué dans l'espace privé. Il est enraciné dans le quotidien relationnel de ses habitants. C'est un point commun entre les différentes populations en présence (40).

## **C. Discussion autour de la méthode**

### **1. Forces de l'étude**

La principale force de l'étude est son originalité. À notre connaissance, il s'agit du premier travail explorant le vécu de la Covid-19 par le patient non hospitalisé à la Réunion.

Nous avons choisi une méthode qualitative, la méthode phénoméno-pragmatique, car elle permet d'étudier les émotions, les sentiments, les expériences personnelles et les comportements des patients. C'est donc la méthode de collecte de données la plus adaptée à l'objet de recherche.(5,6)

Réaliser les entretiens de manière individuelle est la méthode la plus adaptée afin de permettre aux patients de s'exprimer librement sur un thème dont l'objectif principal est subjectif et lié à leur expérience individuelle. En effet, cette méthode permet de collecter des données riches et diverses sur leurs ressentis et leur vécu. Elle paraît également plus appropriée que le focus group où les patients auraient pu se sentir jugés par les autres en exprimant leur expérience personnelle.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés s'avère une méthode plus adéquate que celle des entretiens directifs ou libres. En effet, le caractère semi-directif permet de garder une certaine liberté durant l'entretien, tout en ayant un canevas préétabli et évolutif sur lequel s'appuyer. L'utilisation préférentielle de questions ouvertes lors des entretiens en fait une force. En effet, les patients interviewés n'étaient pas influencés et leurs réponses n'étaient pas orientées. D'autre part, le guide d'entretien a permis de ne pas perdre de vue l'objectif principal de notre étude, il a servi de fil conducteur à l'intervieweur.

Nous avons décidé de réaliser les entretiens au téléphone car au vu des conditions sanitaires, il était préférable et plus prudent de ne pas organiser de rencontres en face à face sur tout le territoire de La Réunion.

L'échantillonnage a été effectué de manière raisonnée pour garantir la validité externe des résultats. La population étudiée était diversifiée en ce qui concerne l'âge, le sexe et le lieu de vie.

Concernant les critères de scientificité, la triangulation des données, consistant à vérifier si les données recueillies représentent la réalité, a donné une validité interne à notre étude. La saturation théorique des données a été obtenue, augmentant ainsi sa validité externe.

La rédaction de la thèse a été réalisée selon les lignes directrices COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (annexe 7).

Une autre force de l'étude est la réalisation des entretiens pendant la crise sanitaire de la Covid-19 peu de temps après que les patients aient été malades. La majorité des patients a été interviewée environ un mois après avoir été malade, ce qui a permis de recueillir des données récentes et de limiter le biais de mémorisation.

La retranscription immédiate de chaque entretien après réalisation, afin de limiter encore le biais de mémorisation, est une autre force de l'étude.

## **2. Limites de l'étude**

### **a) Biais de sélection**

Les patients ont été recrutés sur la base du volontariat ce qui a pu entraîner un biais de sélection avec des patients plus favorables au sujet discuté.

### **b) Biais d'investigation**

L'habileté et l'expérience de l'enquêteur à mener les entretiens sont des éléments à prendre en compte dans la méthode qualitative. Certains entretiens se sont révélés moins riches que d'autres. Cela pouvait être lié à la chercheuse, novice dans la conduite de ce type d'entretien.

Les entretiens étaient réalisés à un moment où le patient se disait disponible et apte à répondre aux questions, cependant les conditions pour réaliser l'interview téléphonique n'étaient pas toujours optimales (personne en voiture, personne dérangée par ses enfants, etc.). Cela a pu limiter la profondeur et la qualité des discussions.

### c) Biais d'interprétation

En recherche qualitative, les données collectées sont principalement verbales et non quantifiables, puis sont analysées de manière interprétative et subjective. Le biais d'interprétation est donc inévitable et inhérent à ce type d'étude.

### d) Biais de mémorisation

Malgré la limitation du biais de mémorisation grâce à des entretiens recueillis rapidement après l'infection, ce biais pouvait persister dans certains entretiens. Cela dépendait du moment où l'entretien était réalisé par rapport à la maladie et de la capacité personnelle de chaque patient à se remémorer sa propre expérience. Ce biais ne peut être corrigé dans ce type d'étude.

