

Année 2022

2022 TOU3 1043

2022 TOU3 1044

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Valentine ROMANO

et

Sophie SARRAZIN

Le 10 mai 2022

Rapport au soin en période de crise sanitaire en lien avec l'épidémie de
COVID-19 : vécu des personnes âgées

-

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Direction de thèse : Dr Laëtitia GIMENEZ

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Monsieur le Docteur Gabor ABELLAN VAN KAN

Assesseur

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURCAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Mariène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre		Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biochimie et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leïla	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

Remerciements aux membres du Jury

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,
Professeur des Universités de Médecine Générale,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, nous vous en remercions. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,
Maître de Conférences des Université de Médecine Générale,

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de juger notre travail. Merci pour votre implication dans le Département universitaire de médecine générale à Toulouse dans l'intérêt des internes.

Monsieur le Docteur Gabor ABELLAN VAN KAN,

C'est avec un grand plaisir que nous vous comptons parmi les membres de notre jury. Nous sommes honorées de votre présence. L'humanité et la bienveillance avec lesquelles vous exercez le soin est un exemple inspirant. Soyez assuré de notre profond respect et recevez nos chaleureux remerciements.

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ,
Cheffe de Clinique Universitaire de Médecine Générale,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse et de nous avoir guidées avec autant de douceur et de bienveillance. Merci pour tes conseils avisés qui ont nourri notre réflexion et nous ont permis d'aboutir à ce travail que nous sommes fières de soutenir aujourd'hui. Tu nous as accompagnées malgré un emploi du temps bien chargé... nous te souhaitons le meilleur pour les échéances qui t'attendent.

Remerciements de Valentine

A Sophie, mon amie puis ma co-thésarde... qui l'eut-cru ?! Ces remerciements, malgré ce qu'on s'était dit, m'offrent enfin la possibilité de te dire que tu es une très belle personne. Ton ouverture d'esprit, ta ferveur et ta sensibilité n'ont d'égal que ton éloquence. Merci pour tes calembredaines (ah tu ne le connais pas celui-là, hein ?!), tes fariboles, merci de me faire rire et de me soutenir quand j'en ai besoin. Est-ce cela, une clé de voute ?

Aux participants de l'étude, merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions et d'avoir accepté de nous partager votre vécu.

A synonymo.fr, merci d'enrichir mon vocabulaire.

A Hugo, je ne m'attarderais pas sur des remerciements publics, c'est promis. Je crois que, de toute façon, tu sais déjà tout. Merci d'être qui tu es, exactement comme tu es, merci de m'aider à me construire, de me supporter et de partager avec moi toutes nos passions.

A ma famille, merci d'être là et de m'avoir soutenue tout au long de ce parcours.

A la famille d'Hugo, merci de m'avoir accueillie avec tendresse et de m'entourer.

A Agathe, ma vieille, merci d'abord d'exister, de me faire rire, de me cultiver... et de m'abreuver. Enfin, merci de m'avoir montré qu'être une femme indépendante, c'est d'abord de se couper soi-même les cheveux.

A Lise, mon amie, crohe, merci pour toutes ces coïncidences qui n'en sont pas, nos échanges épistolaires, au « p'tit coup d'éponge » et notre groupe de soutien anonyme.

A la Petite Famille, qui s'agrandit petit à petit, Diane, Pauline, Arthur, Sophie et Stéphane maintenant ! J'aurais pu écrire « loin des yeux, près du cœur » mais c'est agaçant. Malgré l'éloignement, sachez que je pense bien plus souvent à vous que je ne vous le dis... Dianou, je me souviens encore de ce coup de foudre (amical, bien entendu !) que j'ai eu en te rencontrant ce jour de pré-rentree, Popsi et Art's, merci pour les casquettes sur la tête, je vous attends pour organiser la tournée de concerts.

Aux chatons qui se font chats, en particulier Juju, (Sh)Agathe et Marie, merci pour ces souvenirs, ces marrades, ces soirées d'antan...

Aux Gitous, Marlingo, Justin, Sophy, Jeepy, Alex (et Sophie et Hugo encore), mais aussi Blandine et Quentin... et la Mirgouletasse (contente Marlin ?!) : merci pour l'acrogym, le True Americain, Ponga le pingouin Judoka, et de m'avoir rendue plus écolo.

Aux Gersois, Mariegloblot, Léaganière, Aza (et encore Juju et Hugo), merci pour ces soirées endiablées autour de bons repas diététiques (« à taaaaaaable ! »), les courses à pied matinales, les imitations de Martine.

A la famille Lamute, Sophie J, Elo, Romain, Mayie (et Hugo) et Elie, rappelons-nous les baby-Guinness...

Aux Montalbanais, Romance, Anaïs, Maxime, François, Vincent (et Sophie).

A Amandine et au petit chat qui grandit en toi,

Et à tous ceux que je n'ai pas cité mais que je n'ai pas oublié !

Remerciements de Sophie

A Valentine,

Le premier de mes remerciements est pour toi, Valentine, sans qui rien de cela n'aurait abouti. Pour ce travail de thèse, merci pour la pertinence de ta réflexion, ton ouverture d'esprit, ta patience et ton esprit synthétique qui nous a prémunis de quelques égarements ! Merci aussi pour ton enthousiasme et tous nos rires partagés qui ont illuminé ces journées de travail ! Pour nos années d'amitié passées et pour celles à venir, merci de ta constance, de ta sincérité et de ton appétit pour l'aventure ! Je mesure humblement la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés.

Aux participants de ce travail,

Merci de nous avoir accueillies dans l'intimité de vos maisons et d'avoir pris de votre temps pour répondre à nos questions.

A mes maîtres de stage,

Merci de m'avoir fait découvrir le vaste océan qu'est la médecine générale et de m'avoir transmis les valeurs de soin que je porte aujourd'hui.

A ma famille,

A mes parents et mes sœurs, pour votre indéfectible soutien et pour me porter dans chacun de mes projets avec la même force chaque fois. A Jacques et Gabriel, pour votre curiosité et votre présence. A Adèle et Hippolyte, pour votre insouciance. A tous les autres, pour rendre les moments de partage en famille si authentique.

A mes amis,

Fanny, Pauline, Diane et Arthur. Merci de colorer ma vie de votre amitié, infiniment... Éloïse et Julie, merci pour le temps passé sous les étoiles à dessiner le monde. Maria, Joseph, Brunilde, Gaël et Pierre, merci pour toutes ces escapades éreintantes revigorantes. Aux musiciens d'ici et d'ailleurs, merci de partager avec moi cette passion qui nous fait vivre tant de belles choses... A toi, Mathilde.

Aux amis aujourd'hui médecins, rencontrés tout au long de ces neuf années d'étude ; quel parcours ! Il n'aurait pas eu la même saveur sans vous, c'est certain. Merci pour tout...

A Marlène, Hugo, Justine, Alexandre, Jeep, Sophy, Héloïse, Axel, Blandine, Quentin, Antoine, Joannie, Madeleine et Benjamin, mes fantastiques colocataires, passés et présents. Merci de rendre la vie si douce à Louey et de rire de mes folies.

A tout ceux dont je n'ai pas parlé, mais qui m'accompagnent chaque jour, de près ou d'un peu plus loin.

Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Table des matières

1	Introduction	15
1.1	Un contexte de pandémie.....	15
1.2	La maladie COVID-19.....	15
1.2.1	Notions de virologie	15
1.2.2	Symptômes et facteurs de risque	16
1.3	Épidémiologie descriptive en France.....	17
1.4	Contexte politique de gestion de crise et campagne vaccinale	17
1.5	Conséquences de la pandémie sur le recours au soin	19
1.6	Justification et objectifs de l'étude	19
2	Population et méthode	20
2.1	Étude qualitative	20
2.2	Population cible	20
2.3	Échantillonnage	20
2.4	Recueil de données	21
2.4.1	Entretiens	21
2.4.2	Élaboration du guide d'entretien	21
2.4.3	Retranscription	22
2.5	Méthode d'analyse des données	22
2.5.1	Phénoménologie	22
2.5.2	Analyse du contenu	22
2.6	Commission d'éthique et consentement	23
3	Résultats	24
3.1	Échantillon étudié	24
3.2	Vécu de l'état de crise sanitaire	26
3.2.1	L'épidémie.....	26
3.2.2	Les confinements.....	29
3.2.3	Les mesures gouvernementales	31
3.3	Perception de la maladie COVID-19	33
3.3.1	Le SARS-CoV-2.....	33
3.3.2	Les mesures sanitaires	36
3.3.3	La vaccination.....	39
3.4	Vécu du rapport au soin pendant la crise	42
3.4.1	Une continuité des soins assurée pour certains... ..	42
3.4.2	Un manque de continuité des soins pour d'autres	43
3.4.3	Modifications des comportements.....	46
3.4.4	Les situations d'urgence	47

3.4.5	Stratégies mises en place pour le suivi médical	48
3.5	Pistes d'amélioration pour le suivi médical en période de crise	50
3.5.1	Le médecin généraliste : clé de voûte du suivi médical ?	50
3.5.2	Faciliter la proximité des soins	52
3.6	Schéma intégratif	52
4	Discussion	55
4.1	Forces et limites de l'étude	55
4.2	Discussion des résultats principaux	56
5	Conclusion	62
	Références bibliographiques	63
	Annexes	70
	Résumé	78
	Abstract	79

Liste des abréviations

Par ordre alphabétique

ADL : Activities of daily living

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNIL : Commission nationale de l'information et des libertés

COREQ : Consolidating criteria for reporting qualitative research

COVID-19 : Coronavirus disease 2019

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FFP2 : Filtering face piece type 2

OMS : Organisation mondiale de la santé

RT-PCR : Reverse transcriptase polymerase chain reaction

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SARS-CoV-2 : Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

1 Introduction

1.1 Un contexte de pandémie

L'histoire de la pandémie à SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), virus à l'origine d'une nouvelle maladie infectieuse respiratoire nommée COVID-19 (*Coronavirus disease 2019*), débute le 31 décembre 2019 lorsque l'OMS (Organisation mondiale de la santé) prend connaissance de cas groupés de « pneumonie virale de cause inconnue » à Wuhan, en République populaire de Chine (1). Le 9 janvier 2020, les autorités sanitaires chinoises identifient un coronavirus comme pathogène potentiellement responsable de ces cas d'infections respiratoires (2).

La flambée épidémique s'amorce en Chine et à l'étranger. Le 24 janvier 2020, la France notifie à l'OMS les trois premiers cas d'infection par le SARS-CoV-2 sur le territoire (3). Le 30 janvier 2020, le Directeur Général de l'OMS qualifie l'épidémie liée au nouveau coronavirus « d'urgence de santé publique internationale » puis déclare le 11 mars 2020 l'état de pandémie lié à la maladie COVID-19 (1). Il partage ce même jour avec les États Membres ses craintes concernant l'impact de cette pandémie sur la santé publique, mais aussi sur l'ensemble des secteurs et des populations : « Tous les pays doivent trouver un juste équilibre entre la protection de la santé, la limitation des perturbations économiques et sociales, et le respect des droits humains. [...] Il ne s'agit pas seulement d'une crise de santé publique, c'est une crise qui touchera tous les secteurs – aussi tous les secteurs et tous les individus doivent-ils prendre part au combat » (4).

1.2 La maladie COVID-19

1.2.1 Notions de virologie

La transmission interhumaine du SARS-CoV-2 s'effectue par voie aérienne (par aérosol ou gouttelettes) ou manuportée (par contact direct avec une personne infectée ou des surfaces contaminées). Le risque de transmission est plus élevé en cas de contact prolongé (> 15 minutes) et rapproché (< 2 mètres) avec une personne infectée symptomatique. La période d'incubation moyenne, soit la période entre la contamination et le début des symptômes, est de 5 jours et peut s'étendre jusqu'à 14 jours (5, 6).

Le diagnostic virologique d'une infection à SARS-CoV-2 s'effectue principalement par la réalisation d'un test RT-PCR (*Reverse transcriptase polymerase chain reaction*) ou antigénique, sur prélèvement nasopharyngé (7).

Actuellement, la prise en charge repose sur un traitement symptomatique (paracétamol essentiellement) dans les formes non graves ambulatoires. Des traitements spécifiques sont réservés aux formes graves hospitalières, dont la plupart sont encore en cours d'évaluation au moment de la rédaction de ce travail (8).

1.2.2 Symptômes et facteurs de risque

Les principaux symptômes évocateurs d'une infection à SARS-CoV-2 sont : une toux fébrile, associée à des céphalées, des myalgies diffuses, une fatigue inhabituelle et une anosmie et/ou agueusie. Une simple congestion nasale ou des signes digestifs peuvent également se retrouver (6). La particularité de la maladie COVID-19 se caractérise par sa gravité potentielle, qui se manifeste par une atteinte respiratoire sévère hypoxémique, survenant généralement dans la deuxième semaine après l'apparition des symptômes. Les autres complications sont principalement d'ordres cardiaques, hémodynamiques et thromboemboliques (5, 6).

Se saisissant des données épidémiologiques nationales et internationales, le Haut conseil de la santé publique émet plusieurs avis caractérisant les facteurs de risque de forme grave en cas d'infection à SARS-CoV-2, actualisés selon les dernières données disponibles. Le 1^{er} avis est publié le 31 mars 2020. L'avis actualisé du 29 octobre 2020 est pris en compte pour ce travail de thèse (extrait visualisable en annexe I). Dans celui-ci, un âge ≥ 65 ans est identifié comme un facteur de risque à lui seul, indépendamment d'éventuelles comorbidités associées, notamment cardio-vasculaires, endocriniennes, respiratoires ou rénales (9). Le rôle prépondérant de l'âge dans la vulnérabilité au SARS-CoV-2 en cas d'infection est également souligné par la Haute Autorité de santé en mars 2021. D'après les données synthétisées, le risque d'hospitalisation pour une forme grave de COVID-19 serait 5 fois plus élevé chez les 85-89 ans en comparaison avec les 40-44 ans. Le risque de décéder en cas d'hospitalisation pour cette maladie serait 7 fois plus élevé chez les 65-74 ans, 10 fois plus élevé chez les 75-80 ans et 16 fois plus élevé chez les 80 ans et plus, par rapport aux 18-49 ans (10).

Particulièrement vulnérables en cas de contamination, les personnes âgées ont également la caractéristique d'exprimer des symptômes peu spécifiques et atypiques, tels que des signes digestifs marqués de survenue brutale (vomissements, diarrhées), une altération de l'état général, un syndrome confusionnel, des chutes ou encore la décompensation de pathologies chroniques. La fièvre et la toux sont des signes qui peuvent être moins marqués, voire absents, dans cette population (11, 12).

1.3 Épidémiologie descriptive en France

De mars 2020 à mars 2022, la France connaît cinq vagues de contamination successives. Le potentiel de mutabilité du SARS-CoV-2 conduit à la circulation de plusieurs variants sur le territoire, aux degrés de contagiosité et de virulence différents pour chacun, qui sont à l'origine de ces vagues épidémiques. Au 5 avril 2022, on dénombre en France, depuis le début de l'épidémie, 26 228 521 cas confirmés de COVID-19, avec 142 784 décès (13).

L'étude des taux hebdomadaires de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 par classe d'âge, relevés par les instituts de veille sanitaire entre mars 2020 et janvier 2022, montre que les personnes âgées de 70 ans et plus sont celles ayant le plus fort taux d'hospitalisation, comme l'illustre la figure 1 ci-dessous (14).

