



**HAL**  
open science

# Impact du port du masque dans la relation médecin-patient : analyse qualitative auprès de patients du Béarn (Pyrénées-Atlantiques) ne connaissant pas leur médecin généraliste sans masque

Claire Duveaux

## ► To cite this version:

Claire Duveaux. Impact du port du masque dans la relation médecin-patient : analyse qualitative auprès de patients du Béarn (Pyrénées-Atlantiques) ne connaissant pas leur médecin généraliste sans masque. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04652564

**HAL Id: dumas-04652564**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04652564>**

Submitted on 18 Jul 2024

**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.

**THESE POUR L'OBTENTION DU  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2024

Par

**Claire DUVEAUX**

Née le 09/11/1993 à Metz (57)

**Impact du port du masque dans la relation médecin-patient :  
Analyse qualitative auprès de patients du Béarn (Pyrénées-  
Atlantiques) ne connaissant pas leur médecin généraliste sans  
masque**

Sous la direction du Docteur Jean-François GUILLE

Membres du jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPH  
Docteur Christophe JOUHET  
Docteur Yves-Marie VINCENT  
Docteur Jean-François GUILLE

Président  
Rapporteur et juge  
Juge  
Directeur et juge

*A mes papis,*

*Je pense à vous,  
Et encore un peu plus en ce jour.  
Vous auriez été si fiers.*

.

# REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

*Professeur de médecine générale, coordonnateur du DES de médecine générale, directeur du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux et médecin généraliste à Bordeaux,*

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

A Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,

*Maître de Conférence au département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, Coordinateur de la CPL de Pau et médecin généraliste à Coarraze,*

Je vous remercie d'avoir accepté de relire ce travail et du temps que vous y avez accordé. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT,

*Maître de Conférence au département de médecine générale de l'Université de Bordeaux et médecin généraliste à Preignac,*

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Docteur Jean-François GUILLE,

*Médecin généraliste à Gabarret,*

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir encadré ce travail dans la bienveillance. Merci pour vos conseils, votre réactivité et votre disponibilité. Soyez assuré de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Aux médecins qui ont participé à ma formation,

Au Docteur Anne RAMOS, pour m'avoir fait découvrir différents aspects de la médecine générale et m'avoir donné l'envie de persister dans cette voie. Merci pour ta patience et ton écoute.

Au Docteur Alice BOUBARNE, pour ton accueil et ta gentillesse.

Au Docteur Alain DUMOULIN et au Docteur Christine LAMAZOU-BETBEDER, pour votre sympathie.

Au Docteur Sophie CANTIN, pour m'avoir accordée toute ta confiance avec ta patientèle. Merci pour ton partage de connaissances et ton expérience. Merci de m'avoir appris tout ce que l'on ne nous apprend pas à la fac, mais pourtant essentiel à la pratique.

Au Docteur Frédérique LENORMAND, pour toute l'autonomie et la confiance accordées au sein de ton service de gériatrie. Merci pour cette bonne expérience. Merci aussi à l'équipe paramédicale du CJV3 pour avoir rendu mes journées moins difficiles grâce à la bonne ambiance.

A tous les médecins qui m'ont aidé au recrutement des patients de cette étude, je vous en suis profondément reconnaissante.

Merci infiniment à tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude, sans vous ce travail n'aurait pas vu le jour.

Au cabinet médical de Poey-de-Lescar,

A Isabelle, pour ta gentillesse.

A Nadia, pour ton accueil et nos petites discussions toujours sympathiques.

Au Docteur Odile ASSADA, au Docteur Cathy BONE-ROBLES, au Docteur Élodie BORDERE-ANDREOU, au Docteur Nicolas PETIT et au Docteur Pauline THIL, pour votre accueil au sein de votre cabinet, votre bienveillance et pour toute la confiance que vous m'accordez.

A mes grands-parents, pour leur présence, leur générosité, leur soutien et leur fierté.  
A mes mamies, que ce soit pour les repas et gâteaux délicieux ou pour les meilleures parties de scrabble, hâte de remettre ça !  
Une pensée spéciale pour mes papis qui nous ont quittés trop tôt.

A mes parents, pour votre soutien durant toutes ces années d'études. Merci pour vos innombrables allers-retours à Nancy et tous les petits plats préparés pour mes premières années studieuses. Je ne citerai pas tout, mais merci pour votre aide et votre générosité. Je suis reconnaissante de toute l'énergie et du temps investis. Je vous dois une partie de cette réussite. Merci de faire le déplacement depuis la Lorraine pour être présents en ce jour particulier.

A Marc, mon grand frère désormais franco-canadien, c'est un plaisir de t'avoir à mes côtés, même si tu es loin. Merci pour ton aide.  
À toi et Marie-Ève pour votre soutien et votre accueil. Merci pour tous les rires ainsi que pour tous les incroyables et merveilleux souvenirs créés ensemble.

A mon parrain, ma marraine, mes oncles, mes tantes, mes cousines, mes cousins, pour vos encouragements. À Charlie et Brune.

A Dominique, Célia, Cindy, Pauline, Fabien et Yoann pour votre accueil précieux, qu'il soit Montévillois, Villarois ou Parisien. À Clémence et Arthur.

A tous les copains de l'externat et de l'internat qui ont illuminé mes journées en amphitheâtre, à la BU, en conf' et en stage. Merci à tous ceux qui ont rendu meilleures ces années difficiles.

A Amélie, merci de prendre régulièrement des nouvelles, c'est toujours un plaisir de se revoir. À la mémoire de nos fous rires et de nos belles années handballistiques !

A Camille, ces études ont permis de te rencontrer, les révisions étaient toujours plus agréables en ta compagnie. Merci pour tous les nombreux bons moments passés ensemble et tous nos magnifiques voyages gravés dans ma mémoire. Le rendez-vous est déjà pris pour le suivant à La Réunion !

A Leslie, la meilleure coloc' sans aucun doute ! C'était une joie de t'avoir à mes côtés pour survivre au confinement et à l'un des pires stages. Merci pour les découvertes culinaires (mention spéciale pour ta mémorable omelette, j'en ris toujours !) et les nombreux gâteaux. Merci pour tous ces moments de rires, de jeux de société, et pour toutes nos soirées improvisées... Hâte de vivre les prochains instants de rigolade et de partager à nouveau des mojitos !

A Julika et Jeanne-Claire, toujours là après plus de 10 ans malgré la distance, on peut dire que vous êtes les piliers ! Merci pour votre bonne humeur et pour nos roadtrips géniaux en Corse. Merci pour votre amitié indéfectible et longue vie aux Trois Drôles de Dames !

A Chloé, service informatique indispensable, merci pour ton aide et ta présence.

A Mathilde, à la meilleure tennismatcher et à la personne formidable que tu es, merci pour tous les super moments partagés, qu'ils soient sportifs ou plus gourmands. Merci pour tes encouragements et ton amitié précieuse !

A Clémentine, tu peux deviner pourquoi je peux dire qu'au moins un stage d'externat aura été utile dans mon cursus ! Merci pour tous les fous rires, ta générosité et tes visites multiples dans le Sud-Ouest. Merci d'être toujours là pour me suivre dans mes délires de Déglingo !

A toi Magali, tout a commencé avec un Lindor, c'était apparemment un signe du destin qu'on ignorait encore ! Merci pour ta présence, ton énergie, ta bonne humeur et tous les rires au quotidien. Merci pour ta compréhension, ton aide précieuse et ton soutien dans les moments les plus difficiles. Merci de m'accompagner dans mes lubies tennistiques. Merci pour tous les moments de bonheur partagés ainsi qu'à nos formidables week-ends et voyages ! À nous et nos futures belles aventures !

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>15</b>
I.    TYPE D'ÉTUDE .....	15
II.   POPULATION DE L'ÉTUDE.....	15
A. <i>Constitution de l'échantillon</i> .....	15
B. <i>Mode de recrutement</i> .....	15
C. <i>Critères d'inclusion</i> .....	16
D. <i>Critères d'exclusion</i> .....	16
III.  MODE DE RECUEIL DES DONNEES.....	16
A. <i>Rédaction d'un guide d'entretien</i> .....	16
B. <i>Déroulement des entretiens</i> .....	17
IV.  MODE D'ANALYSE DES DONNEES.....	18
A. <i>Retranscription des données</i> .....	18
B. <i>Codage et analyse</i> .....	18
V.   VALIDITE DE L'ÉTUDE .....	19
VI.  ASPECTS ETHIQUES.....	19
<b>RESULTATS.....</b>	<b>20</b>
I.    CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS .....	20
II.   CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	20
A. <i>Caractéristiques socio-démographiques</i> .....	21
1.   Sexe .....	21
2.   Tranche d'âge .....	21
3.   Profession .....	21
4.   Situation familiale.....	21
5.   Mode de vie.....	21
6.   Synthèse des caractéristiques socio-démographiques.....	22
B. <i>Caractéristiques médicales</i> .....	23
1.   Pathologies chroniques et facteurs de risque de formes graves de la COVID-19.....	23
2.   Antécédents d'infection par le virus de la COVID-19.....	23
3.   Statut vaccinal contre la COVID-19.....	23
4.   Nombre de fois où les patients ont vu leur médecin masqué.....	23
5.   Synthèse des caractéristiques médicales .....	23
III.  RESULTATS DE L'ÉTUDE .....	24
A. <i>Modifications de la relation entre médecin et nouveau patient avec le masque</i> .....	24
1.   Des aspects positifs.....	24
1.1  Un sentiment de sécurité.....	24
1.2  Une atténuation de complexes physiques éventuels.....	25
1.3  Un professionnalisme non impacté.....	25
2.   Des changements négatifs.....	25
2.1  Une obligation sanitaire .....	25
2.2  Une potentielle source de conflit.....	26
2.3  Le reflet d'un danger .....	26
2.4  Une contrainte physique .....	27
2.5  Un obstacle diagnostique.....	27
2.6  Une frustration de ne pas voir le visage du médecin .....	27
2.7  Une déperdition d'informations.....	28
2.7.1  Par une perturbation du langage oral.....	28
2.7.1.1  Un filtre sonore .....	28
2.7.1.2  Une perte acoustique impossible à compenser.....	29
2.7.2  Par un déséquilibre du langage non verbal .....	29
2.7.2.1  Un manque crucial des expressions du bas visage.....	29
2.7.2.2  Un défaut de mémorisation du langage verbal.....	30
2.7.2.3  Un risque d'incompréhensions .....	30
2.7.2.4  Une difficulté à identifier les émotions.....	31



2.7.2.5	Un impact différent selon la complexité et la fréquence des consultations.....	32
2.8	Un manque d'humanité .....	32
2.8.1	Un aspect impersonnel .....	33
2.8.2	Une distance physique.....	33
2.8.3	Une distance relationnelle liée à un manque de communication verbale .....	33
2.8.3.1	Des interactions plus limitées .....	33
2.8.3.2	Une relation de confiance et un lien spécifique médecin-patient qui ne se créent pas.....	34
2.8.3.3	Un manque de confiance amplifié avec un médecin vu qu'à travers le masque.....	34
2.8.4	Une relation ternie par une diminution de la communication non verbale.....	35
3.	Une évolution avec le temps .....	36
3.1	Une nouvelle habitude .....	36
3.2	Un effort d'adaptation .....	37
3.2.1	Une vigilance accrue sur le langage verbal .....	37
3.2.2	Un regard plus attentif sur le langage non verbal .....	37
<b>B.</b>	<b>Améliorations à apporter dans la relation médecin-patient avec le masque.....</b>	<b>40</b>
1.	Pour l'accueil des nouveaux patients lors de la première consultation avec le masque.....	40
1.1	Prendre connaissance des visages .....	40
1.1.1	Se mettre à distance et enlever le masque temporairement.....	40
1.1.2	Montrer une photo de son visage non masqué.....	40
1.2	Mettre en place la relation de confiance .....	41
1.2.1	Par la communication verbale .....	41
1.2.1.1	Se présenter .....	41
1.2.1.2	Expliquer avec bienveillance l'utilité du port du masque .....	41
1.2.1.3	Faire connaissance avec le patient.....	42
1.2.2	Par la communication non verbale .....	42
2.	Pour les consultations suivantes avec le masque.....	43
2.1	Améliorer la communication verbale.....	43
2.1.1	Adapter le langage oral.....	43
2.1.2	Être vigilant à la compréhension entre médecin et patients.....	44
2.2	Renforcer la communication non verbale .....	44
3.	Les alternatives au masque chirurgical.....	45
3.1	Le masque transparent.....	45
3.2	Le masque à motifs .....	46
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>48</b>	
I.	DISCUSSION DE LA METHODE .....	48
II.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	49
III.	PERSPECTIVES .....	57
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>	
<b>REFERENCES.....</b>	<b>60</b>	
<b>ANNEXES .....</b>	<b>68</b>	
ANNEXE 1 :	FICHE D'INFORMATION AUX MEDECINS.....	68
ANNEXE 2 :	FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTS .....	69
ANNEXE 3 :	GUIDE D'ENTRETIEN .....	70
ANNEXE 4 :	GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIE .....	72
ANNEXE 5 :	CONSENTEMENT ECRIT.....	74
ANNEXE 6 :	EXEMPLE DE RETRANSCRIPTION D'UN VERBATIM .....	75
ANNEXE 7 :	RESULTATS DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SOUS FORME DE SCHEMAS .....	79
<b>RESUME.....</b>	<b>82</b>	
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>83</b>	
<b>SERMENT MEDICAL.....</b>	<b>84</b>	

## **TABLE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Synthèse des caractéristiques des entretiens .....	20
Tableau 2 : Synthèse des caractéristiques socio-démographiques .....	22
Tableau 3 : Synthèse des caractéristiques médicales .....	24

## **TABLE DES FIGURES**

Figure 1 : Synthèse des modifications de la relation médecin-nouveau patient avec le masque .....	39
Figure 2 : Synthèse des améliorations à apporter avec le masque dans la relation médecin-nouveau patient .....	47
Figure 3 : Guide à proposer aux médecins pour améliorer la relation médecin-patient lors de l'accueil des nouveaux patients avec le masque .....	55
Figure 4 : Guide à proposer aux médecins pour améliorer la relation médecin-patient lors des prochaines consultations avec le port du masque.....	56

## **ABREVIATIONS**

ARS : Agence Régionale de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

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

WHO : World Health Organization

# INTRODUCTION

## I. LA RELATION MEDECIN-PATIENT

La relation médecin-patient est une notion difficile à définir par sa complexité et son évolution au fil du temps. Plusieurs modèles théoriques de relation ont été établis.

La relation médecin-malade date des origines de la médecine, depuis l'ère d'Hippocrate.

Au début des années 1950, T. Parsons (sociologue américain) va nommer cette relation le modèle « paternaliste ». Il existe une asymétrie sociale dans la relation thérapeutique en faveur du médecin. Ce dernier est considéré comme le seul détenteur de la science médicale et le patient comme véritable ignorant. Les échanges sont presque inexistantes et le patient se contente au mieux de donner son consentement, celui-ci n'étant pas reconnu à l'époque comme nécessairement libre et éclairé.

Il s'agit du modèle prédominant jusque dans les années 1980.

Bien que très ancré depuis Hippocrate, d'autres modèles théoriques de décision médicale vont ensuite progressivement coexister.

T. Szasz et M. Hollander en 1956 (psychiatres) complètent l'idée de T. Parsons en proposant trois styles de relation médecin-malade. Le médecin est toujours considéré comme actif mais le patient peut être passif ou actif, selon son état de santé : « activité-passivité » en cas de blessures graves, « guidance-coopération » pour les blessures moins graves, « participation mutuelle » pour les maladies chroniques.

Dans les années 1970, EL. Freidson (sociologue américain) établit un concept parfois appelé conflictuel. Il ajoute deux autres types de modèles, où le médecin peut être passif : « patient guide-médecin coopératif » et « patient actif-médecin passif » (1).

Puis A. Strauss (sociologue américain) décrit un autre modèle, basé sur des interactions négociées entre le médecin et le patient (2).

En 1992, EJ. Emanuel et LL. Emanuel (médecins chercheurs américains) identifient nettement quatre principaux modèles de la relation médecin-malade : « paternaliste », « informatif », « interprétatif » et « délibératif ». Les trois derniers sont basés sur le partage du pouvoir et donnent progressivement une plus grande place au patient (3-5).

En France, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, avec l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, permet la reconnaissance du droit pour le patient à prendre les décisions qui concernent sa santé. Ainsi, la législation va progressivement aboutir à la mise en œuvre de la décision médicale partagée et répondre au désir grandissant des patients de s'impliquer dans les décisions des soins de santé qui leur sont prodigués (6,7).

Actuellement, les modèles théoriques évoluent toujours avec 4 grands standards.

Le « modèle de l'agence pure » ou « modèle du médecin décideur », où le transfert d'informations se fait du patient vers le médecin. Le patient explicite ses préférences et laisse le médecin prendre seul la décision.

Dans le « modèle informatif », « modèle du patient décideur » ou encore « modèle autonomiste », l'échange d'informations est toujours unidirectionnel, mais du médecin vers le patient. Le professionnel de santé a un rôle d'information et se limite au transfert de ses connaissances vers le patient, qui prend seul la décision.

Le « modèle collectiviste » fait intervenir un troisième acteur, la société. Le transfert d'informations se fait de la société vers le médecin, puis vers le patient par l'intermédiaire du professionnel de santé. Le pouvoir décisionnel revient à la collectivité par le biais de lois et de textes juridiques. Ce modèle est fondé sur le principe de la solidarité, où l'unité collective est privilégiée. Cependant, lorsqu'il existe une discordance, le système a tendance à favoriser l'individu au détriment de la collectivité. Ce modèle est donc peu développé.

Chacun de ces trois modèles est centré sur un seul acteur, respectivement sur le médecin, le patient et la société.

Le « modèle de décision partagée » a donc été proposé pour que la transmission des informations soit bidirectionnelle. La décision est prise de façon commune au cours d'une délibération entre patient et médecin. Chacun participe à des niveaux différents, mais sans position prédominante (7,8). Actuellement, ce dernier modèle est le plus répandu.

La relation s'est donc considérablement transformée, en passant d'un praticien seul détenteur du savoir à un partenariat entre médecin et malade qui partagent leurs connaissances.

Mais tous ces modèles sont théoriques. En pratique, chacun peut être emprunté et prédominer tour à tour au cours d'une même consultation médicale, en fonction du contexte de vie du patient et de la nature de la problématique.

Cette multitude de modèles, qui ont évolué dans le temps, démontre toute la complexité de la relation médecin-malade (3,7).

## **II. L'APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT**

Malgré cette évolution, le lien privilégié qui unit le patient à son médecin est toujours au cœur de la pratique médicale.

L'objectif actuel de cette relation unique vise à améliorer la santé, mais aussi le bien-être du patient. Ainsi, la médecine moderne tend à donner une place plus centrale au patient au sujet des décisions de santé qui le concernent. L'approche centrée sur le patient devient une valeur universelle et fondamentale de la médecine (9-11).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins doit continuellement être améliorée et fondée sur des preuves, en tenant compte des besoins, des préférences et des valeurs du patient. Le soin doit être « centré sur la personne » (12).

Du point de vue des patients, une relation de qualité requiert un équilibre entre les connaissances du médecin et l'expertise du patient qui a sa propre expérience de la maladie et ses besoins spécifiques. Il est primordial de conserver cette complémentarité et de prendre en compte le patient en tant que personne. En effet, le manque de partenariat et l'absence de prise en charge personnalisée sont des critères d'insatisfaction dans la relation médecin-malade (13-17).

Selon une étude, les médecins généralistes consentent aussi à un partenariat avec une décision médicale partagée (18).

Au-delà de la satisfaction qu'elle procure, une relation médecin-patient de qualité permet également un résultat thérapeutique optimal par une amélioration de l'observance, mais aussi par ses effets propres, apparentés à l'effet placebo (19-21).

Cependant, cette relation solide ne peut exister qu'en présence d'une bonne communication entre soignant et soigné (22).

### **III. LA COMMUNICATION**

La communication est un système plurimodal et complexe qui constitue un élément clé des interactions humaines.

Elle ne repose pas uniquement sur l'expression verbale. La communication comporte aussi une part non verbale signifiante, notamment avec les gestes, la position corporelle, l'intonation et les mimiques. Parmi les expressions faciales, le regard et le sourire paraissent particulièrement importants (23).

En étant vectrices d'informations complémentaires, ces deux techniques de communication sont primordiales dans le domaine de la santé. Elles peuvent avoir un impact positif sur la satisfaction du patient et sur l'amélioration de son état de santé, notions que l'on retrouve également pour avoir une relation de qualité entre médecin et patients (24-26). De nombreuses études montrent notamment le rôle non négligeable de la composante non verbale (27-30).

### **IV. LA PANDEMIE COVID-19 ET L'ARRIVEE DU MASQUE**

Avec l'avènement de la pandémie COVID-19 en France début 2020, des mesures de distanciation sociale ont été mises en place afin de réduire le risque de transmission du virus. Le port du masque est devenu obligatoire dans certains lieux recevant du public, comme les cabinets de médecine générale (31).

Le masque, couvrant certaines expressions du visage, peut entraver une partie de la communication non verbale, notamment pour identifier les émotions (32).

Le langage oral peut aussi être perturbé par la présence du masque en rendant plus difficile la perception des sons (33,34).

Le masque semble donc desservir la communication sur ses deux composantes. Elles sont pourtant indispensables pour fonder une relation de confiance et de qualité entre le médecin généraliste et son patient.

De plus, avec le climat anxigène véhiculé par la pandémie, la communication apparaît d'autant plus importante (35).

## **V. LA PROBLEMATIQUE**

Cette crise sanitaire a donc soulevé la question de l'impact du masque dans la relation médecin-patient. Une thèse soutenue à Bordeaux en 2022 a recueilli l'avis des médecins généralistes sur ce sujet (36). La même année, une autre thèse a permis d'interroger des médecins généralistes à Rennes, mais aussi des patients (37).

Dans un contexte où la médecine actuelle place le patient au centre de la relation médecin-patient, il me semblait intéressant et pertinent d'aborder le point de vue des patients.

Pour faire l'originalité de ce travail, l'étude s'est intéressée plus particulièrement à des patients qui n'ont jamais vu leur médecin généraliste sans masque.

## **VI. LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES OBJECTIFS**

La question de recherche qui a découlé de cette réflexion a été la suivante : comment le port du masque interfère-t-il dans la relation médecin-patient chez des patients qui ont toujours vu leur médecin généraliste avec un masque ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le vécu et le ressenti des patients sur la relation médecin-patient avec le port du masque, chez des patients qui n'ont jamais connu leur médecin généraliste sans masque.

L'objectif secondaire était d'obtenir l'avis de ces patients pour améliorer la qualité de la relation avec le masque.

# **MATERIEL ET METHODE**

## **I. TYPE D'ETUDE**

La méthode de recherche qualitative permet de décrire, comprendre et/ou expliquer des phénomènes sociaux en recueillant des opinions ou des expériences personnelles d'individus. Elle étudie ces individus dans leur environnement.

Contrairement à la méthode de recherche quantitative, ses conclusions n'apportent pas de réponse d'un point de vue statistique, mais elles permettent d'évaluer le ressenti d'une population donnée sur un sujet.

Ce travail s'est intéressé au vécu des patients qui n'ont jamais vu leur médecin généraliste sans masque. Il consistait à évaluer leur ressenti vis-à-vis du port du masque dans la relation médecin-patient.

La méthode de recherche qualitative est donc apparue comme la plus appropriée pour cette étude.

