



HAL
open science

Vécu des patients atteints de pathologies chroniques pendant la pandémie de COVID-19 en Auvergne : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés

Lenka Dieudé, Andy Hugonnier

► To cite this version:

Lenka Dieudé, Andy Hugonnier. Vécu des patients atteints de pathologies chroniques pendant la pandémie de COVID-19 en Auvergne : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03700601

HAL Id: dumas-03700601

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03700601>

Submitted on 21 Jun 2022

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DIEUDÉ Lenka
et
HUGONNIER Andy

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2022

**VÉCU DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES PENDANT
LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN AUVERGNE :
ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

Directeur de thèse : Monsieur CAMBON Benoit, Professeur associé des Universités de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Monsieur LESENS Olivier, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Madame CUCHET Isabelle, Psychologue, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DIEUDÉ Lenka
et
HUGONNIER Andy

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2022

**VÉCU DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES PENDANT
LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN AUVERGNE :
ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

Directeur de thèse : Monsieur CAMBON Benoit, Professeur associé des Universités de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Monsieur LESENS Olivier, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Madame CUCHET Isabelle, Psychologue, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA
RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme.	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et
M.	GALLOT Denis	Cardio-Vasculaire
M.	GUY Laurent	Gynécologie-Obstétrique
M.	TRAORE Ousmane	Urologie
M.	ANDRE Marc	Hygiène Hospitalière
M.	BONNET Richard	Médecine Interne
M.	CACHIN Florent	Bactériologie, Virologie
M.	COSTES Frédéric	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	FUTIER Emmanuel	Physiologie
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Anesthésiologie-Réanimation
M.	MOTREFF Pascal	Néphrologie
Mme	PICKERING Gisèle	Cardiologie
M	RABISCHONG Benoît	Pharmacologie Clinique
M.	CHABROT Pascal	Gynécologie Obstétrique
M.	DESCAMPS Stéphane	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme	HENQUELL Cécile	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Bactériologie Virologie
		Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M.	EVRARD Bertrand	Immunologie
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne Médecine Générale
M. CAMBON Benoît Médecine Générale
M. TANGUY Gilles Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition
Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric Bactériologie
Mle VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien Bactériologie
Mle MIRAND Audrey Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih Biostatistiques, Informatique Médicale et
Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien Hématologie
M. BUISSON Anthony Gastroentérologie

M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie – Mycologie
Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation
M.	COLL Guillaume	Chirurgicale Neurochirurgie
M.	GODET Thomas	Anesthésiologie – Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d’Urgence

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----	-------------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----	-------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	PIZON Frank	Santé Publique
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme	ROUGE Laure	Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Nous admirons votre exercice passionné de la médecine générale, votre soif infinie de savoir et votre dévouement dans l'enseignement. Soyez assuré de nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Olivier LESENS,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury. Nous vous remercions de votre engagement dans notre formation. Soyez assuré de notre plus profond respect et de notre reconnaissance.

A Madame la psychologue Isabelle CUCHET,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury. Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Soyez assurée de notre plus profond respect et notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Benoît CAMBON, notre directeur de thèse,

Vous nous faites également l'honneur de participer à ce jury. Merci d'avoir dirigé cette thèse et de nous avoir accompagnés tout au long de son élaboration. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

Remerciements de Lenka

A mes parents,

Pour ces longues années de soutien sans faille, pour votre patience et votre amour infini.

A mes frères Jordan et Marvin et mes belles sœurs Laetitia et Soizic,

D'être mes premiers modèles. Pas pour les bastons et les ballons dans ma tête...

A mes grands-parents, Carmen et Victor, Raymonde et Georges,

Pour tout ce que vous m'avez appris des bonnes choses de la vie, pour tous ces souvenirs heureux et insoucians. Je sais que vous auriez été fiers.

A mon Tonton Claude,

Pour ta générosité et ta gentillesse spectaculaires. Pour mon frigo toujours bien plein de bonnes choses de la campagne.

A mes beaux-parents Pascale et Guy,

De m'avoir accueillie à bras ouverts, pour votre générosité et gentillesse sans limite.

A la Smala : Momo, Souph, Louis, Inès, Guiche et Lolo,

D'être ma deuxième famille, pour tout ce chemin parcouru en si bonne compagnie.

A Ricotte, de penser que je suis le meilleur médecin sur cette terre.

A Driou, de prendre soin de moi comme un grand frère.

A Juju d'être la personne la plus positive sur cette planète, d'être toujours de bon conseil, de me montrer qu'il n'y a que des solutions.

A Ana d'avoir pris soin de moi pendant ces longues années, de partager mon amour pour l'Aveyron et les bonnes choses.

A Tiphaine et PE pour les bons moments, le bon vin, les bonnes bouffes, les bons jeux.

A mes co internes : Manon, Carcasse et Rilette,

De m'avoir prise sous votre aile et d'avoir rendu mon premier semestre plus facile à Aurillac.

A la team Pedia,

D'avoir été mon meilleur stage hospitalier de toute ma formation.

A mes MSU pour leur bienveillance, et connaissances qui m'ont enrichie et construite au fil des années. Merci pour ce compagnonnage.

A mon Co Thésard Andy, pour cette drôle d'aventure. Pour ta rigueur et ton travail acharné. Je n'aurai pu espérer meilleur binôme. Je te souhaite vraiment le meilleur pour la suite.

A CG#8 d'avoir croisé ma route il y a 6 ans et de l'avoir rendue plus belle et plus légère.

Pour tous ces rires et ce bonheur que tu m'apportes. Pour ta patience et ton amour.

Remerciements d'Andy

A mes parents,

Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez inculquées, qui font de moi la personne que je suis aujourd'hui,
Je ferai de mon mieux pour continuer à vous rendre fiers, Je vous aime.

A ma sœur,

Parce que tu as grandi plus vite qu'on ne l'a vu venir, et parce que je suis confiant dans l'avenir qui se présente à toi.

A ma compagne,

Merci d'avoir été là chaque jour depuis le début de cette aventure, de ta patience et pour le soutien indéfectible que tu m'as apporté. Au-delà de ça, merci tout simplement d'être toi.

Merci pour tout, Je t'aime.

A ma belle-famille,

Parce que m'avez accueilli comme si j'étais des vôtres depuis le début, et parce que les barbecues et les sorties vélo c'est quand même bien mieux que de rester devant un bureau.

A mes grands-parents,

Bien que vous ne soyez plus là,

Je sais que vous auriez été fiers du chemin parcouru.

A l'équipe gynéco-pédiatrie du CH de Montluçon,

Pour les épreuves incroyables qu'on aura traversées, et pour tous les cafés du relai H.

A toi Lenka,

Au souvenir de la question « est-ce que vous acceptez de travailler ensemble ? », je pense qu'on a bien fait de répondre oui.

Après de longs mois de stress et de remise en question. On a enfin terminé !

Tables des matières

INTRODUCTION	17
MATÉRIELS ET MÉTHODES	19
TYPE D'ÉTUDE	19
POPULATION ET SON RECRUTEMENT	20
RECUEIL DES DONNÉES	21
ANALYSE DES DONNÉES	23
ASPECTS ÉTHIQUE ET RÉGLEMENTAIRE	24
RÉSULTATS	26
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	26
UN SUIVI MÉDICAL PERTURBÉ	30
UNE STABILITÉ RELATIVE AU CABINET MÉDICAL	30
UN ABORD DE L'HÔPITAL DIFFICILE	33
UN ABANDON DU DÉPISTAGE	35
UN VACCIN POUR SE PROTÉGER	36
UN BOULEVERSEMENT DE LA VIE QUOTIDIENNE	38
UN IMPACT PSYCHOLOGIQUE MAJEUR	40
PERCEPTION VARIABLE DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ	45
SCHÉMA DE SYNTHÈSE	48
DISCUSSION	49
PRINCIPAUX RÉSULTATS	49
FORCES ET LIMITES	49
COMPARAISON À LA LITTÉRATURE EXISTANTE	51
SUIVI MÉDICAL	51
LA VIE QUOTIDIENNE	53
L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE	54
PERCEPTION DE LEUR SANTÉ	56
PERSPECTIVES	57
CONCLUSION	59
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES	65
ANNEXE I : MAIL TYPE POUR RECRUTEMENT	65
ANNEXE II : FICHE INFO RECRUTEMENT MÉDECIN/INTERNE	66
ANNEXE III : FICHE INFO RECRUTEMENT PATIENT	67
ANNEXE IV : FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION	68
ANNEXE V : QUALITY SCORE OF QUALITATIVE ARTICLES ACCORDING TO RATS	70
SERMENT D'HIPPOCRATE	72

Liste des abréviations

ASALEE : Actions de Santé libérale en équipe
ASH : Agent de service hospitalier
BAC : Baccalauréat
BEP : Brevet d'étude professionnelle
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
Colo : Coloscopie
COVID-19 : Corona Virus Disease 2019
Dr : Docteur
HTA : hypertension artérielle
K : Cancer
SAD : syndrome anxio dépressif
SARS-COV2 : severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RH : Règles d'hygiène
RHD : Règles hygiéno-diététiques
ROR : Rougeole, Oreillon, Rubéole
TV : Télévision

Liste des tableaux et figures

Tableaux :

Tableau I : Guide d'entretien.....	p 22
Tableau II : Caractéristiques des participants.....	p 27
Tableau III : Durée des entretiens.....	p 29

Figures :

Figure 1 : Evolution du suivi médical pendant la pandémie	p 37
Figure 2 : Impact de la pandémie sur la vie quotidienne	p 40
Figure 3 : Impact de la pandémie sur la santé mentale	p 45
Figure 4 : Vécu de la pandémie de COVID-19 par les patients atteints de pathologies chroniques	p 48

1. Introduction

La pandémie due au virus de la COVID-19, le SARS-COV-2 a débuté le 17 novembre 2019 avec un premier cas signalé en Chine à Wuhan (1). Le 30 janvier 2020 la direction générale de l’OMS déclare que le nouveau coronavirus constitue une urgence de santé publique de portée internationale de par sa contagiosité élevée. Cette pandémie a modifié profondément l’organisation du système de soin et les habitudes de vie avec des périodes successives de confinement et de déconfinement. Des décisions gouvernementales (2) ont été prises pour éviter les contaminations interpersonnelles et la saturation des établissements de santé : 12 mars 2020 report les consultations jugées non essentielles et les opérations non urgentes à l’hôpital et 23 mars 2020 (3) de ne permettre aux personnes de ne sortir que pour « des soins urgents ou des soins qui répondent à la convocation d’un médecin ».

Ce sont des phénomènes dont nous avons été témoins durant notre cursus d’interne en médecine générale. Les patients venaient moins souvent au cabinet, on retrouvait une certaine “désertification” des plages allouées aux patients chroniques. Phénomène qui est revenu à la normale aujourd’hui. Nous avons aussi vécu l’essor de la téléconsultation, avec l’apparition de créneaux dédiés dans les plannings. Puis, après le confinement, nous avons fait le constat d’une détérioration de la santé mentale parmi les patients que nous étions amenés à suivre.

Les patients souffrant de maladie chronique représentent en 2012, 37% de la population des plus de 15 ans (4). Ils ont le risque le plus important d’évolution défavorable en cas d’atteinte au COVID (5) et ont été le plus impacté dans leur suivi médical puisqu’il nécessitent des soins réguliers, comme en témoignent les recommandations de l’HAS de 2020 (6).

La pandémie et surtout le confinement ont entraîné la diminution de la fréquentation des cabinets médicaux par les patients (7). Il a été constaté une diminution des consultations chez les patients ayant une maladie chronique (8). Les thérapeutiques, médicamenteuses ou non, étaient moins disponibles, et les spécialistes étaient plus difficiles à joindre pour les patients. (9). Selon une étude réalisée en Provence- Alpes, on retrouve une diminution de 23% de l'activité en médecine générale, et de 46 % des activités de spécialiste (10).

Les risques de cette modification, voire rupture de suivi sont l'apparition de déséquilibre de la maladie chronique, et donc d'aggravation de l'état de santé du patient avec d'éventuelles complications. La pandémie a probablement impacté les patients atteints de maladie cardiovasculaires, car elle a pu majorer la sédentarité et impacter l'équilibre alimentaire (11). Selon l'étude de la Société Française de Rhumatologie, il est difficile dans les périodes de pandémie et d'isolement de faire passer des messages concernant la santé des patients chroniques (12).

L'une des conséquences de la COVID, a été l'expansion d'un nouveau modèle de consultation : la télémédecine (13). Celle-ci consiste à effectuer des activités de diagnostic et de prescription médicale à distance via des outils de télécommunication. Elle a été largement encouragée par les organismes d'Assurance Maladie afin de garder un suivi médical, éviter le déplacement de patients suspects de COVID et permettre à ceux ne pouvant pas se déplacer d'avoir accès à une certaine forme de soin. Ce mode de consultation a globalement été bien accueilli par les patients qui pouvaient en avoir l'usage (14-16). Ce type de logiciel demande une certaine connectivité pour pouvoir être utilisé (17). Les personnes âgées ont été les plus touchées par l'isolement et présentent les difficultés d'accès aux ressources médicales les plus grandes (18).

Les actes de prévention, ont été très impactés par la pandémie, conséquences d'une politique de précaution avec l'arrêt expressément demandé des activités de dépistage, se rajoutant à la peur d'une contamination nosocomiale au sein des structures de soin (19). Une

diminution drastique des dépistages organisés (cancer du col, du côlon, et du sein) a été constatée dans cette étude américaine (20).

A la levée des restrictions, il y a eu un rattrapage de ces activités de dépistage avec des études qui retrouvent une réduction modérée du nombre total de dépistage du cancer du sein sur l'année 2020 (21).

Une autre incidence de la COVID a été le retentissement moral de la population générale, ainsi que des patients avec un syndrome anxio-dépressif sous-jacent. Les patients présentant des troubles de l'humeur antérieurs présentaient une détresse psychologique supérieure (22). Une majoration des troubles du sommeil, une dégradation de la santé mentale en lien avec une accentuation du niveau d'anxiété ont pu être constatés durant les périodes de confinement (23). Chez les patients ayant un suivi pour une maladie chronique, on retrouve en plus un sentiment "d'abandon", conséquence du "détournement" nécessaire des soins alloués aux maladies chroniques et donc d'une moindre accessibilité des praticiens. Cela a engendré un stress plus important ainsi qu'un sentiment d'insécurité (24). Comme nous avons vu que les patients étaient impactés de façon directe ou indirecte par la covid, nous trouvons intéressant de voir dans quel domaine (le suivi, la santé mentale, la vie quotidienne etc...) et dans quelle mesure ils l'ont ressenti.

L'objectif de notre étude était d'évaluer le vécu des patients atteints de pathologies chroniques pendant la pandémie de COVID-19 en Auvergne.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude

Nous avons choisi de mener une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés avec une approche issue de la théorisation ancrée.

2.2. Population et son recrutement

Nous avons restreint le recrutement des participants à une population ayant une ou des pathologies chroniques connues et traitées avant l'apparition de la COVID 19. L'échantillonnage au sein de cette population est ainsi ciblé, raisonné et théorique. En revanche nous avons fait varier les autres caractéristiques de cette population (âge, sexe, niveau d'étude, lieu de vie...) afin de diversifier les expériences du vécu du thème d'intérêt (25),(26).