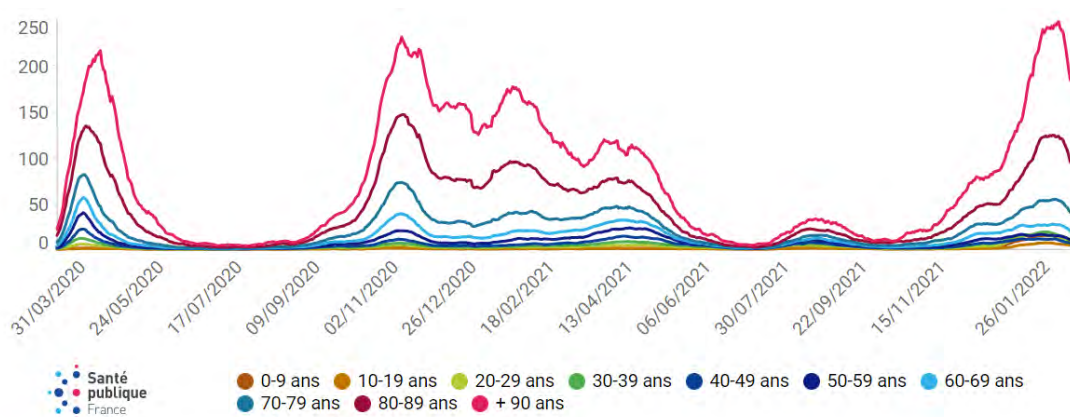


Figure 1 : taux hebdomadaires de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 par classe d'âge (14)

1.4 Contexte politique de gestion de crise et campagne vaccinale

De nombreuses décisions gouvernementales ont été prises tout au long des deux dernières années dans la lutte contre l'épidémie sur le territoire. Le 12 mars 2020, Emmanuel Macron, président de la République, informe du report des soins non essentiels et des opérations non urgentes dans les hôpitaux, avant d'annoncer quelques jours plus tard le 1^{er} confinement général de la population. Celui-ci débute le 17 mars et sera prolongé jusqu'au 10 mai 2020 (15). Sur le plan législatif, la loi d'urgence, promulguée le 23 mars 2020, inscrit dans le code de la santé publique la possibilité d'instaurer un état d'urgence sanitaire en cas de catastrophe sanitaire. Cet état permet au gouvernement de prendre des dispositions spécifiques pour mobiliser les ressources et diminuer l'impact des conséquences de la crise sanitaire sur les différents secteurs et la population. En France métropolitaine, l'état d'urgence sanitaire est prolongé jusqu'au 10 juillet 2020 inclus, puis déclaré à nouveau du 17 octobre 2020 au 1^{er}

juin 2021 (16). La France connaît deux autres confinements généraux de la population durant cette période, du 30 octobre au 14 décembre 2020, puis du 3 avril au 2 mai 2021. À plusieurs reprises, des couvre-feux, des restrictions de jauge, des fermetures de lieux publics, etc., sont instaurés pour faire face aux vagues de contamination (15).

Sur le plan sanitaire, plusieurs règles et gestes barrières sont mis en place afin de limiter la transmission du virus. On retient notamment le port d'un masque de protection respiratoire, la désinfection des mains au gel hydroalcoolique, la distanciation sociale, ou encore l'interdiction ou la limitation des visites dans des structures de soin telles que les hôpitaux ou les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Dans la stratégie de lutte contre l'épidémie, la vaccination représente rapidement une mesure essentielle et les essais de développement cliniques se multiplient. En France la campagne vaccinale débute le 27 décembre 2020 avec deux objectifs : réduire la morbi-mortalité attribuable à la maladie et maintenir les activités essentielles du pays (particulièrement celles du système de santé) (17). Devant des difficultés initiales d'approvisionnement, une priorisation des populations éligibles à la vaccination est établie, principalement sur un critère d'âge. Ainsi, les personnes résidentes en EHPAD y ont accès dès le 27 décembre 2020, celles âgées de 75 ans et plus à partir du 18 janvier 2021 et celles âgées de 65 ans et plus à partir de la mi-mars 2021. Le 31 mai 2021, la vaccination est ouverte à tous les adultes sans restriction. Elle devient obligatoire pour les professionnels de santé le 15 septembre 2021 (18). Le schéma vaccinal évolue parallèlement, avec la réalisation de plusieurs doses de rappel, dans des délais variables selon le type de vaccin reçu et les antécédents ou non d'infection symptomatique à SARS-CoV-2 (18).

Pour gérer la sortie de crise sanitaire, le gouvernement instaure le passe sanitaire en juin 2021, à partir de l'âge de 16 ans. Il implique de présenter un justificatif de vaccination ou la négativité d'un test de dépistage virologique pour accéder à certaines activités, lieux, ou événements (19). La loi du 22 janvier 2022 modifie le passe sanitaire en passe vaccinal, qui entre en vigueur le 24 janvier. Elle est abrogée le 14 mars 2022. Le passe vaccinal impose de présenter un justificatif de schéma vaccinal complet pour accéder aux lieux et activités soumis à cette restriction. Les structures de soins, les établissements médico-sociaux, ou ceux accueillant des personnes âgées, en restent exempts, à condition de présenter un test de dépistage virologique négatif. Les services d'urgences des hôpitaux et des cliniques restent quant à eux libres d'accès (20).

1.5 Conséquences de la pandémie sur le recours au soin

Lors du 1^{er} confinement, une baisse notable du recours au soin en médecine de ville et hospitalière est enregistrée. Du 13 au 16 avril 2020, un recul de 25% du nombre de consultations en médecine générale est observé, comparativement aux données de 2019 sur la même période (21). Une baisse de fréquentation des urgences pour des pathologies aiguës susceptibles de représenter des urgences vitales (cardiologiques et neuro-vasculaires notamment), est également notée. Mais au cours de la semaine du 20 avril 2020, on observait une augmentation du nombre d'urgences hospitalisées pour ces mêmes pathologies, suggérant un éventuel retard de prise en charge pour des patients réticents à consulter en période de crise sanitaire (21). Vulnérables en cas d'infection COVID-19 en raison de leur âge, les personnes âgées le sont aussi par l'isolement social et familial dont elles peuvent souffrir, renforcé par les restrictions sanitaires. Elles présentent également souvent des pathologies chroniques pour lesquelles elles bénéficient d'un suivi régulier en médecine générale et/ou spécialisée. La baisse du recours au soin en période de crise sanitaire peut faire craindre une décompensation aiguë ou une aggravation de ces pathologies, des retards diagnostiques, ou encore l'aggravation d'une dépendance ou d'une souffrance psychologique (22).

Afin de limiter l'impact de l'épidémie sur la continuité des soins, plusieurs stratégies sont initiées au niveau local et national, avec notamment la mise en place des téléconsultations, la réorganisation des structures de soin et cabinets de médecine de ville, le renforcement du lien ville - hôpital et l'affirmation du rôle de soutien des agences régionales de santé sur l'ensemble du territoire (23).

1.6 Justification et objectifs de l'étude

C'est dans ce contexte de crise sanitaire et devant les premières constatations de son impact potentiel sur le recours au soin des personnes âgées, que ce travail de thèse a été mené. La notion du soin retenue pour cette étude est celle définie par le code de la Santé Publique, comme un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne (24).

L'objectif principal est d'explorer le vécu des personnes âgées sur leur rapport au soin en période de crise sanitaire liée au COVID-19. Les objectifs secondaires sont d'explorer le rôle du médecin généraliste en situation d'urgence sanitaire ainsi que de proposer des pistes d'amélioration pour le suivi médical et l'organisation des soins dans ce contexte.

2 Population et méthode

2.1 Étude qualitative

Pour réaliser ce travail de recherche exploratoire, la méthode qualitative, au travers d'entretiens individuels semi-dirigés, nous a semblé la plus adaptée car elle permet d'explorer le vécu et le ressenti des individus dans leur environnement. En médecine générale, l'analyse des données subjectives issues des entretiens permet de faire émerger des hypothèses sur des comportements de santé.

Un journal de bord a été tenu par chacune des investigatrices durant ce travail de recherche, au sein duquel étaient tracés la répartition des tâches entre les chercheuses et leur ressenti à l'issue des entretiens et tout au long du projet. Il leur apportait une certaine réflexivité dans leur démarche.

2.2 Population cible

Notre étude a été réalisée auprès de personnes âgées de 65 ans ou plus, résidant en Occitanie, considérées à risque de formes graves de COVID-19 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique du 29 octobre 2020 (9).

Nos critères d'exclusion regroupaient :

- les personnes âgées de moins de 65 ans,
- les personnes non francophones,
- les personnes résidant en EHPAD ou dépendantes, définies par un score d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne inférieur à 3/6 selon l'échelle ADL (*Activities of daily living*) pour lesquelles les modalités de suivi médical exposent à des problématiques particulières,
- les personnes souffrant de troubles cognitifs modérés à sévères altérant les capacités de compréhension et de réponse à l'entretien et/ou à la signature éclairée du consentement.

2.3 Échantillonnage

Les participants ont été sélectionnés selon leur genre, âge, catégorie socio-professionnelle, niveau d'autonomie, antécédents médicaux et milieu de résidence. L'échantillonnage raisonné s'est fait progressivement, dans le but d'obtenir une variabilité maximale de profil des participants.

Le recrutement a été effectué par les deux chercheuses, essentiellement par lien de connaissance (patients vus en consultation), ou par l'intermédiaire de médecins généralistes. Les participants répondant aux critères de l'étude étaient contactés par téléphone afin de leur présenter le projet et de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous pour l'entretien. Afin de garantir la neutralité de l'échange, l'entretien était mené par la deuxième chercheuse lorsque le recrutement était réalisé par lien de connaissance.

2.4 Recueil de données

2.4.1 Entretiens

Les entretiens ont été réalisés par les deux enquêtrices, en parallèle. Il s'agissait d'entretiens individuels, semi-dirigés. Le lieu de rendez-vous pour l'entretien était laissé au libre choix du participant. Afin de favoriser la libre expression de leurs opinions, il leur était proposé de réaliser l'entretien en l'absence de tierce personne.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone des téléphones portables des chercheuses. Des notes pouvaient être prises au cours de celui-ci pour enrichir les enregistrements sur le langage non verbal notamment (pleurs, rires, gestuelle, ton de la voix, mimiques, etc.).

Les participants étaient informés de l'objectif du travail de recherche et du statut de médecin généraliste des investigatrices.

2.4.2 Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré par les deux chercheuses. Il a été validé avec la directrice de thèse avant la réalisation des premiers entretiens. Il était composé essentiellement de questions ouvertes. Des questions de relance étaient également prévues dans le but de développer au mieux les réponses des participants. Il comportait une première partie permettant le recueil des données sociodémographiques des participants, tout en jouant le rôle de « brise-glace ».

Il a été modifié à trois reprises afin de mieux répondre à l'objectif principal et de garder une cohérence avec l'évolution de la situation sanitaire pendant les 14 mois de la période des entretiens. La première et la dernière version du guide sont présentées en annexe II et III respectivement.

2.4.3 Retranscription

Les entretiens étaient intégralement retranscrits sur le logiciel Word® par l'enquêtrice ayant mené l'entrevue, sans aucune modification ou reformulation. Des indications sur le langage non verbal du participant et de la chercheuse étaient annotées entre parenthèses ou au travers de la ponctuation.

2.5 Méthode d'analyse des données

2.5.1 Phénoménologie

La méthode d'analyse s'est inspirée de l'approche phénoménologique. Celle-ci permet d'étudier la manière dont les personnes donnent sens à leur expérience de vie (ici le vécu du rapport au soin ; l'interprétation du rôle du médecin généraliste dans le contexte de crise sanitaire), sans définir d'hypothèse a priori (25).

2.5.2 Analyse du contenu

Une fois l'entretien entièrement rédigé, il faisait l'objet d'une lecture itérative par les deux chercheuses. Ensuite, les investigatrices procédaient de manière indépendante, aux différentes étapes du codage, avant mise en commun. La première étape du codage consistait à diviser le discours en unité de sens, appelées « verbatim », auquel était attribué un code descriptif qui en résumait le sens de manière plus synthétique. Un code descriptif pouvait correspondre à plusieurs verbatims. Ensuite, les codes descriptifs étaient regroupés en catégories, faisant émerger des thèmes plus larges.

L'ensemble de ces étapes a été réalisé manuellement à l'aide du tableur Excel®, sans utilisation de logiciel d'aide au codage. En cas de désaccord, l'avis de la directrice de thèse était sollicité. La mise en commun, réalisée à chaque étape du codage, permettait de respecter le principe de triangulation des données afin d'améliorer la validité interne de l'étude.

La rédaction de ce travail a suivi la grille d'évaluation COREQ (*Consolidating criteria for reporting qualitative research*), qui définit 32 critères assurant la validité externe des études qualitatives (annexe IV) (26).

Trois participants ont souhaité recevoir les résultats définitifs du travail de recherche, qui leur ont été adressés par mail ou voie postale.

Une modélisation du vécu du rapport au soin des personnes âgées pendant la crise sanitaire a été réalisée à partir des entretiens. Elle est présentée dans les résultats.

2.6 Commission d'éthique et consentement

Après avoir informé les participants de l'objectif de l'étude et précisé les modalités d'enregistrement de l'entretien et des informations les concernant, un formulaire de consentement anonymisé était signé par les participants. Ils étaient libres, à tout moment, de renoncer à leur participation et de se retirer de l'étude.

L'anonymisation des données était réalisée dès la retranscription des entretiens. Les participants et leurs verbatims étaient identifiés selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

La collecte et le traitement des données individuelles respectaient les réglementations de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Un avis de conformité à la méthode de référence MR-004 a été enregistré par le Délégué à la Protection des Données du Département universitaire de médecine générale (annexe V). La méthode de ce travail était hors loi Jardé mais un avis favorable du comité d'éthique du CNGE (Collège national des généralistes enseignants) a été obtenu le 27 novembre 2020 (annexe VI).

3 Résultats

3.1 Échantillon étudié

Entre le 13 novembre 2020 et le 10 janvier 2022, douze entretiens ont été menés au total. Aucun des participants sollicités n'a refusé de participer à l'étude. La suffisance des données a été obtenue au dixième entretien et a été confirmée par deux entretiens supplémentaires. La durée moyenne des entretiens était de 56 minutes (variant de 23 à 85 minutes). Tous les entretiens ont été réalisés au domicile des participants, comme ils le souhaitaient. Malgré la proposition de réaliser l'entretien en l'absence d'une tierce-personne, la conjointe d'un participant était présente lors de son entretien. Elle n'est intervenue que brièvement, une seule fois. La moyenne d'âge des participants était de 78,4 ans (de 66 à 90 ans). La description détaillée de l'échantillon est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociologiques de l'échantillonnage

	Sexe	Âge (ans)	Dernière profession exercée	Comorbidités	Suivi médical habituel	Autonomie	Mode de vie
E1	F	90	Fonctionnaire à la Trésorerie Générale	HTA, hypothyroïdie, IU	Trimestriel (CS)	Autonomie partielle	Seule Milieu urbain
E2	F	66	Employée administratif	Aucune	Occasionnel (CS)	Autonomie totale	Seule Milieu urbain
E3	F	78	Conservatrice d'œuvres d'arts	Cancer du poumon (soins palliatifs)	Trimestriel (VAD)	Autonomie partielle IDE x 3/jours	Seule Milieu urbain
E4	M	73	Chargé d'affaire dans le bâtiment	Asthme grave (PICE)	Trimestriel (CS)	Autonomie totale	En couple Milieu semi-rural
E5	M	76	Éducateur spécialisé	DT2, HTA, SCA, cancer du rein	Mensuel (CS)	Autonomie totale	En couple Milieu rural
E6	M	79	Policier	Cancer de la prostate, arythmie	Trimestriel (CS)	Autonomie totale Aidant principal	En couple Milieu rural
E7	F	86	Employée de bibliothèque	AVC	Bimestriel (CS)	Autonomie partielle IDE x 1/semaine	Seule Milieu rural
E8	M	86	Agriculteur et maire de village	AVC, arythmie, HTA, surdité, PTH bilatérale	Trimestriel (CS)	Autonomie partielle	Seul Milieu rural
E9	M	88	Mécanicien	HTA, SCA, dyslipidémie, sténose carotidienne	Trimestriel (CS)	Autonomie totale	En couple Milieu rural
E10	M	75	Vendeur de bijoux	AVP avec séquelles	Trimestriel (CS)	Autonomie totale	Seul Milieu urbain
E11	M	68	Plombier	Double pontage coronarien, DT2, dyslipidémie	Mensuel (CS)	Autonomie totale IDE x 1/semaine	Seul Milieu semi-rural
E12	F	76	Sans emploi	Cancer du sein	Trimestriel (CS)	Autonomie totale	Seule Milieu rural

Abréviations : F : féminin ; M : masculin ; IU : incontinence urinaire ; PICE : pneumopathie idiopathique chronique à éosinophiles ; DT2 : diabète de type 2 ; HTA : hypertension artérielle ; SCA : syndrome coronarien aigu ; AVC : accident vasculaire cérébral ; IDE : infirmière diplômée d'état ; PTH : prothèse totale de hanche ; AVP : accident de la voie publique ; CS : consultation au cabinet ; VAD : visite à domicile

3.2 Vécu de l'état de crise sanitaire

3.2.1 L'épidémie

▪ Une situation source d'inquiétude

Pour la grande majorité des personnes interrogées, le vécu de l'épidémie a été difficile. Il s'agissait d'une situation totalement inédite, source d'inquiétudes et d'incertitudes. Ils ont eu l'impression que leur souffrance était partagée par tous.

