



HAL
open science

Relation médecin-patient : quelles adaptations à la suite de la crise COVID-19 ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie

Anne-Flore Mallet

► To cite this version:

Anne-Flore Mallet. Relation médecin-patient : quelles adaptations à la suite de la crise COVID-19 ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04207366

HAL Id: dumas-04207366

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04207366>

Submitted on 14 Sep 2023

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.

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

Anne-Flore MALLET

NÉE LE 11 octobre 1995 à Dieppe

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

7 septembre 2023

**Relation médecin-patient : quelles adaptations
à la suite de la crise COVID-19 ? Étude
qualitative auprès de médecins généralistes de
Haute-Normandie.**

PRÉSIDENT DE JURY : Pr AUQUIT-AUCKBUR
Isabelle

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr GUILLEMETTE
Sékolène

MEMBRES DU JURY : Dr SIEFRIDT Charlotte,
Dr CHAUVIN Baptiste

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB Cancérologie – Radiothérapie

Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie

Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie

Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN Réadaptation		Les Herbiers Médecine Physique et de
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie

Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale
Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale
Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale
Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale
Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale
Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale
Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) moléculaire (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

Table des matières

I – INTRODUCTION	21
1. RELATION MEDECIN-PATIENT	21
1.1 <i>La relation médecin-patient en médecine générale</i>	21
1.2 <i>Les différents modèles de relation médecin-patient</i>	21
1.3 <i>Ce qui peut interagir dans la relation médecin-patient</i>	23
1.4 <i>Communiquer sur l'incertitude</i>	23
2. LA CRISE COVID-19	24
2.1 <i>L'apparition de la crise</i>	24
2.2 <i>Incertitude et COVID</i>	25
3. SCEPTICISME ET VACCINATION	26
3.1 <i>La vaccination en général</i>	26
3.2 <i>La vaccination en temps de COVID</i>	26
4. L'INFORMATION PAR LES PATIENTS.....	27
4.1 <i>La présence des méthodes alternatives d'information durant la pandémie</i>	27
4.2 <i>La présence des médecins dans les médias</i>	28
4.3 <i>Les fausses croyances</i>	28
4.4 <i>La place du médecin traitant face aux informations extérieures</i>	29
II - MATÉRIEL ET MÉTHODES	30
1. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	30
1.1 <i>Critères d'inclusion</i>	30
1.2 <i>Critères d'exclusion</i>	30
2. METHODOLOGIE	30
2.1 <i>Étude qualitative</i>	30
2.2 <i>Entretiens individuels</i>	31
2.3 <i>Recrutement</i>	31
2.4 <i>Recueil des données</i>	31
2.5 <i>Analyse des données</i>	32
3. CADRE LEGAL.....	32
III- RESULTATS	33
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	33
2. LA RELATION MEDECIN-PATIENT	34
2.1 <i>Ce qui l'influence</i>	34
2.1.1 <i>Ce qui peut la renforcer</i>	34
2.1.2 <i>Ce qui peut la fragiliser</i>	35
2.2 <i>La place du relationnel</i>	36
2.3 <i>Les modifications apportées en consultation par le médecin</i>	37
2.4 <i>Les modifications de comportement du patient vis-à-vis du médecin</i>	38
3. PARTAGER LES CONNAISSANCES	39
3.1 <i>Expliquer au patient</i>	39
3.1.1 <i>Le temps d'explication</i>	39
3.1.2 <i>Laisser le choix au patient</i>	40
3.2 <i>Gérer l'incertitude</i>	41
3.2.1 <i>Être transparent</i>	41
3.2.2 <i>Gérer le manque de connaissances</i>	42
3.3 <i>La place de la communication médecin-patient dans l'information par les médias</i>	43
3.3.1 <i>La place des médias en consultation</i>	43
3.3.2 <i>Les recherches autonomes</i>	44
4. LES MODIFICATIONS DE LA DISTANCE.....	45
4.1 <i>Le port du masque</i>	45
4.1.1 <i>Rôle dans la compréhension du patient</i>	45
4.1.2 <i>Autres impacts</i>	46
4.2 <i>L'éloignement physique</i>	47
4.3 <i>Les nouveaux apprentissages</i>	48

5.	L'INTEGRATION D'AUTRES MODES DE COMMUNICATION	48
5.1	<i>La téléconsultation</i>	48
5.1.1	Parfois une aide.....	48
5.1.2	... mais qui ne séduit pas toujours.....	49
5.2	<i>Le téléphone, les mails</i>	50
5.2.1	Au moment du COVID	50
5.2.2	Dans le cas général	51
5.3	<i>Les documents d'information</i>	52
6.	L'IMPLICATION DES MODIFICATIONS DE RELATION APPLIQUEE AUX SOINS.....	53
6.1	<i>La vaccination</i>	53
6.2	<i>Les traitements</i>	54
6.3	<i>Le médecin dans son exercice</i>	54
IV-	DISCUSSION	56
1.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	56
1.1	<i>Forces</i>	56
1.2	<i>Limites</i>	56
2.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	57
2.1	<i>La communication</i>	57
2.2	<i>La relation globale</i>	60
V-	CONCLUSION	63
VI-	ANNEXES	65
SOURCES	67

I – Introduction

1. Relation médecin-patient

1.1 La relation médecin-patient en médecine générale

La **relation médecin-patient** s'inscrit en médecine générale comme une composante à part entière de la consultation. Il n'est « pas d'acte médical, aussi technique fut-il en apparence, qui ne comporte une part relationnelle et sans doute aussi émotionnelle ». (1)

La **Wonca Europe**, en 2002, rappelle que « chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée ; la valeur de la relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste – médecin de famille et est en elle-même thérapeutique ». (2)

Le relation médecin-patient n'est garantie que sous couvert du **secret médical**, afin que les échanges soient réalisés en toute confiance.

Les philosophes ayant étudié cette relation mettent en avant « l'éthique, la responsabilité du soignant et l'empathie ». (1)

1.2 Les différents modèles de relation médecin-patient

La relation médecin-patient peut être historiquement décrite selon plusieurs modèles(1) (3).

Le **modèle paternaliste** dans lequel la plus grande partie du pouvoir de décision appartient au médecin, il guide le patient, et met en place les différents examens et thérapeutiques dans le but de soigner ce dernier au mieux, selon ce qu'il a déterminé comme la meilleure stratégie. Le patient n'a comme pouvoir que celui de consentir ou non. L'information est dite autoritaire, d'une personne qui sait, à une personne en demande.

Le modèle **informatif**, où le praticien fournit les informations, les faits, objectifs, et n'influence en aucun cas la décision du patient qui choisit l'intervention finale seul.

Vient ensuite le **modèle interprétatif**, qui reprend les informations fournies comme dans le modèle informatif, mais dans lequel le médecin agit comme conseiller, sans pour autant prendre de décision.

Enfin le **modèle délibératif** qui permet au praticien de rechercher une persuasion morale en s'appuyant sur les valeurs du patient ainsi que de nombreuses explications. Il cherche alors à ce que le patient réalise les examens ou prenne les traitements proposés, en ayant son aval résultant d'explications et d'un choix commun, d'un dialogue. Ce dernier modèle apparaît actuellement comme le plus équitable, l'évolution au fil des années visant à respecter de plus en plus l'opinion et le choix du patient.(4)

Cette relation reste souvent **asymétrique**, plaçant le patient en position de « demande, d'attente de soins » et le médecin en position « de pouvoir », de celui qui détient le savoir.

En effet, le cadre initial de soins est fixé par le médecin. Le patient peut voir en son médecin une image parfois parentale ou protectrice. Mais cela ne doit pas être entretenu. La relation doit tendre à être la plus égalitaire possible. Elle tend à devenir consensuelle. (5)

Les connaissances d'un médecin généraliste, diversifiées, doivent permettre une « mise en perspective [...] des faits nouveaux », le dialogue étant centré sur l'individu. (1)

On trouve plus récemment un **modèle consumériste** qui se développe, où la médecine devient un service que le patient achète. « L'acte médical est dès lors revendiqué comme un dû et non comme un service rendu ». (1)

1.3 Ce qui peut interagir dans la relation médecin-patient

Différents **concepts de communication** influencent la qualité de la relation (du côté du médecin et du patient) (6) :

- les représentations psychologiques du patient et du médecin, liées à leurs histoires personnelles, leurs cultures, croyances et valeurs
- les représentations sociales particulièrement dans les groupes sociaux (tels que les médecins)
- les émotions et leur gestion
- le langage verbal (comprenant le vocabulaire utilisé), non verbal (l'attitude du médecin) et para-verbal (l'intonation)
- la proxémie
- l'environnement

On retrouve également d'autres facteurs intercurrents. (7).

L'ancienneté de la relation peut la renforcer. Une relation ancienne et ancrée permettra de jauger le patient plus rapidement, et de lui donner une réponse plus adaptée. Une relation récente pourra mettre plus en difficulté les 2 parties. (8)

Le **manque de temps** peut, lui, fragiliser la relation médecin-patient. Par manque de temps, le patient peut ne pas se sentir écouté, et le médecin, pressé, n'expliquera pas autant qu'il l'aurait pu. Un médecin disponible rassurera mieux son patient. Cela peut majorer le sentiment **d'écoute** du patient, souvent recherché.

De même, la présence de **l'ordinateur** représente une barrière physique entre le praticien et son patient. (7)

1.4 Communiquer sur l'incertitude

L'incertitude est présente au quotidien en médecine. Le médecin doit donc savoir communiquer en conséquence.

On retrouve **3 niveaux** d'incertitudes décrits (9) « un niveau 1 qui résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible, un niveau 2 qui dépend des limites propres à la connaissance médicale, un niveau 3 qui tient à la difficulté pour un praticien donné de faire la part du premier et du deuxième niveau ».