## **D. Perspectives**

Notre étude a montré que le suivi médical par le médecin généraliste a été jugé satisfaisant par les patients. Cependant une partie des patients aurait aimé avoir un soutien psychologique, besoin qui n'a pas été recherché et donc qui n'a pas été pris en charge. Pour remédier à cela, il faudrait premièrement anticiper et prévenir les effets négatifs de la Covid-19 sur la santé mentale, en informant et en conseillant les patients. Lors de l'annonce, ou du moins au début de la prise en charge, le MT pourrait informer les patients sur les potentiels effets psychologiques négatifs de la maladie et de son isolement et sur l'existence de lignes d'écoute. Il pourrait les conseiller sur les actions à entreprendre pour les réduire : limiter le temps d'exposition aux médias d'information, rechercher du soutien de la part de ses proches, entreprendre des activités plaisantes lors de l'isolement... Deuxièmement, il faudrait peut-être dépister ces effets négatifs de la Covid-19 sur la santé mentale des patients isolés à domicile afin de pouvoir les prendre en charge précocement. Ce dépistage pourrait être possible par la mise en place d'un système pro-actif, avec un (ou plusieurs) appel(s) automatique(s) aux patients lors de leur isolement, et même après leur isolement, pour rechercher des effets négatifs sur leur santé mentale et leur proposer un soutien psychologique si besoin.



De plus, malgré un suivi médical jugé satisfaisant par les patients, la prise en charge de la douleur n'a pas toujours été optimale. Le traitement antalgique de palier 1 (paracétamol seul) n'a pas permis de soulager les douleurs intenses de certains patients. Il faudrait donc envisager de proposer des antalgiques de palier plus élevé (2 voire 3) chez les patients souffrant de douleurs intenses ou résistantes au paracétamol, en l'absence de symptômes respiratoires (41).

D'autres études sur le vécu de la maladie Covid-19 chez les patients positifs et isolés à domicile sont nécessaires. En effet, la grande majorité des patients infectés par la Covid-19 sont pris en charge en ambulatoire et pourtant lors de nos recherches dans la littérature sur le vécu de la Covid-19 et l'impact psychologique de celle-ci, nous avons trouvé que les principales populations étudiées étaient les patients hospitalisés, les soignants et la population générale.

Ces futurs travaux de recherche devraient étudier le vécu de la maladie Covid-19 pendant la période d'isolement mais aussi à distance, afin de suivre l'état de santé psychologique des patients ayant survécu à la Covid-19. Ils permettraient d'obtenir des données sur la prévalence de la dépression, du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et d'autres syndromes d'anxiété et sur leurs facteurs de risque. En effet, la prévalence de la morbidité psychiatrique chez les patients survivant à la Covid-19 est élevée, le fait d'avoir vécu ou d'avoir été témoin des souffrances liées à la Covid-19 peut entraîner une forte prévalence de TSPT (42).

Concernant la plateforme PSY-COVID974, Charlotte Madrières, une étudiante en Médecine de La Réunion, a réalisé une étude dont l'objectif est d'établir une description clinique de la population ayant eu recours à la cellule d'appel PSY-COVID 974, au cours de la période d'épidémie de Covid-19, du 1 avril 2020 au 1 avril 2021. Les résultats montrent qu'une seule personne atteinte de la Covid-19 a appelé cette plateforme pendant cette période d'un an. Ce très faible effectif peut être expliqué par le fait que la majorité des appels ait eu lieu en avril 2020, au début du premier confinement à La Réunion et qu'à cette période le nombre de cas positifs était faible sur l'île. Il serait donc possible de réaliser une étude supplémentaire afin de comprendre et rechercher les causes de cette sous-utilisation de la plateforme.

## V. Conclusion

La Covid-19 a suscité de nombreuses émotions chez les patients réunionnais isolés à domicile en 2020. Les émotions ont été négatives : la peur, la tristesse, la surprise, la colère et la honte mais aussi positives : la joie et la confiance.

Les émotions négatives ont été principalement causées par la symptomatologie intense, l'isolement strict indispensable, les incertitudes et les doutes au sujet de la Covid-19 et la véritable crise sanitaire mondiale qu'elle a entraînée. Malgré le fait que les patients n'étaient pas atteints d'une forme grave de la maladie, des effets négatifs sur leur santé mentale sont apparus : le stress, l'anxiété, l'angoisse de mort, les symptômes dépressifs avec notamment les troubles du sommeil, la tristesse de l'humeur, la diminution de l'appétit et la fatigue.

Les émotions positives ont été ressenties principalement grâce à la symptomatologie légère, la satisfaction de l'isolement, le soutien médical et le soutien des proches. Donc malgré la crise planétaire qu'a entraînée la Covid-19, il est possible d'être atteint de cette maladie et de bien le vivre.

Le MT a un rôle important à jouer dans le vécu de la Covid-19 chez les patients isolés à domicile. Il est un des principaux acteurs dans cette prise en charge et est l'interlocuteur privilégié du patient. La prise en charge est d'autant plus efficace qu'elle est centrée sur le patient, sur son vécu, ses besoins et ses croyances.