« C'est dur, c'est très dur. Et puis dans la tête ça travaille. Il y a des gens qui font des dépresses aussi » E1

« Et je pense que ça a été une épreuve pour tout le monde. » E4

L'impact de la crise sanitaire à l'échelle mondiale et les données épidémiologiques ont impressionnés. Avec la déclaration de la pandémie et du premier confinement en France, un véritable changement d'atmosphère est apparu : certains rapportaient un sentiment de « fin du monde », d'irréalité, parfois comparé à un temps de guerre.

« quelque chose qu'on n'avait jamais vécu, quelque chose que j'ai un peu de mal à nommer, presque comme certains films de science-fiction, vous savez, presque une fin du monde quoi »

E2

Avec l'évolution de la crise, la répétition des vagues épidémiques et l'apparition de nouveaux variants, un sentiment de fatalité s'est installé. Elle a généré des incertitudes sur l'avenir et une rupture avec un état antérieur.

« je sais pas ce qu'il faut penser de tout ça. Et puis quand il y en a un qui est fini, il y en a un autre qui arrive. On n'en finira jamais ! » E12

« par contre je pense que ce sera plus comme avant, plus pareil » E2

L'épidémie est venue les priver de leur liberté individuelle : ils ne pouvaient plus poursuivre leur vie sociale, leurs activités habituelles.

« On n'est plus libres. De rien ! » E12

Pour certains participants par contre, le vécu de l'épidémie n'a pas été source d'inquiétude particulière, passé toutefois un certain effarement initial.

« puis maintenant ça a passé mais je sais pas dire pourquoi j'y pense même plus... non non je n'y pense même plus » E4

▪ **Le rôle des médias**

L'ampleur médiatique de la crise a reflété le caractère inédit de cette situation. La pandémie était omniprésente dans l'actualité. La plupart des participants guettaient la moindre information en lien avec l'épidémie. Cela s'est manifesté parfois par le changement d'utilisation du support médiatique (notamment la télévision au détriment du journal), ou l'arrêt des autres types de divertissement.

« Je sais pas pourquoi, alors par contre j'étais à l'affût... pourtant les journaux auraient pu me donner des informations, mais j'étais à l'affût sur la télé d'informations qui parlaient du virus, où on en était voilà » E2

Pourtant, ils rapportaient également souffrir de l'ubiquité du virus dans leur quotidien et des informations relayées par les médias, qu'ils jugeaient morbides. Ils se sentaient déprimés et lassés de ces informations qui circulaient en boucle. Certains critiquaient même l'intentionnalité des médias de faire peur à la population.

« Tous les jours, tous les jours... et même encore, tu peux plus regarder la télé. Tu vomis à force. Ils ne parlent que de ça ! » E10

« Des fois je mets la télé, depuis 4h jusqu'à 7h que je me lève et beh j'écoute BFM, tout ça, tout ce qu'il faut pas. Alors, et je me lève avec le moral à 0, voilà. » E12

Enfin, certains remettaient en question la réalité des chiffres communiqués dans les médias concernant le nombre de décès liés à la COVID.

« Par contre je me demande si tout ce qu'ils annoncent comme décès s'ils font bien le tri entre ceux qui décèdent pour le COVID ou s'ils englobent tout ensemble. On se demande quand même. Il serait bon de savoir ceux qui sont décédés par le COVID. C'est assez flou... » E9

▪ **Impact sur les relations sociales**

Les relations sociales semblaient également évoluer au cours de l'épidémie. Les personnes interrogées rapportaient diminuer globalement leurs contacts par crainte d'être contaminées. Cela entraînait une certaine méfiance vis-à-vis des autres.

« Il y a quelque chose qui me dérange en plus dans ce virus, je deviens méfiante envers les autres. »

Cette participante s'inquiétait d'ailleurs que ce comportement persiste après la crise, qu'il l'isole socialement.

« (...) je me dis que j'espère que je garderai pas ça. J'aimerais que ça, ça après si on a un vaccin, je perde cette méfiance. » E2

Le changement du rapport aux autres pouvait aussi se manifester par de la culpabilité liée à la crainte de contaminer l'autre.

« Non non, déjà pendant les fêtes on n'a rien fait. Après on s'en voudrait ! » E12

Quelques participants s'inquiétaient que cette situation favorise la délation et le jugement du comportement d'autrui.

« prompt à dire untel il fait comme si untel il fait comme ça... Ça c'est un climat qui me déplaît. Je voudrais pas tomber là-dedans. » E2

Un autre participant déclarait ne plus avoir confiance dans son entourage, car pour lui, il existait une véritable « psychose » irraisonnée autour de la COVID au sein de la population.

« Non pour le COVID, je fais confiance à personne parce qu'il y a une psychose. » E10

▪ **Hypothèses sur la poursuite épidémique**

Au début de la crise, une participante plaçait ses espoirs dans la médecine pour sortir de l'épidémie.

« j'essaie de faire confiance quand même à la médecine, aux progrès qu'il peut y avoir, et comme je suis d'un naturel optimiste je me dis qu'on va y arriver, on va le vaincre ce virus » E2

L'espoir d'un retour à une vie « plus normale » transparaissait dans les entretiens.

« On a un espoir que cet été [2021] ça commencera un peu à ressembler à la vie d'avant. On peut espérer ça. » E5

Avec l'évolution de la pandémie et la succession des variants de SARS-CoV-2, plusieurs ont émis l'hypothèse d'une évolution similaire aux épidémies saisonnières de grippe.

« Ça se répète un peu comme la grippe. » E9

Pour un autre, enfin, à la pandémie actuelle se succèderaient d'autres épidémies.

« Je pense que des confinements et des maladies on en vivra d'autres. Je pense que [rires], des épidémies euh... il y en aura d'autres » E4

3.2.2 Les confinements

▪ Sentiment d'isolement et souffrance morale

Le vécu des confinements était marqué par l'isolement, familial et social. L'isolement familial, par l'arrêt des visites des proches, a créé un manque douloureux.

« La seule chose qui me manque c'est de voir mes petits-enfants et je sais que ça leur manque aussi... » E4

L'isolement social, par l'arrêt des activités extérieures et la limitation des contacts sociaux, a également été difficile à vivre.

« avec le confinement il n'y a plus de... y a pas d'activité, y a rien. Moi, j'ai rien » E8

Les personnes âgées vivant seules l'ont d'autant plus ressenti. Une participante rapportait même s'être sentie abandonnée dès le début de la crise sanitaire, avec l'arrêt de l'entraide entre les personnes et l'absence de mesure de soutien prises par les municipalités pour les personnes âgées isolées.

« On est vraiment, on a l'impression d'être un peu abandonnés par ces gens-là quoi, par les personnes de la mairie. » E7

L'arrêt des activités extérieures, qui rythmaient le quotidien, a entraîné une perte de repères, une perte de sens.

« il y a des fois où... je n'ai pas le moral. J'ai pas le moral. Parce que, on n'a pas de sortie, on n'a pas de but. » E1

La restriction des sorties en lien avec les confinements a été vécue comme une privation de libertés par certains.

« mais bon tu le vis mal ! Tu vois j'aime beaucoup la liberté moi, je suis habitué à être libre, et là quand tu me dis que je peux pas... » E10

La souffrance psychologique induite par cet isolement s'est traduite par de l'ennui, de la tristesse, ou encore une certaine anhédonie pour des activités habituelles avant la crise

sanitaire, des éléments retrouvés dans le spectre des symptômes dépressifs. Pour certains participants, cette souffrance psychologique était exprimée avec des termes forts lors de l'entretien.

« Alors si maintenant le gouvernement a décidé qu'il fallait mieux que les gens restent chez eux.

Je veux bien, mais c'est vraiment trop dur » E7

« C'est une mort lente comme on dit. » E1

Pour d'autres participants, aidants principaux de leurs conjointes ou conjoints, l'isolement vécu pendant les confinements avec l'arrêt des aides notamment, a conduit à un certain épuisement.

« ce confinement ça nous a perturbé, l'un comme l'autre. Moi parce que c'était 24h/24, je n'ai pas eu le temps... pas de me reposer mais de euuuuh... comment dire... me relaxer un peu, non.

Alors ça a été dur pour moi » E6

▪ **Altération des capacités physiques**

Lors des périodes de confinement, la diminution ou l'arrêt de l'activité physique, qu'elle soit réalisée en autonomie ou de manière adaptée et encadrée, a été significative pour les participants.

« c'est vrai que ça me manquait de pouvoir faire du sport, de pouvoir bouger... » E2

L'arrêt d'une activité physique régulière a eu un retentissement sur les capacités physiques des participants. Il a même engendré, pour ceux ayant déjà des difficultés de mobilité, une perte d'autonomie dans leurs déplacements et la nécessité de majorer les aides à domicile.

« avec le confinement là je prends le week-end en plus [en évoquant le portage des repas] parce que pour faire les courses je ne peux plus maintenant, je suis bloquée par mes mains. Et puis pour sortir je mets du temps. Pour marcher et tout. Alors je sors pas. » E7

▪ **Capacités d'adaptation et renforcement des liens**

Certains participants ont vécu les confinements de manière indifférente, sans impact négatif ressenti sur leur mode de vie. Ils se sont adaptés aux contraintes imposées par cette situation.

« ça nous change pas beaucoup la vie ordinaire quoi. » E5

Une participante, déjà isolée avant la crise pour des raisons médicales, n'avait même plus souvenir de cette période au moment de l'entretien.

« J'en sais plus rien du tout. C'était il y a longtemps ? Ben le 1er confinement c'était quand, c'était l'an dernier non ? » E3

Des valeurs morales d'attention envers autrui, de sollicitude et de fraternité ont émergé durant cette période, renforçant des liens familiaux et amicaux et affirmant la force de certains sentiments.

« ça a peut-être révélé des sentiments dans les familles ou chez les gens... euh bon il y a quand même eu de la fraternité puisqu'on s'est téléphonés, tout ça » E2

Les périodes de confinement ont également vu naître des comportements solidaires qui ont renforcé les liens de voisinage.

« Si moi j'ai une personne qui habite juste à côté (...) je la vois de temps en temps, elle me dit si y a besoin vous m'appellez » E7

Enfin, le maintien de ce lien familial et social, malgré l'isolement et l'éloignement, a été possible au travers des technologies de communication. Cette expérience s'est révélée positive pour certains.

« Je trouve que ça aussi c'est du tonnerre. On se parle par téléphone, on s'envoie des photos, ce sont les enfants qui me l'ont mis en place, et je trouve que c'est du tonnerre, c'est très très bien »

E6

3.2.3 Les mesures gouvernementales

▪ Des directives confuses

Dès le début de la crise sanitaire, les mesures gouvernementales ont été critiquées. Il était d'abord reproché au gouvernement de prendre des décisions dans la précipitation, sans concertation avec les professionnels médicaux.

« Et puis en plus de ça c'est, je trouve que c'est très brouillon. C'est brouillon. On prend des décisions sans savoir vraiment où on est. » E1

Le manque de communication à la population vis-à-vis des risques épidémiques et des gestes barrières était également critiqué.

« autant on communique trop pour des conneries excusez-moi, autant là c'est quand même quelque chose de grave qu'on vit depuis le mois de février [2020] et autant on n'a pas donné les bonnes explications. Quand on voit les comportements qu'il y a eu cet été ça veut dire qu'on n'a pas bien expliqué, on n'a pas bien communiqué avant » E2

Pendant la poursuite de l'épidémie, les mesures gouvernementales ont évolué rapidement, se sont contredites parfois, ont manqué de clarté. Elles concernaient par exemple l'application des règles sanitaires, le passe vaccinal ou encore la répétition des doses de rappel du vaccin contre la COVID.

« Oh mais c'est délicat, on sait plus qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il faut pas faire, encore tout ce matin ça bataille là... je sais pas. C'est infernal ! » E12

« mais alors maintenant ce qu'il m'agace c'est qu'ils parlent d'une quatrième, je dis alors là, ça va devenir quoi ça. » E12

Les participants critiquaient également le manque de corrélation entre les directives gouvernementales et la réalité de l'application des gestes barrières par les personnalités politiques.

« Regardez samedi soir il y avait un match de rugby. (...) Alors qu'on vous dit il faut respecter un mètre, regardez. Ils étaient tous collés comme ça [tape dans ses mains], le 1er ministre même lui. Alors qu'est-ce-que ça veut dire tout ça ? C'est de la fumisterie leur truc. » E11

▪ Perte de confiance et théorie du complot

La modification des règles dictées par le gouvernement s'est accompagnée d'une perte de confiance dans les autorités, voire d'un véritable sentiment de méfiance.

« Parce que c'est une question de confiance, on a perdu confiance dans le gouvernement, beaucoup de gens. » E10

Certains accusaient le gouvernement de surestimer les données épidémiologiques concernant le nombre de décès liés à la COVID, dans le cadre d'une politique de la peur.

« Pour cette histoire de COVID quand ils vous annonçaient des chiffres (...). Et beh bien sûr, ils englobaient les vieux qui étaient en fin de vie, les EHPAD, les accidentés de la route, les accidentés de travail et tout ça, ils englobent tout ça (...). Mais tiens c'est pas vrai ça, c'est un mensonge. » E11

Enfin, un participant déclarait que l'épidémie était un complot, qui servait des intérêts économiques. La réalité du virus elle-même était remise en question, suggérant qu'il aurait pu être créé par l'homme. Ces réflexions s'appuyaient sur des propos tenus par des personnalités scientifiques, à l'origine de controverses.

« c'est un montage. C'est un montage, mondial... enfin mondial... très mondial... pas à 100% mais c'est un montage, je sais pas mais c'est un montage ! » E10

« Mais il a raison... c'est un virus synthétique, il est pas vivant, ça veut dire qu'il a été créé par l'homme... dans un laboratoire, il est tout synthétique. » E10

▪ **Des mesures acceptées en temps de crise**

Pour la majorité des autres personnes interrogées, les mesures gouvernementales, bien que critiquées, étaient globalement tolérées. Ils exprimaient une certaine fatalité à ce sujet.

« Qu'est-ce-que vous voulez qu'on y fasse. On ne peut rien y faire donc on est obligé de subir. (rires) » E2

Un des participants faisait même preuve d'optimisme. Il voyait dans cette situation l'occasion pour le gouvernement de mieux se préparer à la gestion des crises épidémiques futures.

« mais c'est une sorte de vaccination, je pense que les prochaines on les vivra mieux, on saura les appréhender » E4

3.3 Perception de la maladie COVID-19

3.3.1 Le SARS-CoV-2

▪ **Craintes du virus pour soi et ses proches**

Les sentiments exprimés par les participants à l'idée d'être contaminés par le coronavirus étaient variés. Certains rapportaient craindre le virus pour eux-mêmes et pour leurs proches. L'éloignement géographique familial participait à nourrir cette peur.

« Je crois que... ça me fait peur. J'avoue que le COVID 19 ça me fait peur » E7
« alors quand il m'a dit qu'il avait le COVID j'étais pas rassurée quand même. J'ai dit si en plus il a tout, il est pas à côté, s'il part à l'hôpital ou quoi, je fais quoi moi ici. C'est un souci ! » E12

Les participants attribuaient l'origine de leurs craintes à une méconnaissance de la maladie, une crainte de la souffrance ou une crainte de la mort notamment.

« Et bien au début j'avais peur parce que je ne connaissais pas trop le modèle de transmission, je croyais pas trop au modèle de transmission par la salive, je croyais que ça se diffusait dans l'air et que si on se touchait avec les mains les poignées de porte ou même les poches d'emballages (...), je pensais qu'on pouvait se les mettre sur les vêtements... et après même en s'étant désinfecté, quelques heures après, avec des vêtements infectés on pouvait se réinfecter... donc j'avais peur. » E4

« Bon, et en plus c'est pas marrant de mourir étouffé hein. Parce que ça prend les voies respiratoires » E12

Pour deux des personnes interrogées, la crainte d'être malade de la COVID-19 reposait essentiellement sur le devenir de leurs animaux de compagnie en cas d'hospitalisation.

« Si j'ai qu'une crainte s'il m'arrive quoique ce soit c'est qu'est-ce-que je vais faire de mes chats ? » E7

A l'inverse, d'autres participants ne rapportaient pas d'appréhension particulière à l'idée d'être contaminés par le SARS-CoV-2. Ils pouvaient exprimer une certaine fatalité à ce sujet, ou le justifier par l'absence de crainte de la mort.