Le médecin généraliste étant confronté à un **champ étendu** de demandes, il est également confronté à un grand nombre d'incertitudes.

La posture face à cette incertitude peut être variable (9):

- biaisée : on réduit la plainte du patient à des questions dont on maîtrise la réponse
- prégnante : on pousse les examens complémentaires à leur maximum
- explorée : on prend de la distance vis-à-vis des standards biomédicaux au profit de l'expérience
- contenue : on retrouve un versant plutôt économique des préoccupations du médecin, avec une notion de consultations rapides, excluant les pathologies lourdes ou chroniques.

Une thèse de médecine générale de 2021 (10) abordait les réactions des patients face à l'incertitude médicale. Elle concluait que l'incertitude, composante indispensable de la relation médecin-patient était mieux tolérée dans le cadre d'une **relation ancienne**. Le patient semblait satisfait par « le travail sur la gestion de l'incertitude et sa révélation ».

Cette incertitude est majorée en cas d'évènement inattendu et inconnu comme l'a été la crise COVID-19 (11).

2. La crise COVID-19

2.1 L'apparition de la crise

Début 2020, la France a connu la crise du COVID-19. Apparue en 2019 à Wuhan, ce nouveau coronavirus présentait une contagiosité importante ainsi que des conséquences pouvant être mortelles. C'est en mars 2020 que la France est touchée pour la première fois de manière importante, menant à un premier confinement.

À la suite de cela, viendront différentes vagues épidémiques dans le pays, nécessitant de nouveaux confinements et restrictions.

Cela a été le moment de mise en place des gestes barrières :

- le port du masque, marquant une première distance physique, par le fait que le visage n'était plus visible ;
- la distanciation physique, allant de pair avec l'arrêt des habitudes sociales telles que faire la bise ou serrer la main.

Par précaution, la population était invitée à limiter ses déplacements, si bien que même les déplacements chez le médecin ont été rares en début de pandémie. La pandémie a été le moment de **retards diagnostics** pour de nombreux patients. On retrouve notamment dans une étude de 2020 (12) un nombre de diagnostics de troubles mentaux inférieur de moitié au nombre attendu, de même pour le diabète. En mai 2020, on observait une réduction de 44% des diagnostics de cancer comparés au nombre attendu (12). Les prescriptions liées à ces diagnostics ont également été largement diminuées.

2.2 Incertitude et COVID

Ce début de crise a été très rapide, avec un constat d'**urgence** initiale.

Cette notion d'urgence a pu amener la population à douter des « décisions médicales et sociales ». Il y avait alors des difficultés d'anticipation générées par les incertitudes. Initialement, la gestion de cette crise a été similaire aux précédentes crises qui avaient été de courtes durées. La prolongation de cette crise n'avait pas été anticipée et à mesure des avancées, on a observé une remise en question des différentes décisions prises initialement.(13)

3. Scepticisme et vaccination

3.1 La vaccination en général

En 1798, Edward Jenner finalise sa première expérience de vaccination, qui prouvera que l'on peut, en « contaminant » un patient avec un pathogène semblable à celui d'intérêt, éviter à ce même patient de développer la maladie. (14)

Depuis, de nombreux vaccins ont été développés et ont permis l'éradication de plusieurs virus. Pour d'autres pathogènes, « seul le maintien d'une bonne couverture vaccinale [...] permet de tenir ces maladies à distance », comme le rappelait l'INSERM en 2022.(15)

En 2019, l'OMS affichait **l'hésitation vaccinale** dans « sa liste annuelle des dix plus grandes menaces à la santé mondiale. » (16). L'hésitation s'est construite avec la suspicion d'un lien entre le vaccin contre la rougeole et l'autisme puis le vaccin contre le papillomavirus, ou encore l'échec de la vaccination H1N1.

La France est l'un des pays les plus concernés, comme dit dans le Wellcome, dans un rapport de 2018 : « en France, un tiers de la population n'est pas d'accord avec le fait que les médicaments ne sont pas dangereux, le pourcentage le plus haut de tous les pays. » (17)

Le Cairn apporte trois explications à ce phénomène : le « manque de connaissances, les biais de cognition ordinaire, la montée d'un mouvement antiscience ». (16)

3.2 La vaccination en temps de COVID

Il est rapidement apparu que la solution à cette pandémie serait la mise au point du vaccin. Ce dernier a mis moins d'un an à être réalisé.

En janvier 2021 débutait la période de vaccination en France, concernant d'abord les populations les plus à risque et les plus exposées, puis s'étendant peu à peu au reste de la population, par étapes successives. Cette période de vaccination a été le lieu d'un grand questionnement des patients, qui se retournaient fréquemment vers leur médecin généraliste pour répondre à leurs questions.(18)

Lors de cette période, on a pu voir émerger des théories divergentes, pour certaines qualifiées de **théories du complot**, et autres fausses croyances sans apports scientifiques.

4. L'information par les patients

4.1 La présence des méthodes alternatives d'information durant la pandémie

Dès le début de la pandémie, les **médias** se sont emparés du sujet et ont tenu la population informée régulièrement. Les reportages se sont multipliés et chaque jour l'on pouvait trouver divers décomptes, ceux des contaminations, des hospitalisations, des décès(19). Pour grand nombre de patients, ce traitement de l'information a pu apparaître comme anxiogène. Malgré tout, chaque information avait de l'importance dans ce contexte d'incertitude.

L'information par des **recherches internet** représente depuis plusieurs années un facteur modifiant la relation médecin-patient. (20) Les patients, après leurs recherches, auraient une façon différente « d'envisager la santé, entraînant des changements importants dans les comportements qui lui sont associés », en effet le recours aux soins serait modifié, les patients majorant leurs visites. Ils poseraient également plus de questions aux médecins, en présentant l'information recueillie au praticien, comme preuve de leur implication dans leur santé. Cela « permettait à certains patients de se positionner comme **partenaires du processus** de soin de manière plus éclairée ». Cela peut donc être perçu comme une évolution positive.

La part négative de cette information serait de « désacraliser » le savoir médical et de donner le sentiment au patient d'avoir la même connaissance que le praticien. Ces informations doivent malgré tout se décortiquer avec un recul suffisant, ainsi que des connaissances scientifiques adaptées. (20)

Durant la pandémie, du fait des différents confinements et des incertitudes multiples, les patients se sont beaucoup informés. Ils ont donc beaucoup consulté internet et écouté les médias cités précédemment. (21)

4.2 La présence des médecins dans les médias

Cette période de flou a été l'occasion d'interroger divers intervenants et notamment des médecins, virologues, urgentistes, généralistes, infectiologues ou tous autres spécialistes. Ces médecins pouvaient alors apparaître comme détenteurs de l'information scientifique. Or, il est apparu des divergences lors des différentes interventions, alors même que chacun pouvait tenir une position assez ferme.(22) Les incertitudes majorées, ajoutées au manque de repères ont pu créer chez les patients une certaine **méfiance**.

4.3 Les fausses croyances

Au cours des premiers mois de pandémie, les données ont beaucoup évolué tout comme les recommandations. Il a pu être difficile pour la population de s'adapter à chaque information.

Plusieurs informations étaient ajoutées chaque jour et parmi elles, en sont apparues de fausses, difficiles à trier. Ces fausses informations se transmettent jusqu'à « six fois plus rapidement que les informations vérifiées ».(23)

De nombreuses théories sont donc apparues, par exemple : (18)(23)

- sur l'origine de la pandémie et sa réalité
- les méthodes de propagation du virus
- les objectifs de la pandémie
- les risques liés aux dépistages comme le fait que la PCR par écouvillon nasal pouvait endommager la barrière hémato-encéphalique
- la dangerosité des vaccins, contenant tantôt des puces 5G, tantôt des produits mortels
- les objectifs de surveillance généralisée

Tout cela a pu créer des tensions entre les patients et leurs médecins.

On a pu également observer l'impact de certains événements anxiogènes, concernant par exemple la vaccination. La vaccination a débuté avec notamment le vaccin AstraZeneca, qui a rapidement été suspendu dans plusieurs pays d'Europe, ce qui

était « susceptible [...] de renforcer la défiance vaccinale » ainsi que les théories au sujet de la vaccination. (24)

Une thèse de 2020 a montré l'anxiété et ses déterminants au décours de la première vague de l'épidémie de COVID-19.(25) Elle met en avant la solitude et l'anxiété des médecins face aux incertitudes et aux fausses croyances.

La pandémie peut donc être vue comme un tournant dans la relation du médecin et son patient.

Le médecin a dû gérer les moyens d'informations à la disposition du patient : les médias. Ces médias étaient le moyen par lequel circulaient les fausses informations.

4.4 La place du médecin traitant face aux informations extérieures

Face aux informations recherchées sur internet, le médecin a d'autant plus le rôle d'**éclairer** le patient sur les informations trouvées. Le patient attendait alors une « discussion d'égal à égal » avec les connaissances ainsi constituées. Ces connaissances restent partielles et impersonnelles, ce qui peut inquiéter le patient, l'amener à consommer des médicaments inutiles, et rendre son parcours de soin plus complexe. (1)

Dans une thèse de 2017, il apparaissait que les patients, après avoir écouté les diverses informations, venaient « chercher une validation par leur médecin traitant »(21). Le rapport avec le médecin traitant reste primordial et la **clé de voûte** de la prise en charge du patient.

La pandémie du COVID-19, initialement qualifiée de crise avec de multiples vagues a modifié la relation médecin-patient en introduisant différents paramètres déjà connus pour la fragiliser ou la renforcer.

Cette thèse apparait 3 ans après le début de la crise COVID-19, l'objectif de notre travail était donc de répondre à la question suivante : comment les médecins généralistes ont-ils adapté leur relation médecin-patient à la suite de la crise du Covid-19 ?

II - MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Constitution de l'échantillon

1.1 Critères d'inclusion

Les médecins recrutés étaient des généralistes, qui devaient exercer selon les mêmes modalités depuis la crise de la COVID-19, ou avoir modifié leur pratique depuis peu de temps. Leur lieu d'exercice devait être en Seine-Maritime ou dans l'Eure.

Par ailleurs, nous avons recruté un échantillon en recherchant une variation maximale. Cette variation s'est faite sur le type de structure, les modalités d'exercice : âge, sexe, milieu d'installation (urbain, rural, semi-rural), accueil d'étudiants, structure d'exercice.

1.2 Critères d'exclusion

Nous avons choisi d'exclure les médecins ayant une spécialité autre que la médecine générale ou une activité majoritaire différente de la médecine générale, les médecins généralistes avec une activité s'étant significativement modifiée depuis la crise de la COVID-19 (installation, passage en milieu hospitalier).

2. Méthodologie

2.1 Étude qualitative

Une étude qualitative « vise à explorer le sens, le ressenti, la valeur de phénomènes, à construire des hypothèses, à développer des théories. Elle repose généralement sur des entretiens individuels ou des focus groups qui sont tous deux structurés par des guides d'entretien. [...] »

2.2 Entretiens individuels

Ceux-ci ont été réalisés sur la base d'un guide d'entretien semi-directif (cf. Annexe), composé de questions ouvertes définissant les thèmes à explorer mais permettant au médecin interrogé une liberté d'expression.

Des sous-questions étaient également prévues pour permettre de rediriger l'entretien dans la direction du sujet de la thèse.

Un entretien facultatif a pu être réalisé avec un étudiant en 6^e année de médecine pour vérifier la compréhension des questions.

Le guide d'entretien initial a été modifié après la réalisation de 3 entretiens, afin de permettre une meilleure compréhension et une meilleure appréhension du sujet.

2.3 Recrutement

La majorité des praticiens a été recrutée par effet boule de neige. Ils ont été initialement contactés par le biais d'une messagerie universitaire sécurisée permettant la protection des données. Les courriels contenaient le sujet de l'étude ainsi que les modalités de leur participation.

Il était ensuite convenu, avec leur accord, d'un rendez-vous afin de réaliser l'entretien, en présentiel ou en visio-conférence selon les contraintes géographiques.

Certains praticiens nous ont également contactés directement à la suite d'une communication par le syndicat Regjin.

Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données.

2.4 Recueil des données

Les données ont été recueillies et enregistrées par le biais des applications « dictaphones » de 2 smartphones ainsi que par la dictée vocale d'un 3^e smartphone. Tous les entretiens ont été réalisés par l'investigateur principal, permettant leur reproductibilité.

2.5 Analyse des données

Les entretiens réalisés, une fois retranscrits ont été codés, via le logiciel NVivo® puis les différents codages ont été regroupés.

La triangulation des données a été réalisée par une interne de médecine générale formée à la méthode qualitative.

3. Cadre légal

Les participants ont tous signé une feuille de consentement autorisant l'enregistrement des entretiens ainsi que l'utilisation des données pour la réalisation de l'étude.

L'enregistrement a été fait auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'université.

Aucun autre accord n'était nécessaire pour ce travail, l'étude étant située hors catégorie de la loi Jardé.

III- Résultats

1. Description de la population

L'âge des participants variait de 32 à 67 ans.

Sur les 14 participants, tous recevaient sur rendez-vous.

La durée moyenne des entretiens était de 32 minutes.

Les entretiens ont été réalisés entre février 2023 et mai 2023.

	Age	Sexe	Année d'installation	Mode d'exercice	Étudiants reçus	Milieu d'exercice	Durée entretien (min)	Mode d'entretien
M1	61	H	1993	Cabinet de MG	SN1 + externes	Ville	15	Présentiel
M2	39	F	2013	Cabinet de MG	-	Ville	30	Téléphone
M3	37	F	2015	MSP	SASPAS + externes	Semi-rural	16	Présentiel
M4	48	H	2010	MSP	-	Semi-rural	30	Visio
M5	32	F	2017	Remplaçante + salariée	-	Mixte	45	Visio
M6	55	F	2006	MSP	-	Ville	25	Présentiel
M7	47	F	2010	Cabinet de MG	SN1 + externes	Ville	28	Présentiel
M8	46	F	2014	Cabinet de MG	-	Rural	32	Téléphone
M9	36	H	2018	MSP + Salariat	SN1 + externes	Rural	37	Visio
M10	67	H	1988	Cabinet de MG	SASPAS + externes	Rural	45	Visio
M11	34	F	2019	Cabinet de MG	-	Semi-rural	25	Visio
M12	64	H	1993	Cabinet de MG	SASPAS + externes	Ville	53	Présentiel
M13	42	H	2018	Cabinet seul	-	Rural	32	Visio
M14	34	F	2019	Cabinet de MG	-	Semi-rural	33 min	Visio

2. La relation médecin-patient

2.1 Ce qui l'influence

2.1.1 Ce qui peut la renforcer

Lors des entretiens, les médecins nous ont rapporté que la relation médecin-patient était renforcée avec **les années**.

M14 : « Ma relation s'est modifiée, oui, je dirais en positif, parce que je les connais de mieux en mieux [...] »

M9 : « Enrichir mon exercice, ma relation médecin-patient par le temps, par le fait d'être médecin de famille, de faire les liens »

M12 : « [...] j'ai appris à les connaître donc on a des relations anciennes, de confiance, très anciennes »

Certains disent même **s'attacher** avec les années.

M2 : « [...] ce qui a changé c'est d'avoir des relations de plus en plus intimes avec les gens, [...] la relation est plus strictement médicale, elle implique de l'affect »

M9 : « [...] c'est le médecin qui suit, qui s'attache à ses patients, les patients qui s'attachent à leur médecin »

On a pu retrouver dans tous les entretiens le fait que la patientèle **correspond** au médecin, ce qui renforce la confiance.

M13 : « On dit toujours que la patientèle se fait à l'image du médecin, je pense que ça se fait petit à petit »

M6 : « Les patients nous correspondent quand même »

Ils rapportent également une **confiance** évidente du patient avant le COVID.

M4 : « Le rapport de confiance en la médecine je pense qu'avant il coulait un peu de source »

Certains médecins ont rapporté que cette confiance avait été renforcée à la suite du COVID.

M7 : « [...] peut-être qu'il y a eu plutôt un renforcement du lien de confiance, c'est un peu comme si c'était [...] un point d'ancrage, quand ils ont des questions c'est là qu'ils viennent les poser »

M6 : « [...] oui après il y a une relation plus proche, encore plus de confiance, et on peut même parler un peu d'amitié »

2.1.2 Ce qui peut la fragiliser

La **pandémie** a pu pour certains venir diminuer la confiance du patient.

M4 : « [...] justement tu vois je pense que l'épidémie de COVID ça a peut-être parfois un peu ébréché le vernis. [...] Le rapport de confiance en la médecine je pense qu'avant il coulait un peu de source »

On nous a également rapporté que la **méfiance** avait pu être **renforcée** chez les patients déjà méfiants.

M7 : « Je dirais que c'est juste que ça a renforcé l'opinion de ceux qui avaient déjà tendance à se méfier » ; « Ces gens qui étaient méfiants le sont encore plus et sont même devenus carrément opposés »

M14 : « Et ceux que je n'arrivais pas à convaincre avant, c'est les mêmes maintenant »

Certains praticiens pensent avoir **perdu** des patients, car ils pensent ne pas s'être bien adaptés à eux.

M8 : « [...] c'est un peu biaisé car ceux qui m'emmerdaient je les ai virés ou ils sont partis tous seuls »

Ne pas être le médecin traitant a pu pour certains être d'autant plus compliqué.

M5 : « [...] la relation est pas exactement pareille en remplacement que quand on est médecin traitant des gens »

D'autres n'ont **pas vu de modification** de la relation à la suite du COVID.

M11 : « Au niveau relationnel global, j'ai pas ressenti de changement dans les interactions directement avec le patient »

2.2 La place du relationnel

Les médecins ont à plusieurs reprises évoqué le fait que le relationnel avait pris une place de plus en plus **importante** pour eux.

M12 : « Je suis de plus en plus dans le relationnel »

M10 : « [...] j'ai peut-être progressé dans l'analyse de la personnalité de certains de mes patients » ; « [...] je me dis que finalement pour moi ça a été une chance, [...] ça m'a permis d'être beaucoup plus clair vis-à-vis de mes patients »

Ils nous ont également expliqué être plus précis dans leurs explications, le vivant comme une sorte de « **franchise** » plus importante.

M10 : « Il était content que je lui dise les choses de façon claire nette et précise, sans compromission en quelques sortes »

M12 : « On a créé une relation bien plus franche »

A contrario, on nous a également expliqué être parfois plus directif.

M9 : « [...] je dirais que je les drive plus, je me suis posé la question récemment, « attention de laisser de la place à l'écoute » »

2.3 Les modifications apportées en consultation par le médecin

La **gestion** de la consultation a été modifiée du fait de la pandémie.

M1 : « Le médecin est obligé de mettre plus d'énergie pour essayer de contrôler justement, pas avoir une heure de retard à la fin des consultations »

Cela peut parfois mettre le praticien en **difficulté**.

M10 : « J'ai ces 2 contraintes un peu contradictoires : écouter les gens, qui ont besoin de parler, de raconter leurs difficultés et en même temps ne pas aller n'importe où, poser les questions pour aller à l'essentiel »

Le temps de l'examen clinique a dû être souvent diminué au profit du **temps d'écoute**.

M1 : « On passe plus de temps à expliquer, à essayer de les déstresser, il y a une partie de la consultation qui sert à ça, pas que dans l'examen clinique et [...] leur pathologie propre »

Le temps de consultation apparaissait fréquemment **trop court**.