## **II. POPULATION DE L'ETUDE**

### **A. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON**

Pour la constitution de l'échantillon, la technique de variation maximale a été utilisée pour constituer un panel le plus hétérogène possible.

L'échantillon était composé de patients volontaires qui n'avaient jamais vu leur médecin généraliste sans masque et appartenaient à différents cabinets de médecine générale du Béarn, dans le département des Pyrénées-Atlantiques (64).

Des caractéristiques sociodémographiques ont été relevées pour obtenir une diversité de profils. Le sexe, l'âge, la profession, la situation familiale et leur mode de vie ont été pris en compte.

Afin de recueillir d'éventuelles variations de perceptions entre les répondants, certaines caractéristiques médicales ont aussi été recensées : la présence de pathologies chroniques et facteurs de risque de formes graves de la COVID-19, les antécédents d'infection au virus, le statut vaccinal ainsi que le nombre de fois où les patients ont vu leur médecin avec le masque.

### **B. MODE DE RECRUTEMENT**

Le recrutement des patients s'est fait en deux temps.

Tout d'abord, l'investigateur, également auteur de ce travail, a contacté des médecins généralistes du Béarn rencontrés soit lors de l'internat, soit par le biais de remplacements. Le contact s'est établi par téléphone ou par mail. Il leur était communiqué une fiche d'information qui présentait l'étude et les critères d'inclusion pour le recrutement des patients. (Annexe 1)



Quatre médecins ont permis de recruter des patients. Deux n'avaient pas de patients ayant récemment intégré leur patientèle. Les autres n'ont pas répondu.

Une trentaine de médecins que l'investigateur ne connaissait pas ont également été contactés, mais ils n'ont jamais donné suite.

Pour les médecins qui trouvaient des volontaires, ils devaient donner une fiche d'information dédiée aux patients, expliquant l'étude et le déroulement des entretiens. (Annexe 2)

Dans un second temps, le chercheur recontactait les patients volontaires, soit par téléphone, soit par message, selon leur préférence. Il se présentait comme médecin généraliste remplaçant en année de thèse. Puis il leur rappelait brièvement le sujet de l'étude et le déroulement des entretiens. S'ils étaient toujours volontaires, un rendez-vous était fixé selon leurs disponibilités. Face à la difficulté de recruter des volontaires, des patients ont été contactés directement par l'investigateur et non par leur médecin généraliste.

Au total, seize participants ont été inclus dans cette étude. Quatre patients recrutés initialement par leur médecin n'ont finalement pas participé : soit ils ont changé d'avis, soit ils n'ont pas été joignables après plusieurs appels et messages.

### **C. CRITERES D'INCLUSION**

Le principal critère d'inclusion dans l'étude était d'être un patient vivant dans le Béarn (Pyrénées-Atlantiques) et n'ayant jamais vu son médecin généraliste sans masque. Il pouvait s'agir, par exemple, d'un patient nouveau dans le cabinet ou ayant récemment changé de médecin traitant.

### **D. CRITERES D'EXCLUSION**

Les critères d'exclusion de l'étude étaient les suivants : être mineur, avoir des troubles cognitifs, ne pas parler français et ne pas comprendre la langue française.

## **III. MODE DE RECUEIL DES DONNEES**

### **A. REDACTION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN**

La méthode de recueil de données s'est faite par des entretiens semi-dirigés. Il s'agit d'entretiens orientés par un guide rédigé au préalable. Ce guide a permis de servir de fil conducteur pour le déroulement des entretiens. Il est disponible en annexe. (Annexe 3)

Néanmoins, ce guide d'entretien n'était pas voué à être définitif. Il était modulable au fil des interventions et des échanges avec les patients. Les premiers entretiens ont permis d'améliorer le guide, en redéfinissant certaines questions ou en explorant de nouvelles pistes. Le guide d'entretien modifié est disponible en annexe. (Annexe 4)

Le guide d'entretien était composé de trois thématiques, dont les patients n'avaient volontairement pas connaissance afin de ne pas les influencer. Il s'agissait de leur ressenti

concernant le port du masque en consultation, l'impact de celui-ci dans la relation médecin-patient et leurs attentes pour les consultations avec le masque.

Pour chaque thématique, des questions ouvertes ont été élaborées pour que les patients s'expriment le plus librement possible. Chacune de ces questions principales étaient accompagnées de questions de relance.

## **B. DEROULEMENT DES ENTRETIENS**

Les entretiens individuels se sont tous déroulés en présentiel, en face à face avec les participants. Les patients étaient libres de choisir la date et également l'endroit des entretiens (domicile, lieux publics, cabinet médical) afin qu'ils se sentent dans un cadre de bienveillance et de confiance. La plupart des participants ont choisi leur domicile.

Au moment des entretiens, le port du masque n'était plus obligatoire, sauf dans les lieux de santé. Toutefois, l'investigateur portait le masque lors de chaque entretien. Quant aux patients, ils avaient la liberté de le porter ou non, à l'exception de ceux qui avaient choisi le cabinet médical comme lieu d'entretien.

Pour commencer, l'investigateur se présentait et rappelait brièvement le thème du sujet. Les patients étaient à nouveau informés de l'enregistrement de l'entretien.

La fiche d'information, concernant l'étude et le déroulement de l'entretien, était remise à ceux qui ne l'avaient pas reçue en amont par leur médecin ou à ceux qui souhaitaient la relire.

Une fois toutes ces informations transmises, ils donnaient leur accord pour l'enregistrement et la retranscription anonyme des données puis ils signaient la fiche de consentement. (Annexe 5)

L'entretien débutait par une courte présentation des patients en recueillant leurs caractéristiques socio-démographiques et médicales.

Ensuite, l'investigateur informait que l'enregistrement démarrait et il posait sa première question.

La première interrogation permettait d'initier la discussion autour des changements apportés par le masque en consultation, sans pour autant mentionner la relation médecin-patient. La deuxième portait sur leur ressenti concernant leurs interactions avec le médecin qu'ils n'ont jamais vu sans masque. Les deux dernières questions permettaient de recueillir leurs recommandations pour améliorer les prochaines consultations et l'accueil des nouveaux patients avec le masque. Enfin, il leur était laissé la possibilité d'ajouter des éléments s'ils le souhaitaient. Pour finir, s'ils ne l'avaient pas mentionné auparavant, une dernière question portait sur leur ressenti lors de leur première rencontre avec le médecin masqué.

Des questions de relance étaient prévues pour les patients ayant des difficultés à répondre aux questions principales, afin de les aider à développer leurs propos et redynamiser l'échange. Elles pouvaient aussi servir à les recentrer sur le sujet.

En fonction des propos et de la spontanéité de chaque patient, la formulation et l'ordre des questions ont été adaptés, si cela était nécessaire.

Pendant toute la durée des échanges, l'investigateur pratiquait l'écoute active en gardant le plus de neutralité possible pour ne pas influencer les réponses et permettre aux patients de s'exprimer librement. Le chercheur respectait également quelques secondes de silence lorsque les patients effectuaient des pauses, afin de leur laisser le temps de réflexion et la possibilité éventuelle d'approfondir leurs propos.

Tous les entretiens ont bénéficié d'un double enregistrement avec le dictaphone d'un téléphone portable et d'un ordinateur portable.

A noter qu'à l'issue d'un entretien, un participant a souhaité compléter sa réponse à une question. Ce rajout a été enregistré et incorporé lors de la retranscription.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque les enregistrements n'apportaient plus d'éléments nouveaux. Puis deux derniers entretiens ont été réalisés pour confirmer l'absence d'émergence de nouvelles idées.

## **IV. MODE D'ANALYSE DES DONNEES**

### **A. RETRANSCRIPTION DES DONNEES**

Grâce aux enregistrements, tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Word. La retranscription a été réalisée en respectant les mots exacts des patients, avec les répétitions, le langage familier et les fautes grammaticales. La ponctuation essayait de marquer les différentes pauses des patients. Les moments de réflexion, les gestes et les rires ont également été retranscrits entre parenthèses. La retranscription s'est donc faite sous forme d'un français parlé, sans reformulation ni interprétation, afin de ne pas dénaturer les propos et garder leur sens premier, réalisant ainsi les verbatims.

Les entretiens ont été anonymisés en nommant les patients : « Patient 1 », « Patient 2 », etc... Le chiffre correspondait à l'ordre chronologique des entretiens. De plus, les noms propres cités par les patients (les noms de personnes ou de villes) ont été remplacés par la première lettre du nom pour garantir l'anonymat.

Un exemple de retranscription de verbatim est disponible en annexe. (Annexe 6)

D'autre part, après chaque verbatim, des notes étaient prises pour constituer un journal de bord. Celui-ci retranscrivait des questionnements du chercheur, des remarques pour les prochains entretiens et les avancées de l'étude.

### **B. CODAGE ET ANALYSE**

A l'issue de chaque entretien, les verbatims ont été encodés grâce au logiciel N'Vivo12 de QSR International. Il permettait de découper les textes en phrases-clés. Celles qui répondaient à des idées similaires ont été rassemblées en un code. Ces codes ont eux-mêmes été regroupés en diverses sous-catégories et catégories, pour ensuite faire apparaître de grands thèmes plus généraux. L'analyse a ainsi été réalisée par théorie ancrée avec une démarche inductive, sans hypothèse préconçue.

Au cours de l'analyse, les différentes catégories évoluaient avec des modifications, des ajouts et des suppressions. Progressivement, les nouveaux codes apparaissaient de plus en plus rares. La saturation des données a été obtenue par l'absence d'émergence de nouveau code. Deux verbatims supplémentaires ont été analysés pour la confirmer.

Un double encodage a été effectué par une personne totalement indépendante de l'étude (Théo Bertholon, interne de médecine générale à l'Université de Lyon Est) pour réaliser la triangulation des données et réduire la subjectivité personnelle du chercheur lors du codage.

## **V. VALIDITE DE L'ETUDE**

La validité de l'étude a été basée sur la grille CONSOLIDATE criteria for REporting Qualitative research (COREQ) qui regroupe 32 critères de qualité. Elle a été utilisée dans sa version française (38).

## **VI. ASPECTS ETHIQUES**

Une fiche d'information complète sur l'étude a été remise à chacun des patients. (Annexe 2)

Le consentement des participants a été recueilli à l'oral à plusieurs reprises, puis à l'écrit avec la signature de la fiche de consentement lors de la rencontre avec le chercheur. (Annexe 5)

L'étude ne remplissait pas les critères nécessitant l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ou d'un Comité de Protection des Personnes (CPP).

# RESULTATS

## I. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

Seize entretiens ont été réalisés entre avril 2022 et janvier 2023.

La saturation des données a été obtenue à partir du quatorzième entretien, puis deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer.

Les entretiens ont duré en moyenne 16 minutes et 52 secondes. L'entretien le plus court a duré 8 minutes et 06 secondes, alors que l'entretien le plus long a duré 34 minutes et 53 secondes. (Tableau 1)

Patient	Durée des entretiens (en minutes)
P1	14'54
P2	09'38
P3	19'46
P4	11'52
P5	19'14
P6	14'40
P7	18'04
P8	19'40
P9	34'53
P10	13'48
P11	17'34
P12	19'55
P13	14'20
P14	23'18
P15	08'06
P16	10'06

*Tableau 1 : Synthèse des caractéristiques des entretiens*

## II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

L'échantillon était composé de seize patients.

Certains résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques et médicales sont présentés sous forme de figures en annexe. (Annexe 7)

## **A. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

### **1. Sexe**

La répartition des participants était la suivante : sept femmes et neuf hommes.

### **2. Tranche d'âge**

L'échantillon était relativement diversifié concernant les tranches d'âge. La moyenne d'âge des participants était de 54 ans. Le patient le plus âgé avait 80 ans et le plus jeune avait 27 ans.

### **3. Profession**

Les professions des patients ont été classées selon la nouvelle nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) proposée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2020.

Elle est divisée en six catégories : Agriculteurs exploitants ; Artisans, commerçants et chefs d'entreprises ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions intermédiaires ; Employés ; Ouvriers (39).

Les deux premières catégories socioprofessionnelles n'étaient pas représentées. Parmi les quatre suivantes, la répartition des professions était relativement équilibrée. À noter que deux patients étaient en invalidité.

Toutefois, la classe majoritaire était représentée par les patients retraités.

### **4. Situation familiale**

La majorité des patients étaient en couple, avec au moins un enfant.

### **5. Mode de vie**

Les modes de vie des patients ont été répartis selon la nouvelle grille communale de densité à sept niveaux, établie par l'Insee et en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023. Elle permet de classer les communes en fonction du nombre d'habitants et de la répartition de ces habitants sur leur territoire.

Les communes urbaines sont représentées par les communes densément peuplées et de densité intermédiaire.

Les communes densément peuplées sont nouvellement nommées :

« Grands centres urbains » (niveau 1)

Les communes de densité intermédiaire sont composées de :

« Centres urbains intermédiaires » (niveau 2)

« Ceintures urbaines » (niveau 3)

« Petites villes » (niveau 4)

Au sein des communes rurales, on distingue :

- « Les bourgs ruraux » (niveau 5)
- « Le rural à habitat dispersé » (niveau 6)
- « Le rural à habitat très dispersé » (niveau 7) (40).

Sur seize patients, la répartition était relativement harmonieuse. Neuf patients avaient un lieu d'habitation rural et sept patients avaient un mode de vie urbain.

## 6. Synthèse des caractéristiques socio-démographiques

Les résultats des caractéristiques socio-démographiques des patients ont été regroupés dans un tableau. (Tableau 2)

Patient	Sexe	Tranches d'âge	Profession	Situation familiale	Mode de vie
P1	Féminin	≥ 65 ans	Retraité	Célibataire, avec enfant	Bourgs ruraux
P2	Masculin	45-54 ans	Ouvrier (en invalidité)	Couple, avec enfant	Bourgs ruraux
P3	Masculin	45-54 ans	Retraité	Couple, avec enfant	Rural à habitat dispersé
P4	Masculin	35-44 ans	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Couple, avec enfant	Rural à habitat dispersé
P5	Masculin	≥ 65 ans	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Célibataire, avec enfant	Petite ville
P6	Masculin	35-44 ans	Ouvrier	Célibataire, sans enfant	Petite ville
P7	Masculin	≥ 65 ans	Retraité	Couple, avec enfant	Rural à habitat dispersé
P8	Féminin	≥ 65 ans	Retraité	Couple, avec enfant	Rural à habitat dispersé
P9	Masculin	55-64 ans	Employé (en invalidité)	Célibataire, avec enfant	Ceinture urbaine
P10	Féminin	55-64 ans	Employé	Couple, avec enfant	Rural à habitat dispersé
P11	Féminin	35-44 ans	Profession intermédiaire	Couple, avec enfant	Ceinture urbaine
P12	Masculin	55-64 ans	Retraité	Couple, avec enfant	Rural à habitat dispersé
P13	Féminin	55-64 ans	Retraité	Couple, avec enfant	Rural à habitat dispersé
P14	Masculin	45-54 ans	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Couple, avec enfant	Petite ville
P15	Féminin	18-34 ans	Profession intermédiaire	Célibataire, sans enfant	Grand centre urbain
P16	Féminin	18-34 ans	Profession intermédiaire	Célibataire, sans enfant	Ceinture urbaine

Tableau 2 : Synthèse des caractéristiques socio-démographiques

## **B. CARACTERISTIQUES MEDICALES**

### **1. Pathologies chroniques et facteurs de risque de formes graves de la COVID-19**

La majorité des patients avaient des pathologies chroniques.

Onze personnes présentaient des facteurs de risque de formes graves de la COVID-19 (41). La plupart avaient des pathologies cardio-vasculaires, quelques-uns avaient un antécédent de cancer récent, un patient avait un antécédent d'asthme sévère et un autre avait un trouble psychiatrique.

Cinq n'avaient aucun facteur de risque de formes graves.

### **2. Antécédents d'infection par le virus de la COVID-19**

La moitié des patients a été atteinte par la COVID-19. L'autre moitié n'a jamais été, à sa connaissance, porteuse du virus.

### **3. Statut vaccinal contre la COVID-19**

La quasi-totalité des patients étaient à jour de leur vaccination contre la COVID-19. Un seul patient n'avait jamais reçu aucune dose.

### **4. Nombre de fois où les patients ont vu leur médecin masqué**

La majorité des participants avaient vu leur médecin masqué plus de trois fois en consultation.

### **5. Synthèse des caractéristiques médicales**

Les résultats des caractéristiques médicales des patients ont été regroupés dans un tableau. (Tableau 3)



Patient	Facteurs de risque de formes graves de la COVID-19	Antécédents d'infection par la COVID-19	Statut vaccinal contre la COVID-19	Nombre de fois où les patients ont vu le médecin masqué
P1	Oui	Non	Oui	1-3 fois
P2	Oui	Oui	Oui	1-3 fois
P3	Oui	Non	Oui	4-5 fois
P4	Oui	Non	Oui	≥ 6 fois
P5	Oui	Non	Oui	1-3 fois
P6	Oui	Oui	Oui	1-3 fois
P7	Oui	Non	Oui	≥ 6 fois
P8	Oui	Oui	Oui	≥ 6 fois
P9	Oui	Non	Oui	1-3 fois
P10	Oui	Non	Oui	≥ 6 fois
P11	Non	Oui	Non	≥ 6 fois
P12	Oui	Oui	Oui	1-3 fois
P13	Oui	Oui	Oui	1-3 fois
P14	Oui	Non	Oui	4-5 fois
P15	Non	Oui	Oui	4-5 fois
P16	Non	Oui	Oui	1-3 fois

Tableau 3 : Synthèse des caractéristiques médicales

### III. RESULTATS DE L'ETUDE

#### A. MODIFICATIONS DE LA RELATION ENTRE MEDECIN ET NOUVEAU PATIENT AVEC LE MASQUE

##### 1. Des aspects positifs

###### 1.1 Un sentiment de sécurité

Pour la grande majorité des patients interrogés, le masque est vu comme un avantage qui confère une protection vis-à-vis de la COVID-19 et d'autres virus. Ils sont conscients qu'il ne procure pas une protection totale, mais il leur apporte tout de même un sentiment de sécurité.

P4 : « Bah on se sent un petit peu plus peut-être... 'fin... protégés et encore 'fin entre guillemets voilà. Euh en protection pour les autres, en protection pour nous même »

P5 : « j'ai le sentiment que, c'est une protection, certes indéniable, certes, mais il y a tellement d'autres paramètres autour qui fait que finalement la, le... le virus peut se propager, c'est, c'est UNE protection voyez ce que je veux dire, c'est pas LA protection absolue. Voilà. »

P10 : « c'est une bonne chose pour protéger de la maladie »

P14 : « ça empêche toutes les les... infections qu'on peut avoir puisque c'est... le cabinet médical c'est un lieu où les gens malades se rencontrent. »

## **1.2 Une atténuation de complexes physiques éventuels**

Un patient note que le masque pourrait être un avantage pour certaines personnes qui voudraient cacher d'éventuels complexes au niveau de leur visage.

P12 : « j'aimais bien mettre le masque, parce que j'avais des boutons partout voilà donc, donc je me cachais quelque part. »

## **1.3 Un professionnalisme non impacté**

De nombreux patients de l'étude soulignent que les compétences du médecin ne sont pas impactées par la présence du masque. La confiance est ainsi préservée sur le plan purement médical et professionnel.

P3 : « l'efficacité du du... de la prise en charge n'était pas... n'était pas remise en cause par le masque »

P4 : « ça empêche pas sa qualité de travail ou je pense pas que 'fin je pense qu'aujourd'hui le médecin qui est en face de nous masqué ou pas masqué va... va être aussi compétent. »

P11 : « euh bon moi j'ai pas en tout cas l'impression que le masque ait changé quelque chose dans la mise en place de la relation de confiance par exemple. Voilà c'est j'ai j'ai pas le sentiment là. »

P13 : « Les informations donc qu'il ait le masque ou pas le masque, les informations sont les mêmes, oui, elles sont les mêmes. »

## **2. Des changements négatifs**

### **2.1 Une obligation sanitaire**

Malgré certains points positifs, le masque est perçu comme une obligation, plus ou moins bien vécue par les patients. Cependant, ils acceptent et respectent le port du masque au vu du contexte sanitaire et de l'obligation légale en France.

P3 : « ça ne pose pas de souci d'avoir un masque, tant que c'est sanitaire »

P8 : « C'est euh c'est comme ça, c'est un fait euh... on a pas le choix ! Donc eh bah je veux dire à partir du moment où pour moi c'est quelque chose qui est imposé je ne, je me pose pas trop de questions »

P9 : « la règle est établie comme ça, bon ben voilà ok on s'y tient »

P12 : « porter le masque c'est obligatoire, donc on a pas le choix, c'est pas comme si... je sais pas c'est pas un choix du, du docteur quoi de porter le masque. Ni le nôtre d'ailleurs ! »

## 2.2 Une potentielle source de conflit

Du fait de cette nouvelle norme obligatoire, certains remarquent que le masque peut devenir une source de conflit, dans le cas où un patient aurait une divergence de point de vue sur le port du masque et refuserait de le porter en consultation.

P6 : « si elle voit euh dès huit heures du matin jusqu'à huit heures le soir des patients et des patients, et que peut-être d'autres qui ne veulent pas porter de masque et qui font les... les résistants peut-être que là effectivement c'est là que pour elle ça ne doit pas être facile. »

P14 : « Je l'ai vu des gens qui ont refusé de porter le masque et, qui refusait et d'autant plus le médecin bah refusait de le recevoir quoi hein. Et donc oui des irritations et tout ça oui. Tout le monde n'a pas la même approche du, par rapport à, par rapport au masque. »

## 2.3 Le reflet d'un danger

La simple vue du masque instaure une appréhension chez quelques participants. En effet, il incarne un danger en rappelant la présence de maladies transmissibles au sein du cabinet, et notamment de la COVID-19. Il accentue ainsi la peur de se contaminer ou de transmettre aux autres.

P4 : « on se dit que voilà, faut qu'on fasse attention à tout pour les gens d'avant, les gens d'après... ça crée une petite tension pour moi médicale. »

P12 : « on... on est plus dans le... dans la crainte quoi je veux dire quand on a un masque puisqu'on sait qu'y a une barrière, donc on sait qu'y a quelque chose qui... qui peut arriver quoi qui peut... c'est pas, c'est pas, y a un truc quoi, y a un virus donc y a quelque chose qui peut, qui peut se passer quoi. »

A cause de cette crainte, un patient révèle que le port du masque peut devenir un frein pour aller consulter.

P4 : « on se dit qu'on va éviter d'y aller, ne serait-ce que par rapport à ce que ça pourrait engendrer euh et pour nous et pour les autres en fait surtout, voilà »

## 2.4 Une contrainte physique

Le masque peut être vécu comme contraignant par sa simple présence, en générant un inconfort. Il peut entraver la consultation en créant une sensation d'étouffement ou en provoquant de la buée sur les lunettes. La manipulation du masque peut gêner aussi lorsqu'il faut le retirer et le remettre pour les besoins de l'examen clinique.

P2 : *« les inconvénients je vais me répéter, c'est le, c'est le mettre, le mettre, et de... de l'enlever, de le remettre à la demande du médecin. »*

P3 : *« ça ne me gêne pas, relativement, à part l'aspect physique qui peut être étouffant »*

P14 : *« ça peut être agaçant pour quelqu'un qui porte des lunettes. Voilà c'est mon cas. C'est mon cas. Et parfois dans certaines pièces on a toujours de la buée sur les lunettes et... et donc ça, ça peut nous irriter »*

La contrainte physique se fait également particulièrement ressentir chez un patient ayant un trouble du spectre autistique.