Recrutement :

Les participants ont été recrutés de deux façons. Premièrement, nous avons contacté par téléphone ou mail des médecins généralistes installés en Auvergne avec lesquels nous avons travaillé ou eu un contact passé ou actuel. Nous avons également diffusé notre étude sur les groupes d'internes de nos promotions respectives, dans le but qu'ils transmettent aussi l'information à leurs maîtres de stage (Annexe I). Leur rôle était de recruter dans leur patientèle, à l'occasion d'une consultation, des personnes volontaires et répondant aux critères d'inclusion. Il était laissé à la disposition de nos confrères deux documents : une feuille d'information leur rappelant le thème de notre travail, la nature de l'étude et les critères d'inclusion et d'exclusion (Annexe II) et une feuille d'information à destination des patients volontaires, pour expliquer le but de l'étude (Annexe III).

Deuxièmement, nous avons recruté, nous-mêmes, des patients volontaires et éligibles par l'intermédiaire de nos stages d'internat et de nos remplacements.

Les patients volontaires et éligibles ont ensuite été recontactés par téléphone par l'un des deux investigateurs, afin de fixer une date pour la réalisation de l'entretien.

Population :

Nous avons inclus dans notre étude des patients majeurs présentant au moins une pathologie chronique fréquente en médecine générale, déjà connue et traitée au début de la

pandémie de COVID 19. Nous avons choisi des patients atteints de : cancer, HTA, BPCO, SAD, cardiopathie, diabète.

Les patients recrutés étaient suivis dans l'un des quatre départements d'Auvergne : Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire, Allier.

Nous avons fait varier les différentes caractéristiques de la population dans le but d'inclure des participants porteurs de critères pouvant éventuellement affecter la variabilité de leur vécu (25),(26).

Les caractéristiques recherchées étaient les suivantes : âge, sexe, niveau d'étude, lieu de vie (rural, semi rural, urbain), retraités ou non, atteint ou non par la COVID et gravité de l'atteinte, statut vaccinal COVID 19, et le nombre de médicaments pris tous les jours.

Les patients présentant des troubles cognitifs avérés, qui n'auraient pu se prêter de façon fiable à cet interrogatoire, n'ont pas été sollicités pour participer à l'étude. Également ceux ayant des troubles de l'élocution et ne maîtrisant pas suffisamment le français pour permettre une bonne retranscription des Verbatims.

2.3. Recueil des données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi dirigés (27). L'avantage des entretiens individuels sur les entretiens collectifs était de s'affranchir, au moins partiellement, de la peur du jugement, plus forte en groupe, qui aurait pu faire taire le participant. Notre objectif était de trouver un moyen de recueil de données permettant l'expression libre du vécu du participant, ainsi que d'éventuels sujets sensibles ou intimes, plus difficiles à livrer en groupe (26), (28), (29).

Un guide d'entretien modulable a été établi à partir des domaines que nous souhaitions explorer, de notre bibliographie et des entretiens. Ainsi le guide d'entretien était non rigide, sans phrases rédigées, afin de faciliter l'échange, l'expression des émotions, des sentiments, et du vécu du participant (26)-(30).

Avant de débiter l'entretien nous réexpliquions l'intérêt de l'étude et le déroulé de celui-ci. Une question « brise-glace » permettait de lancer l'entretien. Cette question brise-glace a été rodée et validée lors d'entretiens tests réalisés auprès de membres de notre famille.

<i>Question brise-glace</i>	Racontez-moi comment s'est passé votre suivi médical depuis le début de l'épidémie de COVID 19 ?
<i>Thèmes d'intérêt</i>	Peurs des patients
	Téléconsultation
	Evolution dans le temps
	Répercussion sur l'état de santé physique et psychique, et sur la prévention
	Contrainte du suivi médical (annulations, reports...)
	Répercussion sur la vie quotidienne

Tableau 1 : Guide d'entretien

Le recueil de données a été interrompu lorsque nous avons atteint la saturation des données. En pratique, aucune information nouvelle n'a été relevée à partir du 16ème entretien (25), (29). Le recueil des données a tout de même été poursuivi jusqu'au 21ème entretien pour s'assurer qu'aucune nouvelle thématique n'était évoquée.

Environnement

Nous avons proposé 2 lieux d'entretien : soit le domicile du participant, soit au cabinet de leur médecin traitant à l'occasion d'une visite de routine si ledit cabinet le permettait. Les conditions requises étaient : leur disponibilité pendant environ 30 minutes, la réduction autant que possible des interventions par les personnes extérieures et une ambiance sonore calme pour permettre l'enregistrement par la fonction dictaphone d'un Smartphone (*Iphone, Apple Computer Inc. Cupertino, California, USA – Samsung A51, Séoul Corée du Sud*).

Cadre contractuel de la communication

Le participant était informé du sujet de l'étude avant chaque entretien. Des informations concernant la méthodologie de l'enquête qualitative étaient également données. Le consentement oral du participant était recueilli pour l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation des données retranscrites. À la fin de chaque entretien, nous laissons au participant une fiche d'information et nous recueillons son consentement écrit définitif en double exemplaire, un pour ce dernier et l'autre pour l'investigateur. (Annexe IV) Des coordonnées étaient laissées à sa disposition afin de répondre à ses questions éventuelles ou lui permettre de se retirer de l'étude.

Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits par les investigateurs sur le logiciel Word ou LibreOffice, sans reformulation, ni correction. Nous avons utilisé la fonction de lecture audio du dictaphone de nos Smartphones respectifs.

Les noms des personnes ont été anonymisés et chaque participant s'est vu attribuer un prénom fictif. Afin d'identifier qui parle, l'investigateur a été désigné par ses initiales (LD ou AH) et le participant par son prénom fictif. Des mentions ont été ajoutées entre parenthèses pour rendre compte des signes, rires ou expressions des patients interrogés.

2.4. Analyse des données

Codage

Les entretiens ont été réalisés de façon parallèle par les 2 investigateurs. La répartition a été faite de façon géographique : Allier et nord Puy de Dôme pour AH, et sud Puy de Dôme, Haute Loire et Cantal pour LD. L'analyse ouverte de chaque entretien a été réalisée séparément par chaque investigateur, puis discutée ensemble avant de réaliser le suivant. L'analyse axiale puis l'analyse sélective ont, en revanche, été réalisées de manière conjointe par les deux investigateurs, avec l'aide du logiciel NVivo 10. L'analyse axiale a permis de

relier les différentes catégories issues des différents entretiens. Enfin, l'analyse sélective nous a conduite à un modèle explicatif.

Triangulation de l'analyse

Une triangulation a été réalisée entre les deux investigateurs, et ce pour tous les entretiens réalisés. La triangulation a concerné successivement les trois étapes de l'analyse ouverte. Chaque investigateur a donc analysé et codé les Verbatims de l'autre. Les codages respectifs ont pu être comparés et intégrés dans l'analyse axiale puis sélective sous un même document plus objectif.

2.5. Aspects éthique et réglementaire

Consentement éclairé et confidentialité

Les patients ont été informés au moment du recrutement par leur médecin traitant, l'interne en stage ou l'investigateur lui-même du déroulé de l'étude et de l'entretien, ainsi que de leurs droits. Ils ont d'ailleurs reçu ce jour-là un document expliquant plus précisément l'objectif de l'étude (Annexe IV).

Ils ont été informés une seconde fois lorsqu'ils ont été recontactés par téléphone pour fixer la date de l'entretien et enfin, une troisième fois avant de débiter l'enregistrement.

Seuls les deux investigateurs et leur directeur de thèse ont eu accès aux données enregistrées. Nous avons traité les informations dans le plus strict respect du secret médical en préservant l'anonymat. Une fiche d'information concernant les droits du participant, notamment de correction et de rétractation, ainsi qu'un formulaire de consentement a été remis au participant à la fin de l'entretien afin de recueillir son accord définitif pour participer à l'étude. (Annexe IV) Ce document a été signé par le participant en double exemplaire afin que ce dernier et l'investigateur puissent garder un exemplaire chacun.

Tous les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription, nous avons supprimé tous les noms propres (personnes, lieux, entreprises etc.) ainsi que d'éventuels éléments très

singuliers qui auraient permis d'identifier le participant. Le nom des participants a été remplacé par un prénom fictif.

Archivage des données

Aucune donnée nominative ou brute n'a été conservée à l'issue de ce travail par les auteurs. Seul le format retranscrit anonymisé a été conservé et cela pour une durée de 2 ans après la publication de l'étude.

Réglementation

Cette étude qualitative ne rentrait pas dans les réglementations de la loi Jardé de novembre 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Les entretiens ne mettaient pas en jeu la sécurité du participant et n'entraînaient pas de modification directe de sa prise en charge habituelle (29). Ainsi aucun accord éthique préalable auprès du Comité de protection des personnes (CPP) n'a été nécessaire. Elle a été conduite conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur : la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 et le selon le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Elle a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL auprès de l'UCA le 15/11/2021.

Les investigateurs se sont engagés à respecter la méthodologie de référence MR-004.

Conflits d'intérêts

Les auteurs de ce travail ne déclaraient pas de conflit d'intérêt.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population

Nous avons recueilli les coordonnées de 34 patients, 5 ont refusé de participer à l'étude, 21 ont finalement été interrogés. Les 5 personnes ayant refusé, n'ont pas répondu au téléphone. Le recrutement des participants s'est fait de façon concomitante et au fur et à mesure des analyses de Verbatims. Nous n'avons pas eu besoin d'interroger les 8 personnes restantes du fait de l'atteinte de la saturation des données.

Lors de chaque entretien, les caractéristiques des personnes interrogées ont été recueillies afin de réaliser l'échantillonnage de la population. Nous avons également notifié la durée de chaque entretien.

	Nom Fictif	Âge	Sexe	Niveau d'étude	Métier	Pathologies	Lieu de Vie	COVID maladie	Vaccin COVID
PUY DE DÔME	Michel	71	H	BEP	Gestion conducteur train	HTA, Diabète, Cardiopathie ischémique,SAD	Urbain	Non	Oui
	Céline	52	F	Secondaire/lycée	ASH	HTA, K sein, SAD	Urbain	Oui	Oui
	Jean	59	H	BAC	Secrétaire	Cardiopathie ischémique	Urbain	Oui	Oui
	Paul	56	H	CAP	Ouvrier hospitalier	Diabète, Cardiopathie ischémique, HTA, SAD	Semi rural	Non	Oui
	Paulette	73	F	Collège	Femme de ménage	HTA, SAD	Urbain	Non	Oui
	Laurence	52	F	Supérieur	Préparatrice en pharmacie	K thyroïde	Rural	Oui	Oui
	Clémentine	67	F	BAC	Vendeuse	HTA, K sein, SAD	Rural	Non	Oui
	Etienne	76	H	BEP	Conducteur de train	K prostate, Diabète, SAD	Semi Rural	Oui	Oui
	Colette	76	F	CAP	Vendeuse	Diabète, HTA	Rural	Non	Oui
	Lydie	65	F	BEP	Postière	HTA, cardiopathie ischémique	Rural	Non	Oui
	Nom Fictif	Âge	Sexe	Niveau d'étude	Métier	Pathologies	Lieu de Vie	COVID maladie	Vaccin COVID
ALLIER	Alfred	57	H	BEP	Chômage - usine	Diabète, HTA, SAD	Urbain	Non	Oui
	Henri	56	H	BEP	Chômage	Diabète	Urbain	Non	Oui
	Sylvie	68	F	Doctorat	Historienne Professeur Histoire	HTA	Rural	Non	Oui
	Ernest	67	H	CAP	Maçonnerie	HTA, Diabète, SAD	Semi Rural	Non	Oui
	Christophe	56	H	BEP	Chômage	Diabète	Semi Rural	Non	Non
	Emile	76	H	Secondaire/lycée	Artisan	HTA, Diabète	Semi Rural	Non	Oui

	Nom Fictif	Age	Sexe	Niveau d'étude	Métier	Pathologies	Lieu de Vie	COVID maladie	Vaccin COVID
HAUTE LOIRE	France	86	F	Secondaire	Ouvrière	Insuffisance cardiaque, diabète	Semi rural	Non	Oui
	Marc	67	H	CAP	Maçon	K ORL, BPCO, HTA	Semi rural	Non	Oui
	Elise	77	F	CAP	Cadre	Insuffisance cardiaque, diabète, BPCO	Rural	Non	Oui
	Nom Fictif	Age	Sexe	Niveau d'étude	Métier	Pathologies	Lieu de Vie	COVID maladie	Vaccin COVID
CANTAL	Aurélien	55	H	Supérieur	Contrôleur aérien	HTA, SAD	Semi rural	Non	Oui
	Louis	85	H	Secondaire	Chef d'équipe	Insuffisance cardiaque	Rural	Non	Oui

Tableau II : Caractéristiques des participants

PUY DE DOME (10)		ALLIER (5)		HAUTE LOIRE (3)		CANTAL (2)	
Nom Fictif	Durée	Nom Fictif	Durée	Nom Fictif	Durée	Nom Fictif	Durée
Michel	16min 10s	Alfred	10 min 12s	France	23min 28s	Aurélien	30min 11s
Céline	15min 48s	Henri	16 min 01s	Marc	17min 01s	Louis	25min 42s
Jean	14min 37s	Ernest	24 min 37s	Elise	21min 56s		
Paul	23min 12s	Sylvie	21 min 04s				
Paulette	17min 17s	Emile	17 min 04s				
Laurence	24 min 19s	Christophe	16 min 23 s				
Clémentine	21 min 17 s						
Etienne	18 min 18s						
Colette	32 min 10s						
Lydie	20 min 02s						

Tableau III : Durée des entretiens

3.2. Un suivi médical perturbé

Une stabilité relative au cabinet médical

Concernant le suivi chronique des patients par leur médecin généraliste, les consultations ont été honorées dans la majorité des cas et souvent en présentiel . Henri : “ *j’ai toujours réussi à avoir mes rendez-vous quand j’appelais et tout. Le Dr Y restait disponible comme avant, je pense qu’on a eu de la chance quand même* ”.

La relation du patient au cabinet s’est trouvée impactée par une complexification objective et parfois subjective de l’accès aux soins. Du fait de la priorisation des motifs de consultations par les soignants pour éviter les contaminations, les patients se sont senti perdus, ne sachant plus à quel moment il était légitime de consulter. Cette crainte de ne pas consulter pour un motif valable était également la conséquence de l’information diffusée dans les médias. Clémentine : “ *mais on nous a dit (à la TV) de ne venir que pour un motif valable... ça datait peut-être du tout début mais ça reste [...]*”. Ils avaient peur pour eux-mêmes, de contracter le covid en salle d’attente, car ils étaient en contact avec d’autres patients qui risquaient d’être positifs à la covid. Paul : “ *y’a des gens malades autour de nous qui peuvent être malades sans le savoir... Bon malgré qu’y’a les masques, les protections* ”.

Le risque non négligeable de transmettre le virus à leurs proches lors du retour à domicile après la consultation a aussi été une préoccupation importante. Cette peur était exacerbée par les médias, et participait à l’évitement initial des cabinets médicaux. Alfred : “ *Déjà on avait un peu peur d’y aller, [...] c’était sans doute la tv, enfin les infos quoi* ”.