Une information claire et complète donnée au patient sur la Covid-19 en ambulatoire, une prise en charge optimale des symptômes, notamment de la douleur, et une prévention ainsi qu'un dépistage des effets psychologiques négatifs de cette maladie semblent être les clefs pour améliorer la prise en charge de la Covid-19 en ambulatoire et ainsi augmenter la qualité de vie des patients.

## VI. Bibliographie

1. Netgen. Covid-19 et santé mentale [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-707/Covid-19-et-sante-mentale>
2. Zhao Q, Hu C, Feng R, Yang Y. Investigation of the mental health of patients with novel coronavirus pneumonia. Chin J Neurol. 2020;E003-E003.
3. 2021-10-05 CP COVID\_Bilan hebdomadaire du 25 septembre et 01octobre 2021\_0.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2021-10/2021-10-05%20CP%20COVID\\_Bilan%20hebdomadaire%20du%2025%20septembre%20et%2001octobre%202021\\_0.pdf](https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2021-10/2021-10-05%20CP%20COVID_Bilan%20hebdomadaire%20du%2025%20septembre%20et%2001octobre%202021_0.pdf)
4. Feuille\_de\_Route\_OI.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Feuille\\_de\\_Route\\_OI.pdf](https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Feuille_de_Route_OI.pdf)
5. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
6. Ribau C, Lasry J-C, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes J-P. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. Rech Soins Infirm. 2005;81(2):21-7.
7. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary b, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer 2013;105:4-11.
8. Coutin - 2019 - Vécu de l'annonce de la maladie grave par le patie.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970281/document>
9. Laëtitia - 2020 - Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/prise\\_en\\_charge\\_des\\_patients\\_covid-19\\_sans\\_indication\\_dhospitalisation\\_isoles\\_et\\_surveilles\\_a\\_domicile.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/prise_en_charge_des_patients_covid-19_sans_indication_dhospitalisation_isoles_et_surveilles_a_domicile.pdf)
10. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : ce qu'il faut savoir [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
11. COVID19: le paradoxe de l'asthme [Internet]. VIDAL. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/25057-covid-19-le-paradoxe-de-l-asthme.html>
12. Les traitements en cours d'évaluation contre la COVID-19 [Internet]. VIDAL. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/voies-respiratoires/coronavirus-covid-19/traitements.html>

13. Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic - Taha - 2014 - British Journal of Health Psychology - Wiley Online Library [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12058>
14. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912-20.
15. Texte intégral [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://europepmc.org/articles/pmc7252159?pdf=render>
16. PubMed Central Full Text PDF [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174176/pdf/main.pdf>
17. Mise en place d'une plateforme téléphonique PSY-COVID974 [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.lareunion.ars.sante.fr/mise-en-place-dune-plateforme-telephonique-psy-covid974>
18. Paz C, Mascialino G, Adana-Díaz L, Rodríguez-Lorenzana A, Simbaña-Rivera K, Gómez-Barreno L, et al. Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID-19 in Ecuador. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(10):554-5.
19. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020;87:49-50.
20. Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19 - ScienceDirect [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720323910>
21. Missel M, Bernild C, Christensen SW, Dagyarani I, Berg SK. It's Not Just a Virus! Lived Experiences of People Diagnosed With COVID-19 Infection in Denmark. *Qual Health Res*. 2021;31(5):822-34.
22. COVID-19 : prendre soin de sa santé mentale pendant l'épidémie [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/covid-19-prendre-soin-de-sa-sante-mentale-pendant-l-epidemie>
23. Covid-19 : une couverture média parfois anxiogène [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/61308/0/NewsDetails.aspx>
24. Monnier A. Covid-19 : de la pandémie à l'infodémie et la chasse aux fake news. *Rech Éducatives* [Internet]. juill 2020 [cité 25 nov 2021];(Hors série). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02915853>
25. Zielinski C. Infodemics and infodemiology: a short history, a long future. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45(40):8-1.
26. Gestion de l'infodémie sur la COVID-19 : Promouvoir des comportements sains et atténuer les effets néfastes de la diffusion d'informations fausses et trompeuses

[Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>

27. Larousse É. Définitions : pestiféré - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pestif%C3%A9r%C3%A9/59906>

28. Dutau G. Quarantaines – De la peste et du choléra au coronavirus Covid-19. H Sto R E. 2020;6.

29. Persistance des symptômes de COVID: étude au CHU de Rennes [Internet]. Medscape. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/voirarticle/3606360>

30. Cortinovis M, Perico N, Remuzzi G. Long-term follow-up of recovered patients with COVID-19. The Lancet. 2021;397(10270):173-5.