P6 : *« C'est vrai que ça donne une situation dans mon cas avec mes problèmes personnels psychiques euh... un peu d'oppression. »*

## 2.5 Un obstacle diagnostique

Au-delà de l'inconfort et de la gêne, un patient souligne que le port du masque pourrait dissimuler des symptômes, notamment cutanés. Si le patient n'ose pas en parler à son médecin, le masque peut devenir un obstacle au diagnostic de certaines pathologies.

P12 : *« j'ai des boutons partout là, ça me, ça me, voilà. Donc ça si je fais pas la démarche de... de le, de, d'enlever mon masque et de le dire : "Voilà j'ai ça" je veux dire, elle peut pas s'apercevoir que, elle peut pas me dire : " Tiens je vois que vous avez quelque chose qui euh qui euh... des boutons, un bouton qui est pas beau, un truc comme ça sur le visage", je suis obligé de de moi de d'anticiper les choses quoi, de le faire. »*

## 2.6 Une frustration de ne pas voir le visage du médecin

De nombreux patients de l'étude laissent entrevoir une frustration de ne pas connaître le visage de leur médecin.

P8 : *« C'est vrai que j'aimerais bien voir le Dr R. entièrement (rit), on va dire ! »*

P11 : *« voilà je trouve que... c'est vrai que ça me ferait, je me dis oui, peut-être je la verrai jamais sans masque mon médecin, je trouve ça un petit peu dommage (rit) »*

P12 : *« Et... bon après c'est très désagréable de ne pas voir les visages (rit). »*

Pour compenser cette insatisfaction, quelques-uns essayent d'imaginer sa physionomie en tentant de deviner ses traits de visage, sa personnalité et son humeur.

P7 : « *J'ai vu Madame R., sans voir, ne, ne voir que son... que le haut du visage. Mais bon si vous voulez, on ne la connaît que depuis un an, ça fait un an, euh... rien qu'avec le nom, sa physionomie, son aspect physique... je suis espagnol d'origine, j'ai fait des comparaisons avec des, des membres de ma, de ma famille que j'ai pu connaître aux mêmes âges. Et ça m'a... on va dire que ça m'a un peu aidé ! (Rit) Pour voir comment elle pensait, comment elle réagissait »*

P8 : « *bon, c'est vrai qu'on peut se poser des questions quel euh... quel est le visage du médecin quand on l'a jamais vu euh sans masque ! »*

P13 : « *Et après, euh... du coup on en, on, là on regarde le visage et euh on essaye, 'fin moi j'essay', je me dis tiens comment dire euh... c'est pas que je me dis tiens comment est son visage c'est que... c'est une, on préférerait, je préférerais voir euh beh le visage entier ! »*

P14 : « *Alors le médecin que j'ai jamais vu sans le masque, ben déjà je vais beaucoup le... beaucoup regarder son visage, je vais beaucoup regarder son visage pour essayer de deviner qui il est. »*

## **2.7 Une déperdition d'informations**

### **2.7.1 Par une perturbation du langage oral**

Une partie du langage verbal est directement impactée par la présence du masque. Ce dernier entrave la transmission des informations orales en atténuant l'intensité de la voix et en empêchant de compenser par la lecture sur les lèvres.

#### **2.7.1.1 Un filtre sonore**

Plusieurs patients remarquent que les voix sont camouflées à cause de la présence du masque.

P9 : « *Ben... la voix en plus est ma', est est... est parée, c'est masqué aussi. C'est vraiment la voix masquée ! Donc bon c'est un peu compliqué ! »*

P10 : « *je pense qu'au niveau de l'audition on peut... c'est un peu plus compliqué, on entend moins bien... surtout quand on nous explique des choses »*

P13 : « *on entend mieux forcément le médecin qui n'a pas de masque, on comprend mieux, quelques fois on, y a des mots qu'on, qu'on entend pas bien »*

Par conséquent, ils doivent bien souvent faire répéter le médecin pour éviter de perdre des informations importantes. De ce fait, le bon déroulement de la consultation peut être mis en péril.

P5 : « *Si on demande à répéter euh... bon ça ça peut être une gêne au niveau la consultation. »*

P10 : « *on peut passer à côté de certaines informations qu'on entend pas toujours bien ! »*

P13 : « quelques fois ben faut faire répéter et quelque fois on ose pas forcément faire répéter mais... euh voilà c'est la gêne qui peut y a avoir dans les informations. »

#### 2.7.1.2 Une perte acoustique impossible à compenser

La présence du masque peut être problématique, notamment pour les patients atteints de troubles auditifs. Les mouvements de bouche qui accompagnent le langage verbal sont invisibles et la lecture labiale est impossible. Ces patients ne peuvent plus compenser la perte auditive et la transmission des informations orales est compromise.

P3 : « Moi je suis un peu sourd d'oreille, donc j'ai tendance à lire sur les lèvres et là pour le masque tss... quand il est pas transparent c'est vrai que j'ai tendance à faire répéter certaines fois... les gens, ça ça peut être un oui une un... un problème lorsqu'on est en consultation et qu'on est un peu sourd d'oreille oui, pour moi c'est ça. »

P11 : « on a pas la, on voit pas la bouche bouger donc euh mais bon, ça va j'ai encore une bonne audition ça va (rit) ! »

#### 2.7.2 Par un déséquilibre du langage non verbal

Une grande partie du langage non verbal est perturbée par la présence du masque. Les expressions du bas du visage sont effacées, alors qu'elles sont essentielles dans la transmission des informations entre le médecin et le patient. Leur absence peut particulièrement altérer la mémorisation ainsi que la compréhension des réactions et du langage parlé. Le masque rend également l'identification et la transmission des émotions plus complexes. Ce manque se fait davantage ressentir lors de consultations complexes ou chez les patients qui consultent fréquemment.

##### 2.7.2.1 Un manque crucial des expressions du bas visage

Le port du masque fait prendre conscience qu'il est indispensable de voir les expressions du bas du visage pour transmettre correctement les informations apportées par le langage verbal. En effet, plusieurs patients soulignent que les expressions des yeux ne sont pas suffisantes.

P1 : « On a besoin de voir l'expression ! Les yeux ça suffit pas ! Les yeux, la bouche euh, les mouvements euh, on voit tout de suite, c'est comme un enfant, on voit que quand on lui dit quelque chose, ça lui passe au-dessus ou... quand, quand... il réagit bien ou quand... il se... il se met en colère intérieurement, c'est pareil. C'est tout dans l'expression du visage. »

P7 : « la réaction des gens se fait aussi bien par les lèvres que par les yeux ! Tout le visage exprime les réponses pour ce qu'on va faire. »

P8 : « c'est quand même important d'avoir l'ensemble du visage. Parce que toute l'expression c'est pas uniquement les yeux même si ils peuvent parler beaucoup quelques fois, mais c'est tout le visage qui reflète quand même euh l'expression. »

### 2.7.2.2 Un défaut de mémorisation du langage verbal

Pour un patient interrogé, le fait de ne pas pouvoir identifier toutes les expressions du visage impacte sa mémoire visuelle, il peut alors moins bien retenir les informations données par son médecin.

P6 : « *Par contre c'est vrai que... le fait de voir tout le visage euh s'exprimer en annonçant... comme qui dirait un verdict sur ce que c'est ou pas, c'est vrai que c'est une aide à la mémoire, où là c'est mémoire visuelle. Alors c'est vrai que là, côté mémoire visuelle, au moment où le docteur annonce euh... le problème euh ça n'aide pas !* »

### 2.7.2.3 Un risque d'incompréhensions

Le langage oral et les expressions du haut du visage ne suffisent pas non plus pour avoir une bonne compréhension entre le médecin et les patients.

En effet, les expressions faciales hautes sont moins fiables lorsqu'elles sont isolées. Elles risquent de provoquer une mauvaise compréhension par une interprétation erronée des réactions ou des propos énoncés par le médecin.

P5 : « *Là ou par contre ça peut-être euh... un peu... un peu gênant, c'est que justement encore une fois, dans l'énoncé de ce qu'il a à dire, les expressions du visage peuvent être importantes et créer, et trahir quelque chose qui n'est pas dit.* »

P8 : « *On peut... on peut avoir une réaction de... dans le regard qui ne correspond peut-être pas à ce qui est derrière le masque.* »

P12 : « *nous on peut se faire peut-être un, une autre façon, une autre, une autre image de ce qu'elle vient de nous dire parce qu'on a pas, on a pas eu ce sourire* »

P16 : « *ben de voir la... on va dire le visage de la personne qui vous prend en charge, et la... et même ses expressions ça peut nous rassurer ou des fois non, et... et avec le masque du coup ben on a enlevé cette partie où on peut se fier à la tête du médecin* »

Sans visualiser les expressions du bas du visage, certains patients peuvent se trouver en difficulté pour savoir si le médecin a bien compris leur problème.

P5 : « *j'accorde une vraie importance à ça, parce qu'à travers le langage corporel, le visage, etcetera on voit si le message porte ou pas.* »

P13 : « *Ben de pas voir justement le bas du visage, voir si euh... si euh... ben le médecin est euh... comment dire est bien avec nous dans le diagnostic, si il a bien compris, ce qu'on a dit euh... euh voilà.* »

Le masque est aussi problématique pour un des patients qui est très attaché à l'humour. En effet, à cause de l'absence des mimiques du bas du visage, ses plaisanteries sont moins perceptibles et risquent d'être incomprises.

P5 : « *Parce que autant... je peux euh... faire des mimiques ou comme ça, pour montrer que je vais accentuer la plaisanterie, autant avec le masque ça passera pas !* »

Il lui est également difficile de savoir si le médecin a bien saisi l'humour et s'il y est réceptif.

P5 : « *le bas du visage marque si ma plaisanterie a fonctionné ou pas, voyez ce que je veux dire, un petit sourire, ou un pincement de lèvres, ou un petit rictus, ou une m' ou une petite moue, voyez comment... et ça avec le masque j'en suis privé.*»

#### 2.7.2.4 Une difficulté à identifier les émotions

Avec le masque qui dissimule les expressions du bas du visage, les réactions et les émotions du médecin sont plus difficiles à appréhender par les patients.

P4 : « *Complicé de faire ressentir des émotions sans les visualiser* »

P8 : « *Dans la mesure où on ne voit pas tout le visage. C'est pas toujours... toutes les personnes n'ont pas des, des expressions qui passent dans le regard.* »

P9 : « *on a pas l'expression complète du visage. On a que les yeux ! Et euh... du coup ben voilà, on voit pas réellement la réaction de la personne. Par rapport à, aux échanges qu'on peut avoir, si elle apprécie, si elle apprécie pas, si... si c'est bon, si c'est pas bon. Euh voilà tout ce truc-là, on a du mal à le percevoir avec les yeux. C'est pas... c'est pas évident !* »

Il est donc plus complexe de saisir la gravité de ce que le médecin annonce sans percevoir intégralement les émotions. Le dialogue oral ne suffit pas et toutes les expressions faciales sont indispensables.

P2 : « *ce serait bien de voir euh l'expression du visage du, l'expression du médecin, pour savoir si c'est grave ou pas grave.* »

P9 : « *Quand vous voyez l'expression quand on vous donne un mot, ben automatiquement vous pouvez tout de suite analyser si c'est grave ou pas ! Hein. En fonction du visage du médecin. Vous savez tout de suite. Je veux dire si il a le sourire, si il a pas le sourire euh... vous vous dites bon là euh... ça vous le voyez pas !*»

P12 : « *Si c'est, si vraiment ça le dérange de nous annoncer ça ou si vraiment c'est, c'est très grave je sais que vous êtes habitués à annoncer des choses, mais euh peut-être vous avez aussi des petites failles quoi, des trucs dans le visage qui vont nous dire : "Tiens merde c'est c'est grave quoi ce qu'elle m'annonce là, ou ce qu'il m'annonce". Voilà. Donc je crois qu'on va chercher quand même quelque chose dans le visage aussi des gens on va... 'fin des docteurs, quand ils nous annoncent quelque chose. Chose qu'on ne peut plus maintenant avec le masque ! Voilà.* »

De façon similaire, le médecin peut aussi être en difficulté pour identifier les émotions des patients et percevoir leur état psychique.



P5 : « *je pense que le toubib a vis-à-vis de moi un peu la même euh la même réaction euh... euh est-ce que le gars en face de moi se plaint vraiment, est-ce qu'il est vraiment en souffrance, est-ce qu'il est pas en souffrance euh... à moins d'avoir les yeux plein de larmes et de lui dire* »

P8 : « *je pense que la réaction euh... du patient est importante pour le médecin aussi, savoir comment il prend la chose quoi. Donc euh le fait d'avoir le masque euh... c'est euh... on voit pas tout !* »

P12 : « *on a peut-être des expressions ou des... des choses qu'il peut voir dans notre euh... dans notre façon de parler, dans notre façon de je sais pas et qu'il peut peut-être passer à côté de choses parce qu'il voit pas entièrement nos, nos réactions ou... ou des choses qu'il pourrait peut-être simplement voir sur notre visage quoi, lire sur notre visage, lui en tant que professionnel quoi.* »

#### 2.7.2.5 Un impact différent selon la complexité et la fréquence des consultations

Le masque peut être un obstacle majeur en fonction de l'objet de la consultation. En effet, les patients accordent une plus grande importance aux expressions faciales lors d'une situation complexe, pour l'annonce d'un diagnostic grave par exemple. Dans ces moments difficiles, elles sont d'autant plus importantes pour véhiculer des émotions.

P11 : « *'fin voilà le côté euh euh je me dis moi bon j'ai rien de grave mais quelqu'un qui aurait quelque chose de grave, là je pense que le masque ça peut peut-être enlever une partie de l'émotion* »

P12 : « *si c'est quelque chose qui est plus grave on va, on va peut-être analyser un peu plus les réactions du docteur quand il nous l'annonce quoi.* »

En revanche, ils sont moins attentifs à ces éléments non verbaux pour les consultations relativement simples et peu fréquentes.

P3 : « *Si on se voyait régulièrement, ce serait peut-être différent. Par rapport au... à... justement une discussion, c'est peut-être plus agréable de voir les gens quand ils... quand ils parlent, ils échangent sur d'autres choses, mais là quand la... la consultation va être assez brève, on donne des symptômes, on tr... le médecin euh... eh beh don... apporte des solutions et c'est assez ... assez rapide pour moi.* »

P12 : « *Oh bah c'est-à-dire que si c'est quelque chose de... de banal, bon on va pas faire attention* »

## 2.8 Un manque d'humanité

La majorité des patients interrogés rapporte un manque d'humanité dans les consultations avec le masque. Par sa présence, celui-ci impose une impersonnalité et une distance physique. Il va également être un obstacle aux interactions verbales et va alors contribuer au sentiment de distance relationnelle. Le manque de communication non verbale va aussi accentuer cette distance sociale, en rendant la relation moins chaleureuse.

P1 : « *il y a une coupure euh... humaine. Voilà. »*

P5 : « *C'est surtout au niveau humain encore une fois que le masque gêne »*

P9 : « *Déjà le manque d'humanité quelque part dans le monde médical, euh depuis un certain nombre d'années, euh moi déjà ça, voilà j'aime pas, euh et en plus là maintenant avec le masque je trouve que c'est encore pire. »*

### 2.8.1 Un aspect impersonnel

Pour plusieurs patients, le masque apporte un aspect physique impersonnel et un sentiment d'indifférence, rendant le climat austère.

P1 : « *Quand je l'ai vue ouvrir les portes et tout ça euh, elle était un peu... impersonnelle, froide »*

P3 : « *Y a peut-être un frein pour certaines personnes, pas l'ensemble des patients, mais, qui se disent : "ben je vois le médecin mais pff ça pourrait être n'importe qui derrière le masque ça change pas". »*

P12 : « *Puis ça fait plus sévère aussi je veux dire en masque, ça fait plus euh... plus strict, déjà en masque. Ça fait... ça fait plus hospitalier »*

### 2.8.2 Une distance physique

La présence du masque impose une distance qui se met en place naturellement entre le médecin et le patient, comme une barrière. Les patients de l'étude ont l'impression que le médecin masqué est physiquement plus éloigné pour discuter avec eux et pour les examiner.

P1 : « *la première des choses qu'on a fait comme à une pestiférée, on a ouvert les fenêtres, c'est tout juste si on n'a pas pris un mètre de recul, voilà. Euh je me suis dit euh on se croirait euh... euh chez les pestiférés là... »*

P10 : « *quand il y avait pas le masque euh ils se rapprochaient 'fin c'était plus facile, il venait nous ausculter d'avantage enfin plus... alors que là c'est vrai que des fois c'est un peu plus euh... un peu plus à distance quoi. »*

### 2.8.3 Une distance relationnelle liée à un manque de communication verbale

#### 2.8.3.1 Des interactions plus limitées

La présence du masque agit comme un obstacle et n'incite pas les patients à se confier. Les échanges sont alors moindres.

P3 : « *ça peut éventuellement... pour certaines personnes euh... le masque peut peut-être gêner. Parce qu'on voit pas le médecin parler, ça peut, psychologiquement ça peut être un mur pour euh pour se livrer »*

P5 : « Par contre que ça limite les échanges, que ça, que ça empêche d'aller plus en profondeur, plus dans le détail, oui certainement. Pour moi oui. Voilà. »

P16 : « Ben l'échange n'est pas le... l'échange n'est pas le même, on a... on a conf', on a confiance en notre médecin et... et en même temps je pense qu'inconsciemment n'ayant jamais vu beh vraiment son visage, l'ayant toujours vu avec le masque y a inconsciemment je pense un... ben qu'on se fie pas au médecin mais qu'y a voilà une petite retenue de la part du patient 'fin dans mon cas »

#### 2.8.3.2 Une relation de confiance et un lien spécifique médecin-patient qui ne se créent pas

Ces faibles interactions n'encouragent pas les patients à se livrer sur leur vie personnelle.

P4 : « Euh j'étais avant dans un autre cabinet en plus, et effectivement y avait pas de masque à l'époque, euh.... Y avait c'te notion de médecin généraliste de proximité, 'fin voilà où on échangeait un petit peu, où on échangeait presque sur nos vies. Je trouve qu'aujourd'hui, hum... ça efface un peu de ça. »

Cela empêche de créer le lien spécifique et familial avec le médecin généraliste qu'ils ont toujours vu masqué. La relation se déshumanise en devenant trop centrée sur les éléments médicaux, et insuffisamment sur le patient en tant que tel.

P4 : « on a pas créé de lien spécifique quoi, voilà c'est euh, ça reste... professionnel euh pur, et voilà on y va pour une maladie, on ressort et euh 'fin voilà ça s'arrête à ça. »

P9 : « il me manque un lien là-dedans ! Ben du coup euh voilà (rit), je fais au strict minimum, bon ben j'ai ça à remplir, ça à renouveler terminé point. Voilà. C'est on... on va au strict minimum ! »

#### 2.8.3.3 Un manque de confiance amplifié avec un médecin vu qu'à travers le masque

Par ce manque d'échanges, la relation de confiance peine à s'installer. La différence est notable entre un médecin masqué depuis toujours et un médecin masqué connu antérieurement sans masque.

P1 : « Ben... mon médecin de famille... que j'ai connu sans masque, avec un masque c'est... comme avant. »

P16 : « Donc euh alors qu'un médecin ben que vous avez déjà vu sans masque y a... ouai vous le beh forcément vous le connaissez plus, on voit plus de, on voit son visage entier et l'approche est différente et y a peut-être plus de confiance on va dire qui s'installe rapidement, comparé à un médecin qu'on a vu qu'avec le masque. »

La distance relationnelle est également davantage marquée lors d'une première consultation avec un nouveau médecin masqué par rapport à un nouveau médecin non masqué.

P1 : « ben un médecin que je connais pas avec un masque, j'irai pas lui parler, j'irai pas lui confier ma fille, j'irai pas lui confier les soucis. Voilà. »

P3 : « La relation n'est peut-être pas aussi... pas intime mais humaine, comme pourrait l'être sans masque, pour la première fois ! »

P4 : « créer une proximité je pense que c'est beaucoup plus dur, pour pour eux. Surtout quand ils connaissent pas avant ! »

#### 2.8.4 Une relation ternie par une diminution de la communication non verbale

L'absence des expressions du bas du visage donne l'impression d'un manque d'accessibilité du médecin et n'incite pas à la discussion.

P5 : « C'est vrai que la bou'... la les expressions des lèvres parlent beaucoup, le sourire euh, le rictus encore une fois euh, le pincement des lèvres... voyez tout ça, donc pour moi c'est... c'est un manque de communication »

P8 : « Alors qu'un médecin qui est non masqué je vais quand même le voir et peut-être euh peut-être entamer davantage une conversation quand même, ou poser des questions peut-être plus facilement suivant l'expression du médecin que je vais voir... dans son intégralité. »

Sans ces expressions, les propos peuvent paraître plus froids et moins empathiques.

P5 : « simplement c'est vrai que au niveau encore une fois de... de la communication euh ça peut faire passer certains messages de façon plus rudes, plus... plus abrupts parce qu'y a pas ce côté qui peut être adouci par les expressions du visage »

P9 : « Et le masque il participe quand même pas mal quoi, parce que ben voilà vous avez pu aucune expression, vous avez pu rien quoi. Donc ça devient... ça devient de la médecine-robot »

Le côté rassurant des émotions se dissipe également, notamment à cause de la disparition du sourire.

P11 : « c'est c'est tout bête mais euh c'est quand même une part d'humanité qui passe par le sourire, même si on voit les choses dans les yeux donc euh... cette relation-là dans le soin elle est importante aussi ! »

P13 : « 'fin moi je sais que ça me... rassure ou ça m'aide de voir aussi le bas du visage, le sourire ou euh... parce que ça peut euh... comment dire euh... rassurer voilà. »

P16 : « sans masque euh ben comme je disais précédemment c'est euh plus facile puisqu'on voit l'expression euh de la personne donc euh ça donne déjà plus d'indications et de... beh ça peut plus rassurer aussi »

Cela peut d'ailleurs créer une difficulté supplémentaire pour les enfants.

P3 : « à chaque fois que j'étais en consultation j'étais pratiquement avec ma fille, la petite. Et la petite de ne pas voir le visage effectivement ça lui a fait une barrière de plus et euh la relation... était un peu euh plus difficile, avec le masque. Parce qu'elle voyait pas la personne en face d'elle, les sourires, les... même si le médecin était... était agréable avec elle ça souriait pas sur son visage »

### 3. Une évolution avec le temps

#### 3.1 Une nouvelle habitude

Les patients interrogés commencent progressivement à s'habituer au port du masque et à l'accepter comme une nouvelle norme. Ils font désormais abstraction du masque et la barrière engendrée par celui-ci devient moins importante.

P8 : « je pense que c'est important, il faut oublier le masque, dans, dans la relation qu'on a, il faut oublier ce masque. »

P11 : « On s'est habitués à communiquer avec, euh donc je pense qu'aujourd'hui, c'est pu la barrière que ça pouvait être »

P14 : « Je pense qu'il faut arrêter de... de traduire le masque comme, comme une contrainte. Mais comme euh... voilà on doit vivre avec. »

Alors que le masque pouvait initialement instaurer une crainte, sa présence est peu à peu banalisée avec le temps.