Les conséquences sur le suivi ont été multiples : ils ont attendu plus longtemps avant de consulter, même symptomatiques, alors qu’ils étaient inquiets pour leur santé. Etienne : “ *j’avais mal au ventre, [...] j’avais attendu un peu, peut-être un peu plus que d’habitude... faut avouer qu’on n’avait pas très envie de se déplacer. Et comme à la tv ils disaient qu’il fallait*

éviter le plus possible...". Pour certains, cela a abouti à un véritable abandon du suivi médical durant la période de la covid.

Pour les patients qui avaient moins, voire pas consulté, la plupart se sont décidés à revenir au cabinet une fois que les premières vagues étaient passées. Laurence : *"J'ai recommencé à consulter le docteur B. à la fin de l'année 2021, voyant que je n'avais rien fait depuis plus de 2 ans "*.

Toutefois, lorsqu'ils avaient nécessité de contacter leur médecin, les patients ont trouvé les cabinets disponibles. Cette disponibilité des cabinets était la même peu importe le statut vaccinal. Christophe : *"J'ai pas pour habitude de beaucoup consulter, mais pour ce qui est de venir voir mon médecin ça allait "*.

Malgré tout, quelques patients ont craint de ne pas trouver d'interlocuteur en cas de problème de santé aigu car ils trouvaient les médecins moins disponibles depuis la covid, du fait des retards dans les consultations et de la place prise par les consultations pour infections virales. Paul : *" je suis stressé vis à vis de la disponibilité des médecins [...]. Et encore plus depuis le début de la pandémie, car je trouve que c'est encore plus difficile maintenant d'avoir des rendez-vous "*. La diminution de fréquence des visites médicales a obligé les patients à être plus autonomes et à adapter leur thérapeutique lorsque c'était possible, et lorsqu'ils étaient formés à ce sujet. Henri : *" Mais j'ai pas eu de gros soucis sinon, c'était comme avant, à part qu'on se déplaçait moins. Alors bah j'ai monté les doses d'insuline, mais j'ai jamais eu de gros soucis quoi "*.

Après un temps d'adaptation initial, La réorganisation des cabinets en réponse à la pandémie a permis de rassurer les patients qui se sont sentis moins en danger de contracter le covid en venant consulter. En effet, l'application des règles sanitaires telles que le port du masque, la diminution des contacts en salle d'attente ou la mise en place de parcours différents pour rentrer et sortir du cabinet ont participé au maintien des consultations. Lydie :

“ au début, ils avaient ouvert une... une salle pour les patients qui étaient malades du covid. Et bien on trouvait que ça sécurisait un petit peu les lieux ”. Les demandes faites aux patients de modifier leurs habitudes pour venir consulter ont été bien acceptées et intégrées dans leur quotidien. Lydie : *“ on venait, on se lavait les mains... des choses qui sont devenues normales maintenant, des choses qu'on fait automatiquement ”.*

Nous avons constaté l'usage de la téléconsultation chez quelques patients. Elle a été bien accueillie, et certains l'envisagent dans l'avenir pour pallier aux difficultés de déplacement des zones rurales. Etienne : *“ c'est bien pratique en tout cas, surtout à la campagne ”.* Un patient a tout de même émis quelques réserves quant à son adhésion à la téléconsultation, dont il n'a pas bénéficié, préférant voir son médecin en personne. Marc : *“ On en a jamais fait. Je n'en pense rien, je sais pas. Je pense pas que ça soit adapté pour moi, je préfère voir le docteur en vrai et discuter avec”.*

Le lien avec les pharmacies a permis le maintien des thérapeutiques lorsque les consultations n'étaient pas possibles avec l'envoi d'ordonnance (par fax ou mail) pour les pathologies stables. Clémentine : *“ avec l'hormonothérapie, je n'avais pas pu avoir mon rendez-vous. Alors je me suis fait avancer par la pharmacie ”.*

L'ensemble de ces changements sur le système de santé a renforcé la relation de confiance qui existait entre le médecin de ville et le patient. Associé au sentiment de protection et de réassurance vis-à-vis de la crise sanitaire, il y a eu une modification de la relation “humaine” soignant-soigné, avec des patients qui se sont rapprochés de leurs médecins au regard de la disponibilité de celui-ci durant la période de la pandémie. Céline : *“ je suis restée plus, plus proche du docteur C., c'est beaucoup plus lui qu'avec le radiothérapeute ou mon oncologue, ou le chirurgien. C'était pour plus avec le docteur C. à chaque fois il était disponible ”.* Une attitude plus professionnelle du médecin traitant a été constatée, modifiant la consultation sur la forme, avec une préoccupation plus grande de la santé des patients, ces derniers ont apprécié. Michel : *“ d'habitude avec C. on parle beaucoup de rugby hein, là c'était...(rit) non,*

non, on parlait bien du traitement, on parlait de tout ce qui allait pas [...] C'était vraiment euh... Professionnel quoi ”.

Un patient a trouvé que la confiance envers les médecins avait diminuée du fait de l'impuissance du corps médical contre la covid. Paul : *“Ça délaisse les médecins parce qu'ils peuvent rien faire ”.*

L'adhésion aux traitements et la prise en compte de l'avis du médecin dans les décisions médicales a été revalorisée, intégrant le médecin comme une figure de référence à la limite du paternalisme. Michel : *“ c'est un professionnel et en tant que tel, y'a pas de souci quoi, oh... faut l'écouter. Y'a pas... y'a pas à se poser de question [...] l'important c'est de suivre ses consignes quoi, et puis c'est tout hein ”.*

Un abord de l'hôpital difficile

Concernant les soins prodigués par le milieu hospitalier, la plupart des patients ont témoigné de difficultés rencontrées dans leur suivi spécialisé.

Le suivi médical des pathologies chroniques s'est trouvé perturbé en réponse aux directives de l'état qui ont impactés directement l'organisation du système hospitalier, avec des reports et des annulations de consultation. Henri : *“ Mon rendez-vous a sauté, et du coup c'est décalé ! Enfin j'imagine parce que j'ai pas encore reçu de convocation, faudra que j'appelle ! [...] bah j'attends toujours ”.*

Les patients avaient peur de venir consulter à l'hôpital, souvent plus que de consulter au cabinet libéral. La conséquence a été l'annulation de rendez-vous parfois à leur initiative. Sylvie : *“ moi j'avais un petit rendez-vous à l'hôpital et c'était juste un suivi mais c'est moi qui ai demandé à le reporter de 3 mois, c'est tout. ”*

L'absence de vaccination contre la COVID a amené à une préoccupation plus importante sur le risque de contamination et majorait à la fois la peur de consulter et les difficultés d'accès aux systèmes de santé. Christophe : *“ Je n'ai pas eu besoin d'aller à l'hôpital, ou de voir quelqu'un d'autre, mais je pense que ça aurait été compliqué si ça avait été le cas. Comme je n'ai pas de pass vaccinal ”.*

Un rattrapage par la suite des consultations qui avaient été annulées a eu lieu, et il n'y a finalement pas eu de conséquence chez les personnes interrogées. Alfred : *“ Maintenant c'est bon c'est rattrapé mais on a attendu quoi. Ça c'était pas ... pas facile en fait ”.*

Lorsque les consultations étaient maintenues, l'accueil par le spécialiste était vécu comme un réel soutien pour les patients. Certains ont reproché une absence de “considération” humaine dans le report des rendez-vous, qui s'est fait sans explication, et de manière impersonnelle. Alfred : *“ le secrétariat il t'appelle et il te dit bah... que le rendez-vous est annulé. Alors je sais pas les autres, nous on comprend pas trop, enfin un peu ... je sais pas, c'était à cause des covids non ? ”.*

Toutefois, pour nuancer cela, un patient a témoigné de la découverte d'une pathologie néoplasique durant la période covid. Il a été satisfait de sa prise en charge, avec des consultations, examens et opérations honorées. Marc : *“ Je peux pas dire que j'ai été mal suivi quoi ! C'a a été... Non je sais pas, bon... Comme c'était le ganglion. Après ils l'ont opéré, ils l'ont fait analyser et normalement y'avait rien, après j'ai su qu'il y avait du cancer, et puis voilà après c'est parti quoi ”.*

Le système hospitalier a dû veiller à l'application strictes des règles en vigueur pour limiter les contaminations. L'application des règles sanitaires entre les patients pour venir consulter a été vécue comme nécessaire et sécurisante afin de pouvoir consulter sans risquer de contracter la maladie. Etienne : *“ on faisait attention, avec les gestes barrières tout ça. Donc finalement, on se disait qu'on avait une certaine forme de ... de protection ”.* Ils ont

également trouvé sécurisante l'application des règles sanitaires par les personnels soignants lors des soins. Marc : *“ les infirmières, elles rentrent elles ont le masque, tout le monde qui venait, ils sont protégés ”*.

Dans tous les cas, la confiance dans le système hospitalier n'a pas été impactée par les aléas organisationnels. Aurélien : *“ j'ai confiance dans le système médical et peut être je suis dérangé de dire ça (rit) mais je sais qu'on s'occuperait bien de moi si j'étais hospitalisé ”*.

Nous avons pu constater une empathie des patients envers les soignants, avec une majoration de la reconnaissance envers le travail effectué et une reconsidération de leur métier. Michel : *“ Moi je pensais à tous les personnels soignants, les infirmières qui... et tout, et vous et tout. Parce que j'disais... vous vous étiez vraiment au front quoi ”*.

Un abandon du dépistage

Les recommandations de l'état ont été entendues par les patients, avec la mise en pause des soins non urgents. La priorité ayant été portée sur les soins jugés essentiels par les patients, les activités de dépistage organisés tels que la mammographie, le test hémocult, les frottis cervico-vaginaux ont été laissés de côté durant la pandémie, souvent à l'initiative du patient. Sylvie : *“ Moi j'avais une mammographie à faire normalement, mais on nous avait dit de ne pas nous rendre dans les lieux médicaux pour éviter d'attraper le COVID ”*. Cela a amené à des retards diagnostics mais qui n'ont pas eu de conséquence sur la prise en charge, bien que les patients soient lucides quant au bénéfice d'une prise en charge précoce. Clémentine : *“ Est-ce que ça aurait changé quelque chose qu'on ait découvert mon cancer plus tôt, je crois qu'au niveau du traitement c'est la même chose globalement, mais c'est sûr que plus on y prend tôt et mieux c'est ”*.

Le fait d'attendre les résultats des examens réalisés avec du retard était plus anxiogène pour les patients. Sylvie : *“ quand on attend les résultats, on se dit qu'on aurait peut-être dû le*

faire avant... c'est un peu plus... stressant ” . Finalement, on perçoit une volonté de rattrapage de ces examens après les « grandes vagues » de la pandémie. Laurence : “ Je n'ai pas passé ni ma colo, ni mes examens par rapport à ma thyroïde, ni ma mammo. Que je compte bien faire euh.... Ça c'est mon objectif de 2022 ! ”.

Un vaccin pour se protéger

La vaccination a été vécue comme un acte citoyen, normal et nécessaire. Etienne : *“ ce serait déjà une bonne chose que tous les gens soient vaccinés, je comprends pas qu'il y ait des personnes qui refusent le vaccin, c'est quand même la seule chose qu'on ait pour nous défendre contre le virus ”.* Toutefois les patients gardaient une certaine méfiance au vu des informations qui avaient été transmises au sein des réseaux sociaux et des médias. Sylvie : *“ on a pris un risque énorme avec les vaccins parce qu'on a changé de circuit technologique avec les vaccins. Et puis je ne sais quoi, il y a eu beaucoup de manipulation sur la génétique ”.*

Les professionnels de santé ont d'ailleurs participé au maintien de la vaccination, puisque les patients contactaient leur médecin, pharmaciens etc. afin de se faire confirmer les informations qui leur parvenaient. Ernest : *“ Donc on a pris des renseignements, j'ai demandé à mon pharmacien, le pharmacien faisait astra zeneca à l'époque, et on n'était pas vraiment porté sur astra zeneca selon ce qu'on avait entendu, les oui d'ores, la tv. Donc euh, on a eu des renseignements par la plateforme de mon médecin ”.* Ils ont pourtant manifesté leur crainte de devoir effectuer des rappels supplémentaires depuis les recommandations vaccinales itératives. Etienne : *“ il faudrait pas qu'on soit obligé de se faire vacciner tous les 3 mois ”.*

Une patiente a rapporté que l'obligation d'avoir un Pass Vaccinal à jour et pouvoir effectuer ses activités habituelles a été une source de motivation pour se faire vacciner. Sylvie : “

avec le pass sanitaire, c'est vrai qu'il faut quand même voir les choses en face, c'est pratiquement une obligation de se faire vacciner sinon on ne fait plus rien ". Pour le patient qui n'était pas vacciné, la principale raison était la peur inhérente aux composants du vaccin suite aux informations contradictoires ayant circulées. Christophe : " Moi j'ai pas envie qu'on me mette quelque chose dans le corps, je ne sais même pas ce que c'est, c'est encore expérimental ".

Concernant l'organisation de la vaccination, que ce soit dans des centres dédiés ou bien au cabinet médical, elle a été vécue positivement. Être vacciné a permis de favoriser le retour en consultation des patients par le sentiment de sécurité et de protection apporté par celle-ci. Colette : " quand j'ai eu la première injection déjà ... et bien j'étais ... tranquille, j'avais moins de peur, je me sentais plus apaisée ".

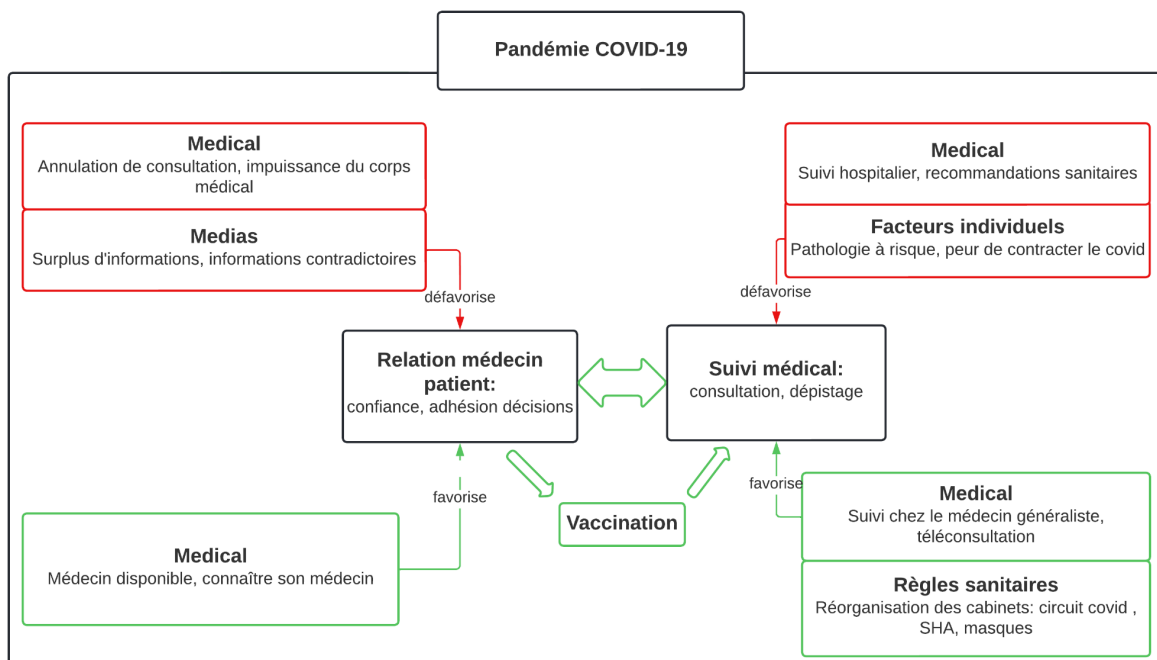


Figure 1 : Evolution du suivi médical pendant la pandémie

3.3. Un bouleversement de la vie quotidienne

Les patients ont spontanément parlé de la répercussion du covid sur leur vie quotidienne comme la difficulté principale qu'ils ont ressentis durant cette période.