31. COVID long : état des lieux avec un an de recul [Internet]. VIDAL. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/27224-covid-long-etat-des-lieux-avec-un-an-de-recul.html>

32. Critères-d-hospitalisation-patient-COVID-19-VF.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://conseil-scientifique.public.lu/dam-assets/publications/covid-19/Crit%C3%A8res-d-hospitalisation-patient-COVID-19-VF.pdf>

33. Hu Y, Chen Y, Zheng Y, You C, Tan J, Hu L, et al. Factors related to mental health of inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. Brain Behav Immun. 2020;89:587-93.

34. Coronavirus-COVID 19 à La Réunion : Les mesures de confinement [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.lareunion.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-la-reunion-les-mesures-de-confinement>

35. Isolement : précautions et règles d'hygiène [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/covid-19/isolement-principes-et-regles-respecter/isolement-precautions-et-regles-dhygiene>

36. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Les aspects protecteurs de la personnalité. Psycho Sup. 2014;277-371.

37. L'annonce de la maladie : une parole qui engage | hnpcc-lynch [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.hnpcc-lynch.com/lannonce-de-la-maladie-une-parole-qui-engage/>

38. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 2010;11(4):255-72.

39. Publication-sous-embargo-samedi-26-septembre-Viavoice-Assises-du-Journalisme.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.institut-viavoice.com/wp-content/uploads/2020/09/Publication-sous-embargo-samedi-26-septembre-Viavoice-Assises-du-Journalisme.pdf>

40. Andoche J, Aubourg V, Malbert T. Le religieux à La Réunion. Bull Obs Int Relig [Internet]. juin 2017 [cité 25 nov 2021];(9). Disponible sur: <https://hal.univ-reunion.fr/hal-02279646>
41. #111 Mon médecin m'a prescrit un médicament morphinique (« opiacés » : codéine, tramadol, Skenan®...). Puis-je les continuer pendant l'épidémie de COVID-19 ? [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://sfpt-fr.org/covid19-foire-aux-questions/1197-111-mon-m%C3%A9decin-m-a-prescrit-un-m%C3%A9dicament-morphinique-opiac%C3%A9s-cod%C3%A9ine,-tramadol,-skenan%C2%AE-puis-je-les-continuer-pendant-l-%C3%A9pid%C3%A9mie-de-covid-19>
42. Xiao S, Luo D, Xiao Y. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. Glob Health Res Policy. 2020;5(1):29.

## **VII. Annexes**

### **A. Annexe 1 : Guide d'entretien**

#### **1. Présentation :**

Bonjour, je suis étudiante en Médecine Générale et j'effectue une étude sur le vécu de la maladie Covid-19 chez des personnes qui n'ont pas été hospitalisées mais qui ont été isolées à domicile. Votre médecin traitant m'a donné votre accord pour vous appeler et vous poser des questions. Si vous êtes toujours d'accord, on peut commencer l'entretien dès maintenant, sinon on peut fixer un rendez-vous téléphonique à plus tard.

[... Réponse du patient]

Je vous informe que pour mon étude, j'ai besoin d'enregistrer notre entretien téléphonique avec un dictaphone, mais l'enregistrement sera supprimé dès que je l'aurai retranscrit sur mon ordinateur. Donc si vous êtes d'accord pour être enregistré, on va pouvoir commencer.

#### **2. Caractéristiques sociodémographiques des patients :**

- Sexe
- Âge
- Lieu de naissance
- Situation familiale :  célibataire  marié  en famille  isolé  enfant(s)
- Lieu de vie :  en zone urbaine  en zone rurale, ville
- Habitation :  dans un appartement  dans une maison  jardin
- Niveau d'étude : absence d'étude, primaire, collège, baccalauréat, études supérieures
- Profession :  en activité  au chômage  à la retraite, type de profession

- Déplacements récents hors département
- Localisation lors des premiers symptômes.

### **3. Canevas d'entretien – 2<sup>ème</sup> version :**

- Quand et comment avez-vous appris que vous étiez atteint de la Covid-19 ?
- Comment on vous l'a annoncé ?
  - *Relance* : C'était dans quelles circonstances ? Vous étiez où à ce moment ? Qu'est-ce que vous avez ressenti lors de cette annonce ?
- Comment s'est manifestée votre maladie ?
  - *Relance* : Quels étaient vos symptômes ? Comment vous sentiez-vous pendant la maladie ?
- Comment s'est passé le suivi en ambulatoire ?
  - *Relance* : Par qui avez-vous été suivi sur le plan médical ? Avez-vous été bien suivi d'après vous ?
- Avez-vous ressenti le besoin d'un soutien psychologique ? Si oui, avez-vous bénéficié de consultations avec un psychologue ou un médecin ?
- Comment avez-vous vécu le fait de ne pas être hospitalisé ?
  - *Relance* : Comment vous sentiez-vous isolé à domicile ?
- Vous avez donc été confiné à domicile, qu'est-ce que cela a changé dans votre vie quotidienne ?