« Je fais comme tout le monde, je m'adapterai hein. J'appellerai et puis si on peut me soigner ça va et si on ne peut pas me soigner tant pis. » E7

L'éventualité d'une contamination était abordée par d'autres avec une certaine distance humoristique. Ils relativisaient la gravité potentielle d'une infection par ce virus.

« Faire un petit séjour à l'hôpital [rires]... j'y ai déjà été plusieurs fois donc ça m'est égal ! » E6

Enfin, un des participants évoquait la diminution de ses craintes vis-à-vis du virus avec le temps.

« puis maintenant ça a passé mais je sais pas dire pourquoi j'y pense même plus... non non je n'y pense même plus » E4

▪ **Représentations et connaissances sur le coronavirus**

La plupart des personnes interrogées étaient conscientes de la contagiosité du virus, du fait que tout le monde était susceptible d'être contaminé et de la gravité potentielle de cette maladie.

« Alors on parle de beaucoup de choses et peut être qu'on montre pas assez, qu'on dit pas assez que ça touche tout le monde, on entend surtout dire que les populations les plus à risque c'est les plus de 65 ans mais quand je vois comment souffrent certaines personnes qui en ont 30 ou 40, pour moi on est tous à risque. » E2

Toutefois, elles relevaient l'âge et les comorbidités comme des facteurs de vulnérabilité en cas d'infection à SARS-CoV-2.

« Ben parce que je fais partie de ces gens, j'ai du diabète, je suis vieux machin etc., et ils disent que bon ben voilà c'est les personnes plus fragiles » E5

Un participant remettait cependant en question la dangerosité du virus et son mode de transmission, avec une certaine critique vis-à-vis des informations communiquées à ce sujet.

« Peut-être qu'il vole en fait, c'est ça ?! Ils ont pas encore décidé s'il vole ou s'il vole pas hein [rires] » E10

Ce même participant rapportait faire de l'automédication en prévention d'une infection à SARS-CoV-2.

« La chloroquine ? Oui c'est un, elle fonctionne, la preuve tu l'as dans les chiffres. Regarde les morts à Marseille, regarde les morts en France. Tu vois ? Tu vois l'énorme différence » E10

▪ Vécu d'une infection à SARS-CoV-2

Parmi les personnes interrogées, l'une d'entre elles, malade du COVID-19, a eu des complications ayant nécessité son hospitalisation en service de pneumologie. Elle nous a raconté le vécu de sa prise en charge.

Ce participant soulignait la disponibilité de son médecin généraliste, ainsi que la bienveillance du personnel soignant à son égard lors de son hospitalisation.

« Alors bon on a été voir le Dr X. (...) Alors on lui a téléphoné c'est là qu'elle est revenue, avec une interne. (...) La deuxième fois qu'elle est revenue ça ne faisait pas longtemps après parce que ça c'était le 5 et je suis parti à l'hôpital le 20. » E9

Cependant, il déplorait le défaut d'information et de communication du service des urgences envers son épouse, qui attendait à l'extérieur, les accompagnants étant interdits de visite à ce moment-là.

« Et alors je dis à la soignante que j'avais "écoutez, prévenez mon épouse qui est dehors qui m'attend dans la voiture dehors". Alors elle est sortie, elle a regardé et elle n'a pas su la voir. Et alors elle revient elle me dit "oh vous savez elle a dû rentrer parce que j'ai pas su la voir". Alors ça m'a fait chose ça car je me suis dit je suis sûr qu'elle n'est pas rentrée. (...) Elle était là elle attendait. Et voilà que moi je partais vers l'hôpital. » E9

Concernant le vécu de la maladie COVID-19 en elle-même, ce participant relativisait la gravité de son infection et rapportait un certain sentiment de protection vis-à-vis d'une nouvelle contamination. En revanche, il rapportait une diminution de ses capacités physiques suite à l'infection, le limitant notamment dans ses activités extérieures, telles que le jardinage.

« Finalement je n'ai pas souffert énormément quoi disons de ce COVID, ça n'a duré que 10 jours » E9

« [parlant du jardinage] Alors là jusqu'à l'an dernier, jusqu'au COVID là... Avant je le faisais. Mais là à partir du COVID là j'ai plus... C'est la première année où je ne le fais pas quoi » E9

3.3.2 Les mesures sanitaires

▪ Acceptation des règles sanitaires

La plupart des personnes interrogées s'étaient appropriées les gestes barrières, qu'elles avaient acceptées. Pour certaines, ils étaient devenus des réflexes, en particulier la distanciation sociale et le port du masque.

« je sais que quand on dira qu'il faut faire attention, j'aurais beaucoup plus le réflexe du masque » E2

Les gestes barrières rassuraient car ils apparaissaient comme une mesure de prévention efficace contre le coronavirus.

« Et donc moi je fais attention. Quand je sors, j'ai toujours 2-3 masques dans la voiture, j'ai du gel hydroalcoolique. Je fais attention de ne pas approcher des gens, de toucher le moins de choses possibles, non de ce côté-là je n'ai... non pas aucune crainte, mais je le vis très bien. » E4

Néanmoins, le respect des règles sanitaires était variable en fonction du contexte et de l'environnement. En effet, certaines personnes déclaraient respecter les gestes barrières y compris à la campagne et lors des réunions familiales, tandis que d'autres adaptaient leur comportement sanitaire selon les situations. L'hôpital pouvait être vu comme un lieu à haut

risque de contamination, où le port du masque FFP2 (*Filtering face piece type 2*) était parfois préféré. Enfin, une personne déclarait porter le masque pour rassurer les autres.

« D'ailleurs lorsque je vais à l'hôpital ou à la clinique je ne mets pas ce masque hein, je mets le... [en parlant du FFP2] » E5

Quatre des personnes interrogées, sans pour autant être opposées aux gestes barrières, rapportaient mal supporter le port du masque.

« J'ai le masque qui m'étouffe de plus en plus, je... j'ai de plus en plus de mal à le supporter. Je sais pas si c'est psychique ou je sais pas. Mais j'ai de plus en plus de mal à le supporter. Ça m'étouffe. » E12

▪ Remise en question et critiques des mesures sanitaires

Au cours de ces entretiens, des doutes concernant l'efficacité du masque, en particulier chirurgical, voire des certitudes sur l'inefficacité du masque étaient également exprimés. Une personne déclarait d'ailleurs ne pas porter le masque.

« Je croyais pas trop en la barrière du masque. Qu'il soit 100 % efficace... je me disais que le risque il est dans l'air. » E4

« Je vous dis, moi, le masque ça ne vous protège pas. Voilà. C'est pas vrai. J'en suis formel. » E11

Les règles sanitaires étaient parfois jugées absurdes, illogiques ou exagérées. Cela concernait en particulier les restrictions de sortie pendant les confinements, le port du masque en extérieur, la divergence d'application de ces règles en fonction du statut vaccinal et le sentiment d'être surveillé, contrôlé par les autorités. Pour certains, l'évolution de ces règles au cours du temps était la preuve du manque de leur bien-fondé.

« Tu portes le masque même dehors, même dans l'air ! Partout il fallait porter le masque ! [rires] alors que t'es en plein air ! » E10

« Enfin je trouve ça complètement débile. Débile débile. Voilà enfin c'est, je m'arrête là parce que j'en ai encore... » E11

Ces derniers percevaient également le passe sanitaire comme inutile, car sans justification médicale. Ils le vivaient comme une contrainte violente et angoissante. En effet, il constituait un frein au suivi médical, entraînant parfois l'interruption du suivi avec le spécialiste.

« elle est vraiment violente quoi... de pas laisser qu'on puisse aller voir le docteur à l'hôpital... c'est TRÈS violent quoi... » E10

▪ Impact des gestes barrières sur les relations sociales

Nous avons vu précédemment que l'épidémie avait modifié le rapport aux autres. De la même manière, les comportements sanitaires semblaient avoir des conséquences sur les relations sociales. Par le respect des distanciations physiques, par exemple, une personne s'inquiétait de blesser son entourage.

« J'ai tout refusé, j'ai refusé parce que devaient se réunir des gens qui venaient d'un peu partout, des gens qui venaient de régions où il y avait beaucoup le COVID. Donc j'ai dit non. Je suis sûre que j'ai fâché et blessé en faisant ça. » E2

Le port du masque pouvait gêner la compréhension des autres, en particulier pour ceux qui souffrent de déficit auditif et qui avaient l'habitude de lire sur les lèvres. Ces mesures entraînaient parfois un isolement social, un repli sur soi. L'absence de contact physique avec les proches entraînait une véritable souffrance.

« Et là surtout avec les masques, je comprends pas ce qu'on me dit. » E8
« Alors quand on se voit on ne peut même pas s'embrasser, même pas se... C'est dur [pleurs] »
E1

Le contournement de certaines de ces règles était accepté pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer, avec qui le maintien des contacts physiques semblait essentiel. C'est ce que nous expliquait cet homme, dont l'épouse présentait des troubles cognitifs avancés et qui était régulièrement suivie par une orthophoniste.

« Elles se tutoyaient, elles se faisaient... elles se prenaient dans les bras, avant le COVID et même pendant le COVID, elles avaient le masque toutes les deux mais elles se serraient. » E6

Cependant, dans la population générale, le non-respect des mesures sanitaires pouvait être source de tensions. Un sentiment de méfiance pouvait naître à l'égard de ceux qui ne les respectaient pas. D'autre part, un sentiment d'injustice pouvait être ressenti par ceux qui déclinaient des sorties ou des activités, dans le but de se protéger et de protéger les autres. Le non-respect des règles sanitaires pouvait être vécu comme de l'irrespect.

« On est quelquefois juste un peu rageur de voir que les gestes barrières, les distances, ne sont pas respectés par tout le monde » E5
« Chacun gère son truc comme il veut mais il faudrait que ça soit un respect des autres [insiste sur le mot respect] ». E5

3.3.3 La vaccination

▪ Motivations vaccinales

Nombre de participants interrogés rapportaient être favorables à la vaccination contre la COVID-19. Ils faisaient notamment l'analogie avec la vaccination antigrippale dont ils bénéficiaient déjà depuis plusieurs années.

« Et pour le COVID, j'ai été candidat vite aussi, tant que j'ai pu » E8

« Et je ne sais pas on a l'air de dire qu'il faudra faire des rappels tous les ans, moi j'y crois beaucoup. Je pense que ce sera un truc comme la grippe. » E9

La majorité des participants vaccinés rapportaient un bon vécu de l'administration des doses de vaccin. Leur vécu positif de la vaccination était renforcé par leur croyance dans l'efficacité de celle-ci dans la lutte contre l'épidémie et son effet protecteur vis-à-vis de la maladie.

« Ça n'évite pas de le chopper mais on est quand même plus protégés donc oui c'est rassurant. »

E5

Leurs motivations vaccinales, diverses, reposaient sur des considérations tant personnelles que collectives. Certains voyaient dans la vaccination la possibilité de passer à nouveau du temps avec leurs proches, sans la contrainte des gestes barrières.

« Pour pouvoir me déplacer LIBREMENT. Parce que si on a le masque... dans la voiture, je ne mets pas le masque... lorsque je verrai mes petits-enfants et ainsi de suite, à un moment donné j'enlèverai le masque. » E6

Pour d'autres, l'idée d'une immunité collective contre la COVID-19 pour vaincre l'épidémie et leur responsabilité envers les personnes immunodéprimées les incitaient à se faire vacciner. Ces mêmes participants soulignaient d'ailleurs l'efficacité de la campagne vaccinale en France.

« Il m'a dit "moi, pas question", je lui ai dit "si tu te fais pas vacciner, s'il y en a beaucoup comme toi et bien on en guérira jamais, jamais" ». E8

« Non la France elle est vaccinée je crois qu'il y a près de 51 millions où je ne sais pas combien qui est vaccinés bon c'est une bonne chose. » E9

Néanmoins, ils pouvaient exprimer des difficultés pour la prise des rendez-vous en centre de vaccination, qui s'effectuait en ligne.

« J'ai essayé avec mon putain d'ordi de prendre contact pour la vaccination, je n'ai jamais été foutu de faire la bonne manip » E5

Certains ajoutaient que la décision de se faire vacciner ou non était une responsabilité et une liberté individuelle.

« chacun est responsable de ses actes hein » E9

« je croyais si je le prends pas c'est mon problème, c'est moi qui vais mourir, c'est mon problème » E10

▪ **Crainces et questionnements**

Plusieurs craintes liées à la vaccination contre la COVID-19 ont été soulevées lors des entretiens. D'abord, un participant interrogé au début de la campagne vaccinale rapportait avoir peur d'une pénurie vaccinale. Pour cette raison, il s'était senti rassuré de faire partie des personnes prioritaires à la vaccination en raison de son âge.

« On, on savait que des vaccins il n'y en aurait pas pour tout le monde tout de suite donc le fait de passer le plus tôt possible ouais c'était, c'était rassurant » E5

D'autres participants s'inquiétaient des effets indésirables potentiels, à long terme, du vaccin.

« Alors, ce vaccin dans l'avenir, oh peut-être pas dans, de suite, mais dans un temps futur est-ce que ça n'aura pas des conséquences dans les corps des êtres humains ? Hein ? » E11

D'autres encore questionnaient l'innocuité ou la pertinence de la vaccination chez certaines populations, notamment les personnes fragiles ou les enfants.

« Enfin bon disons qu'il a son épouse qui a des problèmes de cancer alors elle a déjà assez de problèmes comme ça alors elle ne veut pas en ajouter en se faisant vacciner. » E9

L'incertitude du schéma vaccinal était également critiquée, responsable d'une certaine réticence, voire d'une méfiance à l'égard de la répétition des doses.

« Moi je l'ai pris comme ça mais maintenant je trouve que ça commence à devenir un peu trop. S'il faut en faire un 4ème, regardez-moi je l'ai fait... j'ai fait le 3ème fin octobre [2021]. Alors bientôt, octobre, novembre, décembre, janvier, fin janvier il va falloir commencer à... ? ça fait beaucoup. » E12

L'une des participantes remettait en question ses croyances dans l'efficacité de la vaccination au fur et à mesure de l'entretien. Progressivement, elle prenait conscience de ses doutes à ce sujet.

« Oui, il avait un cancer mais, pour l'instant son cancer était machin, il a attrapé le COVID et il est décédé du COVID. Peut-être qu'il était plus fragile étant malade déjà. Mais enfin ça donne à réfléchir tout ça. Parce que finalement on se dit que ça n'empêche pas de l'attraper ni rien le vaccin, c'est ça qui... on n'est pas protégés à 100% avec le vaccin ! » E12

▪ Refus vaccinal

Si certains questionnaient leur attitude au sujet de la vaccination contre la COVID-19, deux des participants exprimaient leur refus net de se faire vacciner. Ils le justifiaient en mettant en avant notamment l'inefficacité des vaccins et leur dangerosité.

« Alors à quoi bon se faire vacciner ? Si on doit attraper le COVID et le transmettre ? De même que pour la grippe, c'est pareil. Beh alors, à quoi ça sert ? Voilà. » E11

« Tu, tu... pour un vaccin qui n'est même pas homologué... tu te vaccines ?! [silence] Non mais, c'est GRAVE tu vois, c'est TRÈS GRAVE ! » E10

Un de ces participants critiquait le manque de communication de la part des médecins et des médias au sujet des dangers de la vaccination.

« (...) je comprends pas comme vous vous taisez. Je comprends pas comme il y a 10, 40, 100 docteurs qui osent parler mais le reste des milliers de docteurs en France doivent être au courant de ce qu'il se passe. (...) Pourquoi ils se taisent ? parce qu'ils savent pas ce qu'il se passe ? Je ne crois pas... si t'es docteur, tu sais ce qu'il se passe quand même... » E10

Ils remettaient en cause la réalité du vaccin, principalement en raison de la rapidité de sa mise sur le marché. Ils attribuaient une dimension complotiste à ce phénomène, à visée économique notamment.

« Un vaccin, au début du COVID, au bout de 2 mois hop on a trouvé un vaccin. Ah bon ? Vous avez vite fait. Un vaccin ça se, il y a de la recherche et on ne le met pas sur le marché au bout d'un ou 2 mois. C'est pas vrai. Il faut attendre des mois voire des années avant de le mettre en circulation. Voilà. Un vaccin c'est pas comme ça. Voilà ce que j'ai à dire. » E11

« De milliardaires ! 2 ou 3 de milliardaires de plus à cause du vaccin. Et eux ils font de l'argent, l'argent, ils ne veulent que de l'argent ! » E10

Ce refus vaccinal était désapprouvé par d'autres participants, qui témoignaient de leur incompréhension à ce sujet.