P8 : « pour moi c'est... c'est comme si le masque n'était pas là. Voilà. »

P11 : « le masque c'est, c'est encore différent maintenant qu'on s'est plus ou moins habitués à voir un peu tout le monde avec un masque »

P12 : « c'est vrai que ça fait un peu, pas peur, plus peur maintenant, au début ça nous a fait peur, maintenant ça nous fait plus peur de voir quelqu'un avec le masque. »

Il devient un objet du quotidien, jusqu'à devenir un nouvel accessoire de mode pour certains.

P14 : « Et ça devient peut-être une façon de s'habiller ou (rit) 'fin une façon de s'habiller je, j'exagère hein mais quelque chose de coquet. Voilà. »

D'autres patients relativisent et gardent une vision optimiste, avec l'espoir d'un avenir sans masque.

P3 : « ça va être d'autant plus euh agréable d'avoir euh une consultation sans masque et qu'on va y venir avec le temps ! »

P8 : « *Je... je me suis dit qu'un jour je verrai bien le Dr R. sans masque ! Ça viendra ! (Rit) »*

### **3.2 Un effort d'adaptation**

Pour que la relation soit moins perturbée, les patients trouvent progressivement des moyens d'adaptation pour compenser la présence du masque, notamment au niveau des échanges verbaux et non verbaux.

#### **3.2.1 Une vigilance accrue sur le langage verbal**

Des patients sont davantage concentrés sur les paroles du médecin.

P8 : « *il faut simplement euh se baser sur les paroles hein, c'est très important, quand même ! Je pense que c'est... que c'est quand même le plus important les paroles ! »*

P13 : « *Ben je prête plus attention à ce qu'il me dit ! Et je suis plus attentive à ce qu'il dit du coup comme je vois pas... bien ses, ses lèvres »*

Un patient, quant à lui, est plus attentif à ses propres paroles.

P6 : « *ça m'applique au contraire du coup à mieux articuler, mieux dire les choses, être plus clair »*

Un autre patient conserve son humour, auquel il est très attaché, pour continuer à véhiculer la bonne humeur.

P7 : « *chez le Dr R. depuis qu'on y va, chaque fois il y a... quelqu'un avec, donc ce sont deux personnes qui sont masquées et ce sont deux personnes que j'ai réussi à faire rire. »*

#### **3.2.2 Un regard plus attentif sur le langage non verbal**

Pour compenser la présence du masque, les patients accordent une place plus importante qu'avant à la communication non verbale.

Ils apprennent à lire autrement les traits du visage du médecin.

P11 : « *le sourire on le perçoit par les yeux par exemple donc ça se plisse plus ou autre. »*

P13 : « *quand on regarde bien les yeux... 'fin quand on regarde les yeux de quelqu'un, les yeux ils parlent aussi hein ! Si euh voilà il est de mauvais poil ou si euh je sais pas, si il a les sourcils froncés, quand on sourit on a les yeux plus euh... ben je sais pas comment dire d'ailleurs, plus ouverts ou plus euh... 'fin on le voit ! On voit quand la personne sourit ou quand euh... quand elle est pas, quand elle est de mauvais poil (rit) ! Voilà. »*

P14 : « *il faut apprendre à le lire dans les yeux. Dans les mimiques qu'il peut avoir sur le visage du haut »*

Ils accentuent leur vigilance sur les éléments non verbaux, en cherchant des informations sur les mimiques du haut du visage, le regard, l'attitude, la gestuelle et l'intonation dans la voix.

P5 : « *c'est vrai que je suis plus attentif à ce que... les attitudes corporelles, aux... mais ça c'est personnel hein* »

P6 : « *c'est un peu comme euh... quand on est handicapé d'un sens, comme la vue ou le toucher où du coup vous avez tout le potentiel de distinction qui se met dans les autres sens qui augmentent. Donc du coup on s'attache plus à l'importance au, au regard du médecin* »

P11 : « *on va d'avantage regarder les yeux, peut-être que voilà puisqu'on a pas tout, on va plus être concentré sur les yeux* »

P15 : « *Euh ça va être plus sur le niveau du haut du visage euh peut-être ses gestuelles au niveau du main', des mains que qu'on ne faisait pas plus attention avant. Avant on regardait plutôt le bas du visage maintenant on est obligé de regarder au niveau des yeux si c'est plus expressif, au niveau des mains, mm... et puis voilà.* »

P16 : « *Euh... plus au ton de, au ton de sa voix et euh... à ses gestes aussi, sa posture et ben l'intonation qu'il utilise* »

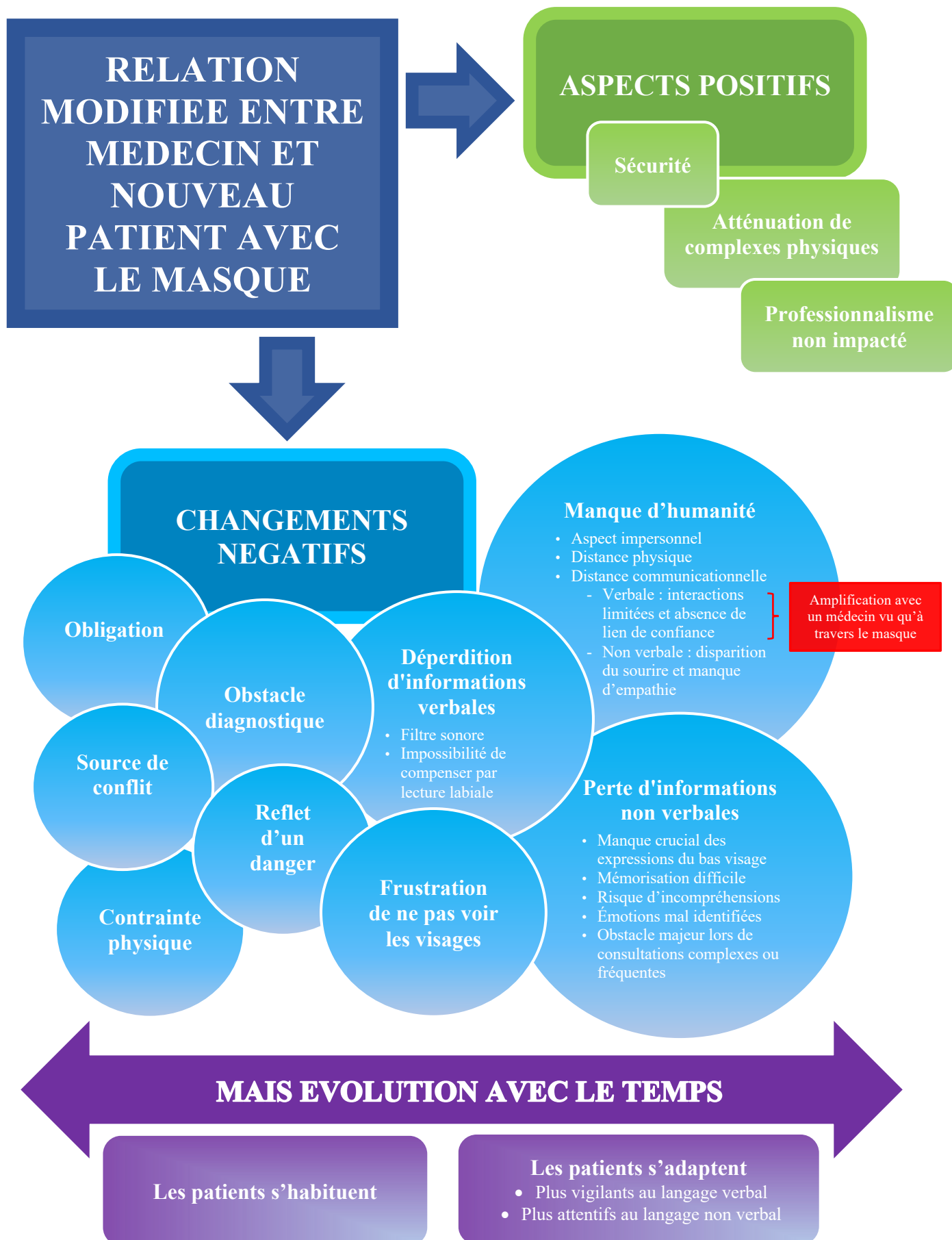


Figure 1 : Synthèse des modifications de la relation médecin-nouveau patient avec le masque



## **B. AMELIORATIONS A APPORTER DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT AVEC LE MASQUE**

### **1. Pour l'accueil des nouveaux patients lors de la première consultation avec le masque**

Dans le cadre d'une consultation où le patient rencontre le médecin masqué pour la première fois, l'accueil est primordial afin de débiter une relation sur de bonnes bases. Pour les patients interrogés, il semble avant tout capital de pouvoir prendre connaissance du visage du médecin. Pour rendre cela possible malgré le port du masque, le médecin va devoir faire quelques adaptations. Au cours de cette première rencontre, il va devoir également instaurer une relation de confiance avec le patient, grâce à la communication verbale et non verbale.

#### **1.1 Prendre connaissance des visages**

##### **1.1.1 Se mettre à distance et enlever le masque temporairement**

Lors de la première consultation avec les masques, les patients aimeraient que chacun puisse découvrir le visage de l'autre, en enlevant les masques sur un court instant et tout en gardant une distance. Cela permettrait de mettre plus facilement un nom sur un visage masqué lors des prochaines consultations.

P2 : « *Mais au moins la première, peut-être la première consultation euh... garder une distance et... ne pas avoir de masque sur le visage.* »

P8 : « *Peut-être, peut-être euh en enlevant le masque une fraction de secondes ! (Rit) Mais bon voilà : « c'est moi, je suis comme ça ! » et on remet ! (Rit) »*

P12 : « *on peut peut-être euh se, se prendre une distance euh distance réglementaire pour euh, pour pouvoir tomber les masques, pendant une, au début de la, de la, ou à un moment donné quoi dans la conversation quoi, pour euh, pour pouvoir justement mettre un visage sur euh sur euh quelqu'un »*

P13 : « *ce serait bien oui de pas porter le masque à l'accueil et après de le, de le replacer pour avoir une idée du visage du médecin, je pense que ce serait bien.* »

##### **1.1.2 Montrer une photo de son visage non masqué**

Pour d'autres patients, prendre connaissance du visage du médecin pourrait se limiter à voir une photo non masquée sur sa blouse ou dans son bureau.

P7 : « *De mettre son portr', de mettre sa photo (rit) ou une photo de famille, qui et comme ça bon on peut se... on peut essayer d'imaginer si c'est vraiment toujours la même personne qui est derrière ! Voilà ! »*

P11 : « *Sa photo sans masque du coup, sur la blouse ! De façon à voilà, à voir euh... à ce qu'on voit vraiment (rit) à quoi elle ressemble éventuellement. Voilà.* »

## 1.2 Mettre en place la relation de confiance

### 1.2.1 Par la communication verbale

#### 1.2.1.1 Se présenter

Avant de débiter la consultation avec le masque, il est primordial que le médecin prenne en considération le nouveau patient en tant que tel. Il est important qu'il se présente pour permettre d'établir un lien de confiance dès les premiers instants.

P1 : *« quand j'étais dans son bureau elle était... voilà... euh... elle s'est présentée, elle m'a présenté la petite jeune qui était à côté, et voilà, elle, comme tout médecin elle a été très... elle a été correcte, elle a été correcte. »*

P3 : *« je dirais rassurer les gens, se présenter »*

P16 : *« Et euh je trouve que la première consultation où je lui ai demandé d'être mon médecin traitant et on s'était jamais vu, ça a été assez euh rapide finalement et euh, beh comme je l'ai dit précédemment je trouve qu'il s'est pas forcément présenté et peut-être adapté au fait qu'il avait une nouvelle patiente à prendre en charge, donc euh j'ai été un peu déçue dans ce sens-là »*

#### 1.2.1.2 Expliquer avec bienveillance l'utilité du port du masque

La relation médecin-patient peut rapidement être mise à l'épreuve par la présence du masque. Il peut effectivement être vécu comme une contrainte et rendre la consultation plus difficile. Pour les patients consultant pour la première fois, il semble essentiel que le médecin leur rappelle l'utilité du port du masque et leur explique avec bienveillance que chacun va devoir s'adapter pour se protéger mutuellement.

P14 : *« Peut-être euh pourquoi pas, à chaque... à chaque euh... à chaque début de consultation c'est... de le dire sur un ton... gentil ou humour dans certains cas euh pourquoi on se doit de porter le masque »*

P15 : *« et leur expliquer aussi parfois, juste l'explication du port du masque c'est pour leur sécurité, plus que ça ne leur protège au médecin »*

P16 : *« en expliquant peut-être aussi que beh pour lui aussi ça peut être compliqué euh voilà d'avoir euh que les, le patient et le soignant aient le masque et que l'approche est différente, alors peut-être pas dans ces termes, mais euh voilà que lui aussi doit s'adapter à la situation et... et qu'il va faire son maximum pour on va dire euh... ben... on va dire pas s'adapter et pallier à cette ben ce voilà à cette nouvelle règle qui est actuellement mise en place »*

Le rappel pourrait également être fait par les secrétaires ou par affichage dans la salle d'attente.

P14 : *« Euh ben déjà beh d'être sûr que l'affichage soit... soit bien inscrit. Et... et que... et que déjà la, l'hôtesse d'accueil ou je sais pas comment vous appelez, la secrétaire d'accueil, peut-être euh sans l'imposer explique pourquoi il faut porter, pourquoi il faut porter le masque. Ça doit passer déjà je pense dans la salle d'attente et euh par l'hôtesse d'accueil. »*

### 1.2.1.3 Faire connaissance avec le patient

Pour créer une relation de confiance dès la première consultation, le médecin va devoir ensuite montrer un intérêt particulier pour le patient en échangeant un maximum avec lui afin de découvrir son histoire de vie.

P4 : « *essayer de découvrir, fin une découverte de la personne, découverte de la famille, découverte de l'environnement de la... fin de voilà de créer entre guillemets un climat de confiance pour euh pour euh pouvoir tr', fin travailler est pas le mot mais sur le long terme voilà avoir une relation de confiance.* »

P15 : « *il portait le masque, il a posé des questions qui ont fait que je me suis sentie en confiance, euh on a pu parler des différentes pathologies que je pouvais avoir et par rapport à ma situation familiale qui a fait que.* »

Certains patients souhaiteraient que le médecin prenne un temps supplémentaire pour apprendre à bien les connaître dès la première rencontre.

P4 : « *en se rajoutant 10 minutes sur un premier... sur une première consultation. Pour essayer de... ben d'enlever ce côté distance qui peut y avoir par le masque en allant chercher un peu plus d'informations* »

P9 : « *Alors que bon pour une première consultation si y a avait eu un peu plus de temps, on aurait pu dialoguer un peu plus, elle aurait pu comprendre un peu plus qui j'étais, et mon parcours quoi.* »

### 1.2.2 Par la communication non verbale

Pour instaurer et développer un climat de confiance, le médecin devra employer la communication non verbale comme un atout.

Pour rassurer les nouveaux patients et créer une ambiance bienveillante, il pourra intensifier le sourire derrière le masque afin qu'il soit retranscrit au niveau du haut du visage. Il pourra également utiliser un ton de voix rassurant et agréable.

P3 : « *je pense rassurer, continuer à... à parler avec la même voix* »

P9 : « *comme là avec le Dr T. euh... je la connaissais pas, je donc euh ben voilà, j'ai eu l'accueil avec le sourire et tout, voilà pour moi apparemment c'est une personne très souriante. Ça m'a pas posé de problème du coup ! Malgré qu'elle avait le masque !* »

P15 : « *il m'a mis en confiance de suite par rapport au ton de sa voix pareil toujours et son expression du haut du visage et après je pense que c'est surtout ça que les patients vont plus noter euh et qu'ils vont voir qu'il y a une bienveillance dans tout ça.* »

Le médecin pourra aussi mettre en confiance le patient par une écoute attentive.

P3 : « *Sur l'accueil, par rapport au médecin que j'ai actuellement hein, le Dr C. hein, j'étais bien pris en charge, il y a une écoute particulière* »

P14 : « *J'ai toujours été mis en confiance. En plus j'ai vu un rempl', deux remplaçants. J'ai vu, j'ai vu deux remplaçants, un homme et une femme, et sincèrement euh... ça s'est toujours très bien passé. Ça s'est toujours très bien passé, ils ont toujours été à l'écoute et le masque n'a pas été, n'a pas été un obstacle.* »

## **2. Pour les consultations suivantes avec le masque**

Pour les consultations futures avec le masque, des améliorations peuvent être apportées dans la relation médecin-patient. Le médecin va devoir optimiser sa communication verbale et renforcer sa communication non verbale pour compenser la barrière du masque et développer une relation plus humaine avec les patients.

### **2.1 Améliorer la communication verbale**

Pour s'améliorer sur le plan verbal, le médecin va devoir modifier sa façon de communiquer, mais aussi continuer à être attentif à la bonne compréhension entre lui et son patient.

#### **2.1.1 Adapter le langage oral**

Comme vu précédemment, le masque constitue une barrière pour la communication orale en atténuant les sons. Pour pallier cela, le médecin va devoir adapter sa façon de communiquer pour s'adresser aux patients, en employant des stratégies simples comme augmenter l'intensité de sa voix et articuler.

P10 : « *parler plus fort peut-être ! Enfin des fois euh des situations avec des personnes âgées ou... peut-être plus euh, parler un petit peu plus fort parce qu'on entend pas touj', 'fin pour pas perdre trop d'information* »

P13 : « *articuler plus peut-être derrière ce masque mais euh... mais bon c'est pas évident pour le médecin d'articuler (rit) mieux* »

La parole est également un outil de communication important pour rassurer le patient. Le choix des mots employés par le médecin va être déterminant.

P8 : « *en étant on va dire plus loquace ! Peut-être que ça peut aider. Mais... oui, ça peut aider parce qu'... ça peut peut-être euh diminuer cette... barrière oui.* »

P12 : « *Après les paroles ça peut, ça peut aussi euh compenser peut-être le fait d'avoir un masque quoi, de rassurer, de, ou de plaisanter, ou de voilà.* »

Certains patients seraient davantage rassurés si le médecin prenait plus de temps pour expliquer et échanger sur leur situation médicale.

P8 : « donner plus de détails sur euh... bon euh par exemple sur l'utilisation... ou d'un médicament euh par exemple, ou sur euh... sur un diagnostic, sur euh... euh oui, sur ce qui peut arriver après euh... oui, c'est un peu ça quoi. Pour moi c'est ça. »

P9 : « un peu plus de temps dans les consultations, pour avoir un peu plus de dialogue, qui ben qui nous explique ben les mots qui sont donnés quoi ! Voilà euh pour savoir exactement où on en est ! »

P16 : « Euh peut-être prendre plus de... de temps qu'il ne prend on va dire pour euh, bon quand c'est nécessaire aussi euh prendre plus le temps d'expliquer et de... de rassurer aussi le patient et de prendre ouai le temps d'expliquer la situation et la suite. Euh... et... ouai prendre plus son temps en général. »

Ces explications médicales pourraient être appuyées par des illustrations.

P10 : « donc peut-être faire des petits croquis et dire tiens voilà c'est là que vous avez un problème ou je sais pas enfin. Ça peut aider ou montrer euh je sais pas des photos, 'fin des dessins, des... pour dire c'est à tel endroit que... 'fin des corps humains avec marqué c'est à tel endroit que ça va pas. Ça pourrait être une... oui une méthode. Parce que ça, ça... c'est bien quand on a des petits dessins des fois ça, ça aide (rit), on voit vraiment bien ! »

### 2.1.2 Être vigilant à la compréhension entre médecin et patients

En cachant les expressions du bas du visage, le masque peut être responsable d'un défaut de compréhension ou d'une mauvaise interprétation de certaines paroles. Pour éviter de compromettre ainsi la communication orale, le médecin va devoir veiller davantage à la bonne compréhension entre le patient et lui.

Le médecin pourra vérifier auprès du patient s'il a bien intégré l'objet de sa demande.

P14 : « et de... de s'assurer auprès du patient si il a bien compris euh... de continuer à s'assurer auprès du patient si il a bien compris le pourquoi il est là. Et les, et de s'assurer d'avoir bien compris la crainte du euh les craintes du patient. »

Le médecin pourra répéter les informations importantes et s'assurer que celles-ci ont bien été assimilées par le patient.

P13 : « à lui de, ou de, d'être attentif de voir si apparemment on a bien compris. Et si il a un doute de, de peut-être de répéter l'information. Si par exemple la personne ou moi je n'ose pas redemander, si le médecin me voit hésitante par exemple de ou de me demander si j'ai bien, si j'ai bien compris. Voilà. »

## 2.2 Renforcer la communication non verbale

Le masque constitue également un véritable obstacle pour la communication non verbale en effaçant toutes les expressions du bas du visage. Pour compenser sa présence, le médecin devra renforcer certains éléments de son langage non verbal.

Il pourra rassurer avec un timbre de voix calme, mais aussi avec les expressions des yeux.

P8 : « *par le ton, faire attention euh peut-être au ton utilisé ! Dans la mesure où on ne voit pas tout le visage. »*

P13 : « *Sur les yeux, et puis la façon de parler. Voilà. De façon plus euh... comment dire, pas plus, c'est pas plus aimable que je veux dire mais euh... plus rassurant »*

P15 : « *Je pense c'est le ton de la voix surtout qui fait que la personne se met en confiance et aux expressions des yeux »*

Garder le contact visuel avec le patient pendant la consultation participe aussi à la réassurance.

P14 : « *Et ensuite euh... beh je disais le regard, de pas fuir le regard du euh... du patient. »*

Il sera également important de garder le sourire derrière le masque, de façon à ce qu'il soit perceptible au niveau des yeux, pour mettre en confiance le patient par le regard.

P14 : « *Et... puis de beh de garder le sourire sous le masque parce que ça se retranscrit sur les... ça se traduit sur les yeux ! Voilà. »*

P15 : « *parce que comme on dit même avec le masque, puisque moi je le vois avec mon métier, euh comme ils disent les yeux ils sourient quand on sourit donc euh juste avec ça, avec le regard »*

### **3. Les alternatives au masque chirurgical**

#### **3.1 Le masque transparent**

Pour de nombreux patients de l'étude, les masques transparents seraient l'idéal pour améliorer la relation médecin-patient. Ils pourraient rassurer les patients en leur permettant de voir toutes les expressions du visage du médecin. Les échanges seraient plus humains et la communication serait plus facile, notamment grâce à la lecture sur les lèvres.

P1 : « *Mais qu'on mette des masques transparents, c'est tout. Ce serait plus humain. »*

P2 : « *je pense que tout le monde trouverait son compte, les gens qui donnent de l'importance au masque et les gens qui donnent de l'importance à l'expression... faciale, je pense que c'est un bon compromis... de d'utiliser un masque... transparent ou une visière. »*

P3 : « *pour les gens qui sont un peu sourds d'oreille oui c'est... un masque transparent c'est pas mal pour pouvoir lire sur la bouche »*

### 3.2 Le masque à motifs

Une autre alternative pourrait être les masques à motifs pour dédramatiser la situation.