Durant les confinements, un véritable sentiment d'emprisonnement a été rapporté par les patients, qui vivaient difficilement leur isolement forcé. Lydie : *“ c'était plus compliqué parce qu'en fait ... on était enfermés chez soi. Enfin on aurait dit vraiment euh... c'était la guerre quoi ”*.

En dehors du confinement, la peur de contracter la covid a été un élément freinateur de la sociabilité entre les gens qui a abouti à une diminution des relations interpersonnelles. Clémentine : *“ Je ne sais pas si je dirai hostile, mais c'est un peu l'idée quoi. On se sent en sécurité quand on est chez soi. On inviterait bien des gens mais on veut pas faire rentrer le covid non plus dans la maison ”*. Une patiente a trouvé bénéfique cet isolement car il lui aurait permis de se recentrer sur elle-même et de revenir aux choses essentielles. Sylvie : *“ Ça nous a permis de nous poser un petit peu. Alors je vais pas dire que je ferai un confinement tous les jours ou tous les 3 mois, mais c'était une expérience nouvelle[...] et puis on en a profité pour se poser un petit peu, réfléchir à certaines choses, lire beaucoup et puis aussi ranger la maison ”*.

L'instauration des règles sanitaires a été vécu comme difficile initialement car elles majoraient la charge mentale. Par la suite, elles ont été adoptées dans les mœurs et intégrées dans le quotidien des patients bien qu'elles aient été un facteur d'éloignement social. Colette : *“ Oh ... euh... maintenant vous savez j'ai pris un pli donc euh oui... On s'apprend à vivre comme ça quoi, donc à porter les masques et tout ”*. Lorsque la personne se considérait à risque, l'application des règles d'hygiène pouvait se faire au-delà de ce qui était recommandé. Colette : *“ Alors bon il se changeait dans la cave enfin dans le sous-sol de la maison, on faisait bien attention. Bien sûr il faisait ... il se désinfectait les mains, enfin*

tout ça mais quand même ! Moi je me sentais pas en confiance ”. La sphère privée se trouvait alors envahie par le souci d’hygiène avec des conflits familiaux.

L’apparition d’un nouveau mode de vie a été adoptée par une partie de la population qui s’est recentrée sur son lieu de vie. Les restrictions dans l’accès au monde en dehors de chez soi ont donné lieu à ces habitudes que les patients gardent encore aujourd’hui, bien que les recommandations sanitaires aient évolué. Lydie : *“ même maintenant c’est toujours compliqué quoi. C’est vrai qu’on a toujours un peu peur de ... un peu peur de sortir au final on n’a pas envie d’attraper le covid Mais voilà c’est plus comme avant ”.*

Et nous avons constaté une difficulté sur tout ce qui peut impliquer une sociabilisation aboutissant à une quasi « phobie-sociale » chez certaines personnes, peu importe le statut vaccinal.. Clémentine : *“ Ça crée du stress de devoir sortir, je ne sais pas pourquoi... Avant on allait bien faire nos courses normalement, maintenant faut inspirer un grand coup avant d’y aller. On a perdu l’habitude de voir des gens ”.*

Sur le plan familial, la diminution des contacts avec ses proches a majoré l’isolement des personnes à risque, pour leur protection. Cet isolement a abouti à une majoration de la dépendance chez des patients déjà fragiles, pour faire leurs courses par exemple. Il y a eu une contribution de la part des autres membres de la famille pour subvenir aux besoins, en limitant les contacts au maximum. Paulette : *“ des fois ma fille ou mon fils ils m’apportaient à manger, au début, ils me le déposaient à la porte, et puis ils repartaient hein ! ”*

Pour pallier cette “mise à l’écart”, les outils connectés comme les applications et appels téléphoniques ont permis de garder un lien. Michel : *“ On voyait plus nos petits-enfants hein ! Ça, ç’a été quelque chose (...) très dur hein. On se parlait par... par Whatt’s App ”.*

La diminution des activités en extérieur, des activités de loisir a induit une diminution des activités physiques, avec un impact sur les règles hygiéno-diététiques. Alfred : *“ Je voulais*

aller à la piscine normale sinon. Mais pas possible. Alors voilà (tape son ventre), voilà ce que ça fait, après j’suis pas sportif hein, pas du tout hein, c’est juste que ça fait bouger ”.

Concernant le milieu professionnel, certains participants travaillant en santé ont rapporté des arrêts de travail itératifs du fait de comorbidités à risque de forme grave. Céline : “ C’a affecté mon boulot, mais vraiment ! Depuis le mois de février où j’ai eu le COVID, j’étais arrêté sur arrêt ”.

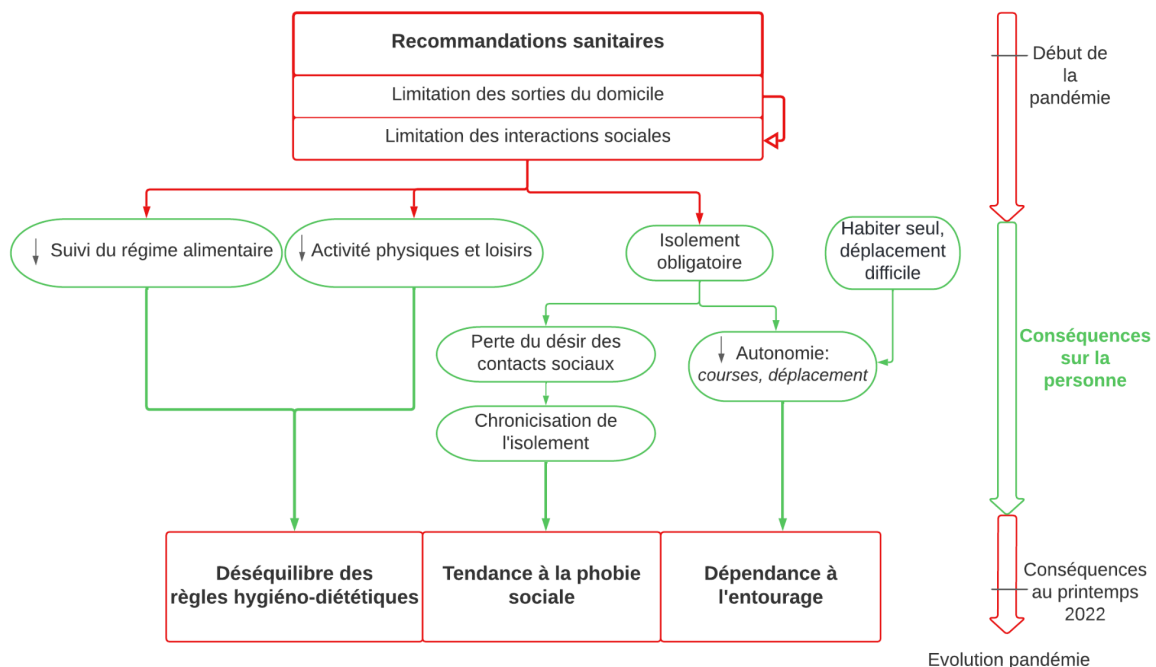


Figure 2 : Impact des recommandations sur la vie quotidienne

3.4. Un impact psychologique majeur

Le premier confinement a particulièrement affecté les patients, notamment psychologiquement. Ernest : “ Je pensais pas que ce serait aussi difficile psychologiquement (...) le confinement ”. Ils ont très mal vécu l’apparition brutale des restrictions sanitaires et

sociales, qui ont été une source d'isolement, surtout pour les plus âgés. Le plus dur pour les patients a été de se retrouver privés de leur famille. Michel : *“ on voyait plus nos petits enfants (...) Ça ç'a été quelque chose de (...) très dur ”*. Cet isolement a été majoré par l'arrêt de toutes les activités sportives ou de loisirs, ce qui a entraîné beaucoup de désœuvrement. Louis : *“ y'a plus rien à faire, on est là assis sur le fauteuil et puis voilà c'est tout, on attend ”*.

L'augmentation de la charge mentale quant à la gestion des restrictions de déplacement a également participé à cette souffrance psychologique. La gestion du temps des sorties ainsi que du périmètre a créé du stress chez les patients. Ils avaient peur de se faire contrôler et verbaliser par les forces de l'ordre. Lydie : *“ c'était un kilomètre de son domicile, alors moi j'ai compté (...) fallait toujours penser à avoir sur soi ce qu'il fallait pour ne pas avoir d'amende ”*.

Le fait de vivre en campagne ou d'avoir de grands espaces extérieurs a été reconnu comme salvateur par les patients concernés, car ils ont pu continuer d'avoir des activités en extérieur sans avoir besoin d'autorisation. Sylvie : *“ on a beaucoup d'espace dans la maison, (...) autour de la maison on a des arbres (...) on va dire qu'on l'a bien vécu d'une certaine façon ”*.

Pour eux, au-delà de la pandémie et des risques liés au virus, ces restrictions sanitaires ont été presque essentiellement, à l'origine de leur souffrance psychologique. Ils disent l'avoir vécu comme une atteinte à leurs droits humains. Ernest : *“ ça restreignait ma liberté ”*.

L'application de ces règles sanitaires a eu un impact plus global au sein des foyers où cela a entraîné des conflits familiaux et/ou conjugaux. Henri : *“ Bah avec ma femme à l'époque, ça a vrillé en fait (...) on s'est séparé (...) à cause du COVID ”*.

Pour les plus âgés, elles ont conduit à une relation de dépendance envers les proches qui se sont improvisés livreurs sur le pas de la porte. Paulette : *“ ma fille ou mon fils ils m'apportaient à manger, au début, ils me le déposaient à la porte ”*. Le moindre petit geste, appel téléphonique et autre attention à l'égard des plus fragiles, a participé à un certain

maintien du lien, ce qui leur a permis de garder la face durant les épisodes difficiles de confinement. Sylvie *“ on a passé beaucoup de temps au téléphone pour les conforter ”*.

En effet, en dehors du simple fait d'appliquer les recommandations étatiques, les participants respectaient fermement les règles sanitaires car ils avaient surtout peur de contracter le virus et plus peur encore de contaminer leur entourage, surtout les plus à risque de formes graves. Laurence *“ je ne voulais pas (...) contaminer (...) mon entourage ”*. Cette peur a même chez certains, virée à la psychose, avec une obsession de nettoyage. Henri : *“ Ma femme ... enfin on était déjà séparé à ce moment-là, je crois que si j'avais dû rentrer de l'hôpital jusque dans la maison elle m'aurait fait dormir dehors ”*.

Les patients trouvent que ces épisodes d'isolement associés à la peur d'attraper le virus ont modifié leurs relations sociales et amicales, en créant plus de distance entre les gens. Les personnes ont constaté une diminution des interactions même les plus basiques, ôtant toute forme de courtoisie et de politesse. Louis : *“ y' a personne qui se dit bonjour (...) on est comme des sauvages ”*.

Les patients avaient plus particulièrement peur d'être contaminés dans les lieux publics, en faisant leurs courses notamment. Paul : *“ quand vous sortez faire vos courses, le contact des gens il est encore pire que chez l'médecin ”*. Ils craignaient aussi une contamination au sein de leur cercle familial ou amical lors des levées de confinement. Colette : *“ j'avais peur qu'on m'amène le COVID (...) que mon fils me l'amène quoi ”*.

Les lieux de santé, paradoxalement, semblaient quant à eux, les lieux les moins inquiétants pour les patients du fait de l'application des protocoles d'hygiène. Marc : *“ J'ai jamais eu de crainte de ça. Toutes les infirmières, elles rentrent elles ont le masque, tout le monde qui venait, ils sont protégés ”*.

Ils ne les ont d'ailleurs pas boudés et au contraire, pour les patients, l'annulation ou le report de rendez-vous ou d'examen a provoqué un stress doublé d'une incompréhension de la

situation. Alfred : *“ Alors je sais pas les autres, nous on comprend pas trop (...) enfin moi c'était pas grave. Enfin j'sais pas, j'vous ai dit on est pas docteur alors peut être que si ”*. Certains ont verbalisé de la colère car ils se sont sentis abandonnés à leur douleur et oubliés. Henri : *“ On peut mourir vous savez tout le monde s'en fout (...) on avait un peu l'impression d'être tout seul (...) Peut-être que pour eux c'était pas urgent, mais quand on a mal vous savez, je crois qu'on n'a pas les mêmes critères d'urgence ”*.

D'autre part, les patients contaminés par la COVID, ont eu très peur de développer une forme grave du fait de leur(s) pathologie(s) chronique(s) sous-jacente(s). On peut même parler de stress post-traumatique pour certains. Céline : *“ par rapport au cancer oui, j'ai vraiment eu peur (...) il suffisait qu'on dise (...) c'est une suspicion (...) Et j'étais en panique. (...) C'a affecté mon boulot, mais vraiment ! Depuis le mois de février où j'ai eu le COVID, j'étais arrêt sur arrêt ”*.

Enfin chez les participants les plus âgés, on ne retrouve que peu d'inquiétude vis-à-vis d'une éventuelle évolution ou décompensation de leur(s) maladie(s) chronique(s). Ce qui les a le plus préoccupé c'était de ne pas pouvoir voir leur famille comme ils l'auraient voulu, et le risque potentiel de mourir seul sans les revoir. Michel : *“ s'il nous arrive quelque chose (...) on les verra pas, on va partir sans les voir ”*. Ils ont beaucoup souffert d'avoir perdu de nombreux amis proches du fait de la pandémie. Louis : *“ J'ai tous les copains, ils sont morts de ça. J'en ai 5, 6, 7... 8”*. Ils ont été nombreux à verbaliser, même parmi les plus jeunes, l'installation progressive d'un syndrome dépressif caractérisé par une forte perte d'intérêt pour les activités habituelles. Alfred : *“ nous ça nous a déprimé ”* ; Colette : *“ bah on n'a plus envie de sortir ! j'en ai plus envie ! ”*.

Toutefois, même si le premier confinement avec l'application brutale de son lot de restrictions a été vécu comme très difficile par les patients, c'est probablement la durée de la pandémie et des restrictions qui a le plus affecté leur moral. Les patients sont lassés de cette situation et laissent transparaître leur inquiétude quant à une pérennisation de la pandémie.