« Alors voilà bon, il y en a qui sont vraiment récalcitrants, ils sont RIDICULES. » E8

3.4 Vécu du rapport au soin pendant la crise

3.4.1 Une continuité des soins assurée pour certains

▪ **Absence de modification du suivi médical et paramédical**

La grande majorité des personnes interrogées ne rapportait pas d'impact de la crise sanitaire sur leur suivi médical, que ce soit avec leur médecin généraliste, pour des consultations de suivi spécialisé, ou bien pour la réalisation de dépistages organisés.

« Non mais j'ai rien ressenti... (...) j'ai fait mes rendez-vous régulièrement et chez le Docteur X, c'est très souvent pour le renouvellement des ordonnances » E4

Les participants qui bénéficiaient d'un suivi paramédical régulier au domicile ne rapportaient pas non plus de rupture de soins. Une participante témoignait même avoir pu bénéficier de soins de kinésithérapie plus fréquents pendant le 1^{er} confinement.

« Ça a continué comme avant. Il n'y a pas eu... ils n'ont pas arrêté. Ben les infirmiers ils sont dans le même bâtiment là, les kinés j'en ai plutôt vu un peu plus. » E3

La compétence des secrétaires médicales était considérée comme un atout pour le suivi médical pendant la crise. D'après les personnes interrogées, elles répondaient de manière adaptée aux besoins de consultation.

▪ **Qualité des soins et sentiment de reconnaissance en tant de crise**

Au-delà de la continuité des soins assurée pendant la crise, les participants notaient la qualité de leur suivi médical, ainsi que la confiance qu'ils accordaient aux médecins ou internes en médecine qu'ils rencontraient.

« que ce soit lui ou ses remplaçants, parce qu'il y en a eu, il y en a eu beaucoup, j'ai confiance. J'ai confiance, pfff, de toute manière il faut qu'ils fassent leurs... [rires] leurs apprentissages donc j'ai confiance. » E6

Certains louaient également la qualité des soins paramédicaux, au domicile comme à l'hôpital.

« Et le soir, on avait une infirmière, parfois deux. Il y avait des stagiaires qui venaient. Il y avait du monde, du monde, super gentil » E8

D'autres enfin partageaient leur sentiment de reconnaissance envers les soignants durant cette période. Ils exprimaient de l'empathie à l'égard des médecins, dont ils reconnaissaient la charge de travail importante, majorée par la situation de crise.

« Vous savez moi comme je dis c'est pas facile, c'est pas facile pour vous tout ça. Il vaut mieux avoir le courage de travailler parce qu'en plus vous êtes en contact avec les malades et tout ça. »

E12

3.4.2 Un manque de continuité des soins pour d'autres

▪ Origines et conséquences de la rupture de continuité des soins

Un allongement des délais de rendez-vous était rapporté par certains, sans conséquence particulière pour leur suivi médical.

« La seule chose qui a changé c'est les délais plus longs pour obtenir les rendez-vous. » E5

En revanche, deux des personnes interrogées rapportaient avoir vécu difficilement l'allongement des délais de prise en charge. Elles pouvaient trouver l'attente, inhabituelle, entre le diagnostic et la prise en charge thérapeutique particulièrement angoissante.

« Non le on le vit très mal, c'est un soucis permanent ça quoi. » E12

« Et après j'ai une ancienne collègue de travail (...) il a fallu l'opérer d'un cancer sur la colonne vertébrale début mai, mais après son traitement et le protocole ça a mis deux mois à s'enclencher donc je trouve que là il y a eu un manque. » E2

Les confinements pouvaient participer au manque de continuité des soins en négligeant certains besoins de santé.

« Je sais pas pourquoi, je pense qu'il a eu la malchance d'avoir ce souci, de pas supporter ce traitement-là, à ce moment-là. Donc, en ça je dis que peut-être, pour certaines personnes, ce confinement a fait qu'on a failli pour pas mal de patients » E2

Pour d'autres, le manque de moyen humain était avant tout responsable du défaut de continuité des soins. Une participante citait en exemple la présence paramédicale insuffisante dont avait souffert un proche lors de son hospitalisation pendant la crise.

« il était à l'hôpital en plein COVID (...) il était pas bien au fauteuil (...) [l'infirmière] est repartie, il a fini par glisser, il est tombé, il est resté 5h par terre il a jamais vu personne (...). Il a jamais vu personne puisque les visites étaient interdites, il a jamais vu personne passer dans les couloirs ni personnels ni... 5h il est resté par terre ! c'est des choses qui devraient pas arriver. »

E12

Cette même participante critiquait le manque de capacités d'accueil des hôpitaux en lien avec des stratégies gouvernementales anciennes. Elle manifestait son incompréhension et sa colère à ce sujet.

« Par contre moi où je suis contre c'est de supprimer les lits dans les hôpitaux et tout ça (...). C'est pas bien parce que si on peut pas aller à l'hôpital où c'est qu'on va aller ? (...) Ah moi supprimer les lits dans les hôpitaux je trouve ça odieux moi. C'était pas la chose à faire. Et le personnel c'est pareil dans les hôpitaux. Euh... c'est pas à supprimer c'est à... au contraire, à en mettre davantage » E12

Enfin, une des personnes interrogées rapportait le rôle de son médecin généraliste dans la coordination des soins pendant la crise sanitaire, qui conseillait notamment de reporter des rendez-vous non urgents auprès des spécialistes.

« Le Dr X m'a fait une lettre parce que j'ai un problème de vessie qui descend (...) Je n'y ai pas été à ce moment-là, il n'y avait pas encore le COVID à ce moment-là. Et quand j'ai voulu y aller le Dr X m'a dit non c'est pas la peine pas maintenant. Il faut que j'attende... » E7

▪ **Impact sur le soin des personnes souffrant de pathologies neurodégénératives**

Pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, la fermeture des accueils de jour en EHPAD a marqué une réelle rupture dans le soin, comme en témoignait le conjoint et aidant principal de l'une d'entre elles, souffrant d'une maladie d'Alzheimer. Il rapportait un réel refus de soin de la part de son épouse, qui s'était installé progressivement au cours des derniers mois.

« X était très contente [parlant de son épouse allant en accueil de jour]. Puis, à la première euhhh au premier confinement, ça a été un peu plus difficile pour l'y emmener. Au deuxième, "non je veux plus y aller, non je veux plus y aller", puis elle m'a fait la comédie... comme maintenant ». E6

Outre le refus de soin, il constatait chez son épouse une aggravation importante de ses troubles cognitifs, autre conséquence préjudiciable de la rupture de prise en charge durant l'épidémie.

« Parce que tout ce qu'ils ont gagné, ils l'ont perdu » E6

Il soulevait également la perte de confiance dans le soin des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer, induite par l'isolement médical des confinements. Il critiquait d'ailleurs cette mesure sanitaire pour ces personnes, qu'il jugeait inadaptée.

« le confinement il devrait pas exister pour elle (...) pour des malades, elle comme d'autres, qu'il n'y ait pas de confinement » E6

Enfin, ce participant confiait, non sans émotions, le retentissement psychologique et physique de cette situation éprouvante qu'il vivait depuis plusieurs mois avec son épouse, à cause de la crise sanitaire. Souffrance qu'il cherchait d'ailleurs à lui dissimuler, afin de la protéger.

« [suite à une situation de refus de soin de la part de son épouse] Bien sûr j'étais en colère, mais, je ne dis rien (...), elle me regarde "je te demande pardon" [silence] Et je lui demande "et pourquoi ? ", "parce que je t'ai vu pleurer tout à l'heure", "mais non j'avais des larmes dans les yeux mais ce n'est pas à cause de toi, tu le sais bien" et on s'est serrés. » E6

▪ **Une relation de soin impactée par l'interdiction des visites**

Plusieurs des personnes interrogées partageaient leur ressenti au sujet de l'interdiction des visites à l'hôpital ou en EHPAD. Elles relevaient le caractère douloureux de cette mesure sanitaire, tant pour les malades que pour leurs proches. La fin de vie était une situation particulièrement difficile à envisager dans ces conditions.

« Bah c'est difficile à vivre, d'autant pour le malade que pour la famille. C'est difficile à vivre. C'est comme pour les personnes âgées dans les EHPAD, c'est pareil, c'est très difficile à vivre.

Pour les uns comme pour les autres. » E12

« Le seul truc que je trouve difficile (...) c'est pour les gens qui décèdent à l'hôpital ils sont tout seuls quoi. Ne pas pouvoir être accompagné... » E5

Pour l'un des participants, l'hospitalisation à domicile s'était avérée être la seule solution possible pour accompagner au mieux son épouse en fin de vie lors de l'épidémie, en raison de cette interdiction de visites. La balance bénéfice-risque de cette interdiction était également remise en question.

« Et puis à la fin le dernier soir, l'infirmière nous dit (...) : "soit on l'hospitalise, (...) soit on l'endort. " Bon, hospitaliser moi j'ai dit "pas question" parce qu'on peut pas aller la voir, alors la pandémie on peut pas aller la voir. » E8

« bon bien sûr il y a toujours l'histoire de la contagion mais je sais pas si vraiment on prend tant... d'aller voir ses... ses parents en EHAPD, enfin je sais pas. Vous croyez que ça aggraverait, vous croyez que ça limite ? » E12

3.4.3 Modifications des comportements

Par ailleurs, des modifications de comportements vis-à-vis du rapport au soin ont été remarquées au travers de ces entretiens.

▪ Réticences à consulter au cabinet...

Une personne relatait avec émotion l'histoire d'un ami décédé pendant le premier confinement, au décours d'une modification thérapeutique prescrite par son cardiologue. Malgré des signes de mauvaise tolérance et une aggravation de son état général, il n'avait pas consulté son médecin généraliste ni son cardiologue.

« comme on était confinés, même s'il sentait qu'il le supportait pas bien, il a pas consulté son cardiologue. » E2

Au cours de ce même entretien, cette personne avouait elle-même n'envisager consulter son médecin qu'en cas de signe de gravité, préférant un conseil téléphonique en cas de symptôme bénin. Elle semblait pourtant banaliser un symptôme potentiellement inquiétant tel qu'un épisode d'hémoptysie.

« Bon j'ai pas eu besoin, bien que j'ai eu quelques problèmes euh de caillots de sang pendant le confinement, mais j'ai pas eu besoin d'aller chez le médecin. » E2

Elle exprimait sa crainte de consulter son médecin au cabinet, comme un autre des participants. Il y avait la crainte de déranger le médecin d'une part, et celle d'être contaminé en salle d'attente, ou via le matériel médical qui pouvait ne pas avoir été correctement désinfecté.

« Parce que je pense qu'il y a des gens qui ont peur de déranger. » E2

« je sais qu'il y avait la peur d'aller au cabinet médical et de devoir attendre en salle d'attente et d'avoir des gens peut-être qui pouvaient être contaminés et de se faire contaminer quoi. » E2

« [en relatant sa consultation de suivi chez le pneumologue] Et bien comme on met des appareils en bouche, pour souffler, respirer, je lui ai demandé s'il était sûr que ses appareils étaient bien désinfectés, c'est tout. Ce que je faisais pas habituellement. » E4

Plusieurs personnes confiaient adapter leur comportement en salle d'attente pour éviter d'y être contaminées. Elles modifiaient par exemple l'heure de leur rendez-vous pour éviter les périodes d'affluences.

- **... et à l'hôpital**

Le risque d'être contaminé à l'hôpital préoccupait particulièrement, du fait du monde qui s'y retrouve, des délais d'attente à l'accueil ou de l'hospitalisation de personnes atteintes de COVID grave.

« Bon, s'il y a beaucoup plus de gens qui passent, il y a beaucoup plus de chances qu'il y en ait qui le portent. Donc il faut se protéger davantage. » E5

Cette crainte encourageait, nous l'avons vu, une des personnes à préférer le masque FFP2 au masque chirurgical à l'hôpital.

Par ailleurs, l'instauration du passe sanitaire modifiait de fait le rapport au soin des personnes non vaccinées qui pouvaient interrompre leur suivi médical spécialisé à l'hôpital ou en clinique, comme le soulignaient, avec inquiétude, deux participants.

« Et c'est là tu vois comme je suis pas vacciné, ça pose beaucoup de problèmes... c'est angoissant ! » E10

Pour d'autres, en revanche, ils n'exprimaient pas de réticence particulière à consulter leur médecin traitant ni à attendre en salle d'attente pendant la crise.

« C'est comme pour aller chez X, j'y vais quand j'en ai besoin, ce n'est pas grave. J'y vais quand même. J'irai si j'en avais besoin. » E7

- **Acquisition de réflexes sanitaires**

Parmi les autres changements remarquables, on notait l'adoption de réflexes sanitaires, tels que la surveillance régulière de la température ou encore la réalisation d'un test diagnostique en cas de symptôme évocateur d'une infection COVID.

3.4.4 Les situations d'urgence

- **Maintien du recours aux urgences malgré le contexte**

Pour la majorité des personnes interrogées, le contexte épidémique n'aurait pas modifié leur comportement en cas de problème de santé grave. Elles se seraient rendues aux urgences ou auraient contacté le SAMU (Service d'aide médicale d'urgence) si besoin.

« Écoutez, je pense que j'aurais fait abstraction du COVID ou de la COVID et que j'aurais voulu qu'on soigne mon urgence, surtout si elle était vitale... Non si vraiment j'avais eu besoin d'une urgence, j'y serais allée aux urgences. » E2

L'évocation d'une situation d'urgence dans ce contexte les rendait cependant anxieux et cette hypothèse leur était difficile à concevoir. Certains craignaient d'être exposés à la COVID en se rendant aux urgences, ce qui pouvait les faire hésiter.

« Je sais pas. Je ne peux pas vous dire. Je pense que j'aurais eu peur premièrement. » E1

▪ **Rôle central du généraliste en situation d'urgence**

Finalement, ils étaient plusieurs à souhaiter avoir l'avis de leur médecin traitant, en qui ils ont confiance dans ce type de situation.

« j'aurais appelé mon médecin généraliste pour savoir et s'il m'avait conseillé d'aller aux urgences j'y serais allée. Oui oui, je pense que oui j'aurais appelé le généraliste. » E2

Un participant rapportait d'ailleurs que son généraliste lui avait confirmé qu'il ne devait pas hésiter à se rendre aux urgences, malgré le contexte, en cas de problème de santé grave.

« Le Dr D. me l'avait dit hein "si vous avez un problème, vous allez aux urgences". » E4

Une autre participante soulignait que, malgré les hésitations à consulter un médecin de garde, elle avait confiance dans le corps médical.

« Et puis, et puis... on fait confiance quand même. On fait confiance. » E1

3.4.5 Stratégies mises en place pour le suivi médical

▪ **Des modifications d'organisation au cabinet adoptées**

La mise en place de consultations sur rendez-vous (quand ce n'était pas le cas) pendant la crise était appréciée, ainsi que les modifications en salle d'attente pour respecter les distanciations sociales. Ces dernières devraient être poursuivies au décours de cette épidémie selon un des participants.

« Avant il fallait aller en salle d'attente et on vous appelait selon les personnes qu'il y avait en salle d'attente. (...) maintenant, c'est sur rendez-vous (...) c'est humain. (...) Les rendez-vous c'est pas mal, j'aime bien moi. » E8

« Si en salle d'attente, parce qu'il y a un espacement (...) je trouve que ça devrait être la normalité (...) je pense que la promiscuité ça devrait être... on devrait s'en occuper plus maintenant (...). Je pense qu'on serait beaucoup moins malade... » E4

▪ Premières expériences de téléconsultation

Quelques personnes interrogées, qui vivaient en milieu urbain, ont expérimenté pour la première fois une forme de télémédecine pendant le premier confinement. Elles confiaient avoir été satisfaites de leur prise en charge et amusées de communiquer avec le médecin de cette façon.

« je l'ai appelé (...) et elle m'a transmis une ordonnance par mail avec de la cortisone et des antibiotiques que je suis en train de prendre. Qui a donc réglé mon problème de sinusite. Donc c'était pas une téléconsultation mais c'était une consultation par téléphone. » E4

Dans notre échantillon, certains participants vivant en milieu rural ou semi-rural ne l'avaient par contre jamais expérimentée, voire n'en avait jamais entendu parler.

▪ Des réticences à l'utilisation de la télémédecine

Ce nouveau mode de consultation leur a paru un peu extravagant. Ils avouaient préférer consulter leur médecin en face à face plutôt qu'à travers un écran ou le téléphone. Ce sentiment était partagé par les autres participants n'en ayant pas fait l'expérience.