P12 : « *Après bon il existe des masques avec des sourires, et des masques avec des, on voit beaucoup de choses* »

P14 : « *Ou alors il y a des masques maintenant qui sont, qui sont sur le ton de l'humour, en tissu et autres, avec des, y avait des... euh quelque chose de comique dessus* »

# AMELIORATIONS A APPORTER AVEC LE MASQUE DANS LA RELATION ENTRE MEDECIN ET NOUVEAU PATIENT

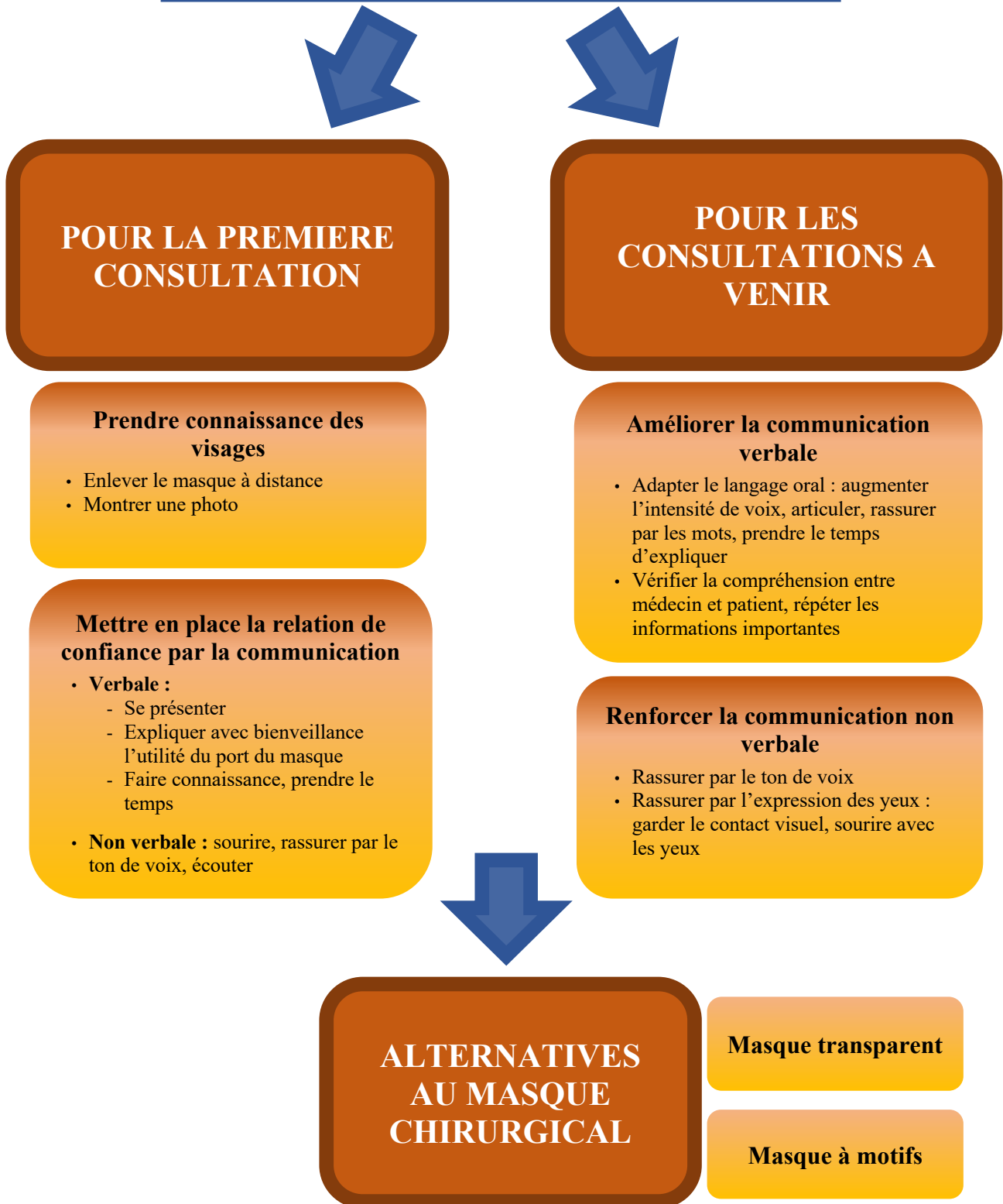


Figure 2 : Synthèse des améliorations à apporter avec le masque dans la relation médecin-nouveau patient



# DISCUSSION

## I. DISCUSSION DE LA METHODE

### A. FORCES

Pour ce travail, la méthode de recherche qualitative a été la plus adaptée. En effet, celle-ci a permis d'évaluer les expériences et les ressentis des patients à propos du masque dans la relation médecin-patient en médecine générale. Progressivement des hypothèses ont pu être développées selon le principe de théorie ancrée.

L'échantillon a été élaboré avec un objectif de variation maximale pour obtenir un échantillon le plus hétérogène possible et non dans le but d'être représentatif de la population générale. Les profils diversifiés des patients ont permis de recueillir une variété d'expériences et de points de vue sur le sujet de l'étude.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été particulièrement propices à l'abord du sujet concernant le ressenti des patients. Ils pouvaient s'exprimer librement et n'avaient pas à se soucier de leur image ou du jugement d'autres participants, contrairement à ce que l'on peut parfois retrouver dans les entretiens en « focus group ».

La triangulation des données a été réalisée grâce au codage des verbatims par un autre chercheur qui était indépendant à l'étude et n'avait aucun lien avec l'investigateur. Cela a permis de renforcer la validité de l'étude en limitant le biais d'interprétation, inhérent à toute étude qualitative par la subjectivité propre du chercheur. De plus, cette personne extérieure à l'étude avait l'expérience antérieure du codage dans le cadre de sa thèse.

Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants et ils n'ont pas exprimés de retour sur les résultats. L'étude a donc respecté 30 critères de qualité de la grille COREQ (38).

### B. LIMITES

Cette étude comportait toutefois plusieurs biais.

Tout d'abord, les patients connaissaient la fonction du chercheur et ont été préalablement contactés par leur médecin généraliste pour la plupart. Des patients ont potentiellement appris que celui-ci connaissait a minima l'enquêteur. Cela a pu engendrer, lors des entretiens, un biais de déclaration et de désirabilité sociale par peur du jugement.

De plus, les patients ont pu avoir tendance à répondre selon les normes sociétales en vigueur et donc à sur- ou sous-déclarer certains comportements, même si l'anonymat était respecté. Ils ont également pu orienter, consciemment ou inconsciemment, leurs réponses dans le but de vouloir satisfaire les attentes présumées du médecin investigateur de l'étude. Quelques patients ont d'ailleurs parfois cherché à obtenir son approbation et voulaient savoir si leurs propos étaient contributifs, lors des entretiens mais aussi hors enregistrement.

Cependant, ces biais ont pu être limités car l'investigateur et les patients ne se connaissaient pas. Le chercheur a également veillé à rester le plus neutre possible.

Ensuite, il est à noter que l'investigateur était novice dans la recherche qualitative et n'a reçu aucune formation préalable. Cela a constitué un biais d'investigation par manque d'expérience.

Pour y pallier, deux entretiens exploratoires ont été réalisés au début de l'étude, puis la qualité des entretiens s'est améliorée au cours du temps grâce à l'acquisition progressive d'expérience. De plus, un travail bibliographique important sur la méthode en recherche qualitative a été nécessaire et déterminant pour limiter ce biais en amont des entretiens (42,43).

Une limite à ce travail a probablement été la temporalité relativement longue pour la constitution de l'échantillon, expliquée par un recrutement difficile. La mémorisation a certainement été restreinte chez les patients déjà habitués au port du masque. Cependant, ce facteur temps a pu aussi être une force de l'étude. En effet, les derniers patients interrogés ont pu avoir un plus grand recul sur la situation. Ils ont pu créer des mécanismes d'adaptations et suggérer plus facilement des pistes d'améliorations au niveau de la relation médecin-patient avec le port du masque.

## **II. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS**

### **A. DES MODIFICATIONS RELATIONNELLES SPECIFIQUES AUX NOUVEAUX PATIENTS**

Cette étude a permis de mettre en avant les ressentis des patients concernant l'influence du masque dans la relation médecin-patient.

L'étude s'intéressait plus particulièrement au vécu de patients qui n'avaient jamais vu leur médecin sans masque. Dans cette catégorie de patients, la relation médecin-malade est particulièrement impactée.

Tout d'abord, ils montrent une grande frustration de ne pas pouvoir voir et connaître le visage de leur médecin.

Puis, certains patients voient le masque comme une marque impersonnelle et une barrière qui impose une distance physique dès le début de la relation.

En outre, sa présence réduit naturellement les interactions verbales avec le médecin. La consultation est alors focalisée sur l'expertise médicale et non sur le patient. Le masque empêche ainsi de créer un lien de proximité avec le médecin dès les premiers instants. Par conséquent, la relation de confiance est ensuite très difficile à mettre en place avec le médecin toujours vu masqué.

Une étude récente montrait aussi un effet négatif des visages masqués sur la volonté d'engager la conversation, le contenu de la communication et le sentiment de lien (44).

Cet impact sur la communication verbale crée alors un manque d'humanité important.

Ce ressenti est accentué par une perte de communication non verbale induite par le port du masque. L'absence des expressions faciales basses rend les émotions et l'empathie plus difficilement perceptibles par ces nouveaux patients, ce qui peut être particulièrement problématique, notamment lors de l'annonce de mauvaises nouvelles.

Ce résultat est confirmé par un essai clinique randomisé américain, réalisé en 2020 dans plusieurs services de chirurgie. Lors de la première rencontre entre un patient et un chirurgien masqué, le masque affectait négativement la confiance et l'empathie perçue par le patient, en raison de l'impossibilité de voir le visage du professionnel de santé. Ceux qui portaient des masques transparents étaient considérés comme étant de meilleurs communicateurs (45).

Deux autres études récentes ont également montré que les visages masqués étaient perçus comme étant moins accessibles et moins dignes de confiance (46,47).

Lorsqu'une nouvelle relation médecin-patient essaye de s'établir, la privation du sourire pourrait être principalement responsable du manque de confiance et d'empathie. La visualisation du sourire induit effectivement un mimétisme facial automatique et une contagion émotionnelle, qui ont un rôle non négligeable dans la promotion de l'empathie (47). La perception de l'humour pourrait aussi, de ce fait, être plus complexe.

Chez les nouveaux patients interrogés, le masque a donc un impact négatif sur les deux composantes de la communication, ce qui crée une relation médecin-patient déshumanisée.

Toutefois, ils tiennent à séparer les compétences communicationnelles et médicales, qui elles, n'ont pas été remises en cause par la présence du masque.

D'autre part, un patient a repéré un avantage procuré par la présence du masque. Il a constaté qu'il pouvait occulter d'éventuels complexes physiques au niveau du visage.

## **B. DES MODIFICATIONS PARTAGEES PAR DES PATIENTS AYANT CONNU LEUR MEDECIN AVANT LA PANDEMIE**

Dans cette étude, les nouveaux patients ont rapporté des éléments qui sont également partagés par des patients ayant connu leur médecin avant l'apparition des masques.

Une étude similaire à celle-ci s'intéressait aux patients dans une vision plus globale et a corroboré certains des résultats. Pour la plupart, le masque majorait le sentiment de distance avec le médecin. Pour d'autres, il était perçu comme une contrainte, créant un inconfort qui altérait le bon déroulement des consultations. Il pouvait aussi dissimuler des symptômes et devenir un obstacle diagnostique (37).

Au-delà de ces aspects physiques, le port du masque peut perturber la consultation par son obligation. Celle-ci peut être mal vécue par quelques patients et devenir une source potentielle de conflit, lorsqu'il existe des divergences de point de vue sur son utilité.

Cependant, le masque a été globalement reconnu par tous les patients comme un moyen de protection vis-à-vis de la COVID-19 (37). Son efficacité sur la limitation de la transmission du SARS-CoV-2 a longtemps été débattue. Mais plusieurs études ont maintenant démontré son effet, y compris sur d'autres virus, lorsqu'il est utilisé en complément d'autres mesures de protection, comme la distanciation et l'hygiène des mains (48-53).

Toutefois, ce sentiment de sécurité apporté par le port du masque, peut parfois être remis en question. En effet, il peut aussi être considéré comme le reflet d'un danger, en rappelant en permanence la présence de la maladie. Il devient ainsi un frein à consulter pour quelques-uns.

Pour les patients qui se rendent tout de même chez leur médecin, le port du masque peut entraver le bon déroulement des consultations, en empêchant la transmission d'informations cruciales.

D'une part, le langage oral peut être altéré par la simple présence du masque, puisqu'il semble agir comme un véritable filtre acoustique. Plusieurs études récentes confirment une diminution des performances dans la perception vocale et une augmentation de l'effort d'écoute avec le masque (44, 54-56).

En plus d'atténuer les voix, l'utilisation du masque empêche de compenser la perte sonore par la lecture labiale. De ce fait, les patients avec des troubles de l'audition sont majoritairement impactés (37,44,56,57). En l'absence de ces repères visuels, l'intelligibilité de la parole est d'autant plus complexe chez les personnes ayant un grand déficit auditif (58).

Mais les normo-entendants sont également concernés par ce problème. En effet, ils utilisent la lecture labiale inconsciemment et variablement d'un individu à l'autre (59). Différentes études soulignent une détérioration significative de la compréhension de la parole à cause de l'atténuation acoustique mais aussi de l'occlusion visuelle du masque lorsqu'un bruit ambiant est présent (60,61).

De plus, l'occlusion visuelle peut avoir, de façon indirecte, un autre impact sur la communication. En effet, un patient a relevé que la présence du masque pouvait impacter la mémorisation du langage verbal. Ce résultat est cohérent avec une étude récente qui suggère que l'absence de repères visuels diminue les performances d'encodage lors du traitement de la parole (62).

Cette découverte pourrait avoir des répercussions non négligeables en consultation, où la mémorisation des informations orales est cruciale.

D'autre part, les patients de cette étude notent la disparition de la majeure partie du langage non verbal, avec la présence du masque qui efface les expressions faciales basses. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les yeux ne sont pas suffisamment informatifs et expressifs pour véhiculer des émotions fiables.

Plusieurs études montrent que le masque entraîne une baisse significative de la reconnaissance des émotions (63). La diminution des performances est nette pour la colère, le dégoût, le bonheur et la tristesse. Mais la neutralité et la peur ne sont pas affectées par l'ajout du masque (64,65). Dans une autre étude, la reconnaissance de la colère n'a pas été impactée (66). Cependant, une autre étude plus robuste, avec un échantillon plus grand, révèle que le masque affecte la reconnaissance de toutes les émotions (67).

Ces discordances pourraient être dues à la différence d'intensité dans l'expression et la perception des émotions. A ce propos, une étude a montré que l'intensité des états émotionnels était globalement moins perceptible avec la présence du masque, à l'exception de la colère. A l'inverse, l'intensité des émotions non intentionnelles était davantage perçue et pouvait donc provoquer des ambiguïtés dans l'interprétation des expressions faciales (68).

Des confusions entre les différentes émotions ont effectivement été rapportées (32,69,70). Cela pourrait être expliqué par l'activation de muscles similaires au niveau de la moitié supérieure du visage.

Il convient de noter que ces études ont été réalisées sur des visages figés. Mais en situation réelle, les expressions émotionnelles sont dynamiques et probablement moins intenses. La confusion pourrait alors être amplifiée.

Cependant, ces derniers propos sont à nuancer, puisque les indices corporels n'ont pas été pris en compte dans les travaux précédents. Or, ce sont des éléments clés dans la représentation des émotions (71). En effet, lors de l'observation du corps entier, les performances de la reconnaissance des émotions sont meilleures pour la colère, la tristesse et la peur. Toutefois, ce n'est pas le cas pour la joie (72).

Le contexte peut également être une source d'information supplémentaire pour améliorer la perception des expressions faciales et réduire la confusion induite par le masque (69,73).

Les indices corporels et le contexte pourraient donc contribuer à pallier le manque de précision dans la lisibilité des émotions, qui ne semble pas s'améliorer avec le temps (64).

Malheureusement, lors d'une consultation ces difficultés à reconnaître les émotions peuvent être sources d'incompréhensions ou de réactions inappropriées. La qualité des interactions entre médecin et patients risque d'être impactée négativement.

En définitive, le port du masque peut être responsable de perturbations au niveau du langage oral et non verbal, mettant en danger la relation médecin-patient.

Malgré toutes ces modifications néfastes pour la relation médecin-patient, les patients s'habituent au port du masque et l'acceptent au fil du temps comme une nouvelle norme. Ils parviennent naturellement à trouver des moyens d'adaptation afin que la relation soit impactée le moins possible. Ils sont plus attentifs au langage verbal, mais ils accordent aussi une place nettement plus importante qu'avant au langage non verbal. Une étude prouve que les personnes qui sont davantage confrontées à des interactions sociales avec le masque, vont s'adapter en déplaçant leur attention sur les indices provenant de la zone des yeux, plutôt que sur les informations du visage dans leur globalité (74).

### **C. DES POPULATIONS DE PATIENTS DONT LA RELATION EST PARTICULIEREMENT EN DANGER**

Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux sont eux aussi confrontés à ces problèmes de communication avec le masque (75,76).

Deux études récentes françaises ont recueilli le point de vue de médecins généralistes. Ces derniers partagent la vision des patients sur de nombreux éléments précédemment énoncés. Cependant, il semble que la relation médecin-patient soit tout de même globalement conservée et moins impactée, grâce au lien préexistant avant l'arrivée des masques. La relation est davantage perturbée avec des patients ne connaissant pas du tout leur médecin sans le masque (36,37).

D'autres populations seraient également exposées à ce risque.

Les patients de l'étude ont cité les patients avec une déficience auditive, la population pédiatrique et les personnes réfractaires au port du masque.

Avec ces derniers, le masque peut être une potentielle source de conflit et le dialogue plus complexe (36). Cette catégorie de patients pourrait aussi avoir tendance à moins consulter, du fait de l'obligation de porter le masque.

Chez les patients avec des troubles auditifs, privés de la lecture labiale et contraints d'augmenter leur effort d'écoute de façon accrue, la présence du masque entraîne une fatigabilité et une charge cognitive nettement plus importantes (57).

Dans la population pédiatrique, les données actuelles deviennent de plus en plus nombreuses et s'accordent globalement sur les résultats.

Les enfants de 3 à 5 ans étaient mieux à même d'identifier les expressions émotionnelles sans masque. Mais ils étaient tout à fait capables de les reconnaître, lorsque l'adulte masqué déclarait explicitement ou laissait entendre verbalement ce qu'il ressentait. En outre, leur capacité augmentait avec l'âge et avec le fait d'être exposé souvent à des personnes masquées (77).

Chez les enfants de 7 à 12 ans, le masque était aussi lié à une moins bonne lecture des émotions, et les performances étaient également meilleures pour les plus âgés d'entre eux (78,79).

De plus, ils étaient capables d'utiliser le contexte, la posture du corps et la coloration du visage pour améliorer leur précision malgré le masque (79).

Finalement, les enfants de tous âges acceptent de porter le masque, bien plus que ne le pensent leurs parents. Il existe même une meilleure adhésion chez les enfants que chez les adultes, malgré les effets indésirables ressentis. Ces derniers sont d'ailleurs significativement réduits lorsque les parents adhèrent à la mesure du port du masque (80).

Des études dans la littérature ont identifié d'autres populations à risque.

Dans les populations âgées de plus de 65 ans, la reconnaissance des émotions et la compréhension peuvent être négativement affectées par la présence du masque (63,81,82).

Les patients avec des troubles cognitifs peuvent, eux aussi, être déstabilisés par la présence du masque qui majore les difficultés à reconnaître les visages. De plus, dans la majorité des formes de démence, la communication non verbale est considérée comme le moyen le plus efficace pour établir un lien. En effet, leur aptitude à communiquer avec le langage corporel est conservée plus longtemps qu'avec le langage verbal. Le masque les prive alors de leur moyen de communiquer (76,83,84).

Chez les patients avec des troubles psychiatriques, le masque peut faire émerger plus facilement de fausses perceptions émotionnelles.

Les patients atteints de troubles du spectre autistique ont plus de difficultés à reconnaître les émotions mais seuls ceux avec un niveau d'alexithymie élevé sont davantage perturbés par le masque (67,85,86).

De plus, dans certaines pathologies, comme la schizophrénie ou la dépression, les patients peuvent avoir un discours verbal à peine audible et avoir des expressions émotionnelles diminuées de base. L'ajout du masque pourrait donc entraver le recueil de signes verbaux et non verbaux par le praticien. L'alliance thérapeutique risque d'être altérée et la psychothérapie mise en échec (87,88).

Les personnes en situations de soins d'urgences et réanimation ainsi que les patients en soins palliatifs semblent aussi être concernées par la barrière du masque (37,76).

Il est très probable que les patients avec un déficit visuel ou vocal présentent également des difficultés.

Enfin, il pourrait être supposé que les personnes parlant une langue étrangère et avec des divergences culturelles pourraient être perturbées différemment par le port du masque. Quelques études soulignent des contrastes marqués entre Occidentaux et Orientaux pour le décodage des expressions faciales au cours des interactions sociales (89,90).

L'utilisation du masque constitue donc un obstacle considérable pour la communication, faisant émerger des situations à risque qui pourraient mettre en péril la qualité de la relation médecin-patient. Il faudrait donc être particulièrement vigilant à ces différents profils de patients et leur fournir d'éventuelles alternatives pour leur permettre d'avoir des soins de qualité et éviter un isolement social.

## **D. DES AMELIORATIONS POUR CREER ET PRESERVER UNE RELATION DE QUALITE AVEC LES NOUVEAUX PATIENTS**

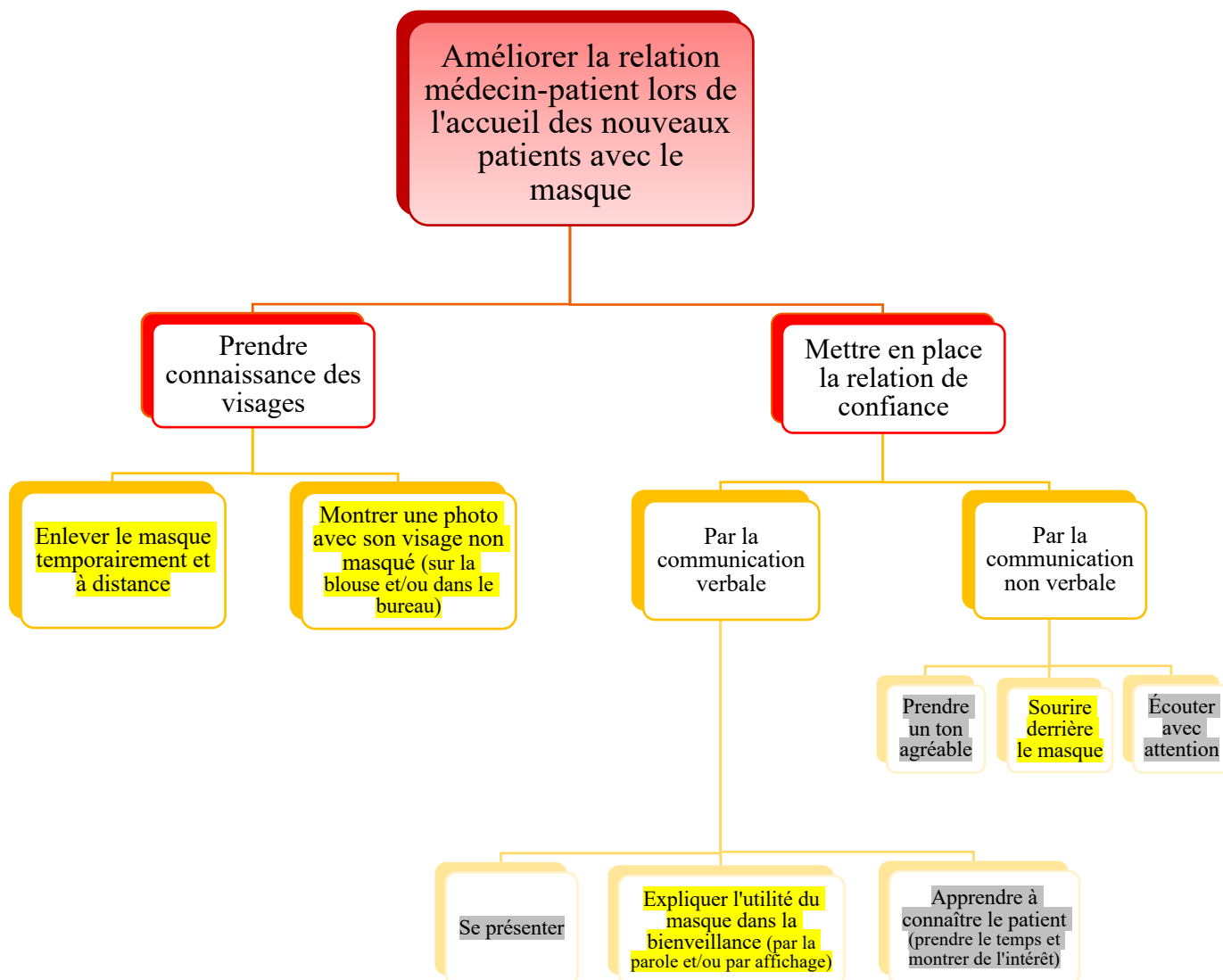
Pour répondre à l'objectif secondaire de cette étude, les résultats et la littérature internationale ont permis d'apporter plusieurs pistes d'améliorations pour créer, puis conserver une relation de qualité chez les nouveaux patients, malgré le port du masque (57,64,72,81,91,92).