M10 : « Le temps de consultation est pas suffisant pour pouvoir régler beaucoup de choses »

Un praticien nous a même indiqué avoir modifié son **planning**, cela pour faire suite à la plus grande disponibilité à laquelle s'étaient habitués les patients durant la pandémie.

M3 : « Rallonger mes consultations avec mes patients chroniques ça c'est très confortable et du coup j'ai du mal à revenir à des consultations plus courtes avec eux » ; « J'ai moins de créneaux d'urgences aujourd'hui que j'en avais avant le COVID »

2.4 Les modifications de comportement du patient vis-à-vis du médecin

Plusieurs médecins ont estimé que les patients sont plus **exigeants** maintenant.

M11 : « [...] ils ont du mal à supporter l'attente »

M9 : « [...] plus de demande d'immédiateté, j'ai le sentiment qu'il faut répondre plus vite »

M13 : « On a l'impression qu'il y a un côté consommateur »

Les motifs de consultation par rendez-vous semblent s'être **multipliés**.

M14 : « On a 10 demandes sur une consultation, toutes plus ou moins légitimes, plus ou moins urgentes »

M13 : « Le nombre de motifs de consultation par consultation a augmenté »

Ils sont aussi nombreux à avoir noté une plus grande **anxiété** des patients.

M11 : « [...] je trouve les patients plus anxieux qu'au début de mon exercice »

M9 : « Je les trouve pas en forme moralement mes patients en ce moment »

Malgré tout, on nous a rapporté une certaine **bienveillance** des patients vis-à-vis de leur médecin traitant.

M14 : « [...] je dirais qu'ils sont plutôt bienveillants, [...] ils sont attentifs à nous »

3. Partager les connaissances

3.1 Expliquer au patient

3.1.1 Le temps d'explication

Plusieurs médecins ont insisté sur la nécessité d'apporter **des explications**, majorée depuis la pandémie.

M1 : « On passe plus de temps à expliquer aux patients »

M2 : « Ce qui permet de débloquer certaines incompréhensions, certaines difficultés, [...] c'est d'avoir plus de temps pour expliquer »

M7 : « [...] ça nous a obligés nous médecins à expliquer plus un certain nombre de choses » ; « il y a un travail éducatif majeur qu'il faut prendre en compte, prévoir et inclure dans les consultations de manière systématique »

Ce temps passé pouvait parfois aider à **renforcer** la relation.

M11 : « Ils sont contents qu'on leur consacre du temps, [...] pour de la réassurance et de l'écoute »

Les explications ne répondaient pas aux **modalités** habituelles notamment pour un praticien.

M10 : « Il y a un grand effort de pédagogie qui moi m'a passionné, parce que c'était complètement nouveau dans notre pratique »

Ils ressentaient que leur **conviction** personnelle était un appui dans les explications.

M7 : « Si moi je suis convaincue, « bon bah on va le faire alors » »

3.1.2 Laisser le choix au patient

Les médecins donnaient une importance particulière au fait d'exprimer au patient que le **choix** lui était libre et personnel.

M7 : « Je veux impérativement verbaliser le fait à chaque fois, et leur redire, que [...] c'est votre choix à vous »

On retrouvait régulièrement une volonté **d'aider** le patient à faire ce choix seul.

M7 : « On ne peut être que des sources d'information mais jamais des sources de décision à leur place »

Cela pouvait mener parfois à des **désaccords** entre le praticien et le patient.

M13 : « [...] après on reste maître de ce qu'on s'injecte donc si vous voulez pas, vous voulez pas, mais vous me ferez pas dire que vous aurez mon accord pour ça »

M10 : « S'ils ont fait des choix, je respecte, je leur dis que je respecte, mais qu'ils se trompent »

3.2 Gérer l'incertitude

3.2.1 Être transparent

L'incertitude était volontiers **exprimée** par les médecins.

M3 : « [...] dans la communication avec les patients je pense que c'est de rester honnête »

M4 : « C'est finalement une règle que je me suis donnée dès le début, de leur dire quand je ne savais pas »

M9 : « Ça me fait pas peur de partager l'incertitude » ; « Gérer l'incertitude c'est notre métier »

M11 : « J'ai pas de complexe à dire que je ne sais pas, je trouve ça plus honnête »

Une médecin **remplaçante** nous a rapporté l'avantage de ce statut pour gérer l'incertitude.

M5 : « Peut-être que c'est quelque chose que je me permets plus de dire aux gens, comme je suis remplaçante »

Certains rapportaient des **difficultés** en lien avec l'expression de l'incertitude.

M1 : « [...] quand on sait pas c'est compliqué de dire aux gens bah on sait pas, on vit un peu au jour le jour »

M9 : « C'était assez inconfortable pendant le COVID parce qu'on était dans l'incertitude totale »

Malgré cela, les patients semblaient en **confiance** face à ces informations.

M8 : « [...] on savait pas où on allait mais ils le savaient eux-mêmes, pour autant ils faisaient confiance »

Le discours **évolutif** était pour l'un des praticiens une des caractéristiques recherchées de son métier.

M9 : « Ça correspond à ce que j'imagine de mon exercice, un exercice qui évolue »

3.2.2 Gérer le manque de connaissances

Les médecins ont dû accepter le fait que l'information qu'ils avaient, et celles que les patients avaient, **évoluaient** au même rythme.

M5 : « Ça a mis peut-être une sorte de relation d'égalité au niveau des connaissances, tellement personne connaissait rien »

Les informations reçues par les médecins n'étaient d'ailleurs que **partielles**.

M1 : « On recevait des mails tous les jours de la DGS avec des infos, de la désinfo, on savait pas tellement sur quel pied danser, c'était un peu compliqué de gérer tout ça »

Pour gérer toutes ces incertitudes, les médecins revenaient à un **argumentaire scientifique**.

M3 : « Il faut avoir des informations scientifiques fondées »

M14 : « Voilà ce que j'en pense, et les arguments scientifiques et non pas sortis de mon chapeau »

Le manque de connaissances apparaissait **inconfortable** parfois à gérer.

M5 : « Dans l'ensemble c'est pas très confortable quand on nous pose des questions et qu'on n'a pas les réponses »

Certains médecins ont opté pour **l'anticipation**.

M13 : « Je prévenais à l'avance que ce qui était valable aujourd'hui ne le serait peut-être pas demain »

3.3 La place de la communication médecin-patient dans l'information par les médias

3.3.1 La place des médias en consultation

Les informations apportées par les médias étaient au centre de la conversation, et se présentaient parfois comme une **barrière** entre le patient et le praticien, qui devait s'efforcer de revenir à des données objectives.

M3 : « C'était difficile de revenir à un argumentaire scientifique pour les patients, leur dire que [...] ce qu'on dit à la télé c'est pas forcément les données scientifiques »

Pour plusieurs praticiens interviewés, les médias favorisaient **l'anxiété** chez les patients.

M14 : « [...] l'anxiété majorée par les infos »

Les médecins ont donc eu un sentiment négatif sur la place des médias.

M5 : « Je dirais négatif parce que c'est chronophage »

M1 : « Les médias sont de toute façon très délétères »

L'aspect **chronophage** des explications à donner sur ce que les patients avaient entendu en amont des consultations nous a également été rapporté.

M9 : « Quand on a des gens en face de nous [...] il faut dépenser énormément d'énergie pour combattre une fausse croyance »

Les patients venaient néanmoins chercher chez le médecin une forme de **validation**.

M3 : « J'ai entendu ça à la télé mais je voudrais votre avis docteur »

M6 : « Ce qu'on disait avait peut-être encore plus de poids que d'habitude »

On note aussi que la place des médias aurait **régressé** depuis la fin de la pandémie.

M8 : « Ceux qui l'étaient restent informés mais c'est les mêmes qu'avant »

3.3.2 Les recherches autonomes

Il était important, pour certains médecins interrogés, d'aider leurs patients à avoir les **bonnes informations**.

M10 : « J'ai pas envie de laisser des choses fausses se répandre » ; « Disons que je suis peut-être un peu plus exigeant [...] je suis un peu plus carré avec mes patients, je ne les laisse plus raconter tout et n'importe quoi »

M13 : « [...] il a fallu faire de l'éducation de patients sur les sources »

Les médecins ont également pris conscience des **recherches orientées** des patients.

M7 : « [...] je suis sûrement plus consciente à la fois que les gens ne savent pas grand-chose ou que quand ils savent des choses c'est souvent assez biaisé » ; « On sent que les informations sont déjà triées [...] c'est le système des moteurs de recherche et des clics à répétition, on ne va que sur des choses qui renforcent notre opinion »

M9 : « Les gens essayent de se renseigner, globalement ils se font peur, ils vont voir des choses qui les mettent dans une espèce d'état de catastrophisme »

Les patients n'abordent pas directement leurs recherches, et le praticien doit alors **enquêter** sur leurs craintes.

M10 : « J'hésite pas à mettre les pieds dans le plat »

La notion de recherches autonomes semblait plus présente dans la **jeune patientèle**.

M11 : « [...] ils ont souvent besoin d'infos, ils échantonnent dessus, ils boivent pas les paroles du médecin, la jeune génération »

4. Les modifications de la distance

4.1 Le port du masque

4.1.1 Rôle dans la compréhension du patient

La communication non verbale et para verbale a été mise à mal par le port du masque. Les praticiens nous ont parlé de ce dernier comme d'une **barrière** aux émotions du patient.

M5 : « Je pense que le non verbal est toujours là mais il est plus long du coup » ; « Il faut attendre plus longtemps pour se rendre compte de l'émotion des gens, en se concentrant bah...sur les yeux » ; « On a besoin d'analyser sans rien dire »

M12 : « On perçoit un peu le sourire mais c'est un peu comme ne pas déshabiller le patient quand on l'examine, il y a plein de choses qu'on perçoit pas avec ce masque »

Le fait que les lèvres soient masquées était également rapporté comme un **problème**.