« Je me suis dit c'est pas mal ça. Enfin, je trouve qu'il vaut mieux voir un docteur quand même. » E1

Ils craignaient, pour la plupart, de ne pas arriver à s'exprimer librement par le biais d'un écran. Ils s'inquiétaient également que le médecin ne parvienne à saisir les non-dits, affectant la pertinence de la consultation.

« parce que quand vous avez le médecin en face peut-être que lui il va percevoir des choses et il va poser des questions qui vont permettre de mieux cerner ce qu'on veut dire et que peut-être que par écran c'est pas aussi simple. » E2

Pour la majorité, ils rapportaient se sentir plus à l'aise en consultation en présence du médecin, tandis que la téléconsultation pouvait leur paraître impersonnelle et entraver la

relation de confiance. Aussi, pour une participante, l'auscultation étant indispensable à toute consultation, le principe de la téléconsultation s'avérait absurde.

« Moi je trouve, heu, je suis plus confiante. Je suis malade je suis plus confiante d'avoir un docteur que de lui dire par téléphone j'ai ça. » E1

Finalement, ils étaient nombreux à signaler que l'utilisation des technologies constituait un frein à la télémédecine pour les personnes âgées.

« Oh l'ordinateur j'y touche pas, je suis pas... je suis arriérée de ce côté-là [rires]. » E12

▪ **Une influence positive de la crise sur la télémédecine**

Une participante déclarait que son regard sur la télémédecine avait évolué depuis les confinements.

« Mais après bon, on vient de vivre ce confinement, ce virus, euh pourquoi pas. Je pense que pour certaines pathologies, j'y suis pas opposée. » E2

Certains y voyaient une alternative pour limiter les contacts en salle d'attente en période d'épidémie, pour pallier au manque des visites à domicile, ou encore dans les déserts médicaux pour assurer une continuité des soins.

« Les endroits où il n'y a pas de médecins pourquoi pas parce qu'il y a des lieux c'est le vide médical. » E7

3.5 Pistes d'amélioration pour le suivi médical en période de crise

Malgré les défauts de suivi ou de continuité des soins explicités précédemment, l'ensemble des participants se disaient finalement plutôt satisfaits de leur prise en charge médicale pendant la pandémie. Certains ont tout de même émis des propositions pour améliorer le suivi médical dans un contexte de crise sanitaire.

3.5.1 Le médecin généraliste : clé de voûte du suivi médical ?

Le médecin généraliste apparaissait selon eux comme une personne centrale pour assurer la continuité et la qualité des soins.

▪ **Des responsabilités accrues**

En contexte de crise sanitaire, les responsabilités du médecin généraliste semblaient plus importantes, auprès notamment des personnes âgées, isolées, bénéficiant d'un suivi chronique, ou encore celles en souffrance psychologique.

« Si j'avais été médecin (...) je me serais préoccupée de tous mes patients qui avaient des pathologies à suivre. Après, peut-être je me serais interrogée sur mes patients fragiles, parce que quand même c'est une période difficile... les gens qui ont des tendance à la déprime ou à la dépression ou à la mélancolie... » E2

Plusieurs participants insistaient sur le fait que le médecin généraliste devait se montrer proactif dans le soin des patients en période de crise, qu'il devait anticiper leur suivi médical. Cette notion semblait évidente pour certains.

« si j'avais été médecin, je crois que j'aurais regardé tous mes patients dans mes fichiers, tous mes patients qui ont besoin d'une prescription et j'aurais regardé s'ils l'avait, s'il fallait la renouveler, les appeler pour voir où ils en étaient, quitte à déposer une ordonnance enfin voilà... » E2

« déjà les personnes de plus de 60 ans, qui devraient être appelées systématiquement, peut-être tous les 15 jours ou une fois par mois...la fréquence ça dépend des personnes » E4

▪ **Préserver la relation de soin en toutes circonstances**

En dépit du contexte de crise sanitaire, le médecin généraliste devait s'efforcer de préserver la relation de soin avec les patients, en rappelant notamment sa disponibilité. Les personnes interrogées attendaient du médecin qu'il entretienne ce lien, au-delà du suivi médical classique.

« c'était plus un appel de confort. (...) Je n'avais pas de besoin urgent. Je ne me souviens plus... Oui j'avais envie qu'elle passe. » E3

Les attentes envers le médecin pour préserver la relation de soin pouvaient être si fortes que cela devait se faire au détriment du temps de repos de ce dernier.

« Mais il faudrait qu'il y ait un suivi, je dis pas constant mais de temps en temps téléphoner simplement ou "je passe vous voir". Bien sûr il va prendre ça sur son temps de repos, je suis d'accord. Lui aussi, il a besoin un peu de repos. Mais, entre deux patients, il pourrait nous téléphoner, voilà. » E6

Le bénéfice d'un espace de parole et d'écoute en tant de crise, que ce soit au travers du médecin généraliste ou de plateformes d'appels, a été soulevé par certains participants.

« en période de crise (...) que ça soit le médecin qui appelle et qui rassure les personnes ; les médecins ou une plateforme d'appel... » E4

3.5.2 Faciliter la proximité des soins

La crise sanitaire a révélé l'importance de la proximité géographique des soins de premiers recours. En effet, le déplacement jusqu'au cabinet du médecin généraliste pouvait être un véritable frein au suivi médical, en particulier en période d'épidémie. Cela était expliqué par les difficultés de locomotion des personnes âgées et la crainte d'emprunter les transports en commun pendant la pandémie par exemple. Le coût financier des moyens de déplacement pouvait également entraver le suivi médical.

« à partir de 60 ans... y en a qui sont pas en bonne forme et qui ont peur et qui ont pas les moyens, il faut qu'elles prennent deux bus pour aller voir le médecin, et c'est tout une histoire pour eux. Donc c'est ça qui les fait hésiter, reculer. » E4

Pour pallier ses contraintes, plusieurs idées ont été suggérées comme la mise en place de centres de soins de proximité, implantés dans chaque quartier de la ville ; l'augmentation de l'offre de visites à domicile par les médecins généralistes ou encore l'instauration d'un service de transport municipal pour les personnes âgées se déplaçant difficilement.

« Donc pour moi la meilleure solution c'est des sortes de dispensaires, qui soient dans un peu tous les quartiers, ou des maisons... on peut facilement avoir des rendez-vous rapides. » E4
« La Mairie on avait demandé à un moment donné que les personnes d'un certain âge... qu'il y ait quelqu'un qui nous amène un jour. Et ça il aurait fallu. » E7

3.6 Schéma intégratif

Pour modéliser nos résultats, nous avons réalisé un schéma intégrant les modifications du rapport au soin vécues par les personnes âgées pendant la crise sanitaire.

D'une part, l'ampleur de la pandémie et la gravité du SARS-CoV-2 ont plongé les personnes âgées dans une situation d'incertitude sur leur avenir et de questionnement sur leur vulnérabilité.

Ce sentiment de vulnérabilité a été renforcé par l'abondance d'informations transmises par les médias, omniprésents dans leur quotidien. De plus, les mesures sanitaires instaurées par

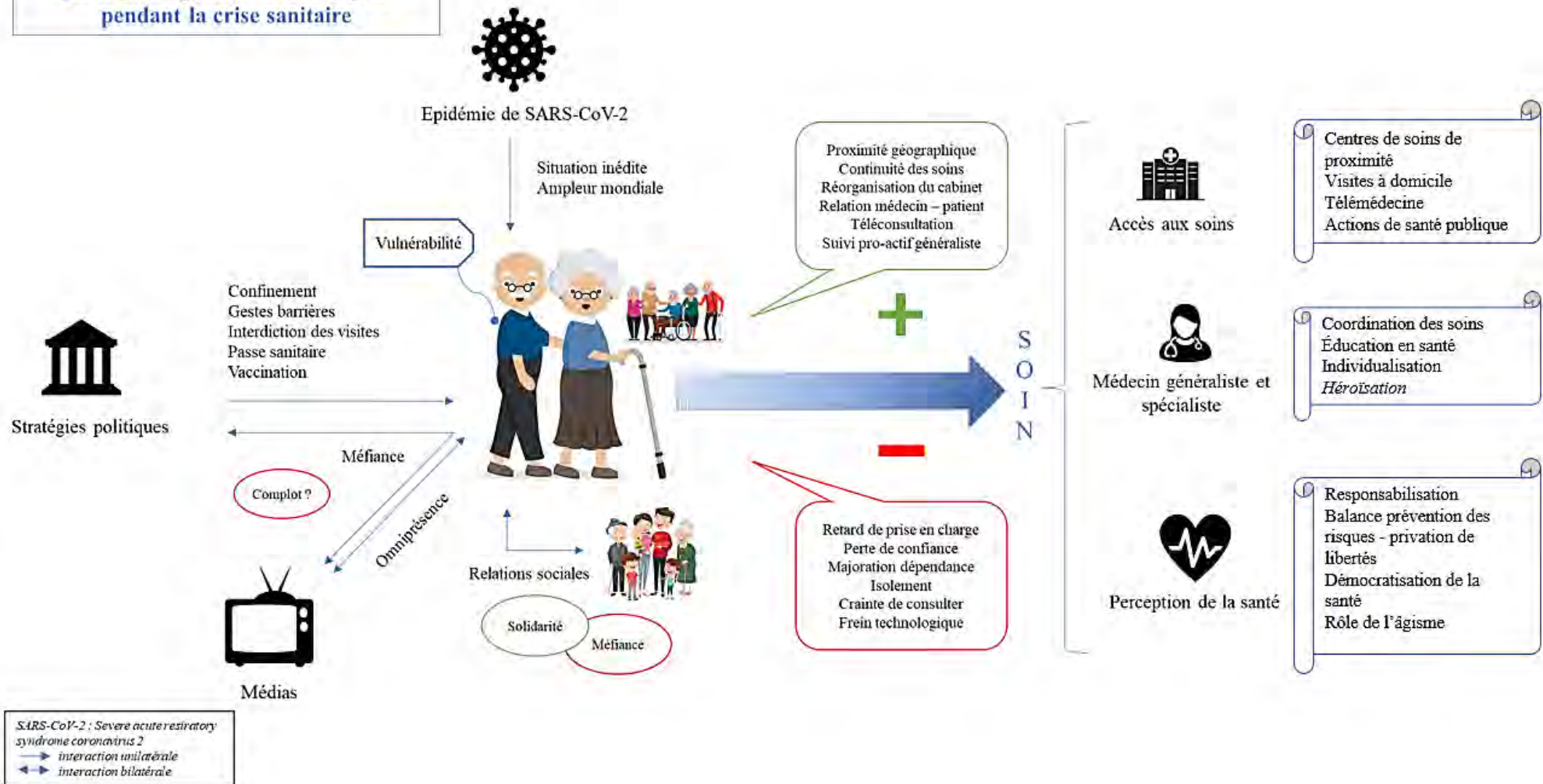
le gouvernement et décidées unilatéralement dans le but de protéger cette population étiquetée « à risque », n'ont pas tenu compte de leurs besoins spécifiques. Le manque de transparence ressenti a pu faire naître une certaine méfiance à l'égard des décideurs politiques, voire faire émerger des idéologies complotistes.

L'épidémie a également impacté les relations sociales, avec l'apparition de comportements solidaires, mais aussi de méfiance dans des situations à risque, majorant parfois l'isolement des personnes âgées.

Elles ont également identifié des éléments influençant directement leur rapport au soin. Elles ont rapporté certains freins comme la crainte de consulter, la majoration de la dépendance ou l'allongement des délais de prise en charge ; et des leviers, comme la proximité géographique, la relation avec le médecin généraliste, ou encore le maintien de la continuité de soins.

Toutes ces interactions ont eu un impact sur le vécu du rapport au soin de la personne âgée, plus particulièrement sur la perception de sa santé, sa relation avec le médecin généraliste et son accès aux structures de soins.

Modélisation du rapport au soin des personnes âgées de 65 ans et plus pendant la crise sanitaire



4 **Discussion**

L'analyse des résultats souligne l'impact personnel, médical, et social de la crise sanitaire sur les personnes âgées. Le vécu de leur rapport au soin, au sens des actions et pratiques mises en œuvre pour rétablir ou maintenir leur santé (24), s'en est trouvé modifié. Par les particularités qui leur sont propres et les besoins de santé qu'elles expriment, plusieurs déterminants du vécu du soin en temps de crise sanitaire ont émergé. Ils concernent notamment l'accès aux soins, l'impact des décisions politiques et l'influence des médias, la perception personnelle de la santé et de la maladie et enfin la relation avec le médecin généraliste.

4.1 **Forces et limites de l'étude**

- **Forces**

Les forces de notre étude résident en premier lieu dans l'originalité du sujet exploré, au cœur d'une actualité sanitaire inédite. La méthodologie qualitative utilisée pour la réalisation de ce travail est particulièrement pertinente pour répondre à notre objectif principal. La réalisation des entretiens au domicile des participants a facilité l'instauration d'un climat de confiance. L'échantillon de population sélectionné, diversifié sur les différents critères socio-démographiques, a permis le recueil d'expériences de soin variées. La période de recrutement, étendue, a conduit à l'analyse de nombreuses données et a nécessité de faire évoluer le guide d'entretien parallèlement à l'évolution de la crise. Cette dynamique a permis de recueillir le vécu des participants au plus près de l'actualité sanitaire. Lors de l'analyse des données, le processus de triangulation a augmenté la validité interne des résultats, en diminuant la subjectivité lors de l'interprétation des verbatims. Enfin, la validité externe de cette étude a été renforcée par la relecture de ce travail à l'aide de la grille d'évaluation COREQ (26).

- **Limites**

S'agissant d'un premier travail de recherche qualitative, la qualité des entretiens semi-dirigés a pu être influencée par le manque d'expérience des deux chercheuses. Les modalités de recrutement ont pu entraîner un biais de sélection en sollicitant peut-être les patients rapportant spontanément des difficultés au cours de la crise. En excluant les personnes âgées résidant en EHPAD, notre étude ne reflète pas les spécificités du vécu de cette population. Un biais d'investigation a pu apparaître du fait de la nécessité d'adapter le déroulé du guide

d'entretien en fonction des participants (hypoacousie ou lassitude des sondés par exemple). Un biais de mémorisation est présent dans l'étude, expliqué par la longue période de recrutement qui a pu influencer le discours des participants. Enfin, la présentation des chercheuses en tant que médecins généralistes a pu être à l'origine d'un biais de désirabilité sociale.

4.2 Discussion des résultats principaux

- **Accès aux soins**

En premier lieu, l'accès aux professionnels de santé et aux structures de soin en période de pandémie a nourri des questionnements éthiques fondamentaux avec notamment la notion de priorisation d'accès aux soins critiques, impactant directement la population âgée (27, 28). Si les participants à l'étude ne faisaient pas état de cette situation spécifique sur l'accès aux services de réanimation, ils soulignaient l'importance de l'accès aux soins de premiers recours et notamment au médecin généraliste. Ceux porteurs de maladies chroniques et bénéficiant d'un suivi médical régulier confiaient ne pas avoir ressenti d'impact particulier sur leur suivi, contrairement aux données publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en mai 2020, qui montraient une modification de l'activité des médecins généralistes pendant le premier confinement, avec une baisse de plus 50% des consultations pour renouvellement d'ordonnance chez les patients chroniques (toute classe d'âge confondue), pour 6 médecins sur 10 interrogés (29). Cette divergence des données pourrait s'expliquer par le fait que les premières personnes interrogées au début de notre étude avaient peu de comorbidités et bénéficiaient d'un rythme de suivi compatible avec les contraintes liées à la crise sanitaire. Cependant, certains des participants rapportaient des difficultés d'accès aux soins pour des proches souffrant de pathologies neuro-dégénératives ou une acutisation de leur maladie chronique. Des conséquences préjudiciables sur leur état de santé et sur leur rapport au soin étaient relevées, avec par exemple une perte de confiance et une moindre adhésion thérapeutique. Dans des situations d'urgences vitales, les participants pensaient maintenir leur recours aux structures d'urgences, alors que les données publiées par Santé Publique France montraient une diminution de ce recours pour les pathologies neuro-vasculaires ou cardiaques aiguës au début de l'épidémie (21). Le fait qu'aucun participant de notre étude n'ait réellement vécu une situation d'urgence vitale pendant l'épidémie pourrait expliquer cette discordance.