Pour la première rencontre avec le masque, il semble tout d'abord nécessaire de répondre à l'intense frustration des patients de ne pas connaître le visage de leur médecin. Deux solutions apparaissent possibles : enlever le masque quelques secondes en gardant une distance de sécurité ou afficher une photo avec le visage découvert.

Ensuite, il paraît fondamental de forger la relation de confiance, grâce à la communication verbale et non verbale qui vont être essentielles dès les premiers instants. Il est conseillé de sensibiliser les patients aux difficultés de communication provoquées par le port du masque et rappeler son utilité avec bienveillance dès le début de la consultation (oralement et/ou par écrit en salle d'attente). Penser à préserver le sourire derrière le masque va aussi être indispensable pour rassurer.

Les patients ont formulé d'autres attentes qui faisaient déjà partie intégrante des consultations sans masque. Il faut donc s'appliquer à les conserver pour fonder la relation sur de bonnes bases. Parmi ses idées, ne pas oublier de se présenter, prendre du temps pour apprendre à connaître le patient, employer un ton agréable et être à l'écoute.

Un guide sous forme de schéma résume ces propos. (Figure 3)



Légende :

Les nouveaux éléments à apporter avec le masque

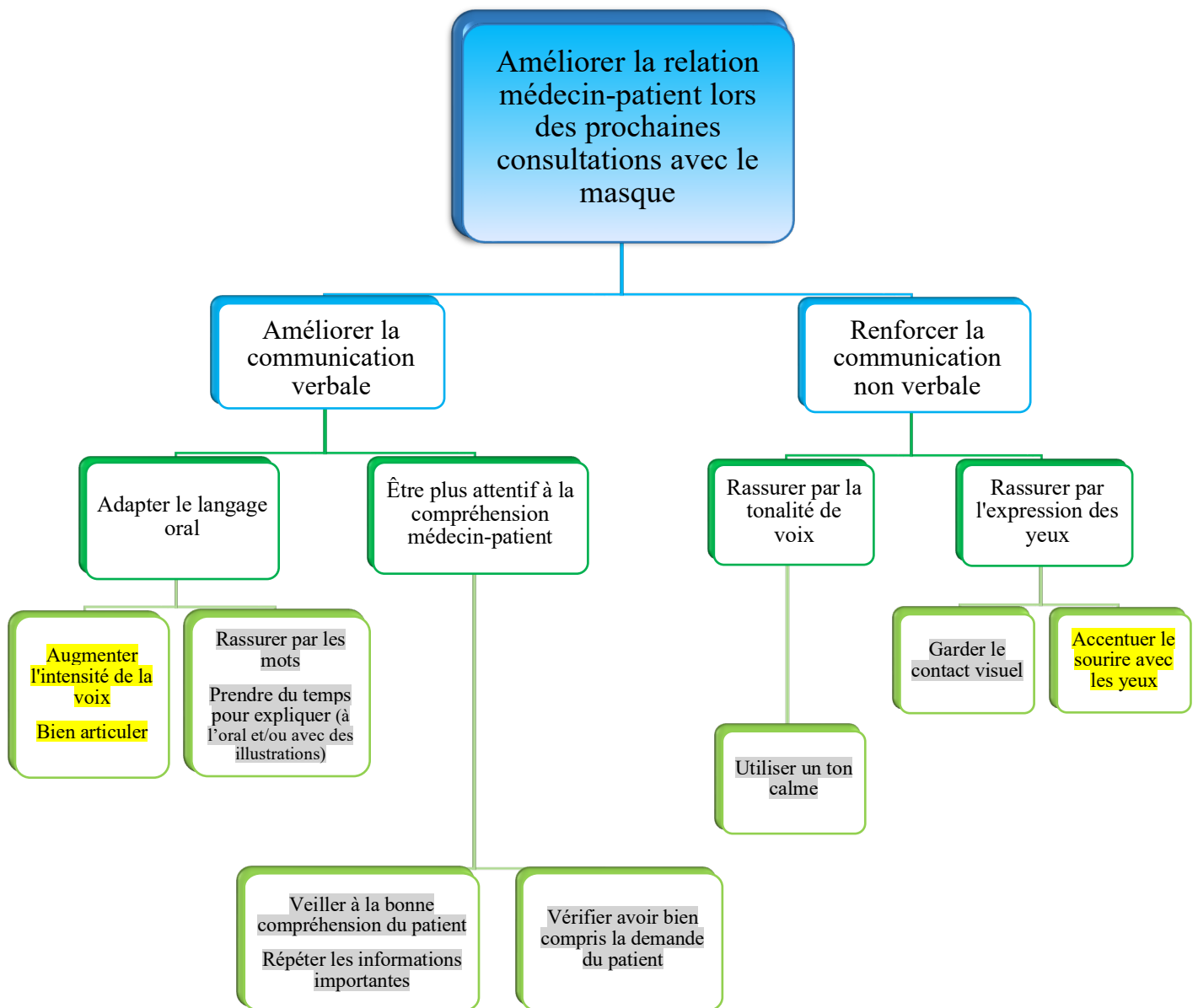
Les éléments inchangés avec l'arrivée du masque mais à conserver

Figure 3 : Guide à proposer aux médecins pour améliorer la relation médecin-patient lors de l'accueil des nouveaux patients avec le masque



Pour les consultations suivantes, la présence du masque va engendrer peu de changements novateurs : augmenter l'intensité de voix, bien articuler et sourire avec les yeux. Néanmoins, il faut davantage renforcer les bases de la consultation : rassurer par les mots, prendre du temps pour échanger, donner des explications simples à l'oral et à l'écrit, veiller à une compréhension mutuelle, répéter les informations importantes, tout en gardant le contact visuel et un ton apaisant.

Un guide pour aider à améliorer la relation est proposé. (Figure 4)



Légende :

Les nouveaux éléments à acquérir avec le masque

Les éléments préexistants à l'arrivée du masque mais à renforcer

Figure 4 : Guide à proposer aux médecins pour améliorer la relation médecin-patient lors des prochaines consultations avec le port du masque

### III. PERSPECTIVES

Pour améliorer la relation médecin-patient, une alternative proposée par les patients de cette étude serait de porter des masques transparents. Ils pourraient atténuer les difficultés de communication. En rendant possible la lecture labiale, ils permettraient une meilleure intelligibilité (58,81). La reconnaissance des expressions faciales pourrait également être moins impactée (93,94). La perception de l'empathie serait alors aussi améliorée et la mise en confiance plus facile pour les nouveaux patients (45).

Mais actuellement, ces masques transparents ou visières ne correspondent pas aux normes de protection et ne peuvent être portés qu'en complément d'un masque chirurgical pour limiter la transmission du virus (95).

Les masques à motifs ont également été mentionnés par les patients. Ceux-ci ne nuiraient pas davantage à la reconnaissance des émotions et pourraient être utiles pour dédramatiser certaines situations (96).

Pour les masques en tissu, de nombreuses études montrent qu'ils ne sont pas suffisamment efficaces pour limiter la propagation du virus (97,99).

Il est donc admis que le médecin en consultation doit utiliser un masque à usage médical, c'est-à-dire un masque chirurgical standard. Mais les patients peuvent porter, à défaut de ceux-ci, des masques grand public homologués en tissu réutilisable. En effet, ils sont considérés plus utiles que l'absence de masque (95).

D'autres types de masque pourraient être prometteurs. Plusieurs prototypes de masques biodégradables seraient actuellement à l'étude et permettraient de réduire l'impact écologique des masques actuels, essentiellement composés de microplastiques.

Avec l'arrivée du masque, tous les professionnels de santé ont été impactés dans leurs moyens de communiquer. Lors d'une étude, ils étaient nombreux à révéler un manque de compétences pour adapter leur communication. Une brève présentation vidéo visant à améliorer la communication avec le masque leur a été bénéfique (75).

Avant la pandémie, personne n'a jamais été confronté à une pratique avec le port du masque généralisé. De plus, il semblerait que les professionnels de santé ne bénéficient pas de formation particulière à la communication. Ils ont plutôt tendance à interagir de manière instinctive et grâce à l'expérience acquise. Un travail de thèse a montré que les médecins généralistes avaient peu de notions sur la communication et accordaient peu de place à la composante non verbale (100).

Pour remédier à ce manque de connaissances, il pourrait être pertinent d'instaurer ou multiplier les formations en matière de communication.

Certaines facultés de médecine semblent déjà avoir accordé une place plus importante à la communication verbale, avec des séances d'entretien motivationnel, d'éducation thérapeutique ou de groupe Balint par exemple.

Un enseignement avec des personnes formées en communication et des analyses de situations filmées pourrait potentiellement permettre d'améliorer les interactions, et de surcroît progresser

au niveau du langage non verbal. Cependant, il faudrait être vigilant de ne pas y accorder trop de technicité, au risque de perdre toute la spontanéité des échanges. La relation médecin-patient en deviendrait alors paradoxalement moins authentique et moins humaine.

En prenant en compte les résultats de cette étude, une formation plus approfondie à la communication pourrait aider le personnel médical à surmonter plus facilement les difficultés liées au port du masque.

Le virus responsable de la COVID-19 est toujours activement en circulation, mais l'épidémie s'est aujourd'hui largement atténuée, le port du masque n'est donc plus obligatoire en France (101).

Cependant, en consultation le masque reste tout de même omniprésent en période hivernale pour la prévention des épidémies à virus respiratoires ordinaires (bronchiolites, gripes) (102,103). Il est également nécessaire pour faire face à l'émergence inhabituelle de certaines infections, comme celle à *Mycoplasma Pneumoniae* en fin d'année 2023 (104).

Il est ainsi probable que le masque fasse toujours partie intégrante des consultations de médecine générale, notamment en période d'épidémies hivernales ou en cas de nouvelle pandémie.

## CONCLUSION

La pandémie de la COVID-19 a brusquement bouleversé les soins de santé d'une manière inédite et a entraîné la généralisation du port du masque. Auparavant, celui-ci pouvait être un équipement familier pour quelques professionnels de santé, mais il ne l'était que très peu pour les patients.

Bien que nécessaire pour la limitation et la prévention de la propagation de la COVID-19, les masques ont des conséquences non négligeables sur la relation médecin-patient. Les nouveaux patients sont particulièrement impactés par la présence du masque, n'ayant pas de relation de confiance établie antérieurement. Au-delà de la frustration de ne pas connaître les visages, la déperdition des informations verbales et non verbales est conséquente. Les perturbations au niveau de la communication forgent un sentiment de distance qui déshumanise les interactions et diminue les chances de créer un lien de proximité.

Les professionnels de santé devront désormais prendre en considération ce nouvel obstacle à la communication et devront accorder une attention spécifique aux nouveaux patients. Leur vigilance devra être portée dès la première rencontre. Ils devront accroître leurs efforts d'adaptation et développer des aptitudes communicationnelles verbales et non verbales, s'ils veulent préserver la relation médecin-patient malgré le masque.

Il paraît essentiel d'insister sur l'importance du langage non verbal, souvent méconnu par les soignants. Une sensibilisation auprès des étudiants en santé pourrait être intéressante et une formation spécifique pourrait devenir un enjeu majeur pour conserver une relation de qualité avec le port du masque en médecine générale.

## REFERENCES

- (1) Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413-25.
- (2) Hélardot V, Mulot S. Chapitre VIII. Les relations de soin : du colloque singulier au pluralisme médical. Dans: Drulhe M, Sicot F, *La santé à cœur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Toulouse: Presses universitaires du Midi; 2020. p. 185-206.
- (3) Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.
- (4) Mittelstadt B. Rapport sur l'impact de l'intelligence artificielle sur la relation médecin-patient [Internet]. COE; 2013 [Consulté le 10 octobre 2023]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/report-impact-of-ai-on-the-doctor-patient-relationship>
- (5) Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique: comment s'y former? *Revue de la littérature*. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
- (6) Code de la Santé Publique. Article L1111-4 (version à jour au 1<sup>er</sup> octobre 2020).
- (7) Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013 [Consulté le 10 octobre 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble)
- (8) Mélior S. Évaluation de la position des patients vis-à-vis de la décision médicale partagée selon le contexte clinique : résultats d'une étude transversale multicentrique réalisée auprès de 175 usagers de médecine générale. Thèse de médecine, Rouen: Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen; 2016.
- (9) Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015 [Consulté le 10 octobre 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
- (10) Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 3<sup>e</sup> éd. London: CRC Press; 2013.
- (11) Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.
- (12) Organisation Mondiale de la Santé. Services de santé de qualité [Internet]. OMS; 2020 [Consulté le 5 octobre 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>
- (13) Dedianne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Thèse de médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier; 2001.

- (14) Daussy D. L'insatisfaction dans la relation médecin-malade : le point de vue du malade. Thèse de médecine, Montpellier : Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2018.
- (15) Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2012 Jan;86(1):9-18.
- (16) Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expect.* 2007;10(3):248-58.
- (17) Bouhnik AD, Moumjid N, Protière C. Chapitre III. Les relations avec le système de soins : L'implication des patients dans les choix des traitements. Dans: Le Corroller-Soriano AG, Malavolti L, Mermilliod C, La vie deux ans après le diagnostic de cancer : une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades. Paris: La Documentation Française; 2008. p. 123-136.
- (18) Guichard F, Philippe M. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale. Thèse de médecine. Grenoble : Université Joseph Fourier; 2014.
- (19) Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Acad Natl Med.* 2021;205(8):857-66.
- (20) Blasini M, Peiris N, Wright T, Colloca L. The Role of Patient–Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. *Int Rev Neurobiol.* 2018;139:211-31.
- (21) Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ.* 2008 May;336(7651):999-1003.
- (22) Mantz JM, Wattel F. Rapport 06-18. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Acad Natl Med.* 2006;190(9):1999-2011.
- (23) Abric JC. Chapitre 4. La dimension non verbale de la communication. Dans: Abric JC, Psychologie de la communication: Théories et méthodes. 3<sup>e</sup> ed. Paris: Dunod; 2019. p. 59-69.
- (24) Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(1):25-38.
- (25) Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):755-61.
- (26) Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Gashi S, Bikker A et al. Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. *Br J Gen Pract.* 2015;65(635):357-65.
- (27) Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2003;18(3):170-4.

- (28) Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2006;21(1):28-34.
- (29) Schmid Mast M. On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2007 Aug;67(3):315-8.
- (30) Bruera E, Palmer JL, Pace E, Zhang K, Willey J, Strasser F et al. A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. *Palliat Med.* 2007;21(6):501-5.
- (31) World Health Organization. Mask use in the context of COVID-19 : Interim guidance [Internet]. WHO; 2020 [Consulté le 19 octobre 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail-redirect/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
- (32) Carbon CC. Wearing Face Masks Strongly Confuses Counterparts in Reading Emotions. *Front Psychol.* 2020 Sept;11:566886.
- (33) Bandaru SV, Augustine AM, Lepcha A, Sebastian S, Gowri M, Philip A, et al. The effects of N95 mask and face shield on speech perception among healthcare workers in the coronavirus disease 2019 pandemic scenario. *J Laryngol Otol.* 2020;134(10):895-8.
- (34) Magee M, Lewis C, Noffs G, Reece H, Chan JCS, Zaga CJ, et al. Effects of face masks on acoustic analysis and speech perception: Implications for peri-pandemic protocols. *J Acoust Soc Am.* 2020 Dec;148(6):3562-8.
- (35) 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. Thèse de médecine. Marseille : Faculté de sciences médicales et paramédicales de Aix-Marseille; 2021.
- (36) Passerieux A. Impact du port du masque sur la relation médecin-patient : ressenti des médecins généralistes. Thèse de médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2022.
- (37) Aurégan L, Lebaron C. Influence du port du masque en consultation sur la relation médecin-patient en cabinet de médecine générale : ressenti des patients et médecins généralistes en Bretagne. Thèse de médecine. Rennes : Université de Rennes 1; 2022.
- (38) Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev,* 2015;15(157):50-4.
- (39) Institut national de la statistique et des études économiques. La PCS 2020 [Internet]. Insee; 2023 [Consulté le 24 octobre 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6205305>
- (40) Institut national de la statistique et des études économiques. La grille communale de densité [Internet]. Insee; 2023 [Consulté le 24 octobre 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>

- (41) Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Actualisation des facteurs de risque de formes graves de la Covid-19 et des recommandations sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021 [Consulté le 24 octobre 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3240117/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-actualisation-des-facteurs-de-risque-de-formes-graves-de-la-covid-19-et-des-recommandations-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240117/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-actualisation-des-facteurs-de-risque-de-formes-graves-de-la-covid-19-et-des-recommandations-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner)
- (42) De Chanaud N. LEPCAM - Lire, Ecrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux [Internet]. [Consulté le 29 novembre 2022]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/>
- (43) Touboul P. Guide méthodologique pour les thèses qualitatives [Internet]. Collège de médecine générale de Nice; 2013 [Consulté le 29 novembre 2022]. Disponible sur: [https://www.nice.cngc.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=53](https://www.nice.cngc.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53)
- (44) Saunders GH, Jackson IR, Visram AS. Impacts of face coverings on communication: an indirect impact of COVID-19. *Int J Audiol.* 2021 July;60(7):495-506.
- (45) Kratzke IM, Rosenbaum ME, Cox C, Ollila DW, Kapadia MR. Effect of Clear vs Standard Covered Masks on Communication With Patients During Surgical Clinic Encounters: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2021 April;156(4):372-8.
- (46) Bylianto LO, Chan KQ. Face masks inhibit facial cues for approachability and trustworthiness: an eyetracking study. *Curr Psychol.* 2023 Nov;42(31):26996-7007.
- (47) Marini M, Ansani A, Paglieri F, Caruana F, Viola M. The impact of facemasks on emotion recognition, trust attribution and re-identification. *Sci Rep.* 2021 Mar;11:5577.
- (48) MacIntyre CR, Chughtai AA. A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients. *Int J Nurs Stud.* 2020 Aug;108:103629.
- (49) Chiu NC, Chi H, Tai YL, Peng CC, Tseng CY, Chen CC, et al. Impact of Wearing Masks, Hand Hygiene, and Social Distancing on Influenza, Enterovirus, and All-Cause Pneumonia During the Coronavirus Pandemic: Retrospective National Epidemiological Surveillance Study. *J Med Internet Res.* 2020 Aug;22(8):e21257.
- (50) Liang M, Gao L, Cheng C, Zhou Q, Uy JP, Heiner K, et al. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis.* 2020;36:101751.
- (51) Hemmer CJ, Hufert F, Siewert S, Reisinger E. Protection From COVID-19—The Efficacy of Face Masks. *Dtsch Arztebl Int.* 2021 Feb;118(5):59-65.
- (52) Baier M, Knobloch MJ, Osman F, Safdar N. Effectiveness of Mask-Wearing on Respiratory Illness Transmission in Community Settings: A Rapid Review. *Disaster Med Public Health Prep.* 7 mars 2022;17:e96.
- (53) Schoberer D, Osmancevic S, Reiter L, Thonhofer N, Hoedl M. Rapid review and meta-analysis of the effectiveness of personal protective equipment for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Public Health Pract (Oxf).* 2022 Feb;4:100280.



- (54) Maryn Y, Wuyts FL, Zarowski A. Are Acoustic Markers of Voice and Speech Signals Affected by Nose-and-Mouth-Covering Respiratory Protective Masks? *J Voice*. 2023;37(3):468.e1-468.e12.
- (55) Rahne T, Fröhlich L, Plontke S, Wagner L. Influence of surgical and N95 face masks on speech perception and listening effort in noise. *PLOS ONE*. 2021 July;16(7):e0253874.
- (56) Ritter E, Miller C, Morse J, Onuorah P, Zeaton A, Zanation A, et al. Impact of Masks on Speech Recognition in Adult Patients with and without Hearing Loss. *ORL*. 2021 Sept;84(4):302-8.
- (57) Lee E, Cormier K, Sharma A. Face mask use in healthcare settings: effects on communication, cognition, listening effort and strategies for amelioration. *Cogn Res Princ Implic*. 2022 Jan;7(2).
- (58) Atcherson SR, Mendel LL, Baltimore WJ, Patro C, Lee S, Pousson M, et al. The Effect of Conventional and Transparent Surgical Masks on Speech Understanding in Individuals with and without Hearing Loss. *J Am Acad Audiol*. 2017 Jan;28(1):58-67.
- (59) Le Rhun L, Llorach G, Delmas T, Suied C, Arnal LH, Lazard DS. A standardised test to evaluate audio-visual speech intelligibility in French. *Heliyon*. 2024 Jan;10(2):e24750.
- (60) Sönnichsen R, Llorach Tó G, Hochmuth S, Hohmann V, Radeloff A. How Face Masks Interfere With Speech Understanding of Normal-Hearing Individuals: Vision Makes the Difference. *Otol Neurotol*. 2022 Mar;43(3):282-8.
- (61) Yi H, Pingsterhaus A, Song W. Effects of Wearing Face Masks While Using Different Speaking Styles in Noise on Speech Intelligibility During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2021 June;12:682677.
- (62) Truong TL, Beck SD, Weber A. The impact of face masks on the recall of spoken sentences. *J Acoust Soc Am*. 2021 Jan;149(1):142-4.
- (63) Grundmann F, Epstude K, Scheibe S. Face masks reduce emotion-recognition accuracy and perceived closeness. *PLoS One*. 2021 Apr;16(4):e0249792.
- (64) Carbon CC, Held MJ, Schütz A. Reading Emotions in Faces With and Without Masks Is Relatively Independent of Extended Exposure and Individual Difference Variables. *Front Psychol*. 2022 Mar;13:856971.
- (65) Bani M, Russo S, Ardenghi S, Rampoldi G, Wickline V, Nowicki S, et al. Behind the Mask: Emotion Recognition in Healthcare Students. *Med Sci Educ*. 2021 May;31(4):1273-7.
- (66) Shepherd JL, Rippon D. The impact of briefly observing faces in opaque facial masks on emotion recognition and empathic concern. *Q J Exp Psychol (Hove)*. 2023 Feb;76(2):404-18.
- (67) Pazhoohi F, Forby L, Kingstone A. Facial masks affect emotion recognition in the general population and individuals with autistic traits. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257740.