Clémentine : *“ on en a un peu marre, on aurait bien envie que ça s’arrête ”*. Il y a beaucoup de participants qui ne semblent pas croire à une amélioration de la situation. Lydie : *“ on n’y arrive pas quoi, à retrouver la vie d’avant donc je ne sais pas si ça reviendra ”*.

Parmi les plus pessimistes, certains pensent même qu’elle pourrait prochainement s’aggraver. Paul : *“ on n’est pas enrhumé, mais on va pas tarder à y revenir ”*. Pourtant ils ont plutôt confiance dans la vaccination et ont été rassurés de pouvoir en bénéficier rapidement.

Colette : *“ j’avais moins de peur, je me sentais plus apaisée (...) ”*.

Les patients ont reconnu que ce pessimisme avait été alimenté par les médias ; médias qui ont également alimentés leurs peurs en relayant à longueur de journée des informations discordantes sur l’épidémie et la vaccination. Ernest : *“ on n’était pas vraiment porté sur astra zeneca selon ce qu’on avait entendu, les oui dres, la TV ”*. Les patients ont été très touchés par les variations des directives étatiques, entraînant des difficultés à se projeter dans l’avenir. Les patients ont d’ailleurs manifesté beaucoup de méfiance et de suspicion envers l’état et l’origine de l’épidémie. Alfred : *“ Moi je pense qu’on nous dit pas tout . Les politiques là ”*.

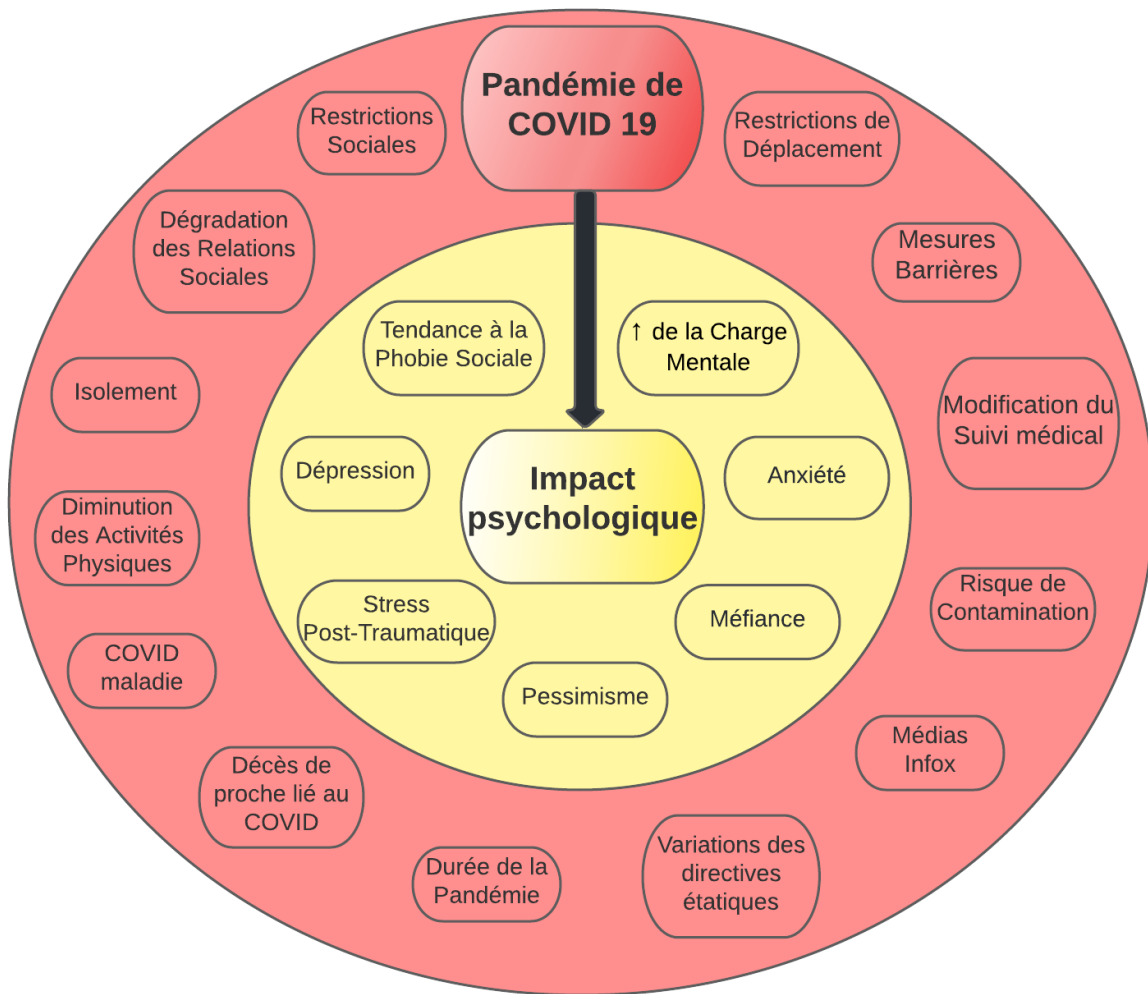


Figure 3 : Impact de la pandémie sur la santé mentale

3.5. Perception variable de leur état de santé

Les participants sont spontanément plutôt satisfaits de leur état de santé après 2 ans de pandémie. Louis : *“ je dirai que je me porte pas si mal que ça ”*. Ils reconnaissent cependant volontiers qu'elle a tout de même laissé quelques traces. Paul : *“ ça dérègle quand même quelque chose ”*; Clémentine : *“ ça reste dans la tête tout ça ”*.

Ils sont d'ailleurs assez paradoxaux, à ce sujet, plusieurs participants ont dit à la fois que la COVID n'avait *“ pas changé bien grand-chose ”*, mais que pourtant ils se sentaient en moins

bonne santé. Étienne : *“ j’ai l’impression d’être en moins bon état maintenant (...) je pense pas que je puisse dire que tout vient de la pandémie [mais]la pandémie effectivement joue sur mon état mental ”*.

En effet, leurs dires sur le sujet sont assez ambiguës. Ils trouvent que leur état de santé physique est relativement stable. Laurence : *“ physiquement j’allais bien ”*. Ils décrivent même des changements de rythme de vie plutôt positifs lors du premier confinement. Aurélien : *“ Je modifie les recettes pour qu’elles soient plus saines ”*.

Cependant, ces changements n’ont pas été maintenus dans le temps, et ils signalent des modifications dans leurs activités physiques et dans leur hygiène de vie qui traduisent finalement une dégradation de leur santé physique. Henri : *“ j’ai pris du poids (...) on bougeait moins, moi je mangeais peut-être un peu plus ”*.

Pour les plus âgés il y a eu nettement moins d’activité physique, et plus de temps en intérieur, cette tendance perdure malgré une stabilisation de la situation épidémique. Étienne : *“ maintenant on ne sort plus du tout ”*.

Les personnes qui travaillent dans le médical ou le paramédical, présentent eux aussi une fatigue physique qui est en lien avec leurs conditions de travail passées et actuelles. Laurence : *“ il y a une fatigue, liée à une surcharge au niveau du travail ”*.

Ils ont trouvé que la diminution de leurs activités physiques avait impacté leur santé psychique. Lydie : *“ Moi ç’a été surtout l’activité physique qui a joué sur mon, mon moral ”*. Et que globalement, c’était surtout sur le versant psychique qu’ils trouvaient qu’ils avaient été le plus impactés. Paulette : *“ Oui surtout sur le moral ”*. Ils verbalisent clairement qu’ils se sentent davantage déprimés ou anxieux qu’avant la pandémie. Paul : *“ je trouve que je suis de plus en plus stressé ”*; Céline : *“ Ça m’a plus plongé dans la dépression encore ”*.

Ce qui les a conduits à se désintéresser des activités qu'ils aimaient faire, ils sortent maintenant beaucoup moins de chez eux. Clémentine : *“ on n'a plus tellement envie de sortir de chez soi ”*. Et par effet collatéral, ils ne s'investissent plus autant dans leurs relations sociales. France : *« maintenant c'est chacun chez soi »*. Certains présentent même une aboulie importante. Étienne : *“ j'ai plus envie de rien ”*.

Parallèlement, en ce qui concerne leur(s) pathologie(s) chronique(s) respective(s), ils font le constat pour la majorité ne pas avoir eu de déséquilibre. Jean : *“ il n'y a rien de changé par rapport à avant ”*. Ils reconnaissent l'implication de leur médecin dans le maintien de leur suivi et l'impact que cela a pu avoir dans la stabilité de leur(s) maladie(s) chronique(s). Colette : *“ on a quand même été assez bien suivi voilà ”*.

Les quelques participants qui ont été concernés par un déséquilibre, ne l'attribuent pas forcément à la pandémie de COVID 19, le lien n'est parfois pas si évident. Élise : *“ ce n'est pas à cause de ça que je n'ai pas consulté plus tôt ”*.

3.6. Schéma de synthèse

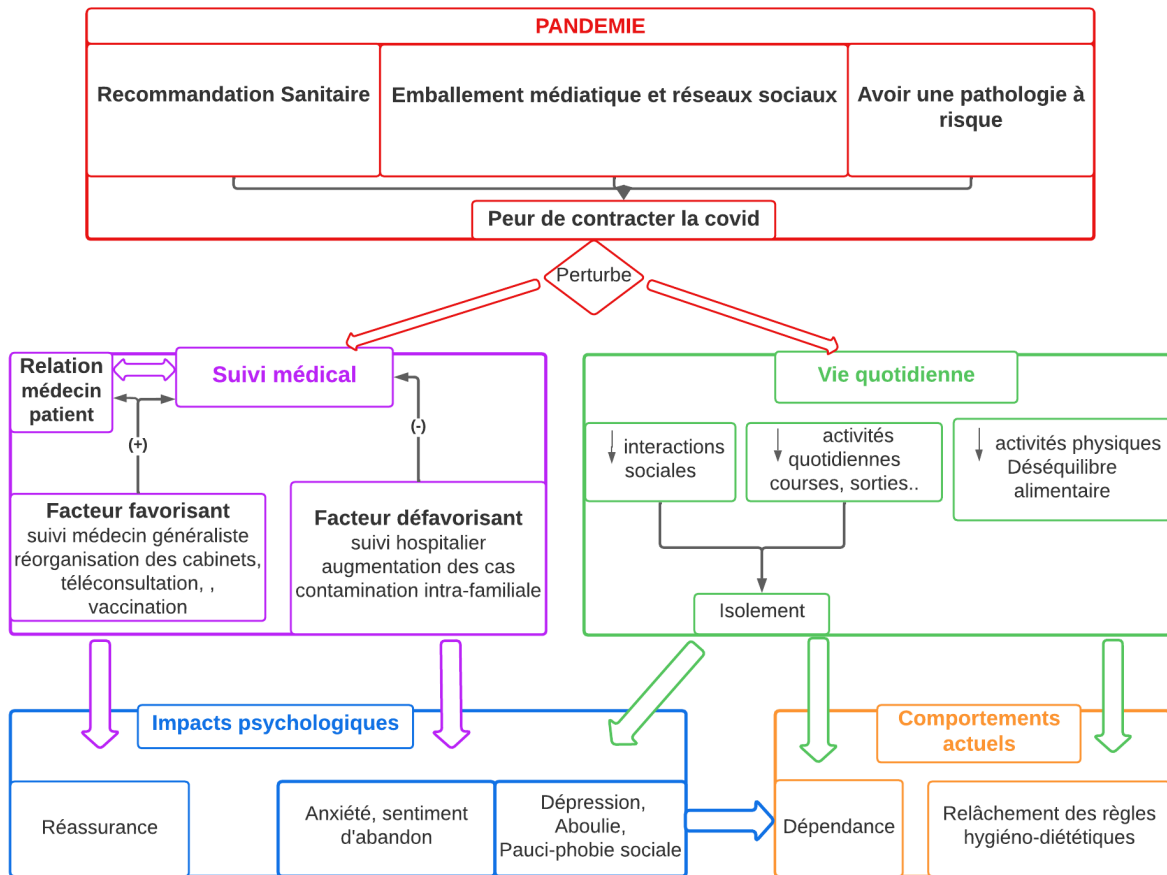


Figure 4 : Vécu de la pandémie de COVID-19 par des patients atteints de pathologies chroniques

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

La pandémie a perturbé le suivi médical et les activités de dépistage du fait des recommandations sanitaires et de la peur de contracter le COVID. Le suivi médical par le médecin traitant a été moins affecté que le suivi hospitalier, du fait de la confiance des patients envers leur médecin de proximité. Lorsqu'elle était nécessaire et possible, la téléconsultation a été relativement bien accueillie.

Les restrictions ont induit une diminution des contacts sociaux et des sorties. Cela a eu une influence sur le moral des patients. Les patients ont verbalisé une inquiétude franche quant à l'avenir de la pandémie, se montrant très pessimistes et reconnaissant l'impact des médias dans ce ressenti. Ils ont une perception ambiguë de leur état de santé actuel : plutôt bonne sur le plan physique et moins bonne sur le plan psychique. Un relâchement des règles hygiéno-diététiques, rapporté au moment des confinements, perdurerait encore aujourd'hui.

4.2. Forces et limites

Le choix de l'étude qualitative via des entretiens semi-dirigés à questions ouvertes a généré une grande variété de réponses et d'idées. Cela a permis d'apprécier plus en détail le ressenti du vécu des patients. D'autre part, les entretiens individuels ont permis aux participants de se livrer sans peur d'être jugé et plus librement, qu'ils ne l'auraient fait en focus groupe (31).

Le début du recrutement des participants a été réalisé presque 2 ans après le début de la pandémie, ce qui laisse à penser qu'un fort biais de mémorisation est à considérer. Cependant il a été fait sur une période de 6 mois, et, du fait de sa longue durée, il a permis

de se rendre compte de l'évolutivité de la situation et de la pérennité de certains changements. Nous avons participé au recrutement de certains patients lors de nos stages ambulatoires ou de nos remplacements, toutefois ils n'ont pas été revus en consultation ensuite. On peut cependant évoquer l'influence positive sur la participation des patients recrutés par les investigateurs eux-mêmes. Ils n'ont finalement représenté que 4 des 21 patients interrogés, ils n'ont pas apporté d'idées se démarquant des autres patients et n'ont pas été revus en consultation par la suite.

Afin de permettre une meilleure retranscription du langage non verbal, tous les entretiens ont été réalisés en présentiel. Cependant, la réalisation des entretiens par des professionnels de santé a pu influencer sur les réponses des patients interrogés, aboutissant à un biais de déclaration. Le nombre d'entretiens réalisés et le recrutement sur toute la région Auvergne a permis de s'assurer de l'uniformité des réponses. Le fait de ne pas les revoir en consultation par la suite et la stricte anonymisation des entretiens a permis aux patients de s'affranchir a minima de la peur du jugement et de ce biais de désirabilité .

Bien que le but d'une étude qualitative ne soit pas d'être significativement représentative de la population étudiée, la variété des caractéristiques des différents participants nous a permis d'avoir une bonne représentation de la population atteinte de maladie(s) chronique(s) en médecine générale en Auvergne. Les patients interrogés avaient tous plus de 50 ans, malgré un âge d'inclusion possible pour toutes les personnes majeures. Toutefois, en se référant aux caractéristiques des ALD établis par l'Assurance Maladie en 2019, on s'aperçoit que l'âge moyen des pathologies chroniques étudiées est toujours supérieur à 50 ans (32).