- *Relance* : Est-ce que ça a changé vos habitudes de vie, organisation matérielle, qualité de vie ? Comment le confinement s'est passé ?
- Avec votre entourage comment ça s'est passé ?
  - *Relance* : Comment votre entourage a réagi ? Avez-vous pu garder contact avec eux ? Vous êtes-vous senti seul ?
- Comment vous sentez-vous maintenant une fois guéri ?
  - *Relance* : Est-ce que vous pensez être guéri ?

## **B. Annexe 2 : Première version du canevas d'entretien**

- Comment s'est manifestée votre maladie ? Quels étaient vos premiers symptômes ?
- Quand et comment avez-vous appris que vous étiez atteint de la Covid-19 ? De quelle façon avez-vous appris que vous étiez atteint de la Covid-19 ?
- Comment on vous l'a annoncé ? Que diriez-vous sur la manière dont on vous l'a annoncé ?
- Concernant la maladie, comment s'est passé le suivi en ambulatoire ?
- Comment avez-vous vécu le fait de ne pas être hospitalisé ?
- Qu'est-ce que cela a changé dans votre vie quotidienne (habitudes de vie, relations avec les autres, anxiété/stress, contraintes, qualité de vie) ? Pouvez-vous me décrire vos journées types à domicile ? Comment le confinement se passe ?
- Comment ça s'est passé au quotidien avec votre entourage ? les amis ? Comment votre entourage a réagi ?
- Comment vous sentez-vous maintenant une fois guéri ?

## C. Annexe 3 : Récépissé de la déclaration à la CNIL



Référence CNIL :

2221733 v 0

### Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 30 mars 2021

Madame Julia FERNANdes DA ROCHA

#### ORGANISME DÉCLARANT

**Nom :** Madame FERNANdes DA  
ROCHA Julia

**Service :**

**Adresse :**

**CP :**

**Ville :**

**N° SIREN/SIRET :**

**Code NAF ou APE :**

**Tél. :**

**Fax. :**

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 31 mars 2021

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

## **D. Annexe 4 : Extraits du journal de bord**

### 24/04/2020 : Appel vidéo avec Pr Riquel, Pr Franco et Alexis Cappellet

- Pourquoi je fais cette recherche : à mettre dans l'introduction.
- Thèse qualitative rétrospective
- Population cible = Patients COVID +, 2 Pop à étudier :
  - Les patients Covid + qui ont été hospitalisés hors passage en réa (par Alexis)
  - Les patients Covid + non hospitalisés (par Moi)
    - Les télésuivis par hôpital
    - Les télésuivis par médecin généraliste
  - Au moins 8 à 12 patients à interroger.

### 26/06/2020 : Appel vidéo avec Pr Franco

- Fiche de projet de thèse à valider : envoyer fiche de projet de thèse et autorisation préalable à la fac.
- Déclaration CNIL MR004 à faire.
- Trouver un rapporteur.
- Patients inclus : naissance avant 11 mars 2002. Patients > 18 ans.
- Recrutement des patients via Liste patients Covid + ? recherche acceptée par les patients ? Si oui : sélection des patients dans la liste, variance sur le sexe, l'âge, la zone géographique...
- Finir canevas d'entretien.

### 17/07/2020

- Liste patients Covid : pour les patients hospitalisés mais pas pour les patients isolés à domicile
- Donc recrutement des patients à faire par les MT ++, appel téléphonique ? Mail ?

### 21/09/2020 : Premier entretien = entretien test

- Patiente Covid +, isolement 2 semaines en métropole.
- Durée 17 minutes
- Canevas d'entretien à modifier : faire questions de relance, questions ouvertes ++
- Vécu - : symptômes légers, fièvre, un peu de courbatures, peur, stress, isolement long

### 23/03/21 : Appel vidéo avec Pr Franco

- Trouver président du jury de thèse.
- Codage axial ?
  - Faire ressortir les grands thèmes. Facteurs négatifs et positifs ?
  - Les émotions, les sentiments, les craintes, les espoirs.
  - 2 catégories de personne : vécu + et vécu –
  - Déterminants qui influent sur le vécu
  - Créer des catégories
  - Le vécu est influencé, interagit avec ...
  - Catégories et sous-catégories
    - Accompagnement :
      - Médical
      - Famille
      - Amis
    - Communication
    - Isolement
    - Personnalité/caractère du patient
    - Vécu global/sentiment général de vécu
    - Représentation de la maladie
    - Médias/infos
    - Antécédents
- Logiciel Nvivo ? pas une obligation de l'utiliser !