- (68) Tsantani M, Podgajicka V, Gray KLH, Cook R. How does the presence of a surgical face mask impair the perceived intensity of facial emotions? *PLoS One*. 2022;17(1):e0262344.
- (69) Rinck M, Primbs MA, Verpaalen IAM, Bijlstra G. Face masks impair facial emotion recognition and induce specific emotion confusions. *Cogn Res Princ Implic*. 2022 Sept;7(83).
- (70) Díaz-Agea JL, Pujalte-Jesús MJ, Arizo-Luque V, García-Méndez JA, López-Chicheri-García I, Rojo-Rojo A. How Are You Feeling? Interpretation of Emotions through Facial Expressions of People Wearing Different Personal Protective Equipment: An Observational Study. *Nurs Rep*. 2022 Oct;12(4):758-74.
- (71) Aviezer H, Trope Y, Todorov A. Body Cues, Not Facial Expressions, Discriminate Between Intense Positive and Negative Emotions. *Science*. 2012 Nov;338(6111):1225-9.
- (72) Ross P, George E. Are Face Masks a Problem for Emotion Recognition? Not When the Whole Body Is Visible. *Front Neurosci*. 2022;16:915927.
- (73) Aviezer H, Hassin RR, Ryan J, Grady C, Susskind J, Anderson A, et al. Angry, disgusted, or afraid? Studies on the malleability of emotion perception. *Psychol Sci*. 2008 July;19(7):724-32.
- (74) Barrick EM, Thornton MA, Tamir DI. Mask exposure during COVID-19 changes emotional face processing. *PLoS One*. 2021 Oct;16(10):e0258470.
- (75) Schlögl M, Singler K, Martinez-Velilla N, Jan S, Bischoff-Ferrari HA, Roller-Wirnsberger RE, et al. Communication during the COVID-19 pandemic: evaluation study on self-perceived competences and views of health care professionals. *Eur Geriatr Med*. 2021;12(6):1181-90.
- (76) Calvignac C. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? [Internet]. *Sciences humaines*; 2020 [Consulté le 7 février 2024]. Disponible sur: [https://www.scienceshumaines.com/que-change-le-port-du-masque-dans-la-relation-soignant-soigne\\_fr\\_42302.html](https://www.scienceshumaines.com/que-change-le-port-du-masque-dans-la-relation-soignant-soigne_fr_42302.html)
- (77) Giordano K, Palmieri CS, LaTourette R, Godoy KM, Denicola G, Paulino H, et al. Face Masks and Emotion Literacy in Preschool Children: Implications During the COVID-19 Pandemic. *Early Childhood Educ J*. 2024 Jan;52(1):21-9.
- (78) Chester M, Plate RC, Powell T, Rodriguez Y, Wagner NJ, Waller R. The COVID-19 pandemic, mask-wearing, and emotion recognition during late-childhood. *Soc Dev*. 2022;32(1):315-28.
- (79) Ruba AL, Pollak SD. Children's emotion inferences from masked faces: Implications for social interactions during COVID-19. *PLoS One*. 2020 Dec;15(12):e0243708.
- (80) Assathiany R, Salinier C, Béchet S, Dolard C, Kochert F, Bocquet A, et al. Face Masks in Young Children During the COVID-19 Pandemic: Parents' and Pediatricians' Point of View. *Front Pediatr*. 2021 June;9:676718.
- (81) Schneider KN, Theil C, Gosheger G, Lampe LP, Rödl R, Mellmann A, et al. Surgeons' non-transparent facemasks challenge the physician-patient relationship in the orthopedic

outpatient clinic of a tertiary university hospital during the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study of 285 patients. *Acta Orthop*. 2022 Jan;93:198-205.

(82) Carbon CC, Grüter M, Grüter T. Age-Dependent Face Detection and Face Categorization Performance. *PLoS One*. 2013 Oct;8(10):e79164.

(83) Schlögl M, A. Jones C. Maintaining Our Humanity Through the Mask: Mindful Communication During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(5):E12-3.

(84) Gil R, Arroyo-Anlló EM. Alzheimer's Disease and Face Masks in Times of COVID-19. *J Alzheimers Dis*. 2021;79(1):9-14.

(85) Gehdu BK, Tsantani M, Press C, Gray KL, Cook R. Recognition of facial expressions in autism: Effects of face masks and alexithymia. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 2023 Dec;76(12):2854-64.

(86) Schnitzler T, Korn C, C. Herpertz S, Fuchs T. Emotion recognition in autism spectrum condition during the COVID-19 pandemic. *Autism*. 2023 Oct.

(87) Mitzkovitz C, Dowd SM, Cothran T, Musil S. The Eyes Have It: Psychotherapy in the Era of Masks. *J Clin Psychol Med Settings*. 2022;29(4):886-97.

(88) Dondé C, Pouchon A, Pelluet A, Bougerol T, Polosan M. The Impact of Wearing a Face Mask on the Psychiatric Interview: a National Survey During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Q*. 2022;93(2):435-42.

(89) Haensel JX, Danvers M, Ishikawa M, Itakura S, Tucciarelli R, Smith TJ, et al. Culture modulates face scanning during dyadic social interactions. *Sci Rep*. 2020 Feb;10(1958).

(90) Jack RE, Blais C, Scheepers C, Schyns PG, Caldara R. Cultural Confusions Show that Facial Expressions Are Not Universal. *Current Biology*. 2009 Sept;19(18):1543-8.

(91) Graham S, Brookey J. Do Patients Understand? *Perm J*. 2008;12(3):67-9.

(92) Mheidly N, Fares MY, Zalzale H, Fares J. Effect of Face Masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health*. 2020 Dec;8:582191.

(93) Miyazaki Y, Kamatani M, Suda T, Wakasugi K, Matsunaga K, Kawahara JI. Effects of wearing a transparent face mask on perception of facial expressions. *Iperception*. 2022 June;13(3):20416695221105910.

(94) Chu JN, Collins JE, Chen TT, Chai PR, Dadabhoy F, Byrne JD, et al. Patient and Health Care Worker Perceptions of Communication and Ability to Identify Emotion When Wearing Standard and Transparent Masks. *JAMA Netw Open*. 2021 Nov;4(11):e2135386.

(95) Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatifs aux masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2 [Internet]. HCSP; 2020 [Consulté le 17 novembre 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=943>

(96) Blazhenkova O, Dogerlioglu-Demir K, Booth RW. Masked emotions: Do face mask patterns and colors affect the recognition of emotions? *Cogn Res Princ Implic*. 2022 Apr;7(1):33.

(97) Chughtai AA, Seale H, Macintyre CR. Effectiveness of Cloth Masks for Protection Against Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. *Emerg Infect Dis*. 2020 Oct;26(10):e200948.

(98) Roberge RJ, Roberge MR. Cloth Face Coverings for Use as Facemasks During the Coronavirus (SARS-CoV-2) Pandemic: What Science and Experience Have Taught Us. *Disaster Med Public Health Prep*. 2022 Apr;16(2):726-33.

(99) Tirupathi R, Bharathidasan K, Palabindala V, Salim SA, Al-Tawfiq JA. Comprehensive review of mask utility and challenges during the COVID-19 pandemic. *Infez Med*. 2020 June;28(suppl 1):57-63.

(100) Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Thèse de médecine. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis; 2018.

(101) World Health Organization. COVID-19 epidemiological update – 16 February 2024 [Internet]. WHO; 2024 [Consulté le 20 février 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-16-february-2024>

(102) Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Contre la bronchiolite, un traitement préventif et des gestes simples [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention; 2023 [Consulté le 14 février 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/contre-la-bronchiolite-un-traitement-preventif-et-des-gestes-simples>

(103) Agence Régionale de Santé Occitanie. C'est le moment de se protéger face aux épidémies de l'hiver : grippe, Covid, bronchiolite... [Internet]. ARS Occitanie; 2023 [Consulté le 14 février 2024]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/cest-le-moment-de-se-proteger-face-aux-epidemies-de-lhiver-grippe-covid-bronchiolite>

(104) Haute Autorité de Santé. Infections respiratoires à *Mycoplasma pneumoniae* : la HAS publie des réponses rapides. [Internet]. HAS; 2023 [Consulté le 14 février 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3482986/fr/infections-respiratoires-a-mycoplasma-pneumoniae-la-has-publie-des-reponses-rapides](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3482986/fr/infections-respiratoires-a-mycoplasma-pneumoniae-la-has-publie-des-reponses-rapides)

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : FICHE D'INFORMATION AUX MEDECINS

Chers confrères, chères consœurs,

Je suis médecin généraliste remplaçante. Je réalise actuellement ma thèse sur le **ressenti des patients concernant l'impact du port du masque en consultation de médecine générale sur la relation médecin-patient.**

Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels chez des patients qui n'ont jamais vu leur médecin sans masque.

Dans le contexte de la pandémie COVID-19 actuelle, le port du masque en consultation de médecine générale est devenu une situation qui perdure. **Des études ont déjà été réalisées sur le point de vue des médecins généralistes** à ce sujet. C'est pourquoi, je m'intéresse au vécu des patients pour améliorer la relation médecin-patient, malgré le port du masque en consultation.

Ainsi, je compte sur **votre aide pour sélectionner 2 ou 3 patients** de votre patientèle qui seraient d'accord de participer et qui correspondraient à ces critères :

**-majeur**

**-parlant et comprenant le français**

**-sans troubles cognitifs**

**-ne vous ayant jamais vu sans masque** (patient de passage, arrivée dans les 2 ans dans votre patientèle, nouveau patient, etc...)

**-puis si possible** : patients sélectionnés avec des antécédents différents vis-à-vis du COVID-19 (vacciné, non vacciné, ayant eu le COVID-19, n'ayant pas eu le COVID-19)

Je me tiens à disposition pour répondre à vos questions.

Claire DUVEAUX (médecin remplaçant, investigateur de l'étude)

## ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Madame, Monsieur,

Je suis médecin généraliste remplaçant en année de thèse. Je réalise actuellement une étude sur le ressenti des patients concernant l'impact du port du masque en consultation de médecine générale sur la relation médecin-patient.

Ce projet de thèse s'inscrit dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en médecine. Sa réalisation est sous la direction du Docteur Jean-François GUILLE, médecin généraliste à Gabarret.

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 actuelle, le port du masque en consultation de médecine générale est devenu une situation qui perdure. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer votre vécu en tant que patient et de recueillir votre avis pour améliorer la relation médecin-patient avec le port du masque en consultation.

L'étude s'adresse uniquement à des patients qui n'ont jamais vu leur médecin sans masque.

Votre participation consistera à répondre à certaines questions au cours d'un entretien d'une durée variable (en moyenne 20 minutes). Si vous désirez participer, un rendez-vous vous sera fixé en fonction de vos disponibilités.

Votre participation n'est pas obligatoire, elle se fait uniquement sur la base du volontariat.

Notre échange sera enregistré. Les informations recueillies seront ensuite retranscrites, anonymisées et analysées pour les besoins de l'étude. L'enregistrement sera conservé uniquement pour la durée de l'étude et sera ensuite détruit.

Vous pourrez à tout moment demander l'accès aux données vous concernant, et si besoin, rectifier ou apporter des modifications à propos de notre entretien.

Vous pourrez à tout moment interrompre l'entretien et retirer votre consentement.

Claire DUVEAUX (médecin remplaçant et investigateur de l'étude)

## ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Merci de m'accorder un peu de temps pour cet entretien. Celui-ci va se dérouler très simplement. Je vais d'abord vous demander de vous présenter. Ensuite, je vais vous poser plusieurs questions sur votre ressenti au sujet du port du masque en consultation et sur son impact dans la relation avec votre médecin.

N'hésitez pas à répondre de façon la plus développée possible. Tout ce que vous avez à dire est important, et cela fera la force de l'étude.

Pour rappel, notre échange est enregistré et sera retranscrit de façon anonyme. Ainsi, tous les noms et/ou lieux que vous citerez ne seront pas mentionnés pour respecter la confidentialité des données.

### **1. Présentation des patients**

- **Caractéristiques sociodémographiques :**

Sexe

Tranche d'âge

Profession

Lieu d'habitation : urbain/rural

Statut familial : couple/célibataire/enfants

- **Caractéristiques médicales :**

Pathologie(s) chronique(s)

Antécédent(s) d'infection COVID-19

Statut vaccinal COVID-19

### **2. Le port du masque en consultation**

- Selon vous, quel(s) changement(s) le masque apporte-t-il dans les consultations ?

*Questions de relance :*

*Quels sont les avantages et inconvénients du masque en consultation ?*

- Quelle(s) différence(s) constatez-vous en consultation chez un médecin que vous avez toujours vu avec le masque par rapport à un autre médecin que vous avez pu connaître avant sans le masque ?

### **3. Impact du masque sur la relation médecin-patient**

- Comment interagissez-vous avec le médecin que vous avez toujours vu avec le masque ?

Questions de relance :

*Quelle(s) difficulté(s) ressentez-vous dans les échanges avec votre médecin actuel que vous ne connaissez qu'avec le masque par rapport à un autre médecin que vous avez pu connaître sans masque ?*

*A votre avis, quelle(s) difficulté(s) le médecin peut-il avoir pour communiquer avec vous ?*

*Quelle importance accordez-vous aux expressions du visage du médecin que vous n'avez jamais vu sans masque lorsqu'il vous délivre une information sur votre santé ?*

#### **4. Les attentes des patients**

- Comment le médecin pourrait-il améliorer les prochaines consultations malgré la persistance du port du masque ?
- Comment souhaiteriez-vous que le médecin améliore l'accueil des patients qu'il voit pour la première fois en consultation avec le masque ?

#### **5. Pour finir**

- Voyez-vous des choses qui n'ont pas été abordées et que vous souhaitez ajouter sur le sujet ?



## **ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIE**

Merci de m'accorder un peu de temps pour cet entretien. Celui-ci va se dérouler très simplement. Je vais d'abord vous demander de vous présenter. Ensuite, je vais vous poser plusieurs questions sur votre ressenti au sujet du port du masque en consultation et sur son impact dans la relation avec votre médecin.

N'hésitez pas à répondre de façon la plus développée possible. Tout ce que vous avez à dire est important, et cela fera la force de l'étude.

Pour ne pas influencer vos réponses, je vais rester très neutre et très peu interagir avec vous lors de cet entretien.

Pour rappel, notre échange est enregistré et sera retranscrit de façon anonyme. Ainsi, tous les noms et/ou lieux que vous citerez ne seront pas mentionnés pour respecter la confidentialité des données.

### **1. Présentation des patients**

#### **- Caractéristiques sociodémographiques :**

Sexe

Tranche d'âge

Profession

Lieu d'habitation : urbain/rural

Statut familial : couple/célibataire/enfants

#### **- Caractéristiques médicales :**

Pathologie(s) chronique(s)

Antécédent(s) d'infection COVID-19

Statut vaccinal COVID-19

Nombre de fois où vous avez rencontré votre médecin masqué ?

### **2. Le port du masque en consultation**

- Selon vous, quel(s) changement(s) le masque apporte-t-il dans les consultations ?

*Questions de relance :*

*Quels sont les avantages et inconvénients du masque en consultation ?*

- Quelle(s) différence(s) constatez-vous en consultation chez un médecin que vous avez toujours vu avec le masque par rapport à un autre médecin que vous avez pu connaître avant sans le masque ?

### **3. Impact du masque sur la relation médecin-patient**

- Comment interagissez-vous avec le médecin que vous avez toujours vu avec le masque ?

Questions de relance :

*Quelle(s) difficulté(s) ressentez-vous dans les échanges avec votre médecin actuel que vous ne connaissez qu'avec le masque par rapport à un autre médecin que vous avez pu connaître sans masque ?*

*Quelle(s) difficulté(s) avez-vous pour communiquer avec le médecin que vous ne voyez qu'avec le masque ?*

*A votre avis, quelle(s) difficulté(s) le médecin peut-il avoir pour communiquer avec vous, du fait du masque ?*

*Lorsque le médecin que vous voyez toujours masqué vous délivre une information sur votre santé, à quels éléments prêtez-vous plus attention par rapport à un médecin non masqué ?*

*Quelle importance accordez-vous aux informations que vous apporte le visage du médecin que vous voyez toujours masqué, lorsqu'il vous délivre une information sur votre santé ?*

#### **4. Les attentes des patients**

- Comment le médecin pourrait-il améliorer les prochaines consultations malgré la persistance du port du masque ?
- Comment souhaiteriez-vous que le médecin améliore l'accueil des patients qu'il voit pour la première fois en consultation avec le masque ?

Questions de relance :

*Quel(s) conseil(s) pourriez-vous donner au médecin pour paraître plus humain malgré le port du masque ?*

*Comment le médecin pourrait-il compenser la présence du masque pour améliorer le premier contact ? Et les prochains échanges ?*

#### **5. Pour finir**

- Voyez-vous des choses qui n'ont pas été abordées et que vous souhaitez ajouter sur le sujet ?
- N'avez-vous pas été déçu qu'il n'y ait pas eu un moment plus intime ou plus personnel pour la première consultation, étant donné qu'elle se passe avec le masque ?

## ANNEXE 5 : CONSENTEMENT ECRIT

Je soussigné(e), [NOM Prénom] \_\_\_\_\_ ,

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à l'étude et reconnais avoir donné mon consentement libre et éclairé pour ma participation.

Autorise Claire DUVEAUX, médecin remplaçant en année de thèse et investigateur de l'étude, à enregistrer notre entretien et en utiliser les données anonymisées, dans le cadre de son travail de thèse.

Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Fait le :        /        /

A :

Signature du participant

Signature de l'investigateur  
Claire DUVEAUX

## ANNEXE 6 : EXEMPLE DE RETRANSCRIPTION D'UN VERBATIM

**Investigateur** : Alors, selon vous quel(s) changement(s) le masque apporte-t-il dans les consultations ?

**Patient 11** : Mm... (Réfléchit) Euhm... ben c'est vrai qu'on a une partie de l'expression du... de de l'interlocuteur qu'on ne voit pas ! Alors après y a beaucoup de choses qui passent par les yeux donc ça compense. Euh... Après qu'est-ce que ça change euh... c'est vrai qu'on s'y est un peu habitué aussi hein... donc euh... mais euh... bon... y a encore beaucoup d'expressions qui passent par les yeux donc... voilà je... je je trouve que les faits y est, on est voilà on a pas l'expression du bas du visage donc ça peut enlever une petite partie du message, mais euh... je pense que c'est quand même compensé par le fait qu'y ait beaucoup de choses qui passent par le regard. Voilà.

**Investigateur** : Ok. Hum quelle(s) différence(s) constatez-vous en consultation chez un médecin que vous avez toujours vu avec le masque par rapport à un autre médecin que vous avez pu connaître sans le masque ?

**Patient 11** : (Réfléchit) C'est vrai que je, je vois pas trop de différence euh... euh... c'est, c'est euh... nan je pense que... voilà je pense que c'est qu'une partie du du... oui du message qui est masquée en fait, oui c'est le cas de le dire, parce que voilà y a tout le, y a tout le reste qui euh la tonalité de voix, le regard, le, le, et puis le, la façon de... voilà de, les attitudes qui font que, voilà y a quand même beaucoup de choses qui passent encore... Voilà.

**Investigateur** : Ok, et du coup comment interagissez-vous avec le médecin que vous avez toujours vu avec le masque ?

**Patient 11** : Sincèrement, je je j'ai pas l'impression qu'il y ait une réelle différence par rapport à... quelqu'un que j'aurais... toujours vu sans masque, je sens pas effectivement de différence très... très marquée, euh... donc non je je vois pas trop, je suis pas trop euh voilà... c'est (rit) euh... ouai non j'ai pas de, je sens pas trop la différence, je sens pas... Après c'est vrai que... est-ce que je verrai une différence le jour où elle enlèvera son masque, ça je ne sais pas (rit) ! Peut-être que la perception sera différente. Mais, là je ne peux pas vous répondre pour le moment.

**Investigateur** : Ok. Et quelle(s) difficulté(s) pardon, ressentez-vous dans les échanges avec votre médecin actuel que vous ne connaissez qu'avec le masque par rapport à un autre médecin que vous auriez pu voir sans le masque ?

**Patient 11** : Hum... ce sera peut-être euh bon... peut-être faire répéter parfois (rit) parce que c'est vrai que euh si on parle un peu plus doucement forcément euh on peut pas se... on on... on a pas la, on voit pas la bouche bouger donc euh mais bon, ça va j'ai encore une bonne audition ça va (rit) ! Mais oui on peut peut-être demander plus souvent de répéter peut-être. Voilà.

**Investigateur** : Ok et quelle(s) difficulté(s) euh vous pensez que le médecin peut-il avoir pour communiquer avec vous, du fait du port du masque ?

**Patient 11** : Pour comm' pour euh juste sur le côté communication ?

**Investigateur** : Oui.

**Patient 11** : Je sais pas, ben peut-être la même chose qui pourrait être, que moi je pourrai trouver, c'est-à-dire une partie du visage, une partie de l'expression du visage qu'on ne voit pas mais encore une fois je pense que le fait d'avoir le regard et tout euh... c'est assez... on est quand même assez expressif par les yeux donc euh bon... Voilà.

**Investigateur** : Ok. Et lorsque le médecin que vous voyez toujours masqué donc, vous délivre une information sur votre santé, à quels éléments vous prêtez plus attention par rapport à un autre médecin que vous avez vu sans le masque ?

**Patient 11** : (Réfléchi) Je sais pas, peut-être qu'on va plus regarder le regard, peut-être ! Mais je ne sais pas... euh... ouai peut-être pour euh... parce qu'on capte peut-être plus l'inform', on cherche plus d'informations à travers le regard peut-être je sais pas je je... c'est ce que j'aurais tendance à répondre spontanément mais euh... 'fin sinon ça change... après je je sais pas je je... est-ce que euh... 'fin pour moi la question s'est pas posée mais euh pour des personnes euh je s'... pour tout ce qui va être de l'ordre du de la... comment dire euh... oh, je trouve plus mes mots... Mais le côté on va dire euh... oh je trouve pas mon mot c'est pas, c'est pas possible, pas compatissant c'est pas le mot mais 'fin voilà le côté euh euh je me dis moi bon j'ai rien de grave mais quelqu'un qui aurait quelque chose de grave, là je pense que le masque ça peut peut-être enlever une partie de l'émotion, 'fin de voilà mais... bon je peux pas dire j'ai pas... mais... Voilà.

**Investigateur** : Ok. Et tout à l'heure vous parliez de l'attitude, est-ce que vous pouvez peut-être développer ce point-là ?

**Patient 11** : Mm... (réfléchi) Après c'est tout ce qui est un peu communication non verbale, c'est dans les gestes, dans les façons euh voilà euh le médecin si... 'fin si il regarde ailleurs et que voilà, si la personne est concentrée sur ce qu'on dit, si voilà, dans sa la position voilà, si elle est comme ça (s'avachit) en train de nous écouter ou plutôt en avant, voilà y a tout ce qui passe par le non verbal dans l'attitude de cette façon-là qui qui voilà qui va accompagner le message aussi euh, voilà et la communication.

**Investigateur** : Ok, et euh quelle importance accordez-vous aux informations que vous accorde le visage du médecin que vous voyez toujours masqué lorsqu'il vous délivre une information sur votre santé ?