Nous n'avons pu interroger qu'un seul patient non vacciné. Il a manifesté des difficultés similaires aux patients vaccinés interrogés, rapportant simplement un accès au milieu hospitalier plus compliqué lorsque le Pass-Sanitaire était encore de mise. Bien que probablement insuffisamment représenté par rapport à la réalité des cabinets, il semble

logique que cette tranche d'âge ayant des facteurs de risques de COVID grave, soit majoritairement vaccinée.

Nous avons vérifié la qualité de notre méthode par la grille RATS (annexe V), grille d'évaluation utilisée dans les études qualitatives en médecine générale (33). Nous obtenons un score de 42/42. La triangulation des données entre les 2 investigateurs a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

4.3. Comparaison à la littérature existante

Suivi médical

Une étude au Brésil de 2020, et une étude aux Etats-Unis sur l'activité de soin primaire ont retrouvé une diminution significative du nombre de consultations à partir de la mise en place des mesures de distanciation sociale. Les auteurs brésiliens retrouvent un abandon des consultations chez 84,8% des patients hypertendus et/ ou diabétiques suivis. Les auteurs américains retrouvent notamment une diminution de 25% du volume total des activités de soins primaires entre 2018 et le deuxième trimestre de 2020. La télémédecine aurait permis de compenser en partie la diminution de ces consultations (34,35). Concernant les centres hospitaliers, une autre étude brésilienne montrait une diminution du taux moyen d'hospitalisation pour maladies non transmissibles (toutes confondues) de 26% (36). Dans notre étude, les patients ont rapporté une bonne disponibilité de leur médecin traitant, une fréquence de consultation moindre mais un impact faible sur leur suivi médical en soin primaire durant la pandémie. N'ayant inclus que des patients avec un suivi chronique, cela peut supposer que l'effort fourni par le corps médical auvergnat durant cette période a permis de maintenir les consultations de suivi et les renouvellements d'ordonnance.

La télémédecine a été bien accueillie par la population, comme le montre une étude américaine sur les activités de télésanté en réponse aux céphalées, avec un niveau de

satisfaction qualifiée de “très bon” dans 62,1% des cas. Certains ont rapporté leur difficulté à faire transparaître leurs symptômes par ce moyen mais la majorité était favorable à la pérennité de l'utilisation (37). Notre étude est concordante sur ce sujet, bien que peu de patients en aient fait l'expérience.

En lien avec nos résultats qui décrivaient un allongement du délai avant de consulter et une difficulté des patients à reconnaître un motif “valable” de consultation. Une revue systématique évaluant dans quelle mesure la prise en charge d'évènement cardiovasculaire aigu a été impacté par le covid a été réalisée sur des études publiées jusqu'au 12 août 2020. Elle a mis en évidence une diminution du taux d'admission hospitalière pour les urgences cardio-vasculaires comprenant les SCA et les AVC. Un temps plus long entre l'apparition des symptômes et la consultation était proposé pour expliquer ce phénomène par crainte de contracter le covid en se rendant sur les lieux de soins et par le durcissement des conditions d'adressage par les régulations (38). Elle concorde avec une étude de cohorte canadienne qui retrouve une diminution de traitement par reperfusion pour les AVC ischémique admis pendant la pandémie et un allongement du délai avant la consultation (39).

Concernant les activités de dépistage, que les patients interrogés ont délaissé durant cette période afin de privilégier les soins “utiles”. Une étude américaine rétrospective multicentrique et une étude française témoignent clairement d'une diminution de l'incidence des pathologies néo-cancéreuses et une diminution drastique des activités de dépistage. Toutefois, l'étude française montre un rattrapage fin 2020 permettant d'aboutir à une réduction modérée du dépistage du cancer du sein, soit 6% en incluant le dépistage individuel (40,41). Cela montre bien la volonté de reprise des examens durant les périodes d'accalmie. La limite de cette étude porte sur sa durée puisqu'elle ne permet pas de mesure à long terme du décalage des dépistages.

Les patients que nous avons interrogés ont témoigné d'un sentiment de sécurité qui se dégageait de leur médecin traitant, avec un renforcement de la relation soignant-soigné.

Une étude rétrospective chinoise a montré une majoration de la confiance envers le médecin pendant la pandémie. Les auteurs rapportent aussi une amélioration de la relation médecin-patient par des facteurs significativement positifs comme une bonne communication médecin patient, des connaissances médicales chez le patient, des services médicaux technologiques modernes (42).

La vie quotidienne

Concernant les modifications de la vie quotidienne, une étude rétrospective japonaise monocentrique a analysé l'évolution du mode de vie de 1 402 patients diabétiques. Elle retrouvait une diminution des activités extérieures chez 25% des patients et une majoration des collations chez 10% d'entre eux. Une association significative entre la diminution des repas au restaurant, la diminution des collations et la diminution des activités physiques de loisir avec les variations des HbA1c dans la période étudiée du 28 au 30 mai 2020 (43). Mais nous l'avons mis en évidence dans notre étude, il y a eu une majoration de la sédentarité, avec parfois un déséquilibre alimentaire associé chez les patients présentant des pathologies chroniques pendant la pandémie. Ce déséquilibre a été mis en évidence durant le premier confinement en Espagne, par une étude en ligne du 15 au 22 avril 2020. Elle a mis en évidence une diminution des expositions environnementales et de l'activité physique ainsi que des variations des habitudes alimentaires. Ces modifications étaient associées à un mode de vie malsain (44). Hors, nous savons par d'autres études que l'arrêt de l'activité physique est associé à une augmentation de l'insulino résistance et favorise donc l'apparition de diabète de type 2 (45). Les patients de notre étude n'ont pas rapporté d'aggravation de leur état de santé physique, mais il est probable que l'on retrouve une augmentation de la morbi-mortalité à plus ou moins long terme du fait d'une diminution de l'observation des RHD (46).

Deux méta-analyses, étudiant l'évolution pré-pandémique et pandémique de l'isolement ont retrouvé une majoration de la solitude depuis le début de la pandémie. La première s'intéressant aux personnes âgées retrouvait une prévalence de la solitude et de l'isolement social respectivement de 28,6 et 31,2% durant la pandémie pour les personnes de plus de 65 ans. (47,48) Cet isolement social et ce sentiment subjectif de solitude ont été rapportés à de nombreuses reprises lors de nos entretiens.

L'impact psychologique

De très nombreuses études concernant l'impact psychologique du COVID 19 et de ses restrictions sanitaires ont été réalisées partout dans le monde au début des premiers confinements en mars 2020. Une étude longitudinale britannique faite de 2015 à 2020 a comparé ses données avant et après apparition du COVID 19 et de ses restrictions (49). Elle montre une majoration de l'isolement et une diminution de l'activité physique en lien avec une augmentation de l'anxiété et des syndromes dépressifs. Cette majoration s'est avérée presque proportionnelle au niveau de restrictions comme l'évoque une étude allemande faite en mars 2020 (50). Une méta analyse réalisée par une équipe chinoise de janvier 2020 à mars 2020 relate l'augmentation de l'anxiété, des dépressions, angoisses et insomnies, notamment chez le personnel de santé et les patients atteints de pathologies chroniques (51), il en est de même dans une étude prospective hongkongaise réalisée sur des patients de plus de 60 ans (52). Une étude cas-témoins réalisée au Bangladesh a comparé la prévalence de l'anxiété, de la dépression et du stress sur 395 patients atteints de pathologies chroniques (asthme, diabète, pathologies cardiovasculaire) versus 395 patients sains. Elle montre des valeurs significativement plus élevées chez les patients atteints de pathologies chroniques avec un risque significativement plus grand d'avoir des problèmes de santé mentale quand on est atteint de pathologies chroniques (53).

Le rôle des médias dans l'exacerbation de l'impact psychologique est également abordé dans un article d'Elsevier[©]. En effet, l'avalanche d'informations quotidiennes, associés à des fausses informations que l'OMS nommera "l'Infodémie" début 2020 (54) a favorisé l'anxiété, les phobies, les attaques de panique... L'article évoque même la possibilité d'effets psychologiques à long terme liés à la désinformation relayée par les médias (55).

Une étude tunisienne sur l'impact psychologique de patients dialysés, retrouve le même type d'inquiétude que chez nos participants, à savoir la peur d'être contaminé et surtout la peur de voir ses proches contaminés. Elle montre également des taux élevés d'anxiété, de dépression et de désadaptation sociale qui toucheraient plus encore les patients que l'anxiété ou la dépression (56). A ce sujet, une étude britannique faite sur 34 500 participants a voulu évaluer l'impact de la pandémie de COVID 19 sur les relations sociales notamment avec le voisinage. La population suivie depuis 2009, est issue d'une étude longitudinale plus large, dans cette seconde étude, 3 périodes ont été comparées (2011 - 2014 et 2020). Ils ont ainsi constaté chez les participants et ce sur la période de 2020, correspondant à l'apparition de la pandémie, une diminution des discussions et de la confiance envers autrui et également une tendance à moins aider les autres (57).

Le rapport du Haut Conseil de la santé publique du 06 juillet 2021 faisait déjà état d'une forte dégradation de la santé mentale des français. Il évoque les états de stress post-traumatique chez ceux travaillant dans les secteurs COVID, comme on a pu le retrouver chez notre participante aide soignante. Il aborde également le sentiment d'insécurité des français et de leur inquiétude face à l'avenir (58).

La plupart de ces études ont été réalisés au tout début de la pandémie, à la différence de l'étude française CoviPrev (23), qui évalue les niveaux d'anxiété, de dépression et d'isolement (entre autre) depuis le début de l'épidémie de COVID-19 et période par période. Elle permet de suivre l'évolution de l'impact psychologique notamment au fil des mois de la pandémie. Elle montre que malgré l'amélioration des chiffres épidémiques, un

impact psychologique persiste encore chez les participants, comme nous avons pu le retrouver lors de notre étude. Cette étude est d'ailleurs toujours en cours dans un but d'évaluer l'impact à plus long terme encore.

Perception de leur santé

Les données d'étude qualitative déclarative sont plutôt restreintes sur ce sujet. On peut tout de même citer une étude française réalisée par différentes associations de malades chroniques, dont les participants ont déclaré se sentir plutôt en bonne santé, avec un impact psychologique ressenti, plus grand que celui sur la santé physique. Ils ont également déclaré plus particulièrement ressentir des difficultés à reprendre leurs habitudes d'avant pandémie de COVID-19 (59). En complément l'étude tunisienne citée précédemment retrouve une concordance des déclarations avec les patients que nous avons interrogés, quant à l'influence minime de la pandémie sur l'évolution de leur maladie chronique (56).

Cependant dans une étude internationale 50% des participants déclarent avoir une dégradation de leur état de santé depuis le début de la pandémie de COVID 19. Ils mettent en accusation les perturbations d'accès aux soins, l'abandon des actes et consultations de dépistages, à cela s'ajoute bien sûr l'isolement, le stress et la réduction de l'activité physique (60). Toutefois, à l'image des résultats que nous avons obtenus, c'est-à-dire plutôt divergents, une étude longitudinale américaine réalisée chez des patients atteints de pathologies chroniques n'a pas constaté de franc impact psychologique ni spirituel. Les participants ont plutôt révélé un trait de résilience grandissant au fil des mois de pandémie (61).

4.4. Perspectives

Notre étude a abordé différents axes du soin et de la santé des patients atteints de pathologies chroniques. Nous avons mis en lumière plusieurs éléments qui pourraient donner matière à approfondir. Il pourrait être intéressant de se pencher sur l'évolution de leurs risques cardio-vasculaires en lien avec la diminution des règles hygiéno-diététiques. Au même titre que l'éducation thérapeutique, nous pourrions envisager une démocratisation de l'activité physique comme elle est déjà plébiscité au sein de structures de sport-santé.

Il pourrait être intéressant d'étudier le stade au diagnostic des pathologies néoplasiques sur les prochaines années, après le ralentissement des dépistages. Une étude s'est d'ailleurs penché sur les alternatives au dépistage en présentiel, qui a été davantage laissé de côté que le dépistage "dématérialisé" comme le colo-rectal. Il serait prometteur d'arriver à des dépistages à domicile pour les patients qui ont du mal à investir les consultations au cabinet car cela permettrait alors de toucher une plus grande partie de la population (62).

Par ailleurs, nous avons constaté que les changements psychologiques et des habitudes de vie semblaient perdurer malgré une amélioration des chiffres de contamination. Une étude complémentaire réalisée après la grosse vague épidémique, pourrait informer sur l'évolution dans le temps et l'impact de ces changements sur la santé mentale et les habitudes de vie.

Pour la pratique médicale future, notre étude a évoqué l'intérêt de mettre en place de façon plus soutenue la téléconsultation. Elle semble permettre d'éviter de possibles ruptures thérapeutiques notamment chez ces patients atteints de pathologies chroniques lorsque les soins présentiels s'avèrent compliqués. Toutefois il faut qu'elle soit davantage encadrée en termes d'indication et de contre indication pour ne pas perdre le bénéfice médical puisque toutes les situations cliniques ne peuvent s'évaluer par écran interposé. En revanche, le développement de cabines de téléconsultation pour recueillir un avis spécialisé dans une démographie médicale défavorable permettrait au patient secondé de son médecin traitant

d'avoir accès à un spécialiste. Elle pourrait également permettre d'assurer un soutien psychologique plus fréquent en période de pandémie tout en limitant le risque de contamination sur site.

La pandémie a aussi mis en avant l'importance de l'éducation thérapeutique des patients afin que ces derniers conservent leur autonomie malgré de possibles difficultés d'accès aux soins. Bien que le temps soit difficile à dégager dans une journée de consultation, le dispositif ASALEE (63) prend son sens, tout comme les associations de patients afin de les former au mieux sur leurs pathologies et sur l'adaptation de leur traitement.

Dans les mois voire les années à venir, les médecins généralistes devront redoubler d'effort pour relancer la motivation des patients concernant les règles hygiéno diététiques particulièrement mises à mal avec les confinements répétés. Il serait nécessaire également, de relancer les différentes campagnes de prévention dont les dépistages. Une consultation dédiée pourra être proposée par le médecin traitant pour faire le point sur la prévention et l'impact de la pandémie.

Les médecins généralistes devront porter une attention toute particulière à la santé mentale de leur patient. Notamment, il sera à prendre en compte le risque d'isolement qui a été aggravé par une anhédonie et par une certaine phobie sociale qui se sont installées au fil des mois de pandémie. Par exemple, on pourrait créer des ateliers de "resociabilisation" via des thérapies d'expositions graduelles incluant des exercices de groupe. Ceux-ci pourraient être mis en place en coordination avec les mairies.

Dans tous les cas, le dispositif ASALEE pourrait être une aide intéressante pour agir sur ces différents impacts de la pandémie.