M12 : « [...] les personnes avec des problèmes d'audition, derrière le masque c'est encore pire, ils peuvent plus lire sur les lèvres »

4.1.2 Autres impacts

Les praticiens ont parfois évoqué le port du masque comme une **protection** pour eux, ce qu'ils estimaient positif.

M5 : « [...] une distance qui doit peut-être nous rendre les consultations plus confortables » ; « Je suppose que je suis peut-être moi aussi protégée par le masque du fait que justement l'autre personne ne sait pas trop ce que je ressens aussi »

Certains médecins ont parfois **redouté** le retrait de ce masque.

M5 : *Ne plus l'avoir maintenant ça imposerait un effort supplémentaire »*

Les médecins interviewés qui s'étaient installés peu avant la pandémie n'ont pas connu d'emblée les **visages** de leurs patients, ce qui était inhabituel.

M9 : *[...] j'en ai beaucoup connu toujours avec un masque, et je découvre les visages maintenant »*

M6 : « Je pense qu'avec les patients que je ne connaissais pas avant le COVID c'est un peu différent, eux me voient tout le temps avec le masque, les autres m'ont vue sans masque »

4.2 L'éloignement physique

La nécessité de **distance** instaurée depuis la pandémie a pu être ressentie comme difficile par les praticiens interrogés, la proximité représentant un pan à part entière de la relation.

M2 : « Je me souviens de moments où j'avais vraiment envie de prendre la main d'un patient et j'ai dû me retenir sous prétexte de gestes barrières »

On pouvait malgré cela retrouver une **proximité** différente.

M6 : « La bienveillance elle passe pas toujours forcément par la poignée de main ou par ce masque »

D'autres avaient une opinion **plus nuancée** sur ces modifications.

M2 : « Il y a finalement des choses que j'ai trouvé plutôt adaptées notamment ne pas serrer la main, porter une blouse, le port du masque... »

M6 : « La poignée de main à l'arrivée ils ont eu un peu de mal mais ça change pas grand-chose »

Malgré tout, même si la poignée de main n'est plus de rigueur aujourd'hui, d'autres **gestes** se sont avérés indispensables dans les consultations.

M2 : « J'ai assez rapidement repris la petite main sur l'épaule »

M6 : « Je fais encore passer ma chaleur par les gestes, je leur frotte le dos, je leur frotte le bras »

Sur le plan **vestimentaire**, certains médecins ont ajouté une barrière physique supplémentaire depuis la pandémie.

M2 : « Je porte toujours une blouse maintenant »

4.3 Les nouveaux apprentissages

Ces différentes modifications en consultation ont permis à plusieurs médecins d'ajouter des **automatismes**, ou de nouvelles habitudes en consultations.

M5 : « [...] le masque quand on est malade c'est bien de l'avoir »

Même si pour certains, cette habitude du masque a pu être vite oubliée, ainsi que les raisons de son port. Cela peut être source de **conflit** entre le médecin et le patient

M12 : « Ils disent tous, « on porte encore le masque ici mais y'a plus de COVID » [...] ils ont un peu oublié ce qu'était la pathologie infectieuse, ils voient ça comme une obligation légale qu'une protection nécessaire pour eux et les autres »

5. L'intégration d'autres modes de communication

5.1 La téléconsultation

5.1.1 Parfois une aide...

Pendant la pandémie, ce mode de consultation a pu apparaître comme une **aide** dans la communication.

M13 : « [...] ça m'a bien servi quand c'était la panique générale et que personne se déplaçait »

Pour certains praticiens, après une période d'adaptation, ces téléconsultations sont devenues un **outil** à part entière.

M3 : « [...] alors que maintenant c'est des choses que je vais faire en téléconsultation, et coter en téléconsultation et c'est plus cadré »

M7 : « La téléconsultation je l'utilisais pas du tout avant, on l'a mise en place à ce moment-là et on continue à l'utiliser » ; « Maintenant je sais quand je peux dire oui ou non à une téléconsultation, mettre des limites »

5.1.2 ... mais qui ne séduit pas toujours

Plusieurs praticiens ont rapporté avoir privilégié l'utilisation du téléphone à celle de la vidéo, en utilisant malgré tout la **cotation** de téléconsultation.

M14 : « J'ai pas fait de téléconsultations, les trois que j'ai faites c'était par téléphone parce qu'il fallait brancher une caméra etc et c'était compliqué donc je me suis pas pris la tête »

M4 : « C'est arrivé assez souvent que je prenne des patients au téléphone et qu'après je fasse une cotation téléconsultation parce que c'était suffisant »

M8 : « J'en ai fait par téléphone je vais pas mentir »

Pour certains, les téléconsultations représentaient une **barrière** relationnelle.

M6 : [...] on va droit au but et au revoir »

M11 : « J'ai besoin de la relation avec le patient en face »

La plupart n'avaient **pas été conquis** par ce système de consultation.

M12 : « Oui j'en ai fait au tout début, j'en fais peut-être une par mois maintenant mais j'ai toujours du mal, c'est pas un outil qui me satisfait »

M9 : « J'ai fait un peu de téléconsult pendant le COVID mais finalement après je m'y suis pas mis, je m'y retrouve pas trop »

M14 : « La téléconsultation ça existe, on fait notre drive, on prend une téléconsultation chez le médecin et ils prenaient ça pour tout et n'importe quoi »

5.2 Le téléphone, les mails

5.2.1 Au moment du COVID

Au temps de la pandémie, les médecins ont majoré leurs échanges par **téléphone**, ce qui a renforcé leur relation avec certains patients.

M10 : « J'ai remarqué que les patients ont vachement apprécié ça, qu'on les rappelle, qu'on prenne soin d'eux. [...] un certain nombre de nouveaux patients ont souhaité que je sois leur médecin traitant parce que je les rappelais même plus que les recommandations »

M12 : « Dans le relationnel on a été plus à aller les chercher »

On nous a rapporté avoir parfois appelé les patients pour les amener à consulter, par **manque de travail** sinon.

M8 : « [...] on s'est retrouvés avec un agenda vide, on a dû s'adapter, appeler les gens, c'était nul ce qu'on faisait »

D'autres ont communiqué par mails, et cela leur porte aujourd'hui **préjudice**.

M8 : « [...] j'envoyais les ordos par mon mail perso qui a diffusé à plein de gens »

5.2.2 Dans le cas général

Les médecins nous ont rapporté la majoration des échanges par mails depuis la pandémie, pouvant **fragiliser** la relation avec des visions différentes pour le patient et le médecin.

M3 : « [...] ils nous sollicitent beaucoup par mail dans le côté relationnel, ce qui est parfois difficile parce que je voulais recadrer sur le fait qu'on fait pas des consultations par mail » ; « On est obligés de rappeler qu'on n'est pas dans notre boîte mail toute la journée, que c'est pas des consultations d'urgence, que ça remplace pas une consultation »

Ces mails étaient perçus comme un **accès facilité** au médecin.

M3 : « Sur le côté mail, ça permet aux patients d'avoir un accès direct »

Un autre changement étant que les résultats d'examens pouvaient volontiers être rendus par téléphone.

M5 : « On rend je pense beaucoup plus de résultats par téléphone »

Certains ont rapporté avoir une communication facile par **SMS**.

M4 : « [...] ils communiquent facilement par sms aussi mes patients »

On note depuis la pandémie, l'apparition d'outils plus **sécurisés** d'échanges d'informations.

M12 : « Peut-être que les institutions ont réalisé que ce genre d'outils pouvaient nous aider dans la communication avec les patients en dehors de la consultation »

On nous a également parlé d'une tablette connectée, dont l'utilisation avait pu se développer avec la pandémie.

M12 : « On a une tablette avec les infirmières avec un stéthoscope connecté »

5.3 Les documents d'information

Nous avons questionné les médecins sur leur utilisation de documents d'information pour communiquer depuis la pandémie, pour informer autrement. Les réponses ont été quasi unanimes : ils n'utilisent pas plus de documents aujourd'hui et ce pour diverses raisons.

La première raison était le fait que ces documents étaient souvent **détruits**.

M2 : « On n'a pas de prospectus dans la salle d'attente parce qu'on se les fait rapidement déchiqueter »

M3 : « [...] ils sont souvent chiffonnés, gribouillés par les gamins en salle d'attente »

Certains avaient également le sentiment que les patients n'étaient **pas sensibles** aux documents proposés.

M3 : « [...] je pense que les patients se sentent pas forcément concernés, des fois ils voient même pas les affiches »

Le **temps** de rédaction d'un document valable était aussi un argument.

M3 : « [...] je pense que c'est long de rédiger ce genre de document et d'avoir un document fiable »

6. L'implication des modifications de relation appliquée aux soins

6.1 La vaccination

La pandémie a laissé des traces notamment au sujet de la vaccination. Certains patients présentent plus de **réticences**.

M8 : « Je pense que les vaccins sont beaucoup moins acceptés que ce qu'ils ne l'étaient avant »

M2 : « C'est pas vraiment une méfiance vis-à-vis de la vaccination en elle-même mais plutôt un ras-le-bol d'avoir été trop vacciné »

Parfois on nous a seulement rapporté une majoration des **questions**, mais semblant utiles.

M3 : « Je trouve qu'on me pose plus de questions qu'avant quand je vaccine, les gens sont pas réfractaires mais ils vont me demander [...] ils ont compris que le vaccin c'est pas juste une piqûre dans le bras »

A contrario, on a pu nous rapporter que la vaccination était facilitée depuis la pandémie.

M4 : « [...] j'ai l'impression que ça a pu faciliter l'adhésion de patients » ; « j'ai l'impression que ça a pu faciliter les choses, d'avoir autant vacciné les gens de façon un peu forcée »

6.2 Les traitements

Les praticiens nous ont à plusieurs reprises rapporté que le rapport des patients aux **traitements** s'était modifié.