## 29/04/2021 : Appel vidéo avec Dr Girod, Charlotte Madrières et Dr Gokalsing

- Rôle plateforme Psycovid 974 : évaluation des personnes qui appelaient, réorientation ? tri ++, proposition de consultation si besoin
- Combien de patients Covid + ont appelé ? quand ? et pourquoi ?
  - 1 seule personne Covid + qui a appelé la plateforme : jusqu'au 1 er avril (du 1er avril 2020 au 1er avril 2021 : étude de Charlotte), pourquoi ? peur, panique solitude, symptômes semblables à ceux de la pop générale. Echec de ce numéro pour les patients Covid +
- Quelle était leur orientation ?
  - Orientation pour les patients Covid + : >> téléconsultation Centre médico-psychologique (CMP) ou psychologue/psychiatre au CHU ou EPSMR ou psychologue de ville ou associations d'écouterants, ex : SOS solitude
- Contexte : Cellule territoriale d'appui à l'isolement (CTAI), pas de mise en avant de la plateforme ?
- Discussion : pourquoi les patients n'ont pas appelé cette plateforme ? est-ce que les MT étaient au courant ? Quelles leçons en tirer : plus de communication à mettre en place pour les informer sur la plateforme psy. >> en parler dans la discussion.

## 28/08/2021

- Introduction à finir
- Mettre à jour la biblio
  - Format Vancouver ++
- Discussion : biblio dans partie vécu + ?
- Recontacter Alexis pour comparer nos résultats

## 11/10/2021 : Appel vidéo avec Pr Franco

- Intro : correction ? est-elle bien ? à corriger ?
- Partie discussion : Dire ce que notre étude a montré en s'appuyant sur de la biblio ? pour la partie vécu positif >> peu de biblio... Réponse : pas

obligatoire de se baser sur de la biblio ds chaque sous-partie car on est limité. Réflexion ++. Pas obligé de tout récupérer et tout reprendre, il faut surligner et mettre en valeur certains résultats, surligner les éléments les plus notoires.

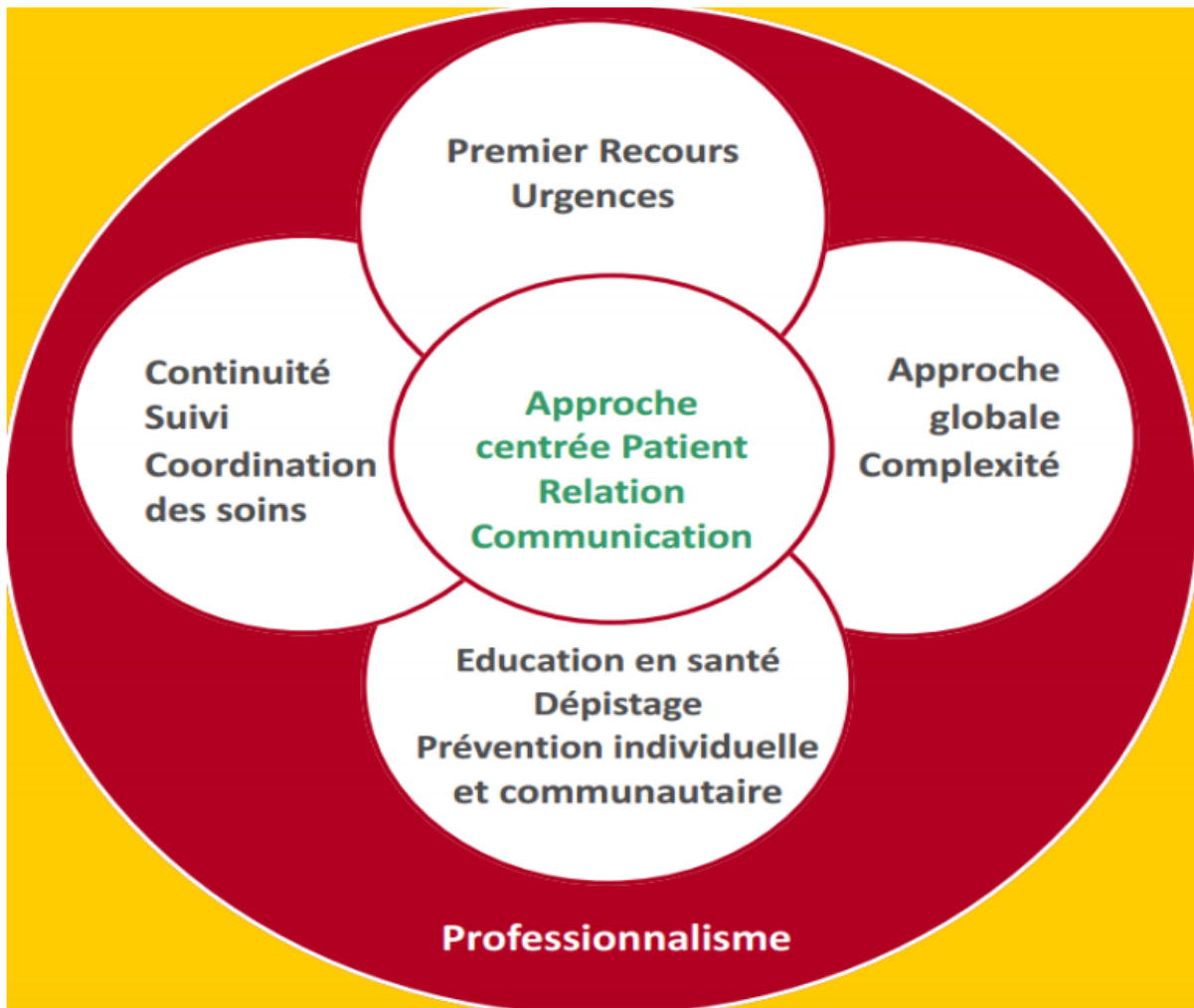
- Date thèse/délai ? début 2022
- Grille COREQ important ++
- Journal de bord : c'est un +
- Canevas d'entretien initial et modifié (ou 1 seul)
- Thèse Alexis : on peut intégrer ds la discussion des éléments de comparaison. Peut-être parler ds le préambule de comment on a fait cette thèse, on peut raconter l'histoire de nos 2 thèses. Je peux parler ds la partie discussion des points similaires et des différences.