5. Conclusion

La pandémie de COVID-19 a perturbé la vie des patients atteints de pathologies chroniques. Ils ont rencontré des difficultés dans l'accès aux soins, avec des reports de rendez-vous et des difficultés pour joindre les centres hospitaliers. Cela a engendré un sentiment d'abandon par le système médical doublé d'une anxiété liée à la possible évolution de leur maladie. Ils ont majoritairement été satisfaits de la disponibilité de leur médecin traitant et de la réorganisation des cabinets, notamment dans l'application des règles sanitaires. La relation médecin-patient s'en est trouvée renforcée. La peur présente au début, a fait diminuer le nombre de consultations. Elle a ensuite été jugulée par la vaccination ainsi que par le respect strict des règles sanitaires. Cela a permis une reprise des activités de dépistage et une volonté de rattrapage des examens non réalisés.

La santé mentale des patients a été un autre élément mis à mal par la pandémie de COVID-19. Un sentiment d'isolement a été très clairement rapporté par les patients. Pour certains cela a occasionné des syndromes anxio dépressifs. Pour les plus fragiles cela a parfois abouti à un état de dépendance. Par ailleurs, la limitation des sorties a entraîné une diminution de l'activité physique et un relâchement des règles hygiéno-diététiques. La peur d'être contaminé a créé de la méfiance envers l'autre qui a fortement impacté les relations sociales et les activités des patients.

Ces conséquences de la pandémie perdurent encore aujourd'hui. Il serait intéressant de reproduire la même étude dans quelques années pour voir si cet impact se poursuit à distance du début de la pandémie.

Clermont, le 31/05/2022
M. le Doyen - Directeur, Pierre CLAVELOU

Clermont, le 25/05/2022
Le Président du Jury, Philippe VORILHON



UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
Service de la formation – Pôle 4
TSA 50400
28, Place Henri-Dunant
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1

6. Références bibliographiques

- (1) « COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS ». <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- (2) « Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement », *Gouvernement.fr*. <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
- (3) LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1). 2020. Journal officiel. https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/KY9SZZfQdcIRn_N8Kc1gxuN7Pce5JP_lubW2AuKICjU=/J_OE_TEXTE
- (4) M. des S. et de la Santé et M. des S. et de la Santé, « Vivre avec une maladie chronique », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 11 janvier 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>
- (5) L. Semenzato, J. Botton, J. Drouin, F. Cuenot, A. Weill, et M. Zureik, « Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour COVID-19 - Analyse comparative de données des deux vagues épidémiques de 2020 en France à partir d'une cohorte de 67 millions de personnes », p. 48.
- (6) « COVID-19 - Comment vous protéger d'une forme grave », *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178865/fr/covid-19-comment-vous-protéger-d-une-forme-grave
- (7) Monziols M., Chaput H., Verger P., Scronias D., Ventelou B. 2020. Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201160%20COVID1%20medecins-generalistes%20BAT.pdf>
- (8) C. Dibao-Dina, P. Frappé, O. Saint-Lary, et D. Pouchain, « Comment les médecins généralistes ont-ils pris la première vague ? », *Presse Médicale Form.*, vol. 2, n° 3, p. 255-258, août 2021, doi: 10.1016/j.lpmfor.2021.06.009.
- (9) L. Gupta, R. Kharbanda, V. Agarwal, D. P. Misra, et V. Agarwal, « Patient Perspectives on the Effect of the SARS-CoV-2 Pandemic on Patients With Systemic Sclerosis: An International Patient Survey », *J. Clin. Rheumatol. Pract. Rep. Rheum. Musculoskelet. Dis.*, vol. 27, n° 1, p. 31-33, janv. 2021, doi: 10.1097/RHU.0000000000001681.
- (10) B. Davin-Casalena *et al.*, « L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 69, n° 3, p. 105-115, juin 2021, doi: 10.1016/j.respe.2021.04.135.
- (11) A. Aajal *et al.*, « Les conséquences du confinement sur les maladies cardiovasculaires », *Ann. Cardiol. Angéiologie*, vol. 70, n° 2, p. 94-101, avr. 2021, doi: 10.1016/j.ancard.2021.01.006.
- (12) A. Grasland *et al.*, « Connaissance et suivi des recommandations de la SFR et vécu de la pandémie à COVID-19 dans une population de patients atteints de rhumatismes inflammatoires », *Rev. Rhum.*, vol. 87, p. A282-A283, déc. 2020, doi: 10.1016/j.rhum.2020.10.512.
- (13) L. N. Horrell *et al.*, « Telemedicine Use and Health-Related Concerns of Patients With Chronic Conditions During COVID-19: Survey of Members of Online Health Communities », *J. Med. Internet Res.*, vol. 23, n° 2, p. e23795, févr. 2021, doi: 10.2196/23795.

- (14) M. Fieux, S. Duret, N. Bawazeer, L. Denoix, S. Zaouche, et S. Tringali, « Téléconsultation en ORL : enquête de satisfaction en période pandémique COVID-19 », *Ann. Francaises Oto-Rhino-Laryngol. Pathol. Cervico-Faciale*, vol. 137, n° 4, p. 236-241, sept. 2020, doi: 10.1016/j.aforl.2020.05.012.
- (15) C.-C. Chiang *et al.*, « Patient experience of telemedicine for headache care during the COVID-19 pandemic: An American Migraine Foundation survey study », *Headache*, vol. 61, n° 5, p. 734-739, mai 2021, doi: 10.1111/head.14110.
- (16) A. Astruc, B. Halioua, J. Zetlaoui, M. Harrizi, A. Bombezin-Domino, et L. Radoszycki, « Impact post-déconfinement de la pandémie de COVID-19 sur les patients chroniques en Europe », *Infect. Dis. Now*, vol. 51, n° 5, Supplement, p. S115, août 2021, doi: 10.1016/j.idnow.2021.06.259.
- (17) C. Ciacci et M. Siniscalchi, « Tips from the battlefield: Psychological support of patients with a chronic illness during the COVID-19 lockdown in four steps », *United Eur. Gastroenterol. J.*, vol. 8, n° 6, p. 741-742, juill. 2020.
- (18) S. De Biase, L. Cook, D. A. Skelton, M. Witham, et R. Ten Hove, « The COVID-19 rehabilitation pandemic », *Age Ageing*, vol. 49, n° 5, p. 696-700, août 2020.
- (19) E. Coma *et al.*, « Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia », *BMC Fam. Pract.*, vol. 21, n° 1, p. 208, oct. 2020, doi: 10.1186/s12875-020-01278-8.
- (20) Bakouny Z, Paciotti M, Schmidt AL, Lipsitz SR, Choueiri TK, Trinh QD. Cancer Screening Tests and Cancer Diagnoses During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol.* 2021;7(3):458-460. doi:10.1001/jamaoncol.2020.7600
- (21) C. Vincelet, M.-L. Forzy, A. Bernoux, et A. Koivogui, « Dépistage du cancer du sein dans deux régions françaises dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19 », *Imag. Femme*, vol. 31, n° 3, p. 130-135, oct. 2021, doi: 10.1016/j.femme.2021.05.004.
- (22) T. E. Van Rheenen *et al.*, « Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project », *J Affect Disord*, vol. 275, p. 69-77, oct. 2020, doi: [10.1016/j.jad.2020.06.037](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.037).
- (23) « CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 ». <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
- (24) M. Sloan *et al.*, « The impact of the COVID-19 pandemic on the medical care and health-care behaviour of patients with lupus and other systemic autoimmune diseases: a mixed methods longitudinal study », *Rheumatol. Adv. Pract.*, vol. 5, n° 1, p. rkaa072, janv. 2021.
- (25) G.Borgès Da Silva, «Qualitative Research: Another Type of Action and Communication». <http://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>
- (26) I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann, A.-M. Lehr-Drylewicz, et P. Imbert, « Introduction à la recherche qualitative », vol. 19, p. 4.
- (27) N. Britten, « Qualitative interviews in medical research. », *BMJ*, vol. 311, n° 6999, p. 251-253, juill. 1995.
- (28) L. Kohn et W. Christiaens, « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets Perspect. Vie Econ.*, n° 4, p. 67-82, 2014.

- (29) J.-P. Lebeau, *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions, 2021.
- (30) C. Pope et N. Mays, « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. », *BMJ*, vol. 311, n° 6996, p. 42-45, juill. 1995.
- (31) Sim J. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *J Adv Nurs*. 1998;28(2):345-52.
- (32) Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019 | L'Assurance Maladie [Internet]..
<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>
- (33) Cambon B, Vorilhon P, Michel L, Cadwallader J-S, Aubin-Auger I, Pereira B, et al. Quality of qualitative studies centred on patients in family practice: a systematic review. *FAMPRJ*. déc 2016;33(6):580-7.
- (34) Cimini CCR, Maia JX, Pires MC, Ribeiro LB, Pinto VS de OEA, Batchelor J, et al. Pandemic-Related Impairment in the Monitoring of Patients With Hypertension and Diabetes and the Development of a Digital Solution for the Community Health Worker: Quasiexperimental and Implementation Study. *JMIR Med Inform*. 29 mars 2022;10(3):e35216.
- (35) Alexander GC, Tajanlangit M, Heyward J, Mansour O, Qato DM, Stafford RS. Use and Content of Primary Care Office-Based vs Telemedicine Care Visits During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open*. 1 oct 2020;3(10):e2021476.
- (36) Guimarães RA, Policena GM, de Paula H da SC, Pedroso CF, Pinheiro RS, Itria A, et al. Analysis of the impact of coronavirus disease 19 on hospitalization rates for chronic non-communicable diseases in Brazil. *PLoS ONE*. 24 mars 2022;17(3):e0265458.
- (37) Chiang CC, Halker Singh R, Lalvani N, Shubin Stein K, Henscheid Lorenz D, Lay C, et al. Patient experience of telemedicine for headache care during the COVID-19 pandemic: An American Migraine Foundation survey study. *Headache*. mai 2021;61(5):734-9.
- (38) Kiss P, Carcel C, Hockham C, Peters SAE. The impact of the COVID-19 pandemic on the care and management of patients with acute cardiovascular disease: a systematic review. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 25 janv 2021;7(1):18-27.
- (39) Briard JN, Ducroux C, Jacquin G, Alesefir W, Boisseau W, Daneault N, et al. Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Stroke Treatment Delays. *Can J Neurol Sci*. janv 2021;48(1):122-6.
- (40) Vincelet C, Forzy ML, Bernoux A, Koivogui A. Dépistage du cancer du sein dans deux régions françaises dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19. *Imag Femme*. 1 oct 2021;31(3):130-5.
- (41) London JW, Fazio-Eynullayeva E, Palchuk MB, Sankey P, McNair C. Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters. *JCO Clin Cancer Inform*. 27 juill 2020;4:CCI.20.00068.
- (42) Zhou Y, Chen S, Liao Y, Wu Q, Ma Y, Wang D, et al. General Perception of Doctor–Patient Relationship From Patients During the COVID-19 Pandemic in China: A Cross-Sectional Study. *Front Public Health*. 6 juill 2021;9:646486.
- (43) Takahara M, Watanabe H, Shiraiwa T, Maeno Y, Yamamoto K, Shiraiwa Y, et al. Lifestyle changes and their impact on glycemic control and weight control in patients with diabetes during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan. *J Diabetes Investig*. févr 2022;13(2):375-85.

- (44) Balanzá-Martínez V, Kapczinski F, de Azevedo Cardoso T, Atienza-Carbonell B, Rosa AR, Mota JC, et al. The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* mars 2021;14(1):16-26.
- (45) Charansonney OL. Physical activity and aging: a life-long story. *Discov Med.* sept 2011;12(64):177-85.
- (46) Lameira D, Lejeune S, Mourad JJ. Le syndrome métabolique : son épidémiologie et ses risques. *Ann Dermatol Vénérologie.* févr 2008;135:249-53.
- (47) Su Y, Rao W, Li M, Caron G, D'Arcy C, Meng X. Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* 31 mars 2022;1-13.
- (48) Ernst M, Niederer D, Werner AM, Czaja SJ, Mikton C, Ong AD, et al. Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *Am Psychol.* 9 mai 2022;
- (49) Creese B, Khan Z, Henley W, O'Dwyer S, Corbett A, Vasconcelos Da Silva M, et al. Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *Int Psychogeriatr.* :1-10.
- (50) Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res.* nov 2020;293:113462.
- (51) Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 févr 2021;281:91-8.
- (52) Wong SYS, Zhang D, Sit RWS, Yip BHK, Chung RY nork, Wong CKM, et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract.* 29 sept 2020;70(700):e817-24.
- (53) Department of Post-Harvest Technology and Marketing, Patuakhali Science and Technology University, Patuakhali, Bangladesh, Sayeed A, Kundu S, Department of Biochemistry and Food Analysis, Patuakhali Science and Technology University, Patuakhali, Bangladesh, Al Banna MdH, Department of Food Microbiology, Patuakhali Science and Technology University, Patuakhali, Bangladesh 4 Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA, et al. MENTAL HEALTH OUTCOMES OF ADULTS WITH COMORBIDITY AND CHRONIC DISEASES DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A MATCHED CASE-CONTROL STUDY. *Psychiatr Danub.* 24 déc 2020;32(3-4):491-8.
- (54) 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]. <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>
- (55) Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):779-88.
- (56) Khedhiri A, Ben Amar A, Kammoun F. Impact psychologique de la pandémie COVID-19 sur une population d'hémodialysés chroniques en Tunisie : étude monocentrique. *Nephrol Ther.* sept 2021;17(5):364.
- (57) Borkowska M, Laurence J. Coming together or coming apart? Changes in social cohesion during the Covid-19 pandemic in England. *Eur Soc.* 19 févr 2021;23(sup1):S618-36.
- (58) HCSP. Impact du Covid-19 sur la santé mentale [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 juill [cité 24 mai 2022].

(59) Maladies chroniques et continuité des soins à l'heure du Covid-19 [Internet]. Acteurs de Santé. <https://www.acteursdesante.fr/maladies-chroniques-et-continuite-des-soins-a-l-heure-du-covid-19/1684/>

(60) Astruc A, Halioua B, Bombezin--Domino A, Wilczynski O, Radoszycki L. Étude en vie réelle sur l'impact de l'épidémie de la COVID-19 sur les patients atteints de maladies chroniques. 2021;14.

(61) Davis EB, McElroy-Heltzel SE, Lemke AW, Cowden RG, VanderWeele TJ, Worthington EL, et al. Psychological and spiritual outcomes during the COVID-19 pandemic: A prospective longitudinal study of adults with chronic disease. *Health Psychol.* juin 2021;40(6):347-56.

(62) Gorin SNS, Jimbo M, Heizelman R, Harnes KM, Harper DM. The future of cancer screening after COVID-19 may be at home. *Cancer.* 2021;127(4):498-503.

(63) « Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers ».
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>

7. Annexes

ANNEXE I : Mail type pour recrutement

Bonjour,

Nous sommes deux internes en médecine générale et nous réalisons dans le cadre de notre thèse de fin d'étude, une étude qualitative sous la direction du Professeur Benoit CAMBON. L'étude s'intéresse au vécu des patients atteint(s) de pathologie(s) chronique(s) durant la pandémie de COVID-19 en Auvergne.

La question de recherche étant : **comment les patients atteint(s) de pathologie(s) chronique(s) ont-ils vécu leur maladie pendant la pandémie en Auvergne ?**

Nous sollicitons votre aide via ce mail, pour le recrutement de patients éligibles et intéressés pour participer aux entretiens.