M1 : « [...] regarder les effets indésirables, il y a plus effectivement, les gens vont plus rechercher, lire les notices des médicaments »

M3 : « [...] ils posent plus de questions sur les effets indésirables à l'instauration d'un traitement »

M7 : « Ils s'interrogent plus maintenant du coup, ils ont généralisé, ce que je trouve plutôt sain, c'est de se poser des questions ; « [...] selon comment on l'exprime soit de remise en cause soit de mise en perspective parce que c'est pas forcément une remise en cause »

M10 : « C'est sûr que ça a accentué la méfiance vis-à-vis des traitements »

6.3 Le médecin dans son exercice

Plusieurs médecins interviewés ont rapporté être plus **épanouis** dans leur exercice à la suite de tous ces changements.

M3 : « [...] j'ai trouvé un confort à avoir plus de temps »

M10 : « Je me dis finalement pour moi ça a été une chance »

A contrario, d'autres ont rapporté se sentir **lassés** de certaines tâches qui ne les lassaient pas avant, du fait d'y avoir passé davantage de temps.

M4 : [...] je pense que ça a exacerbé l'agacement par rapport à toutes les tâches de surveillance des patients »

D'autres, au sortir de cette période et en lien avec les changements d'attentes des patients, ont senti leur **patience** se modifier.

M9 : « [...] je suis un peu moins patient en ce moment »

IV- Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Forces

Nous avons cherché à réaliser une variation la plus large possible sur le recrutement.

Tous les entretiens ont été réalisés par le même investigateur, permettant une meilleure reproductibilité.

Le guide utilisé pour la réalisation des entretiens a été adapté après 3 entretiens, afin de permettre une plus grande validité interne.

Nous avons choisi un axe différent des travaux retrouvés sur la pandémie, en abordant la relation médecin-patient autour de la crise.

1.2 Limites

Nous n'avons pas interrogé de praticien exerçant sans rendez-vous. Cela peut s'expliquer par la raréfaction de cette pratique.

De même, un seul praticien exerçant seul a participé à ce travail.

L'étalement des entretiens sur une période de 3 mois a favorisé une disparité des réponses : les premiers entretiens ont été réalisés en période d'épidémie virale, avec un port du masque systématique, les derniers ont été réalisés alors que l'on sortait du port du masque obligatoire en ville et à l'hôpital.

À noter par ailleurs un biais de subjectivité lors des entrevues, minimisé par la présence d'un guide puis par la triangulation des données.

2. Discussion des principaux résultats

2.1 La communication

Depuis la pandémie, différents facteurs ont pu affecter la communication. Certains se sont pérennisés.

Un des pans de la communication est le **non verbal**, « nous exprimons nos mimiques par des mouvements rapides et souvent discrets du visage qui reflètent notre état d'esprit et notre attitude à l'égard de l'interlocuteur », ainsi que par des gestes, « des mouvements des bras, des mains, des doigts » (26). Si l'on considère que « plus la communication verbale est limitée, plus une place importante est accordée à la communication non verbale » (26), on peut aisément penser que la réciproque est vraie.

Le **port du masque**, rapidement obligatoire en situation de soins et aujourd'hui souvent recommandé, a introduit une barrière physique, affectant la communication non verbale. Il est devenu plus difficile de percevoir certaines **émotions** chez le patient, ce que les praticiens ont regretté.

On a pu retrouver dans une thèse de 2022 cette notion de distance « en partie soutenu[e] par la difficulté de reconnaître le visage de certains patients » ainsi que dans « les difficultés ressenties dans l'échange et l'appréciation des émotions ». L'expression épargnée était la peur, exprimée par le regard. (27)

Le port du masque peut donc être à l'origine d'un **effort supplémentaire** du praticien, notamment pour ajuster son « comportement de façon plus ou moins consciente en fonction de l'état émotionnel de l'autre ». (27)

Ces résultats sont étayés par une étude plus ancienne, de 2013, qui montre que le masque réduit l'empathie perçue par le patient. (28)

Comment les médecins ont-ils **pallié** cela ? Des adaptations ont été mises en avant dans une thèse récente, d'avril 2023, sur l'impact des mesures barrières sur la relation médecin-patient, notamment « faire face aux patients, parler lentement, augmenter le volume de la voix, utiliser des technologies qui convertissent la parole en écrit ».

Parfois, ils n'ont « pas hésité à retirer leurs propres masques, [...] devant la difficulté selon eux à transmettre de l'empathie en sa présence ». (29)

Des médecins ont édité des conseils pour les autres praticiens, afin de limiter l'impact du masque, relayés par *The Hearing Review*, impliqués dans l'appareillage des patients présentant des défauts d'audition. Dans cet article, on trouve une synthèse des conseils évoqués précédemment en un tableau à visée pratique. (30)

Ce masque a aussi pu être perçu comme une **protection** pour les médecins interrogés, qui n'avaient plus à contrôler toutes leurs expressions et mimiques.

Nous n'avons pas retrouvé ces éléments dans la littérature.

Nous nous sommes interrogés sur l'intérêt que pourrait avoir le fait de **dissimuler ses émotions** pour le praticien. Ces dernières s'expriment par le langage corporel « implicite », « non conscient ». L'expression des émotions est vue de différentes manières selon les médecins, qui pour certains « craignent d'être submergés »(31). Ils voient même parfois le fait de ne pas les laisser paraître comme une aide pour prendre une décision adéquate. Le masque pourrait donc entrer dans ce cadre, comme une protection pour le praticien.

Cela pourra être vécu par le patient comme un manque d'empathie, car l'on retrouve que pour lui, cette empathie passe en grande partie par les émotions dégagées par le médecin. (31)

On retrouve dans un travail de 2017 à propos des émotions des médecins généralistes la divergence d'opinions entre les praticiens qui pour certains perçoivent une plus-value dans leur relation à exprimer leurs ressentis, et d'autres qui cherchent à s'en protéger afin de coller à l'image « d'une personne forte, qui ne s'émeut pas ». (32)

Nous nous sommes alors demandé pourquoi certains avaient conservé le port du masque malgré les inconvénients rapportés. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de réponse à cette question, seulement des articles de divers journaux qui rapportaient par exemple la peur des virus.

À l'inverse, nous n'avons pas trouvé de sources à propos du retrait du masque malgré les points positifs évoqués. Cela peut s'expliquer par le fait que le Covid ait été la

première période durant laquelle le masque a été porté si largement et que le retrait du masque systématique est assez récent au moment de notre travail.

Une autre barrière a été introduite et s'est pérennisée, le fait de **ne plus serrer la main**. Les médecins ont pour la plupart adapté leur relation à cette modification en passant par d'autres gestes pour faire passer les émotions.

On retrouve que le fait de ne plus serrer la main a pu créer « un refroidissement dans l'accueil, [...] déshumaniser la relation ». De ce fait certains médecins « n'hésitaient pas à faire des entorses à ces mesures barrières lorsqu'ils l'estimaient nécessaire ». (29)

Dans ce contexte de communication non verbale altérée, la **communication verbale** a donc pris davantage de place.

On a constaté **l'absence de techniques de communication** bien définies chez les praticiens interrogés, ainsi que de documents utilisés pour étayer cette communication. Cela apparaissait déjà en 2018, dans une thèse qui abordait « l'absence d'utilisation d'outils voire de techniques de communication. Cette discipline s'inscrivant dans une démarche purement instinctive ». (33)

Cela apparaît également dans une thèse de 2021, où « peu [des médecins] ont spontanément réussi à verbaliser leur méthode ». (34)

Il pourrait être intéressant de permettre aux praticiens de **prendre conscience** des outils utilisés spontanément, et d'aller plus loin, notamment par la Programmation Neuro Linguistique (PNL) qui « propose des procédures permettant au médecin de coacher son patient vers un objectif de santé », favorisant une posture active du patient. (35)

Dans la formation des internes de médecine générale telle qu'elle apparaît aujourd'hui, on retrouve d'ailleurs la communication comme une préoccupation à part entière. Une thèse de 2019 à propos de la formation à la communication par simulation permettait d'envisager un nouvel outil pour les futurs praticiens en les mettant face à des situations pratiques avec des acteurs.

On retrouve malgré tout une notion : les praticiens feraient preuve de plus de **franchise** avec les patients depuis la crise COVID.

Dans un même temps, ils rapportent tous avoir majoré leur temps d'explications. Il semble important pour les praticiens de savoir qu'ils aident le patient à faire ses propres choix, et non de choisir en son nom.

Le contenu des consultations est lui aussi modifié, et depuis la pandémie, on remarque qu'un temps de la consultation est consacré à la gestion de l'anxiété des patients.

On retrouve ce rôle d'information face à l'anxiété dans une thèse de mars 2023, sur l'anxiété des patients, précisant que « le médecin généraliste joue alors un rôle d'information et d'explication auprès des patients pour les aider à mieux comprendre la maladie, les mesures de protection et de dépistage ». (36)

L'**anxiété**, déjà présente dans les consultations avant la pandémie, a été majorée depuis cette période, et les médecins interrogés semblaient y être plus attentifs depuis. Il semble donc intéressant de se demander si les médecins ont pris davantage conscience de cette problématique dans leurs consultations, ce que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature.

2.2 La relation globale

En commençant notre travail, nous avons comme arrière-pensée que la pandémie avait pu fragiliser la relation médecin-patient. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons pu remarquer que les praticiens rapportaient une relation de confiance maintenue, voire **renforcée** à la suite de la pandémie. Si certains rapportaient une baisse de cette confiance, elle était plutôt temporaire, et surtout rapportée à la vaccination.