## E. Annexe 5 : Tableau des nuances des émotions

### Tableau des nuances des émotions

Joie	Colère	Peur	Tristesse	Surprise	Dégoût	Honte	Confiance
<ul style="list-style-type: none"> <li>amusé</li> <li>heureux</li> <li>encouragé</li> <li>aimé</li> <li>léger</li> <li>libre</li> <li>motivé</li> <li>rassuré</li> <li>amoureux</li> <li>joyeux</li> <li>content</li> <li>comblé</li> <li>ébloui</li> <li>enthousiaste</li> <li>émerveillé</li> <li>reconnaissant</li> <li>plein d'énergie</li> <li>fier</li> <li>gai</li> <li>radieux</li> <li>rayonnant</li> <li>lumineux</li> <li>vivant</li> <li>ravi</li> <li>passionné</li> <li>excité</li> <li>exalté</li> <li>comblé</li> <li>satisfait</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mécontent</li> <li>agacé</li> <li>contrarié</li> <li>tendu</li> <li>excédé</li> <li>exaspéré</li> <li>énervé</li> <li>fâché</li> <li>grincheux</li> <li>haineux</li> <li>nerveux</li> <li>révolté</li> <li>susceptible</li> <li>vexé</li> <li>impuissant</li> <li>impatient</li> <li>enragé</li> <li>furieux</li> <li>furax</li> <li>irrité</li> <li>en rage</li> <li>en furie</li> <li>frustré</li> <li>sur les nerfs</li> <li>hors de soi</li> <li>ulcéré</li> <li>haineux</li> <li>scandalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>affolé</li> <li>alarmé</li> <li>apeuré</li> <li>anxieux</li> <li>angoissé</li> <li>craintif</li> <li>effrayé</li> <li>inquiet</li> <li>hésitant</li> <li>méfiant</li> <li>intimidé</li> <li>préoccupé</li> <li>soucieux</li> <li>paniqué</li> <li>terrifié</li> <li>terrorisé</li> <li>épouvanté</li> <li>vulnérable</li> <li>pessimiste</li> <li>diminué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>blessé</li> <li>bouleversé</li> <li>découragé</li> <li>déprimé</li> <li>désespéré</li> <li>éteint</li> <li>abattu</li> <li>anéanti</li> <li>honteux</li> <li>malheureux</li> <li>peiné</li> <li>vide/ vidé</li> <li>seul</li> <li>humilié</li> <li>intéressant</li> <li>perdu</li> <li>pessimiste</li> <li>résigné</li> <li>chagriné</li> <li>déçu</li> <li>las</li> <li>accablé</li> <li>lourd</li> <li>mélancolique</li> <li>désenchanté</li> <li>en détresse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>incertain</li> <li>alerté</li> <li>choqué</li> <li>bluffé</li> <li>abasourdi</li> <li>déconcerté</li> <li>désorienté</li> <li>dérangé</li> <li>embarrassé</li> <li>étonné</li> <li>interloqué</li> <li>impressionné</li> <li>perplexe</li> <li>troublé</li> <li>indécis</li> <li>stupéfait</li> <li>intéressé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mal à l'aise</li> <li>écoeuré</li> <li>dégoûté</li> <li>repoussé</li> <li>rebuté</li> <li>répugné</li> <li>trahi</li> <li>ennuyé</li> <li>nauséeux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>découragé</li> <li>fautif</li> <li>plein de remords</li> <li>plein de mépris</li> <li>humilié</li> <li>deshonoré</li> <li>discrédité</li> <li>indigné</li> <li>intimidé</li> <li>confus</li> <li>gêné</li> <li>embarrassé</li> <li>rabaissé</li> <li>affaibli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>calme</li> <li>serein</li> <li>apaisé</li> <li>confiant</li> <li>cool</li> <li>détendu</li> <li>en paix</li> <li>équilibré</li> <li>inspiré</li> <li>optimiste</li> <li>accepté</li> <li>admiratif</li> <li>tranquille</li> <li>d'esprit</li> </ul>