Vous trouverez en pièce jointe un PDF à votre attention qui explique l'étude et les critères d'inclusions et d'exclusions. Et, un autre PDF, à l'attention des patients éligibles et potentiellement intéressés.

Si des patients sont intéressés (il s'agirait d'en recruter 1 ou 2 par praticien maximum), j'aurais besoin que vous me fassiez un retour de mail avec leur numéro de téléphone afin que nous puissions les recontacter.

Nous vous remercions pour l'aide que vous pourrez nous apporter dans notre travail de thèse.

Bien confraternellement,

Lenka Dieudé et Andy Hugonnier

CONTACT DES INVESTIGATEURS :
DIEUDE Lenka lenka.dieude@etu.uca.fr
HUGONNIER Andy andy.hugonnier@etu.uca.fr

ANNEXE II : Fiche Info Recrutement Médecin/Interne



**UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**

Université Clermont Auvergne

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de notre thèse de fin d'étude et sous la direction du Professeur Benoit CAMBON, nous réalisons une étude qualitative sur le vécu des patients atteints de pathologie chronique durant la pandémie de COVID 19 en Auvergne. L'objectif étant de s'intéresser à leur suivi médical, à l'évolution de leur maladie chronique ainsi qu'à leur santé physique et mentale d'une manière plus globale.

Cette étude est basée sur des entretiens individuels, réalisés au domicile du patients ou à l'occasion d'une visite chez le médecin traitant si un bureau au calme est disponible dans ledit cabinet médical, d'une durée approximative de 30min.

Nous vous sollicitons pour diffuser l'information à vos patients qui seraient susceptibles de rentrer dans les critères de l'étude et qui seraient d'accord pour réaliser l'entretien.

Critères d'inclusion :

- patients **majeurs**
- résidant en **Auvergne**
- atteints par **une ou plusieurs maladies chroniques fréquentes en médecine générale (HTA, Cardiopathie, BPCO, Diabète, Cancer, SAD) ;**
- vivant en **rural, semi rural et urbain, d'âge et de sexe différents (homme et femme), retraité ou non**
- **atteint ou non par la COVID** durant la pandémie
- vacciné ou non contre la COVID

Critères d'exclusion :

- **troubles cognitifs**
- **troubles du langage**
- **patient ne parlant pas couramment ou bien français**

Si un patient est susceptible d'être intéressé, il est important de nous faire un retour de mail avec son identité, ses caractéristiques (comme évoqués ci-dessus) et ses coordonnées téléphoniques.

Nous vous remercions pour l'attention que vous porterez à notre étude et pour l'aide que vous pourrez nous apporter dans notre recrutement.

Bien confraternellement,

Lenka DIEUDE et Andy HUGONNIER

CONTACT DES INVESTIGATEURS :

DIEUDE Lenka, interne de médecine générale - lenka.dieude@etu.uca.fr

HUGONNIER Andy, interne de médecine générale - andy.hugonnier@etu.uca.fr

ANNEXE III : Fiche Info Recrutement Patient



**UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**

Université Clermont Auvergne

Madame, Monsieur,

Nous réalisons une étude, au sein de l'Université de Clermont-Ferrand, auprès de personnes majeures atteintes de pathologie(s) chronique(s) vivant en Auvergne, afin d'apprécier le vécu de leur maladie pendant la pandémie de COVID 19. Cette étude est menée sous la direction du Professeur Benoît Cambon.

L'objectif de cette étude est d'apprécier comment vous avez vécu votre maladie chronique ainsi que votre suivi médical pendant la pandémie de COVID 19. En effet la COVID a modifié de bien des façons la médecine générale et le suivi des patients, ainsi que la santé des gens en général. De plus, la priorité des soins ayant été donnée aux urgences, nous voulions laisser la parole à ceux qui ont été quelque peu mis entre parenthèses durant cette période difficile.

Ainsi, nous souhaiterions que vous nous racontiez votre ressenti vis à vis de votre maladie durant cette période à propos de tout éventuel changement dans la prise en charge de votre pathologie, de vos traitements, ainsi qu'aux différents moyens de suivi que vous auriez pu utiliser durant la pandémie.

Par ailleurs, nous aimerions également explorer s'il y a eu des modifications dans votre santé globale : évaluer l'anxiété liée à la COVID et aux contraintes gouvernementales, mesurer l'évolution (amélioration ou aggravation) de votre maladie chronique. En bref, nous voulons parler avec vous, de vous, de votre maladie et de votre santé pendant le COVID.

Cette étude sera menée sous forme d'entretiens individuels, qui auront lieu soit à votre domicile, soit à l'occasion d'une visite chez votre médecin traitant si le cabinet médical s'y prête ; entretiens qui dureront environ 30 minutes.

L'entretien sera enregistré afin d'être retranscrit sur informatique, anonymisé puis supprimé.

Cordialement,

Lenka DIEUDE et Andy HUGONNIER

CONTACT DES INVESTIGATEURS :

DIEUDE Lenka, interne de médecine générale - lenka.dieude@etu.uca.fr - 06 78 54 73 85

HUGONNIER Andy, interne de médecine générale - andy.hugonnier@etu.uca.fr – 06 01 20 52 11

ANNEXE IV : Formulaire de Non-Opposition



**UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**

Université Clermont Auvergne

Madame, Monsieur,

Nous réalisons une étude, au sein de l'Université de Clermont-Ferrand, auprès de personnes majeures atteintes de pathologie chronique vivant en Auvergne, afin d'apprécier le vécu de leur maladie pendant la pandémie de COVID 19. Cette étude est menée sous la direction du Professeur Benoît Cambon.

L'objectif de notre étude est de mettre en lumière **comment les patients auvergnats atteints de pathologie chronique ont vécu la pandémie de COVID 19.**

LE PARTICIPANT :

Vous serez amené à participer à un entretien oral, individuel, qui sera enregistré, d'une durée moyenne de 30min (modulable selon vos disponibilités). Cet entretien se déroule en présentiel avec l'un des deux investigateurs. Les informations qui seront enregistrées le seront à titre confidentiel et accessibles seulement dans le but de notre étude.

L'enregistrement se fera à l'aide d'un logiciel d'enregistrement vocal protégé par un mot de passe, et donnera lieu à une retranscription écrite semi- intégrale (pas de retranscription des noms propres, dates, données biographiques non utiles aux fins de l'étude) et pseudonymisée (attribution d'un prénom fictif par entretien) qui apparaîtra en annexe de la thèse. Les enregistrements audios sont détruits une fois la retranscription faite.

Le participant déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL :

Il s'engage à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant. En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. *Conformément à l'article L 11221-1 du Code la Santé Publique (loi de mars 2002 relative au droit des malades), les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.*

LIBERTE DU PARTICIPANT :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment, en d'autre terme, vous pouvez cesser de participer à cette étude sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

INFORMATION DU PARTICIPANT :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des investigateurs principaux, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche. Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

FRAIS :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part.

CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées uniquement dans les retranscriptions écrites de façon anonyme et confidentielle pendant 2 ans à compter de la publication de l'étude. Seuls les responsables de l'étude, c'est-à-dire Lenka DIEUDE et Andy HUGONNIER, et leur directeur de thèse : le Professeur CAMBON Benoit, pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes - qui traiteront ces informations dans le plus strict respect du secret médical - votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

LÉGISLATION :

Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA. Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couverts par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli, en contactant l'investigateur de l'étude (andy.hugonnier@etu.uca.fr ou lenka.dieude@etu.uca.fr) et/ou la déléguée à la protection des données (dpo@uca.fr).

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement. Ces données sont conservées pendant 2ans après la publication de l'article et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Fait en double exemplaire à Le..... Signature

CONTACT DES INVESTIGATEURS :

DIEUDE Lenka, interne de médecine générale - lenka.dieude@etu.uca.fr – 0678547385

HUGONNIER Andy, interne de médecine générale - andy.hugonnier@etu.uca.fr - 0601205211

SIGNATAIRES DU DOCUMENT :

CAMBON Benoit (directeur de thèse) ; DIEUDE Lenka ; HUGONNIER Andy

ANNEXE V : Quality Score of qualitative articles according to RATS

RELEVANCE OF STUDY QUESTION
<p>Research question explicitly stated:</p> <p>0 = The research question is not described. 1 = The research question is partially described. 2 = The research question is described in detail.</p>
<p>Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy) :</p> <p>0 = No justification. 1 = Partial justification. 2 = Detailed justification.</p>
APPROPRIATENESS OF QUALITATIVE METHOD
<p>Study design described and justified: Why was a particular method chosen?</p> <p>0 = The study protocol is not described. 1 = The study protocol is described but not justified. 2 = The study protocol is described and justified.</p>
TRANSPARENCY OF PROCEDURES
<i>Sampling</i>
<p>Criteria for selecting the study sample justified and explained (theoretical sampling, purposive sampling etc.) :</p> <p>0 = The selection criteria are not described. 1 = The selection criteria are described but not justified. 2 = The selection criteria are described and justified.</p>
<i>Recruitment</i>
<p>Details of how recruitment was conducted and by whom:</p> <p>0 = The recruitment is not described. 1 = The recruitment is not sufficiently detailed (it lacks either the method of recruitment or the person who recruits). 2 = It is known how and by whom the recruitment was done.</p>
<p>Details of who chose not to participate and why:</p> <p>0 = Not described. 1 = Who refused to participate is known but not the reason for the refusal. 2 = Who refused to participate and why, is known.</p>
<i>Data collection</i>
<p>Data collection method outlined and examples given:</p> <p>0 = The data collection is not described. 1 = The data collection is partially described. 2 = The data collection is described in detail (interview guide published).</p>
<p>Study group and setting clearly described:</p> <p>0 = The characteristics of the sample and the environment in which the study was performed are not described. 1 = Partial description of the characteristics of the sample and the environment. 2 = Precise and complete description the characteristics of the sample (possibly with a table) and the environment (geographical location, etc.).</p>
<p>End of data collection justified and described:</p> <p>0 = The end of data collection is not described. 1 = The end of data collection is just mentioned. 2 = The end of data collection is described (after how many interviews or focus grouped? time limit of collection?) and justified (data saturation?).</p>
<i>Role of researchers</i>
<p>Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)?</p> <p>0 = Neither who interviewed the subjects nor who analyzed the data are known. 1 = Who interviewed the subjects and who analyzed the data are known, but not their profession. 2 = The profession of the researchers who interviewed the subjects and who analyzed the data are known -> It can then be known if the researchers are health professionals and if they interviewed their own patients.</p>

<p>Are the ethics of this discussed ? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?</p> <p>0 = No critical examination of the influence of the researchers on the different stages of the study. 1 = The influence of the researchers is superficially examined. 2 = The influence of the researchers is examined in detail; if the researcher is a health professional and they interview their own patients, the question of ethics is discussed.</p>
<p><i>Ethics</i></p>
<p>Informed consent process explicitly and clearly detailed:</p> <p>0 = No information concerning the clear consent of the subjects. 1 = It is only known that the consent of the subjects was collected. 2 = The consent of the subjects was collected and the procedure was detailed (signed letter sent prior to interviews, etc.).</p>
<p>Anonymity and confidentiality discussed:</p> <p>0 = Neither of these two criteria is cited. 1 = Only one of the two criteria is discussed. 2 = Both criteria are described.</p>
<p>Ethics approval cited</p> <p>0 = Not described. 2 = Described.</p>
<p>SOUNDNESS OF INTERPRETIVE APPROACH</p>
<p><i>Analysis</i></p>
<p>Analytic approach described in depth and justified (thematic analysis, grounded theory or framework approach):</p> <p>0 = The analysis method is not described. 1 = The analysis method is partially described and justified. 2 = The analysis method is described and justified in detail.</p>
<p>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence? Indicators of quality:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive) – Evidence of alternative explanations being sought – Analysis and presentation of negative or deviant cases <p>0 = No criteria are present. 1 = Only certain criteria are present. 2 = All the criteria are present.</p>
<p>Are quotes used and are these appropriate and effective ? Illumination of context and/or meaning, richly detailed</p> <p>0 = No quotations. 1 = A few quotations, but they are not necessarily appropriate. 2 = Numerous quotations that effectively highlight the context and the interpretations of the researchers.</p>
<p>Method of reliability check described and justified (e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?)</p> <p>0 = No verification of the reliability of the results. 1 = Only one of the methods cited above is used. 2 = Two or more methods are used.</p>
<p><i>Discussion and presentation</i></p>
<p>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature and how they contribute</p> <p>0 = Not described. 1 = Partially described. 2 = Completely described.</p>
<p>Strengths and limitations explicitly described and discussed</p> <p>0 = Not described. 1 = Partially described. 2 = Totally described.</p>
<p>Is the manuscript well-written and accessible?</p> <p>0 = The article is not well-written, it is difficult to understand. 1 = The article is quite well-written. 2 = The article is very well-written and clear.</p>

8. Serment d'Hippocrate

SERMENT D'HIPPOCRATE (Conseil national de l'ordre des médecins)

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

VÉCU DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN AUVERGNE : ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

Résumé :

CONTEXTE : La pandémie liée au virus de la COVID-19 a bouleversé la vie quotidienne et l'organisation des soins. Les patients souffrant de pathologies chroniques ont été impactés par ces aléas. Les consultations ont été annulées, reportées ou transformées en téléconsultation. La prévention a été suspendue. Ces patients ont souffert moralement de cette situation.

OBJECTIF : Analyser le vécu des patients atteints de pathologies chroniques pendant la pandémie de COVID-19 en Auvergne.

MÉTHODE : Étude qualitative par 21 entretiens semi-dirigés anonymisés de patients atteints de pathologies chroniques réalisés en Auvergne de novembre 2021 à fin mars 2022. Les verbatims, après avoir été retranscrits intégralement, ont été analysés de manière croisée par 2 chercheurs selon une méthode issue de la théorisation ancrée.

RÉSULTATS : La réorganisation du système de soin a impacté le suivi médical des patients. Les restrictions ont entraîné une limitation d'accès aux soins et un abandon des activités de dépistage avec un risque de complications de la pathologie. Toutefois, les patients étaient satisfaits de la disponibilité de leur médecin traitant. Lorsque les consultations n'étaient pas possibles au cabinet, certains ont eu recours à la télé médecine. L'expérience a été plutôt positive. Les consultations à l'hôpital ont été jugées plus difficiles d'accès avec une inquiétude sur l'évolutivité de leurs pathologies. L'apparition des vaccins a été vécu comme salvatrice et avec l'application des règles sanitaires a permis un retour subnormal à la consultation. La diminution des interactions sociales a eu un impact psychologique défavorable, aboutissant à un isolement et parfois à une aggravation de la dépendance chez les personnes âgées fragiles. Leur vie quotidienne a été perturbé, avec un abandon des règles hygiéno-diététiques du fait des contraintes d'isolement. La diminution des contacts avec l'extérieur a abouti à des difficultés de socialisation qui persistent encore aujourd'hui.

CONCLUSION : La pandémie a été une période difficile pour les patients atteints de pathologies chroniques bouleversant leur vie quotidienne et l'accès aux soins, affectant leur bien être psychologique et donc leur maladie chronique.

Mots-clés :

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| - COVID-19 | - Recherche qualitative |
| - Pathologies Chroniques | - Médecine générale |
| - Suivi médical | - Santé Mentale |