**Patient 11** : Euhm... (réfléchi) Je sais pas, c'est que c'est difficile à dire en fait euh... euh... quelles informations... quand il donne une information... vous pouvez répéter s'il-vous-plait ? (Rit)

**Investigateur** : Pas de soucis. Après vous l'avez déjà un petit peu dit mais quelle importance accordez-vous aux informations que le visage du médecin vous apporte, donc en étant masqué, lorsqu'il vous délivre une information sur votre santé ?

**Patient 11** : Ah oui comment on va regarder, ben on va ben voilà on va d'avantage regarder les yeux, peut-être que voilà puisqu'on a pas tout, on va plus être concentré sur les yeux peut-être pour euh... puisque c'est là qu'on va capter euh voilà euh... un petit peu le message euh... mais bon encore une fois je suis p' voilà c'est je pense que euh ouai je sais pas comment dire oui c'est ça (rit). Je pense que... je sais pas si j'ai bien répondu (rit) !

**Investigateur** : Non y'a pas de problème, y a pas de mauvaise réponse ! (Rit)

**Patient 11** : Oui (rit) Mais je sais pas si c'est ce à quoi vous vous attendiez mais bon...

**Investigateur** : Comment le médecin pourrait améliorer les prochaines consultations malgré la persistance du port du masque ?

**Patient 11** : Avec un masque transparent (rit) ! Voilà ! Euh... je sais que ça se fait je crois pour les enfants les masques avec euh... parce que c'est vrai que le, le sourire on le perçoit par les yeux par exemple donc ça se plisse plus ou autre. Mais c'est vrai qu'à voir la... la bouche qui sourit c'est, c'est, ça, 'fin ça fait du bien aussi, c'est sympathique d'avoir euh... voilà ! Donc... oui avoir... avoir des masques transparents et puis euh... et puis je dirais euh est-ce que euh... alors ça après c'est autre chose, mais est-ce que le masque on en a besoin quand on est voilà quand y a un, l'espace d'un bureau, est-ce que... le masque du coup ne pourrait pas juste être mis au moment de... remis et enlevé au moment de, de, de, comment dire, de l'examen euh... de l'examen clinique, voilà donc dans le sens là, je me dis comme ça on a quand même le visage, euh on se voit quand même euh... voilà bon après c'est toute une question de voilà (rit) mais quand on est à bonne distance ben est-ce que finalement le, le, ben après y a pas vraiment de bénéfice-risque dans le sens où on... où c'est pas non plus terrible de pas voir le visage de son médecin (rit) mais... euh bon moi j'ai pas en tout cas l'impression que le masque ait changé

quelque chose dans la mise en place de la relation de confiance par exemple. Voilà c'est j'ai j'ai pas le sentiment là. Mais euh... mais euh... après c'est vrai que c'est difficile de dire parce que c'est plus des ressentis, c'est un petit peu... euh... ouai je... voilà bon après je pense que je la reconnaîtrais quand même si je la voyais en dehors (rit) mais euh... ouai bon je je, je... voilà ce serait peut-être juste un petit peu ça, de d'adapter peut-être euh pour euh... selon la possibilité selon... voilà.

**Investigateur** : Ok et comment souhaiteriez-vous que le médecin améliore l'accueil des patients qu'il voit pour la toute première fois en consultation avec le masque ?

**Patient 11** : Mm... (réfléchit) Aaah ben peut-être alors c' c'est une photo sur sa blouse !! Voilà ! Sa photo sans masque du coup, sur la blouse ! De façon à voilà, à voir euh... à ce qu'on voit vraiment (rit) à quoi elle ressemble éventuellement. Voilà. Et puis après, après voilà tout passe dans l'attitude, sur le ton employé, sur euh voilà et puis, on voit quand même euh... voilà encore une fois y a beaucoup de choses qui passent par les yeux et par l'attitude donc euh... voilà ça je pense le côté-là. Mais effectivement avoir peut-être cette petite photo qui dirait ah bah oui elle ressemble à ça (rit) ! Voilà.

**Investigateur** : Hum... (réfléchit) Et quel(s) conseil(s) pourriez-vous donner au médecin pour paraître plus humain malgré le port du masque ?

**Patient 11** : Mm... (réfléchit) Je reviendrai un petit peu sur la même chose, mettre éventuellement un masque transparent ou euh... peut-être oui effectiv' ben, je reprends avec ce que j'ai dit avant peut-être une photo pour qu'on voilà puisq' puisqu'on l'imagine comme ça le visage on sait à peu près. Et puis euh... euh non, après c'est vrai que... le masque c'est, c'est encore différent maintenant qu'on s'est plus ou moins habitués à voir un peu tout le monde avec un masque que quand on voyait par exemple dans un cadre de soin quelqu'un de masqué euhm... je trouve qu'on est moins focalisé sur le masque donc il a peut-être tendance à moins être... euh... on ressent moins cette barrière je trouve que... on retrouve moins la barrière du masque aujourd'hui parce que c'est devenu quelque chose même maintenant si on le met pu euh partout, c'est devenu quand même quelque chose où on s'est habitués. On s'est habitués à communiquer avec, euh donc je pense qu'aujourd'hui, c'est pu la barrière que ça pouvait être euh quand on se retrouvait de manière, de manière euh... on va dire euh... sur une situation de soin par exemple avec le masque euh donc je pense que... ouai y a peut-être euh... peut-être euh ouai je je... je trouve pu que ce soit une barrière comme avant, après oui c'est c'est... améliorer euh... je je vois pas trop, je vois pas de choses à ajouter par rapport à ce que je vous ai dit euh avant.

**Investigateur** : D'accord. Et pour finir, voyez-vous des choses qui n'ont pas été abordées sur le sujet et que vous souhaitiez ajouter ?

**Patient 11** : Euh concernant le masque ?

**Investigateur** : Oui.

**Patient 11** : Euh... (réfléchit) Mmm... Non je vois pas trop... Ouai bon après c'est plus un, c'est plus euh, c'est plus de l'ordre de voilà, c'est finalement est-ce que le COVID là on doit vivre avec. Donc est-ce que, est-ce que on va être amené à ne plus voir de soignant sans masque (rit) ? A partir de quand on accepte le risque, finalement ? Parce que voilà euh... à un moment donné voilà dans une situation de soin jusq', parce que jusque-là y avait encore des', pour la grippe par exemple, bien qu'il y ait des personnes sensibles et fragiles qui auraient pu être comment dire euh... voilà sensibles à la grippe, une personne âgée pour autant le médecin avait pas systématiquement un masque à l'époque ! Alors aujourd'hui voilà, donc jusqu'à quand on va encore être dans cette situation ? Parce que finalement c'est quand même agréable de voir le sourire de son médecin (rit). Voilà bon un médecin qui fait toujours la tête finalement il est bien avec un masque hein mais... (rit), mais euh... voilà, c'est plus cette réflexion là que je me pose parce que euh voilà même si je vous dis... c'est vrai que c'est un peu ambivalent parce que je me dis y a des choses qui passent par les yeux mais on aime bien avoir quand même le visage

en face parce que pour avoir vraiment toute l'information toute la... voilà tout le côté euh... c'est vrai que... moi j'étais contente quand on a enlevé le masque de pouvoir sourire, aux autres, c'est c'est tout bête mais euh c'est quand même une part d'humanité qui passe par le sourire, même si on voit les choses dans les yeux donc euh... cette relation là dans le soin elle est importante aussi ! Euh quand j'étais infirmière, euh je sais que y a beauco', les patients le remontaient ça le sourire, c'était quelque chose qui faisait du bien aussi donc euh donc voilà, à toujours vouloir être sur le côté euh... euh absence d'infection est-ce que parfois voilà, il faut trouver le juste milieu pour apporter suffisamment d'humain aussi. Donc voilà c'est toujours trouver cette, cette fameuse frontière euh parce que voilà je trouve que... c'est vrai que ça me ferait, je me dis oui, peut-être je la verrai jamais sans masque mon médecin, je trouve ça un petit peu dommage (rit), euh... quelque part parce que voilà c'est... bon... voilà (rit). Je pense que c'est à peu près tout ce que j'ai à dire.

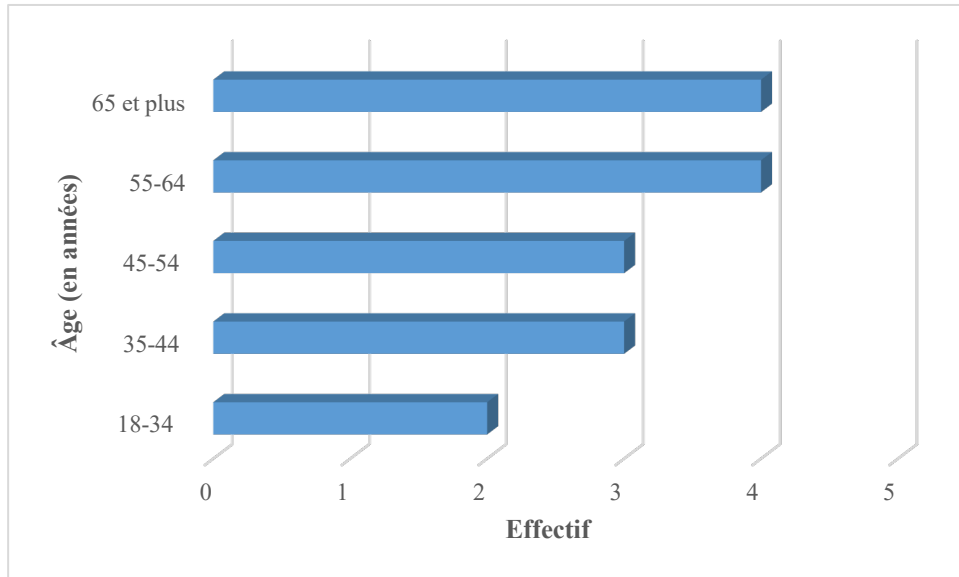
**Investigateur** : Ok. Et dernière toute petite chose, n'avez-vous pas été déçue qu'il n'y ait pas eu un moment plus intime ou plus personnel pour la toute première consultation du fait qu'elle s'est passée avec le masque ?

**Patient 11** : Non, j'ai pas ressenti à ce moment-là. D'autant en plus que quand je l'ai vue la première fois c'était vraiment la période où tout le monde portait un masque donc euh y a pas eu de voilà, ça a pas, sur le moment j'ai pas, j'ai pas eu ce sentiment-là. Voilà. Donc euh... bon, c'est... mais c'est, ouai ce serait peut-être plus chaleureux quand même sans le masque mais bon après c'est, c'est pas non plus voilà (rit) ! Voilà.

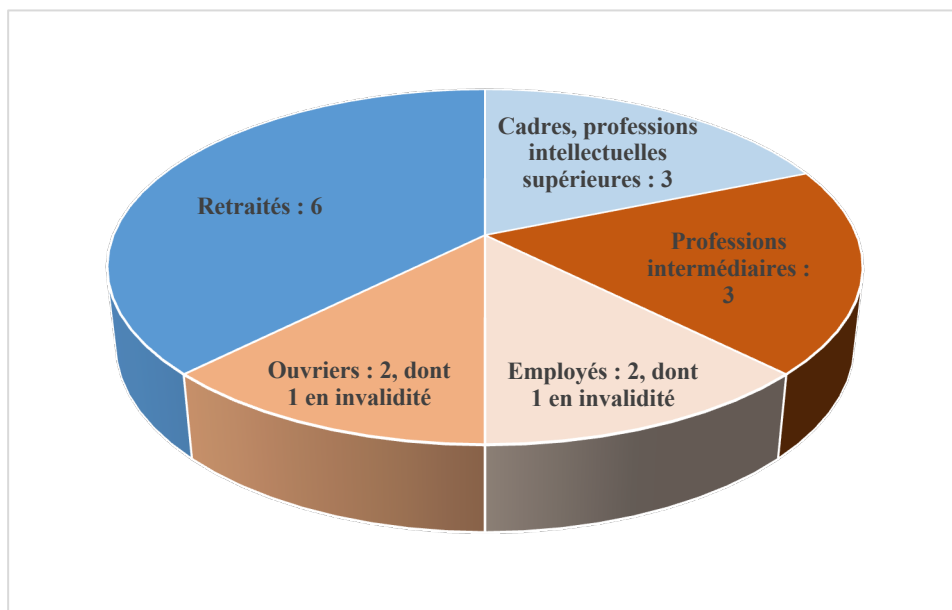
**Investigateur** : Ok ! Ben merci beaucoup pour votre participation !

**Patient 11** : Je vous en prie !

## ANNEXE 7 : RESULTATS DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SOUS FORME DE SCHEMAS

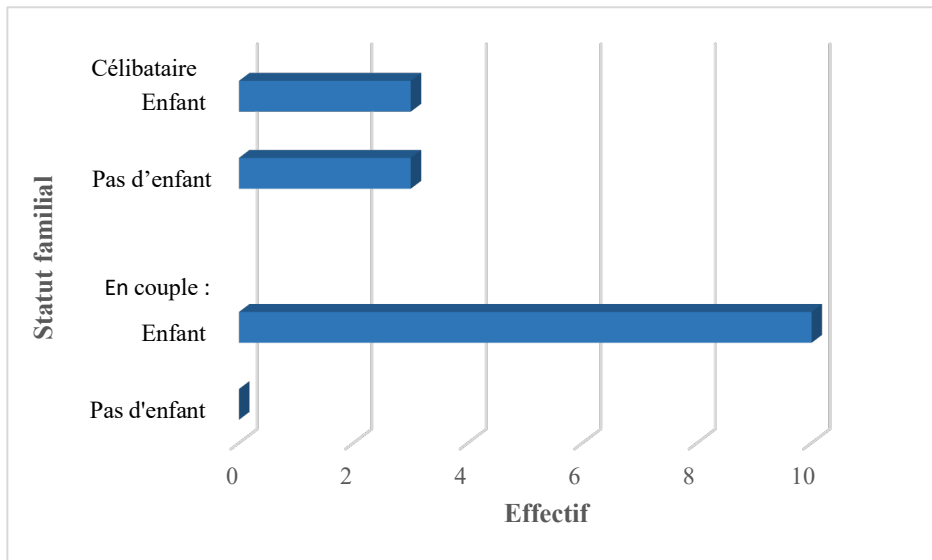


*Tranche d'âge des patients*

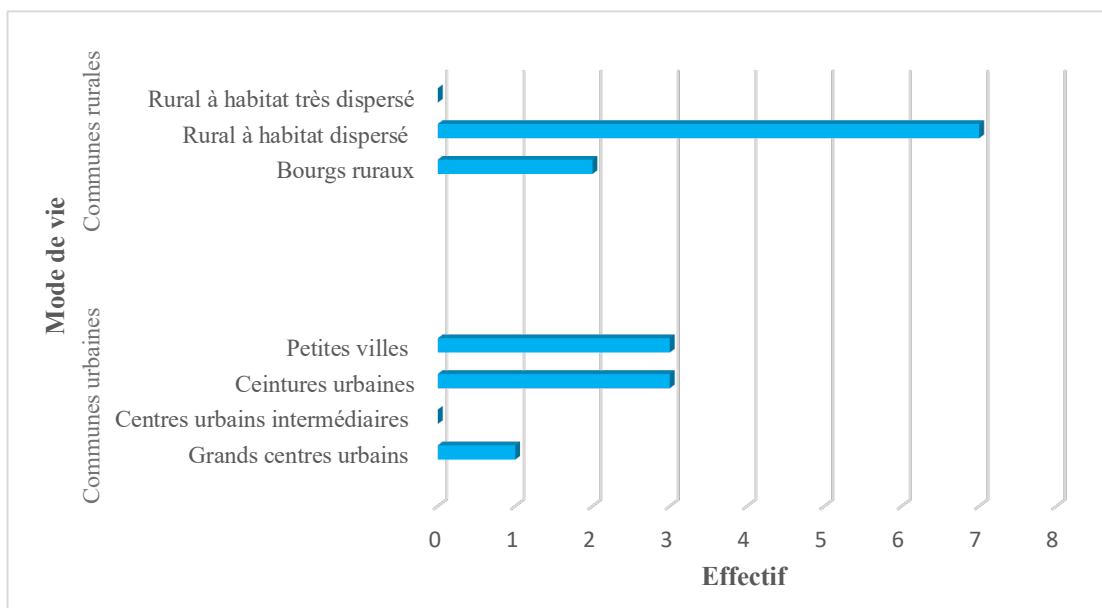


*Répartition des catégories socio-professionnelles des patients*

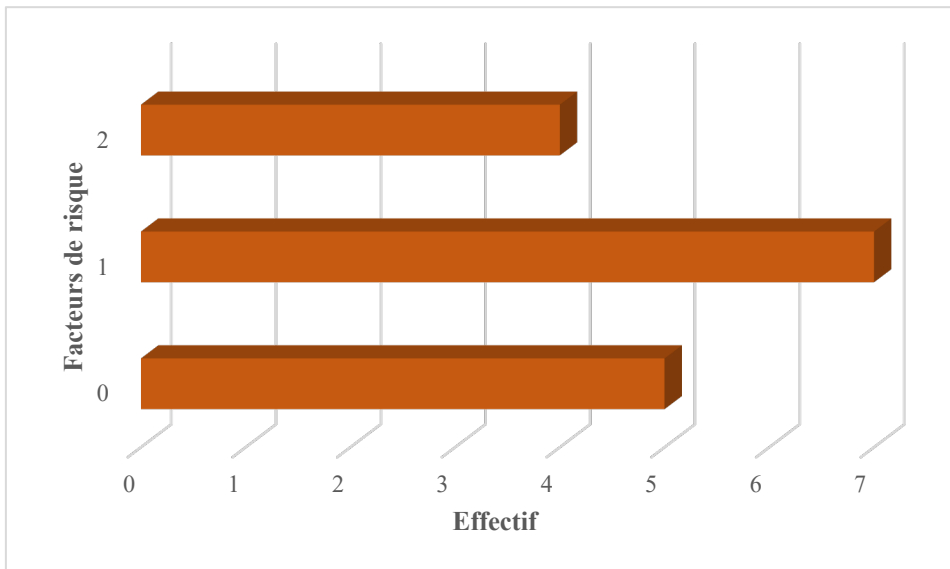




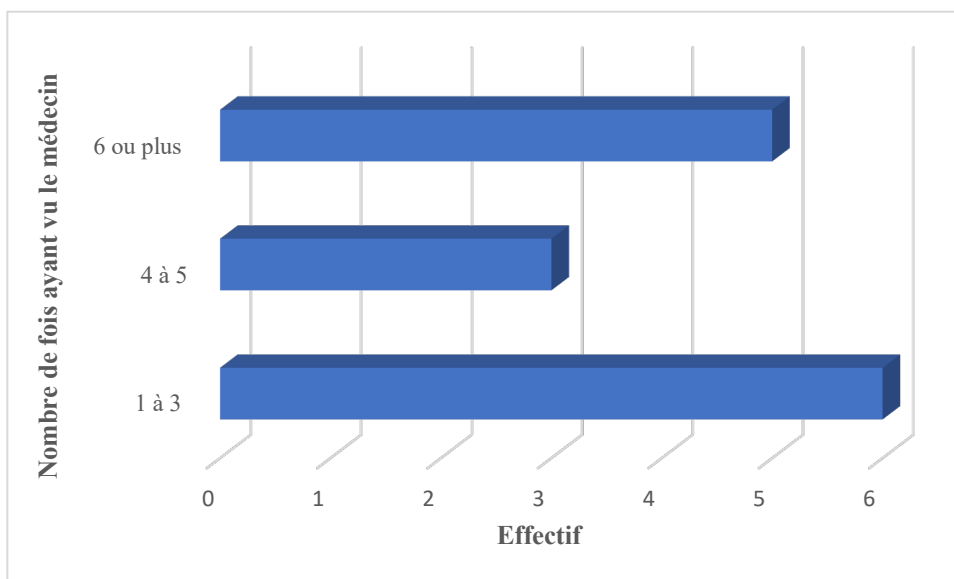
*Statut familial des patients*



*Répartition des différents modes de vie des patients*



*Facteurs de risque de formes graves de la COVID-19 des patients*



*Nombre de fois où les patients ont vu le médecin masqué*

## RESUME

**Introduction :** La crise sanitaire liée à la COVID-19 a engendré une situation où le port du masque est devenu obligatoire en consultation médicale. Cette étude a pour objectif de recueillir le ressenti de nouveaux patients sur l'impact du masque dans leur relation avec leur médecin généraliste.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de patients du Béarn (dans les Pyrénées-Atlantiques) qui n'avaient jamais connu leur médecin sans masque. Les verbatims ont été retranscrits, codés et analysés en respectant le principe de théorie ancrée. Le recrutement a été arrêté une fois la saturation des données obtenue. Un double codage a permis de réaliser la triangulation des données.

**Résultats :** Seize entretiens se sont déroulés entre avril 2022 et janvier 2023. Les résultats ont montré un échantillon composé de caractéristiques socio-démographiques et médicales hétérogènes.

Bien que protecteur, le port du masque apporte une frustration de ne pas voir le bas des visages. Les patients ressentent un manque d'humanité par une distance physique et relationnelle instaurées par le masque. Il provoque aussi une déperdition d'informations verbales et non verbales, générant des incompréhensions et rendant difficile l'identification des émotions. Toutefois, les patients semblent s'adapter et accepter progressivement le masque comme nouvelle norme.

Les diverses attentes des patients et la littérature internationale ont permis de proposer des améliorations pour les consultations des nouveaux patients avec le masque.

**Conclusion :** Pour préserver la relation malgré le masque, les médecins vont devoir accorder une attention particulière à leurs nouveaux patients et adapter leur exercice en développant essentiellement des compétences communicationnelles. Le langage non verbal devient, avec le port du masque, un enjeu majeur pour conserver une relation de qualité. Une formation spécifique en matière de communication non verbale pourrait alors être bénéfique.

**Mots-clés :** « relation médecin-patient », « masque », « médecine générale », « comportement verbal », « communication non verbale »

# ABSTRACT

**Introduction :** The COVID-19 pandemic has enforced the wearing of the mask in general medical practice. The objective of this study is to find out the perception of new patients regarding the influence of wearing a mask on their interactions with their general practitioner.

**Method :** A qualitative study using semi-structured individual interviews was carried out on several patients of Béarn (a geographic area in the Pyrénées-Atlantiques region) who had never seen their general practitioner before without a mask. The verbatims were written, coded and analyzed according to the grounded theory. Recruitment was stopped when data saturation was reached and double coding was used to triangulate the data.

**Results :** Sixteen interviews were conducted between April 2022 and January 2023 and it has been found out that the sample of participants had heterogeneous socio-demographic and medical characteristics.

Although the mask is protective, it is also frustrating for the patients because it prevents them from seeing the bottom of the face of their practitioner. Patients generally feel a lack of humanity because of the mask which creates a physical and a relational distance. It also causes a loss of verbal and nonverbal information, generating misunderstandings and making it difficult to identify emotions. However, patients have seemed to adapt and have gradually accepted the mask as their new normality.

The different expectations of patients and international literature have brought suggestions to improve new patients consultations with masks.

**Conclusion :** If practitioners want to maintain the relationship with their new patients despite the mask, they will have to pay particular attention to them and adapt their practice, essentially by developing their communication skills. Nonverbal language with mask is a major challenge to sustain quality relationship but it could be solved by specific training.

**Keywords :** “doctor-patient relationship”, “mask”, “general practice”, “verbal behavior”, “nonverbal communication”

## SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.