F. Annexe 6 : Marguerite des compétences





## G. Annexe 7 : Lignes directrices COREQ

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

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
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>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
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 ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
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 ?

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise 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 les 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

## Résumé

### Vécu de la maladie Covid-19 chez les patients infectés et isolés à domicile à La Réunion lors de la première vague de l'épidémie en 2020 Etude qualitative

**Introduction** : La Covid-19 est une maladie infectieuse respiratoire responsable d'une pandémie ayant entraîné le décès de millions de personnes dans le monde. Des mesures inédites ont été décidées en France en 2020, telles que la mise en place de l'état d'urgence sanitaire et l'isolement des personnes malades. La Covid-19 peut avoir des conséquences graves sur la santé physique des patients infectés, mais aussi sur la santé mentale. L'objectif principal de l'étude était d'explorer le vécu des patients infectés par la Covid-19 et isolés à domicile à La Réunion en 2020.

**Matériel et méthode** : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés chez des patients ayant été infectés par une forme non grave de Covid-19 et isolés à domicile. L'analyse des données s'est faite par une approche phénoménologique. Dix patients ont été interviewés en septembre et octobre 2020.

**Résultats** : Les patients ont ressenti des émotions négatives : la peur, la tristesse, la surprise, la honte, la colère et des émotions positives : la joie et la confiance. Il existait trois grands déterminants du vécu : la maladie (la pathologie), l'environnement et le patient-lui-même. Les patients ont exprimé leur souffrance face à la potentielle aggravation de la maladie, sa méconnaissance, la solitude liée à l'isolement, les symptômes douloureux et la stigmatisation. En outre, ils ont été rassurés par les symptômes légers de la maladie, leurs proches et leur médecin traitant et ils ont été satisfaits de l'isolement à domicile. Certains ont fait preuve d'une grande résilience et d'optimisme, ce qui les a aidés à affronter cet événement de vie.

**Conclusion** : Cette étude a démontré que les patients atteints de la Covid-19 non hospitalisés à La Réunion ont vécu une expérience complexe, à la fois positive et négative au stade initial de la pandémie. Une souffrance physique et mentale a pu être retrouvée, elle doit être recherchée et prise en charge par les professionnels de santé, notamment le médecin traitant, pour préserver le bien-être des patients.

**Discipline** : Médecine générale

**Mots-clés** : COVID-19, recherche qualitative, médecine générale, vécu, pandémie

## Abstract

### The experience of COVID-19 patients isolated at home in Reunion Island during the first wave of the epidemic in 2020

#### Qualitative study

**Introduction** : COVID-19 is a respiratory infectious disease responsible for a pandemic that has killed millions of people worldwide. Unprecedented measures were decided in France in 2020, such as the implementation of the state of health emergency and the isolation of sick people. COVID-19 can have serious consequences on the physical health of infected patients, but also on their mental health. The aim objective of the study was to explore the lived experiences of patients infected with COVID-19 and isolated at home in Reunion Island in 2020.

**Materiel and method** : It was a qualitative study with semi-conducted individuals interviews in patients who were infected with a non-severe form of Covid-19 and isolated at home. The data analysis was made with a phenomenological approach. Ten patients were interviewed in September and October 2020.

**Results** : Patients experienced negative emotions : fear, sadness, surprise, shame, anger and positive emotions: joy and confidence. There were three main determinants of experience : the disease (pathology), the environment and the patient himself. The patients expressed their suffering from the potential aggravation of the disease, its lack of knowledge, loneliness due to isolation, painful symptoms and stigmatization. Moreover, they were reassured by the mild symptoms of the disease, their relatives and their primary care physician, and were satisfied with the isolation at home. Some showed great resilience and optimism, which helped them to cope with this life event.

**Conclusion** : This study demonstrated that non-hospitalized patients with COVID-19 in Reunion Island underwent complex experience, both positive and negative at the initial stage of the pandemic. A mental and physical suffering can be found, it must be sought and managed by health care professionals, especially the primary care physician, to safeguard patients' wellbeing.

**Discipline** : General practice

**Key-words** : COVID-19, qualitative research, general practice, experience, pandemic