Plusieurs freins à l'accès aux structures de soins et professionnels de santé ont été soulignés lors des entretiens. Certains évoquaient la crainte d'une contamination au SARS-CoV-2 en salle d'attente, partagée par une part importante de la population âgée en raison de leur plus grande vulnérabilité (30). La réorganisation des cabinets médicaux (distanciation en salle d'attente, consultations sur rendez-vous uniquement, désinfection régulière du matériel médical, etc.) dès le début de l'épidémie a partiellement jugulé cette crainte (31). L'inquiétude de déranger les médecins également retrouvée dans notre étude pouvait représenter un frein au suivi médical et mettait en lumière l'atout des secrétaires médicales dans l'organisation des soins. L'allongement des délais de rendez-vous et le report des soins non-urgents, parfois conseillé par leur médecin généraliste, étaient également vécus par les participants à notre étude comme un potentiel frein à leur suivi médical, qu'ils appréhendaient avec une certaine fatalité.

Par ailleurs, cette période a mis en exergue pour certains les difficultés de déplacements liées à l'altération de leurs capacités physiques (en lien avec leur vieillissement et leur sédentarité accrue en période d'épidémie (22)), responsables d'un isolement médical. La proximité géographique des soins, avec le développement de centres de soins de proximité, l'augmentation de l'offre des visites à domicile et de la télémédecine auprès de cette population étaient des perspectives d'amélioration de la continuité des soins plébiscitées par les patients et retrouvées dans la littérature (32, 33). Le frein technologique lié aux téléconsultations était cependant souvent rapporté dans notre étude, de même que leur caractère impersonnel, qui pouvaient entraîner des difficultés de communication et impacter la relation de confiance avec le médecin généraliste. En revanche, l'usage des technologies pour préserver le lien familial et social en périodes de confinements s'est largement développé en gériatrie durant cette période (34).

Le maintien de l'accès aux actions de santé publique, comme les dépistages organisés, était souligné dans notre étude, malgré une baisse du recours à ces soins constatée au début de l'épidémie (35). De plus, dans notre étude, les participants favorables à la vaccination contre la COVID-19 reconnaissaient que l'accès prioritaire dont ils bénéficiaient les rassurait (17). Ils pouvaient par contre évoquer une difficulté à la prise de rendez-vous sur internet, soulignant à nouveau le frein technologique à l'accès aux soins pour cette population (36).

- **Rôle du gouvernement et influence des médias**

L'accessibilité et la continuité des soins ont été facilités par certaines mesures gouvernementales, en encourageant notamment les professionnels de santé à réaliser des

téléconsultations, prises en charge à 100 % par l'assurance maladie (37) et en encadrant l'organisation des centres de vaccination. En revanche, les mesures restrictives imposées par les confinements et le passe sanitaire ont eu pour effet, directement ou indirectement, de freiner l'accès aux soins.

Avec la crise sanitaire, une politisation de la santé a été mise en évidence. Dans notre étude, il était parfois reproché au gouvernement d'instaurer des mesures autoritaires, arbitraires et appliquées à tous sans distinction, dans le but de protéger la collectivité vis-à-vis de l'épidémie au détriment des libertés individuelles. En effet, l'instauration des confinements, des mesures sanitaires, du passe vaccinal ou l'interdiction des visites en EHPAD ou à l'hôpital était décidées de manière unilatérale, sans tenir compte des problématiques prévalentes dans la population âgée, comme l'isolement social ou la perte d'autonomie (38). Certains participants regrettaient l'application du confinement pour les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives, qui ont souffert de l'interruption des soins. Paul-Loup Weil-Dubuc, chercheur en éthique et docteur en philosophie, souligne quant à lui les questionnements éthiques soulevés par l'interdiction des visites en EHPAD. Selon lui, cette restriction permet aux décideurs politiques, influencés par l'opinion publique, de se protéger d'un scandale sanitaire en cas d'épidémie au sein d'un EHPAD, tout en considérant acceptable l'isolement social et familial des résidents. Ainsi, « en coupant les personnes de leur famille et de tous les intervenants extérieurs, on les coupe de ce qui pourrait les tuer, mais on les coupe aussi de ce qui les fait vivre » (39).

De plus, le manque de communication et de transparence des politiques dans la lutte contre l'épidémie de COVID-19 a pu nourrir le sentiment d'exclusion ressenti par les personnes âgées dans les décisions en matière de gestion de risque pour leur santé. Cela a contribué à faire émerger un sentiment d'abandon et de méfiance à l'encontre du gouvernement. L'infantilisation des personnes âgées par les décideurs politiques, souligné par Marie-Françoise Fuchs, médecin et présidente d'honneur de l'association « OLD'UP »¹, s'éloigne d'un modèle de démocratisation de la santé pourtant de plus en plus défendu ces dernières années, avec l'émergence des notions de consentement et le respect des directives anticipées (41). Cette volonté, également manifestée par les participants de notre étude, se révèle être un déterminant essentiel de leur vécu du rapport au soin.

Enfin, la crise sanitaire a mis en lumière le manque de moyen humain et financier dans les hôpitaux, préexistant à la crise sanitaire, avec la pénurie de personnel soignant et la fermeture

¹ L'association « OLD'UP », créée en 2008, a pour objectif de promouvoir le rôle, l'autonomie et l'intégration des personnes âgées dans la société (40).

des lits (42). Aussi, notre étude met en évidence le besoin criant des personnes âgées de pouvoir bénéficier d'un réseau de soin ambulatoire de proximité. Ces carences dans le système de santé les préoccupent pour leur prise en charge médicale et sociale (42).

L'influence des médias dans le vécu du rapport au soin a également été signalée par les personnes interrogées dans notre étude. Le message médiatique entièrement focalisé sur la crise sanitaire a contribué à générer puis entretenir leur obsession vis-à-vis de l'épidémie. De plus, les données épidémiologiques inquiétantes communiquées pouvaient exacerber le sentiment de vulnérabilité des personnes âgées face au SARS-CoV-2 et concourir à créer un climat anxigène. Cette dépendance vis-à-vis des médias concorde avec les données de la littérature (43). Les chiffres communiqués par les médias et les politiques ainsi que les décisions changeantes semblent avoir aussi eu pour effet de décrédibiliser le corps médical, instaurant un comportement de défiance à l'encontre des institutions sanitaires, également retrouvé dans la littérature (38). Anne Fenoy, doctorante en philosophie à la Sorbonne, remet ainsi en question la stratégie du gouvernement et des médias de « valoriser la peur et l'homogénéisation des populations » dans le contexte d'urgence, au détriment de l'information des populations sur les facteurs déterminants les prises de décisions à visée de santé publique et le respect de leur individualité (43).

▪ **Perception de la santé et de la maladie**

Les caractéristiques intrinsèques de chacun, les expériences de vie ou les facteurs socio-culturels influencent le vécu de la santé et du soin. Notre étude a souligné l'impact de la crise sanitaire dans ce domaine (comme la banalisation d'un symptôme a priori inquiétant au regard de la gravité de l'épidémie), mettant en avant le rôle de l'épistémologie personnelle dans le rapport au soin.

Elle a également mis en lumière des spécificités propres aux personnes âgées de 65 ans et plus. D'abord, certains participants soulignaient l'isolement familial comme un facteur pouvant accentuer des craintes en lien avec la maladie COVID-19. De manière plus générale, ils décrivaient la solitude comme un élément impactant de manière négative leur rapport à la maladie, avec la crainte notamment de mourir seul. Le Comité consultatif national d'éthique rappelait au début de l'épidémie que « le respect de la dignité humaine inclut le droit au maintien d'un lien social » (44). L'intensité de la souffrance morale engendrée par cette privation relationnelle montre l'importance de ce besoin fondamental, vital. Nous pouvons rappeler ici les propos d'une participante, qui vivait cette situation comme une « mort lente ».

Un autre élément qui retient notre attention est le rapport des personnes âgées à la vulnérabilité, qui peut se définir comme le risque de développer ou d'aggraver des incapacités (45). Dans notre étude, les participants considéraient cette situation de vulnérabilité comme un état de fait, en raison de leur âge ou de leurs comorbidités. Cela pouvait alimenter des peurs en lien avec l'épidémie comme celles d'une contamination ou d'une pénurie vaccinale, qui les mettraient en danger. L'impact de ce sentiment de vulnérabilité sur les relations sociales était également rapporté. La perception de leur santé semblait dépendre de celle des autres, révélant parfois des comportements de défiance. Cette prise de conscience pouvait aussi les inciter à adopter une attitude préventive pour eux et pour autrui. Cela fait écho à des questionnements éthiques mis en évidence lors de cette pandémie, comme le conflit entre santé individuelle et santé collective (46).

Considérer inéluctablement les personnes âgées vulnérables peut porter préjudice au principe d'autonomie, l'un des fondements de l'éthique médicale (45, 46). L'âgisme, ou la discrimination d'une personne en raison de son âge, préexistant à la crise sanitaire dans nos sociétés occidentales, s'est particulièrement exprimé dans ce contexte inédit (47). La Société française de gériatrie et de gérontologie souligne notamment l'attitude paternaliste avec laquelle des recommandations ont pu être édictées pour cette population. Elle avertit également du rôle joué par les médias dans l'entretien de l'âgisme auprès du grand public, en déshumanisant par exemple les personnes âgées décédées lors de l'épidémie, qui sont réduites à une succession de chiffres énumérés factuellement chaque jour (48). Ces éléments ont pu impacter la perception de la santé par les personnes âgées, qui ont ressenti plus fortement l'exclusion dont elles souffrent dans le soin.

En outre, on a pu constater dans notre étude que l'évaluation personnelle de la balance bénéfice-risque entre la gestion du risque individuel et collectif et le respect des libertés individuelles a directement impacté le rapport au soin de cette population. La dimension éducative du soin a été soulignée, par l'apprentissage des règles sanitaires devenues pour certains réflexes et leur responsabilisation vis-à-vis des comportements de santé. Ces éléments mettent en lumière une volonté des personnes âgées de participer à la prise des décisions les concernant dans le domaine du soin (47, 48).

- **Relation médecin généraliste - patient**

Dans ce contexte de crise sanitaire, bousculant le rapport au soin, les participants de notre étude rapportaient un renforcement du rôle central du médecin généraliste dans la coordination des soins. Ils le positionnaient comme un référent, un point de repère, grâce à

la relation de confiance qu'ils entretiennent. Dans une autre étude qualitative s'intéressant à l'impact de la crise sur la relation médecin-patient, 75 % des médecins généralistes interrogés estimaient d'ailleurs que celle-ci avait été renforcée (49).

De surcroît, les responsabilités attribuées au médecin généraliste se sont accrues pendant la crise. Il devait faire preuve d'anticipation, de disponibilité et d'une attitude proactive pour le suivi des patients. L'étude qualitative précédemment citée corrobore également nos résultats sur ce point. En effet, l'ensemble des médecins interrogés rapportait avoir ressenti une majoration des besoins des patients d'être rassurés, conseillés et écoutés (49). En revanche, selon une autre étude, une minorité de personnes âgées seulement a évoqué sa santé mentale avec son médecin traitant pendant la crise sanitaire (38).

De plus, suite à notre étude, l'individualisation des prises en charge par le médecin généraliste apparaît comme un élément essentiel à la continuité des soins en contexte de crise. Cette notion est également évoquée par les médecins généralistes eux-mêmes, qui estiment nécessaire de personnaliser les recommandations de santé publique à la santé individuelle, en favorisant l'information et la prise de décision partagée (50).

Enfin, dans notre travail comme dans la littérature, les attentes envers les médecins généralistes, parfois seuls interlocuteurs de proximité pendant la crise, pouvaient dépasser le cadre de la consultation médicale (50). Tout en se montrant exigeantes, les personnes âgées manifestaient une profonde empathie et reconnaissance envers le corps médical. Ce phénomène d'« héroïsation » contribuait à accorder au médecin un rôle outrepassant ses devoirs professionnels, reposant sur sa dévotion, accepté par une partie de la population et encouragé par les politiques (51). A contrario, pour une minorité de nos participants, cette situation a vu naître des idéologies complotistes remettant en question la place du médecin généraliste dans la prise de décisions relatives à l'épidémie. En effet, ils associaient le corps médical et scientifique (en dehors de quelques professionnels controversés) aux personnalités politiques et aux journalistes qui, selon eux, participaient à la stratégie de peur dans le but de contrôler la population. Ils reprochaient notamment aux médecins d'occulter la dangerosité de la vaccination et l'existence de traitements qu'ils jugeaient efficaces en prévention (chloroquine ou dioxyde de chlore par exemple).

5 Conclusion

Notre étude qualitative s'est intéressée au vécu du rapport au soin par les personnes âgées de 65 ans et plus en période de crise sanitaire. Au travers d'entretiens individuels, les personnes interrogées ont relevé un vécu majoritairement difficile de la crise sanitaire, avec un sentiment d'isolement voire une perte d'indépendance. Elles partageaient leurs craintes vis-à-vis de l'épidémie et de son impact sur les relations sociales, amplifiées par la couverture médiatique et les stratégies politiques adoptées. Le vécu de la qualité et de la continuité des soins pendant cette période était satisfaisant, hormis pour celles souffrant de pathologies neuro-dégénératives ou dépendantes dans leurs déplacements. Les participants rappelaient l'importance du lien avec le médecin généraliste, qui apparaissait comme une clé de voûte de la continuité des soins.

Nous avons mis en évidence l'influence de l'accès aux soins, des stratégies gouvernementales et médiatiques, de la perception personnelle de la santé et de la relation avec le médecin généraliste dans le vécu du rapport au soin. L'importance de l'individualisation des prises en charge transparaissait dans chacune de ces thématiques.

Afin de converger vers une relation de soin plus singulière et mieux répondre aux besoins de santé de cette population, la démocratisation de la santé, la lutte contre l'âgisme et l'éducation en santé par le médecin traitant et les institutions sanitaires semblent indispensables. La crise sanitaire a de plus souligné la nécessité d'une proximité des soins de premiers recours, à la fois géographique et relationnelle.

Références bibliographiques

1. World Health Organization. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 [Internet]. 2020 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. World Health Organization. WHO Statement Regarding Cluster of Pneumonia Cases in Wuhan, China [Internet]. 2020 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>
3. World Health Organization. Flambée de 2019-nCoV : premiers cas confirmés en Europe [Internet]. 2020 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/pages/news/news/2020/01/2019-ncov-outbreak-first-cases-confirmed-in-europe>
4. Tedros AG. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. 2020 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
5. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Coronavirus et Covid-19 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2021 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>
6. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. 25 août 2020;324(8):782-93.
7. Collège de la Médecine Générale. Coronaclac | 4 - Prise en charge diagnostique [Internet]. CMG. 2022 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/coronaclac-4-prise-en-charge-diagnostique/>
8. Collège de la Médecine Générale. Coronaclac | 5 - Prise en charge thérapeutique [Internet]. CMG. 2022 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/coronaclac-5-prise-en-charge-therapeutique/>

9. Haut Conseil de la Santé Publique. Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics. Paris; 2020 avr.
10. 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]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 9 févr 2022]. 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
11. Haut Conseil de la Santé Publique. Signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 avr [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=812>
12. Annweiler C, Sacco G, Salles N, Aquino J-P, Gautier J, Berrut G, et al. National French Survey of Coronavirus Disease (COVID-19) Symptoms in People Aged 70 and Over. Clin Infect Dis. 1 févr 2021;72(3):490-4.
13. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 situation update for the EU/EEA, as of 6 April 2022 [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2022 [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>
14. Santé publique France. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. 2022 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
15. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet]. Gouvernement.fr. 2021 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
16. Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 [Internet]. 2020-290 mars 23, 2020. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/273942-loi-durgence-pour-faire-face-lepidemie-de-covid-19>

17. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3221338/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-recommandations-preliminaires-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner
18. Info coronavirus Covid 19 - Vaccins [Internet]. Gouvernement.fr. 2022 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/vaccins>
19. Loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire (1). 2021-689 mai 31, 2021.
20. Décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. 2022-51 janv 22, 2022.
21. Santé Publique France. Covid-19 et continuité des soins - Continuer de se soigner, un impératif de santé publique [Internet]. 2020 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/covid-19-et-continuite-des-soins-continuer-de-se-soigner-un-imperatif-de-sante-publique>
22. Maamar M, Khibri H, Harmouche H, Ammouri W, Tazi-Mezalek Z, Adnaoui M. Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2020;20(120):322-5.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Préserver les capacités hospitalières et assurer la continuité des soins : des recommandations aux professionnels face au Covid-19 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2020 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/etat-des-lieux-et-actualites/article/preserver-les-capacites-hospitalieres-et-assurer-la-continuite-des-soins#Retrouvez-l-ensemble-des-recommandations>
24. Quatrième partie : Professions de santé (Articles L4001-1 à L4444-3) - Légifrance [Internet]. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006125348/#LEGISCTA000006125348