Une thèse de novembre 2020 étudiait le vécu des médecins généralistes. Elle survenait donc au cours du deuxième confinement et avant les différentes problématiques liées à la vaccination. Les médecins ressentaient alors pour 75% d'entre eux que leur relation médecin-patient était renforcée. (25)

Cette période difficile, d'incertitudes, a majoré la nécessité de **validation** des informations extérieures par le médecin, qui se place la plupart du temps comme le référent scientifique. Les médecins ont alors rapporté avoir eu un rôle important pour aider les patients à distinguer les informations fiables de celles qui ne l'étaient pas, et

à repérer les « fake news ». On retrouve dans une thèse de médecine générale de 2023 la notion du « rôle d'interlocuteur privilégié du médecin généraliste [ainsi que le fait que cela a accentué] son rôle en matière d'éducation. ». (29)

Cette même étude de 2023 semble en accord avec le **renforcement** du lien de confiance que nous avons évoqué, et nous dit que « [la relation] s'est même intensifiée grâce notamment au renforcement des rôles d'interlocuteur privilégié, de soutien, et d'éducation du médecin généraliste, ce qui a permis aux patients [...] de se rendre compte de l'importance du médecin généraliste et de cette relation médecin-patient ». Ce travail était initialement réalisé sur les gestes barrières pendant le Covid-19 et il semble que les ressentis des médecins lors de la pandémie se soient pérennisés.

Une autre thèse de 2021, réalisée en région PACA évoque même « une forme d'empathie envers le corps médical » et un « besoin d'être rassuré et informé » par les médecins. (37)

Notre travail met aussi en avant le fait que les patients méfiants ne seraient pas devenus confiants, mais auraient plutôt renforcé leur sentiment de méfiance envers la médecine et/ou les médecins.

En ce qui concerne les **incertitudes**, les médecins ayant participé à notre travail ont rapporté s'être aisément exprimés à ce sujet, depuis ce contexte. Ces incertitudes ont été décrites comme anxiogènes dans d'autres travaux. On peut alors craindre une différence de perception de l'expression de l'incertitude, vécue comme une force par le praticien mais comme un **facteur d'anxiété supplémentaire** par le patient. (10)

Une thèse de 2021 à ce sujet concluait que pour contrebalancer l'honnêteté sur ses doutes, il fallait rassurer le patient avec ce que l'on sait, afin de lui redonner un cadre. Il était précisé que le fait de « garder une démarche diagnostique rigoureuse et une communication honnête et approfondie avec le patient » (38) permettait de pallier le sentiment d'anxiété du patient.

On a pu également retrouver qu'être confronté à l'incertitude pouvait avoir un effet bénéfique chez le praticien, et lui permettre une « évolution favorable » en recherchant à se **former** davantage. (39)

Nous avons cherché un autre axe pour expliquer le renforcement de cette relation, celui de la crise traversée ensemble et de la notion de **stress post-traumatique**. Le

traumatisme psychique « est l'effet [...] de certains évènements qui vont entraîner une blessure du psychisme ». Au cours de notre travail, nous avons pu remarquer que les médecins abordaient fréquemment l'anxiété persistante depuis la pandémie. Le fait que cette période ait confronté les patients à « une menace de mort » a pu y participer. On retrouve également que le fait « pour un professionnel, [...] [d']être exposé de manière répétée à des détails difficiles, peut également causer un traumatisme ». (40) Si l'on extrapole, on se rend compte que selon ces définitions, la pandémie a pu générer un contexte propice au stress post-traumatique. On a pu retrouver que les médecins étaient 20% à présenter un stress post-traumatique en fin d'année 2020. (41)

Les patients et les praticiens ont vécu cette période parallèlement, et ont pu évoluer ensemble, ce que rapportent bien les médecins dans notre travail : ils ont vu leurs connaissances et leurs expériences progresser dans la même temporalité.

Nous avons donc fait le parallèle avec d'autres évènements traumatisants. Dans ces cas, la relation humaine (les groupes de paroles par exemple) a une grande importance. Cela peut même créer des relations de confiance, du fait d'avoir pu, à un temps donné, partager son ressenti et ses difficultés. Nous pensons que ce phénomène a pu avoir lieu lors de cette pandémie.

Nous avons retrouvé dans un travail datant de 2015 le fait que « la confiance semble nécessaire pour construire collectivement du sens face à une crise » (42). Le fait, pour plusieurs acteurs, d'agir dans le même sens participerait à créer « un climat de confiance », validant les décisions prises qui ne sont alors plus individuelles. Cette confiance ainsi acquise peut alors se prolonger au-delà de la crise.

V- Conclusion

Notre travail apparaît plus de 3 ans après le début de la pandémie COVID-19. Il s'est attelé à percevoir les modifications de la relation médecin-patient survenues depuis la pandémie et qui se sont pérennisées.

Nous nous sommes aperçus que ces modifications s'étaient faites positivement, renforçant la confiance du patient. Les praticiens semblent, quant à eux, plus satisfaits de la relation qu'ils ont construite.

Durant la crise, la relation médecin-patient semble s'être adaptée instinctivement afin de permettre aux médecins comme aux patients de traverser cette période.

Cela paraît être vrai pour toutes les crises, dans lesquelles la relation de confiance prend une grande place pour surmonter la période difficile.

Nous pensons donc que la pandémie, au même titre que d'autres crises, a pu laisser une relation médecin-patient renforcée du fait d'avoir vécu les mêmes événements traumatiques, ensemble. Avoir partagé les incertitudes, l'anxiété, les décisions complexes (telles que la vaccination) y a probablement contribué.

Une partie des modifications observées concerne la communication verbale et non verbale, du fait du port du masque et de l'éloignement physique.

À l'issue de ce travail, il nous semblerait intéressant de se demander pourquoi certains praticiens ont conservé le port du masque, malgré les points négatifs qui y sont attribués ; et a contrario, pourquoi le retrait a été si vastement accepté malgré les points positifs évoqués.

Il apparaît également que la communication sur l'anxiété s'est majorée depuis la pandémie. Ces facteurs auraient pu fragiliser la relation médecin-patient, au vu de nos recherches préalables.

Dans ce contexte, les praticiens ont su accroître leur communication verbale, du fait de la régression de la communication non verbale.

Que cela concerne la gestion des émotions, de l'anxiété ou de la communication verbale, on retrouve fréquemment le fait que les praticiens agissent instinctivement, sans prendre conscience de tous les mécanismes d'adaptation ou outils développés. Or, plus on prend conscience de ce que l'on fait, plus on peut agir dessus. Il pourrait donc être utile de développer les mécanismes déjà existants, en en prenant davantage conscience.

Pour cela, nous pourrions proposer aux praticiens de « théoriser » leur pratique en groupe de pairs, comme dans les situations de simulation réalisées pour les internes, en échangeant sur des cas cliniques.

Une approche telle que décrite par Michael Balint trouverait sa place dans ce cadre, plaçant le médecin lui-même comme thérapeutique. Elle permettrait au praticien, en échangeant avec des pairs, d'en apprendre davantage sur ses émotions, pour mieux les analyser. Cela sous-entendrait que le praticien prenne le temps d'analyser son propre ressenti, en analysant la consultation présentée, et ce grâce aux questions de ses pairs. Il peut également être intéressant de constituer des groupes pluriprofessionnels, permettant un autre regard sur les situations.

Tout cela fait appel à un concept plus large qu'est la réflexivité, permettant de critiquer les interactions intuitives avec le milieu qui nous entoure. Il existe dans ce cadre des formations tout au long du parcours du praticien.

Pour prendre conscience des mécanismes employés, il faudra attendre d'avoir pris suffisamment de recul sur la situation, afin de pouvoir analyser au mieux les émotions générées.

Cela peut également être valable pour le patient. S'il prend conscience des mécanismes qu'il a mis en place durant cet épisode et au décours, il sera plus à même d'appréhender de futurs éventuels obstacles.

VI- Annexes

Guide d'entretien

Avant d'entamer notre entretien à proprement parler : pouvez-vous vous présenter, vous et votre mode d'exercice ? Ce dernier est-il le même qu'en début d'année 2020 ?

1) Comment percevez-vous la relation avec vos patients ces temps-ci ?

2) Dans quelle mesure votre relation médecin-patient s'est-elle modifiée ces dernières années ?

- Ces modifications ont-elles eu lieu positivement ou négativement d'après votre ressenti ?
- Avez-vous le sentiment de devoir convaincre ou au contraire qu'il est plus simple de vous faire entendre ?
- Comment cela a-t-il modifié le déroulé de vos consultations ? Changement temps de consultation ?
- Avez-vous perçu des modifications du comportement du patient vis à vis du médecin (Agressivité, Reconnaissance...) ?
- Si modifications ressenties, vous paraissent-elles liées à la crise du covid 19 ou sont-elles ressenties comme une évolution naturelle de la relation ?

3) Quels moyens sont employés pour s'adapter à ces modifications ?

- Quelles méthodes de communication employez-vous ?
- Utilisez-vous des documents ou des supports nouveaux ? Si oui, lesquels ?
- Comment faites-vous usage des différents supports ? (Donnés directement, mis dans la salle d'attente)

4) Dans quelle mesure pensez-vous que le type de patientèle que vous avez influence votre relation ?

- Patientèle qui a confiance VS plutôt méfiante ?
- Comment vivez-vous la grande confiance de vos patients, le cas échéant ? (Qui ne saurait pas entendre l'incertitude)
- Avez-vous pu leur faire part de vos incertitudes pendant la crise du COVID 19 ? Comment avez-vous pu partager cela ?

5) Percevez-vous une différence de relation avec les patients qui ont eu le covid au 1^{er} confinement ? Dans quelle mesure ?

6) Quelle place plus ou moins importante ont pris les opinions extérieures (non médicales) d'après vous dans vos consultations ?

- Quelle place prennent les recherches personnelles des patients ? Vous semble-t-elle plus importante qu'auparavant ?
- En quoi les médias jouent-ils un rôle d'après vous ?
- Comment gérez-vous les connaissances et demandes supplémentaires des patients ?