25. Ribau C, Lasry J-C, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes J-P. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Rech Soins Infirm.* 2005;81(2):21-7.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 1 déc 2007;19(6):349-57.
27. Comité Consultatif National d’Ethique. Enjeux éthiques de la prise en charge et de l’accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l’épidémie de Covid-19 | Comité Consultatif National d’Ethique [Internet]. 2020 nov [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/enjeux-ethiques-de-la-prise-en-charge-et-de-lacces-aux-soins-pour-tous-en-situation-de>
28. Nicolas G. L’égalité d’accès aux soins ou la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en période de pandémie. *Droit Sante Soc.* 2020;1(1):31-40.
29. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques [Internet]. 2020 mai [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/comment-les-medecins-generalistes-ont-ils-exerce-leur-activite>
30. Observatoire ERGOCALL. Le confinement des seniors à domicile, une bombe à retardement pour le système sanitaire ? [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.ag2rlamondiale.fr/files/live/sites/portail/files/images/Institutionnel/Actualites/2020/2020-05_ERGOCALL_ObservatoireSenior2_Vok.pdf
31. Collège de la Médecine Générale. Coronacliv | 2 - S’organiser au cabinet [Internet]. CMG. 2022 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/coronacliv-2-sorganiser-au-cabinet/>
32. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Que peut la télémedecine pour les patients (âgés) ? Par Nathalie Salles, Présidente du Conseil Scientifique de la SFGG – SFGG [Internet]. 2019 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/interviews/que-peut-la-telemedecine-pour-les-patients-ages-par-nathalie->

33. Mathieu-Fritz A, Smadja D, Espinoza P, Esterle L. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégeria. *Gerontol Soc.* 6 juill 2012;35141(2):117-27.
34. Berrut G, de Decker L, Aquino J-P, Ahmine S, Amalberti N, Arlaud C, et al. Geriatric units at the beginning of the 2020 COVID-19 epidemic in France. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* juin 2020;18(2):125-33.
35. ORS Pays de la Loire. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur le recours aux actes de dépistage des cancers en Pays de la Loire, entre mars 2020 et juin 2021 « Epidémio COVID-19 : comprendre et agir » [Internet]. 2021 sept [cité 22 mars 2022] p. 8. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/impact-de-lepidemie-de-covid-19-sur-le-recours-aux-actes-de-depistage-des-cancers-en>
36. Petits Frères des Pauvres. Sans Internet, isolées... quand les personnes âgées peinent à se faire vacciner [Internet]. 2022 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/sans-internet-isolees-quand-les-personnes-agees-peinent-a-se-faire-vacciner>
37. Assurance Maladie. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. 2020 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
38. Petits Frères des Pauvres. Notre rapport inédit révèle les impacts de la crise sanitaire sur les personnes âgées isolées [Internet]. 2021 mars [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/notre-rapport-inedit-revele-les-impacts-de-la-crise-sanitaire-sur-les-personnes-agees-isolees>
39. Weil-Dubuc P-L. Interdiction des visites en EHPAD : qui voulons-nous protéger ? Les cahiers de l'espace éthique : au coeur de la pandémie du coronavirus. 13 mars 2020;19-20.
40. Old'up. OLD'UP | Plus si jeunes, mais pas si vieux [Internet]. 2022 [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.oldup.fr/accueil/72>

41. Fuchs M-F. Concertation « avec nous », les vieux. Les cahiers de l'espace éthique : au coeur de la pandémie du coronavirus. 28 juin 2020;21-2.
42. Old'up. Les vieux et la crise sanitaire : comment ils l'ont vécue, ce qu'ils en disent, ce qu'ils proposent [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.oldup.fr/sites/files/oldup/fichiers/fichier_atelier/4%20pages%20e-enquete%20apres%20COVID%202021.pdf
43. Fenoy A. La médiation au service de la démocratie sanitaire ? Les cahiers de l'espace éthique : au coeur de la pandémie du coronavirus. 29 juill 2020;82-3.
44. Gzil F. Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? [Internet]. 2021 févr [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/repere-ethique-ehpad>
45. Moulias S, Pépin M. Nouvelles questions éthiques liées au grand âge, notamment révélées par la pandémie de Covid-19. Regards. 30 déc 2021;59(1):103-15.
46. Piccoli M, Tannou T, Hernandorena I, Koeberle S. Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19: la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. Ethics Med Public Health. 27 mai 2020;100539.
47. Barth N, Guyot J, Fraser SA, Lagacé M, Adam S, Gouttefarde P, et al. COVID-19 and Quarantine, a Catalyst for Ageism. Front Public Health. 2021;9:589244.
48. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et al. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? Age Ageing. 24 août 2020;49(5):692-5.
49. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03023953/document>
50. Duez M, Mermier M. COVID-19: rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03100226/document>

51. Clause-Verdreau A-C, Weil-Dubuc P-L. L'héroïsation des soignants. Réflexions sur une entourloupe. Les cahiers de l'espace éthique : au coeur de la pandémie du coronavirus. août 2020;51-2.

Annexes

Annexe I : Extrait de l'avis du 29 octobre 2020 relatif à l'actualisation de la liste des facteurs de risque de forme grave de COVID-19 publié par le Haut conseil de la santé publique (9)

« Le HCSP recommande de considérer comme à risque de forme grave de Covid-19 :

a) Les situations qui ont été préalablement identifiées :

- âge ≥ 65 ans
- pathologies cardio-vasculaires : hypertension artérielle (HTA) compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), antécédent d'accident vasculaire cérébral, antécédent de coronaropathie, antécédent de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
- diabète non équilibré ou compliqué
- pathologies respiratoires chroniques susceptibles de décompenser lors d'une infection virale : broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment
- insuffisance rénale chronique dialysée
- obésité avec indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30
- cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie)
- cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins
- immunodépression congénitale ou acquise
- syndrome drépanocytaire majeur ou antécédent de splénectomie
- maladies du motoneurone, myasthénie grave, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, paralysie cérébrale, quadriplégie ou hémiplégié, tumeur maligne primitive cérébrale, maladie cérébelleuse progressive.

b) Cette liste est complétée par les données récentes précisant une gradation du risque. La liste figurant ci-dessous inclut toutes les situations comportant un sur-risque significatif identifié (HR > 1).

Situations ou pathologies avec sur-risque significatif (HR > 1 et ≤ 3) :

- âge de 60 à 69 ans
- sexe masculin
- obésité (IMC ≥ 35 kg/m²)
- déprivation matérielle (ou « défavorisation sociale »)
- plusieurs comorbidités
- diabète avec HbA1c ≥ 58 mmol mol⁻¹
- pathologies entraînant une immunodépression
- cancer des voies respiratoires ou autres cancers solides de diagnostic datant de moins de 5 ans
- hémopathies malignes y compris si le diagnostic date de plus de 5 ans
- chimiothérapie grade A
- radiothérapie dans les 6 mois précédents
- insuffisance rénale stade 3 à 5 (risque plus élevé si stade plus élevé)
- maladies neurologiques autres qu'AVC dont épilepsie
- BPCO, Hypertension artérielle pulmonaire, asthme nécessitant la prise de corticoïdes inhalés
- insuffisance cardiaque, artériopathies périphériques, fibrillation auriculaire
- maladie thrombo-embolique
- fracture ostéoporotique (hanche, rachis, poignet, humérus)
- troubles de l'apprentissage

- cirrhose du foie (sans définition de stade)
- polyarthrite rhumatoïde, lupus systémique, psoriasis.

Situations ou pathologies avec sur-risque significatif élevé (HR >3 et ≤ 5) :

- diabète de type 1
- drépanocytose
- déficit immunitaire combiné sévère
- insuffisance rénale stade 5 avec dialyse.

Situations ou pathologies avec sur-risque significatif très élevé (HR > 5) :

- âge ≥ 70 ans
- syndrome de Down (trisomie 21)
- greffe de cellules souches
- chimiothérapie grade B et C
- insuffisance rénale stade 5, ou greffée
- syndromes démentiels
- paralysie cérébrale.

Cas particulier des maladies rares :

- par principe de précaution, les maladies rares, pouvant exposer les patients à une forme grave de Covid-19 doivent être également considérées comme des facteurs de risque, bien que n'ayant pas été évaluées, du fait d'un lien potentiel avec les pathologies citées ci-dessus.

Enfin, les multiples associations possibles de ces comorbidités, ou entre comorbidités et terrain génétique, peuvent entraîner un risque de forme grave élevé, voire supérieur, à celles des comorbidités isolées les plus à risque. »

1. Le vécu de l'épidémie, crainte vis-à-vis de la maladie en soi

- Comment avez-vous vécu l'épidémie de coronavirus ?
- Quelles ont été vos craintes vis-à-vis de la COVID elle-même ?
(*Et pour vous-même ? (si le sujet interrogé parle de ses proches)*)

2. Le vécu du confinement, sensation ou non d'isolement

- Comment avez-vous vécu la période de confinement ?
(*Et pour vous ? Le confinement à la maison ?*)
- Quel(s) sentiment(s) avez-vous éprouvé lors de cette période ?
(*Pouvez-vous m'en dire plus ? Est-ce-que vous pouvez détailler ?*)

3. Rapport au système de soins en période de crise

3.1 ressenti sur l'accès et le suivi (suivi avec le médecin généraliste, la télémédecine, l'organisation du cabinet, des consultations, etc)

- L'organisation des soins a été modifiée pour faire face à cette crise, quel a été votre ressenti ?

(*Pour votre suivi médical, comme l'accès à votre médecin traitant ou le renouvellement de votre traitement ?*)

(*Que pensez-vous de la télémédecine ?*)

3.2 ressenti sur les relations avec les paramédicaux

- Si vous aviez une prise en charge paramédicale (kiné, IDE, aides à domicile, programme d'activité physique adaptée...), comment cela s'est-il passé ?

(*Comment l'avez-vous vécu ?*)

3.3 ressenti sur les possibilités de prise en charge en urgence en cas de décompensation d'une pathologie chronique ou de pathologie aigue

- Avez-vous eu un problème de santé nécessitant une consultation urgente ou rapide ?
 - Si oui : racontez-moi comment cela s'est passé.
 - Si non : d'après-vous, comment l'auriez-vous envisagé ?

4. Propositions d'amélioration sur l'organisation du système de soin pendant la crise

- Si une situation similaire venait à se reproduire, que proposeriez-vous pour adapter le suivi médical ?

5. Des choses à ajouter

- Avez-vous des choses à ajouter ?

1. Le vécu de l'épidémie, crainte vis-à-vis de la maladie en soi

- Comment vivez-vous l'épidémie de coronavirus ?

(Comment avez-vous vécu les confinements ? (si non abordé spontanément))

- Quelles sont vos craintes vis-à-vis de la COVID elle-même ?

(Et pour vous-même ? (si le sujet interrogé parle de ses proches))

2. Ressenti sur le rapport au système de soin/accès/suivi en période de crise...

2.1 ...en général (suivi avec le médecin généraliste, la télémedecine, l'organisation du cabinet, des consultations, etc)

- Depuis le début de cette crise, comment percevez-vous l'accès au soin de manière générale ?

2.2 ...vis-à-vis de soi

- Comment vivez-vous votre propre suivi depuis le début de cette épidémie ?

(Y a-t-il eu des changements dans votre suivi ?)

(Avez-vous été confronté à des problématiques d'accès au soin ? L'accès à votre médecin traitant, le renouvellement de votre traitement ?)

(Que pensez-vous de la télémedecine ?)

2.3 ressenti sur les relations avec les paramédicaux

- Si vous aviez une prise en charge paramédicale (kiné, IDE, aides à domicile, programme d'activité physique adaptée...), comment cela s'est-il passé ?

(Comment l'avez-vous vécu ?)

2.4 ressenti sur les possibilités de prise en charge en urgence en cas de décompensation d'une pathologie chronique ou de pathologie aigue

- Avez-vous eu un problème de santé nécessitant une consultation urgente ou rapide ?

- Si oui : racontez-moi comment cela s'est passé.

- Si non : d'après-vous, comment l'auriez-vous envisagé ?

3. Vécu sur la vaccination

- Quel est votre ressenti au sujet de la vaccination contre la COVID ?

4. Propositions d'amélioration sur l'organisation du système de soin pendant la crise

- Que proposeriez-vous pour adapter le suivi médical en période de crise sanitaire ?

5. Des choses à ajouter

- Avez-vous des choses à ajouter ?

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?



Département
Médecine
Générale

Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

ppou@dumg-toulouse.fr

Je soussigné Pr Pierre Boyer, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme SARRAZIN Sophie:

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 18/02/2022 sous le numéro : 20225511

Fait à Toulouse, le 06/03/2022


Pr BOYER



DUMG
Département
Médecine
Générale

Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER
Directeur NTIC – Numérique
DPO-78344
DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr
spo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné Pr Pierre Boyer, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse,
certifie que :

Mme ROMANO Valentine :

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement
Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL
du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 18/02/2022
sous le numéro : 2022RV11

Fait à Toulouse, le 06/03/2022

Pr BOYER



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cngc.fr
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 27 Novembre 2020,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Rapport au soin en période de crise sanitaire en lien avec l'épidémie de Covid-19 – vécu des personnes âgées"
AVIS 051120215

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude « Rapport au soin en période de crise sanitaire en lien avec l'épidémie de Covid-19 – vécu des personnes âgées »

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Résumé

Titre : Rapport au soin en période de crise sanitaire en lien avec l'épidémie de COVID-19 : vécu des personnes âgées. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Introduction : La pandémie à SARS-CoV-2 déclarée, en France, le 11 mars 2020 a modifié le recours au soin. L'impact sur les personnes âgées considérées vulnérables a été soulevé dès le début de l'épidémie. Notre travail explore le vécu du rapport au soin par cette population en période de crise sanitaire.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de personnes âgées de 65 ans et plus, considérées à risque de forme grave par le Haut conseil de la santé publique selon son avis du 29 octobre 2020. L'analyse des résultats s'est inspirée de la phénoménologie interprétative.

Résultats : Douze entretiens ont été menés entre novembre 2020 et janvier 2022. Leur analyse montre une modification du rapport au soin dans cette population. L'isolement, les craintes vis-à-vis de l'épidémie, la couverture médiatique et les mesures gouvernementales jouent un rôle dans leur perception du soin. Le suivi médical semble satisfaisant mais ils relèvent des difficultés en cas de pathologies complexes et de perte d'autonomie. Selon eux, le rôle du médecin généraliste est central pour la continuité des soins dans ce contexte.

Discussion : L'adaptation des mesures de santé publique à la personne âgée dans son individualité apparaît essentielle en dépit d'une situation d'urgence sanitaire ; que ce soit dans l'accès aux soins, dans les stratégies politiques et les communications médiatiques ou encore dans la relation avec leur médecin généraliste.

Conclusion : La lutte contre l'âgisme, la démocratisation et l'éducation en santé et la proximité des soins de premiers recours sont des pistes de travail pour améliorer la relation de soin des personnes âgées.

Mots clés : personnes âgées - COVID-19 - soin - suivi médical - médecine générale - crise sanitaire

Abstract

Title: Relationship to care during a health crisis in connection to the COVID-19 epidemic: experiences of the elderly. Qualitative study by semi-directed interviews.

Introduction: The SARS-CoV-2 pandemic declared, in France, the 11th of March 2020 has changed the use of healthcare. The impact on the elderly, who are considered vulnerable, has been raised since the beginning of the epidemic. Our work explores the experience of this population in relation to care during a health crisis.

Material and Method: Qualitative study using semi-directed interviews with people aged 65 and over considered at higher risk of severe illness by the *Haut conseil de la santé publique* (French public health council) according to its notice of the 29th of October 2020. The analysis of the results was inspired by interpretative phenomenology.

Results: Twelve interviews were conducted between November 2020 and January 2022. Their analysis shows a change in the relationship to care in this population. Isolation, fears about the epidemic, media coverage and government measures play a role in their perception of care. Medical follow-up seems satisfactory but they note difficulties in the case of complex pathologies and loss of autonomy. According to them, the role of general practitioner is central to the continuity of care in this context.

Discussion: The adaptation of public health measures to the elderly person in its individuality appears to be essential in spite of a health crisis; whether in access to care, in political strategies and media communications or in the relationship with their general practitioner.

Conclusion: The fight against ageism, the health democratization and education and the proximity of primary care are areas of work to improve the care relationship with the elderly.

Key words: elderly - COVID 19 - care - medical follow up - general medicine - health crisis