7) Quelle influence ont eu les nouveaux moyens de communication : téléc, téléphone, mail ?

- Comment les réalisiez-vous ?
- Rémunération ?
- Suites à la crise, quelle place ces méthodes prennent-elles ?
- Comment gérez-vous les demandes téléphoniques nouvelles éventuelles ?
- Durant le covid, les patients se sont habitués à une certaine dispo des médecins, cela a-t-il changé votre fonctionnement après la crise ?

8) En tant que praticien, comment avez-vous géré d'éventuelles remises en question de vos propositions médicales par les patients ?

- Sujet de la vaccination ? Ex : bexsero, hpv, rotavirus, grippe
- Traitements et leurs effets indésirables en général ?

9) Comment avez-vous vécu ces changements ?

10) Quel apprentissage avez-vous fait pour d'éventuelles crises à venir dans votre relation au patient ?

Sources

1. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 9 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/contenus-de-la-relation-medecin-malade-place-des-modeles-psychologiques/>
2. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. In 2002.
3. Droits de l'Homme et Biomédecine [Internet]. [cité 14 mai 2023]. IV. Cadre théorique de la relation médecin-patient - Droits de l'Homme et Biomédecine - www.coe.int. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/theoretical-framework-of-the-doctor-patient-relationship>
4. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. *Can Fam Physician*. nov 2012;58(11):e618-9.
5. Univ Lorraine. Concepts et savoirs de base en santé publique - Disciplines concourantes. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23857/mod_resource/content/1/co/RelaMed.html
6. V. GENOT-GIRARD. Communiquer dans une relation de soins [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2018/02/Communiquer-dans-une-relation-de-soins.pptx-Lecture-seule.pdf>
7. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 oct 2021;205(8):857-66.
8. Centre d'éducation du patient. La relation soignant-soigné, une relation bien particulière? Comment se caractérise-t-elle? 20 déc 2016; Disponible sur: <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/les-attentes-du-patient>
9. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé*. 2008;26(1):67-91.
10. DEBOSQUE FOUCARD MA. Les réactions des patients face à l'incertitude médicale estimées par le médecin généraliste [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3730/1/2021TOU31114.pdf>
11. Duez M, Mermier M. COVID-19 : rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône. 2 déc 2020;34.
12. Williams R et al. Impact du confinement : les retards au diagnostic confirmés en médecine générale. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/congres-scientifiques/eccvid/2020/fi/actualites-sur-la-covid-19/content/impact-du-confinement-les-retards-au-diagnostic-confirmes-en-medecine-generale>
13. Bungener M. Temps de crise du Covid en tension entre immédiateté, durabilité et incertitudes. *Médecine Palliat*. nov 2022;21(6):352-6.
14. NAME C. L'histoire de la vaccination | vaccination-info [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.vaccination-info.be/histoire-de-la-vaccination/>
15. <https://www.facebook.com/inserm.fr>. Inserm. [cité 2 août 2023]. Vaccins et vaccinations · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/vaccins-et-vaccinations/>
16. Ward JK, Peretti-Watel P. Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses. *Rev Fr Sociol*. 2020;61(2):243-73.
17. Wellcome. How does the world feel about science and health ? [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://wellcome.org/sites/default/files/wellcome-global-monitor->

2018.pdf

18. Hansen JC, Carpentier JP, Martin R. COVID-19 : doit-on se faire vacciner ? Fantôme du risque et risque fantasmé. *Me´decine Catastr Urgences Collect.* mars 2021;5(1):105-10.
19. Covid-19 : une couverture média parfois anxiogène [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/1261/3077/61396/0/PositionDetails.aspx>
20. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? *Commun Rev Commun Soc Publique.* 1 déc 2013;(10):1-24.
21. Desbureaux P. Médias, médecin, patient: une relation à haut risque? Étude qualitative auprès de treize patients de médecine générale dans la région Picardie.
22. Pougnet R, Pougnet L. En quoi la pandémie Covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical ? *Ethique Sante.* mars 2022;19(1):31-8.
23. Bottemanne H. Théories du complot et COVID-19 : comment naissent les croyances complotistes ? *L'Encephale.* oct 2022;48(5):571-82.
24. La suspension d'AstraZeneca vue de Twitter [Internet]. [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.visibrain.com/fr/blog/experts-thierry-herrant-decrypte-le-scandale-astrazeneca-en-ligne/>
25. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient. 2020;
26. Académie suisse des sciences. Guide pratique assm communication [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiK7bXm79KAAxXGUqQEUIDB_8QFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.samw.ch%2Fdam%2Fjcr%3Aa90c757b-111d-4290-a642-a356bab2e935%2Fguide_pratique_assm_communication.pdf&usq=AOvVaw3rw-DrKD1jb41wjTa5DkjD&opi=89978449
27. Passerieux A. Impact du port du masque sur la relation médecin-patient : ressenti des médecins généralistes [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03567001/document>
28. Wong CKM, Yip BHK, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MCS, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. *BMC Fam Pract.* 24 déc 2013;14:200.
29. Impact de certaines mesures barrières sur la relation médecin-patient pendant la COVID 19 : point de vue des médecins généralistes - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [Internet]. [cité 30 juill 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04074620>
30. Karl. How Do Medical Masks Degrade Speech Reception? [Internet]. *The Hearing Review.* 2020 [cité 12 août 2023]. Disponible sur: <https://hearingreview.com/hearing-loss/health-wellness/how-do-medical-masks-degrade-speech-reception>
31. L'empathie dans la relation médecin – patient | Cairn.info [Internet]. [cité 13 août 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm#>
32. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01671908/document>
33. Sala B. Stratégie de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01996482/document>

34. Oléri F. Étude de la communication en médecine générale autour du vaccin anti-SARS-CoV-2. 2020;
35. Health coaching et programmation neurolinguistique : des techniques utiles pour le médecin généraliste [Internet]. [cité 13 août 2023]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-371/health-coaching-et-programmation-neurolinguistique-des-techniques-utiles-pour-le-medecin-generaliste#tab=tab-read>
36. Jacquet LM. Impact du COVID-19 et du confinement sur les troubles psychiques anxieux et dépressifs chez les patients consultant en médecine générale à Marseille. 21 mars 2023;42.
37. Pradat AS, Morret M. Impact de la pandémie de COVID-19 sur les perceptions et comportements de santé en soins primaires: une étude qualitative auprès des patients en région PACA.
38. Clavilier A. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique. 6 avr 2021;175.
39. Mancinetti M, Grandmaison G. L'incertitude en médecine. Rev Med Suisse. 8 févr 2023;813:255-6.
40. Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats? [Internet]. [cité 12 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats>
41. Fondation FondaMental [Internet]. 2021 [cité 15 août 2023]. L'état alarmant de la santé mentale des soignants pendant la pandémie de COVID-19. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/3476>
42. Comment maintenir des relations de confiance et construire du sens face à une crise ? | Cairn.info [Internet]. [cité 13 août 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2015-2-page-141.htm>

Relation médecin-patient : quelles adaptations à la suite de la crise COVID-19 ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie.

Introduction : La relation médecin-patient est un élément thérapeutique fondamental. Différents événements peuvent influencer la qualité de cette relation, notamment le manque de temps, l'incertitude, ou encore les émotions des patients et des praticiens. La crise COVID-19 a pu cumuler tous ces facteurs, dans un contexte d'urgence initiale puis d'hésitation vaccinale.

Les différentes fausses croyances qui en ont émergé ainsi que la transmission de l'information réalisée par les médias ont également pu impacter la relation médecin-patient.

Nous avons donc cherché à connaître les adaptations pratiquées par les médecins généralistes sur la relation médecin-patient.

Méthodes : Nous avons conduit une étude auprès de 14 médecins généralistes de Haute-Normandie. Ces entretiens, semi-directifs ont été retranscrits puis codés à l'aide du logiciel Nvivo®. 3 entretiens ont été triangulés. Cette étude, hors Loi Jardé, a été enregistrée auprès du délégué à la protection des données de l'université.

Résultats : Nos résultats ont montré que la relation médecin-patient était globalement renforcée à la suite de la pandémie. Le relationnel prenait davantage de place avec une communication accrue sur l'anxiété mais aussi une majoration des explications données. Les praticiens rapportent avoir davantage communiqué leurs incertitudes. Ils ont également communiqué sur les informations extérieures, tenant à ce que les patients obtiennent des informations vérifiées.

Le port du masque et l'éloignement physique ont représenté des barrières, face auxquelles les praticiens ont dû s'adapter, en majorant notamment leur communication verbale.

Parmi les modes de communication, les téléconsultations n'ont pas convaincu la majorité des praticiens interrogés. Les échanges par téléphone ou mails se sont initialement majorés, pour ensuite revenir à leur niveau initial.

Discussion : Cette étude nous a permis de voir que malgré la communication non verbale altérée, les praticiens ont su mettre en œuvre des adaptations de leur communication verbale. Le port du masque a parfois été ressenti comme une protection des émotions. Nous nous sommes questionnés sur les raisons pour lesquelles les praticiens avaient ou non conservé le masque, devant ces contraintes et inconvénients explicités.

Les adaptations réalisées l'ont été intuitivement, sans outils définis. Il pourrait dans ce cadre être intéressant d'envisager une pensée réflexive à ce sujet, afin de maîtriser davantage l'outil qu'est la communication en cas de nouvelle crise.

A l'issue de la pandémie, la relation médecin-patient apparaît avoir été renforcée, contrairement à notre arrière-pensée initiale. Cela pourrait être dû au fait d'avoir traversé ensemble les mêmes épreuves traumatiques, phénomène pouvant s'apparenter à un syndrome de stress post traumatique.

Mots-clés : Communication, Relation médecin-patient, Médecine générale, COVID-19