

Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Asmae JARRAF

Née le 14 mai 1989 à TOURS (37)

Et

Anis BERRIMA

Né le 10 novembre 1990 à TOURS (37)

EVALUATION DES ATTENTES DES RESIDENTS DU QUARTIER

SANITAS-ROTONDE (TOURS) ENVERS LEURS MEDECINS

GENERALISTES.

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine –
Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, PU, Faculté de
Médecine - Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, PU, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Olivier CUVILLIER, Médecine Générale, CCU, Faculté de Médecine -
Tours

RÉSUMÉ

Introduction :

De nombreuses études ont montré l'existence d'un gradient social de santé. À Tours, le quartier Sanitas-Rotonde est un quartier prioritaire de la politique de la ville. Cette politique vise notamment à diminuer les inégalités sociales de santé. Les attentes des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) en matière de santé n'ont jamais été évaluées. Le but de cette étude était d'évaluer les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde envers leurs médecins généralistes.

Méthode :

Étude qualitative conduite selon les principes de la théorie ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des résidents du quartier Sanitas-Rotonde de février à avril 2018. L'unique critère d'inclusion était la domiciliation dans le quartier. L'échantillonnage était raisonné sur des critères de variations et les entretiens conduits jusqu'à saturation thématique des données. Le codage des verbatims a été réalisé par les deux investigateurs. La conceptualisation des données a abouti à la théorisation des attentes des patients de ces quartiers envers leurs médecins généralistes.

Résultats :

Nous avons réalisé 9 entretiens et 1 *focus group* auprès de 15 résidents du quartier. Ces derniers attendaient principalement de leur médecin généraliste qu'il prenne du temps pour les écouter et les examiner, qu'il les prenne en considération et qu'il assure leur suivi. L'efficacité et la disponibilité venaient au second plan. La majorité n'accordait pas d'importance aux locaux ni au secrétariat. Ils souhaitaient également une généralisation du tiers payant sur la part obligatoire et des plages de consultations sans rendez-vous.

Discussion :

Selon les données de la littérature, les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde sont largement comparables à celles de la population générale, mettant en avant les compétences relationnelles du médecin généraliste. Pour répondre à ces attentes, il est important de questionner la place de la formation à la relation médecin patient en médecine générale. La création d'une Maison de santé pluridisciplinaire urbaine pourrait être une solution aux problématiques médico-sociales du quartier.

Mots-clés : attentes des patients, médecine générale, quartier de la politique de la ville, inégalités sociales de santé, étude qualitative, maison de santé pluridisciplinaire

ABSTRACT

Introduction :

Numerous studies showed the existence of a social gradient of health. The district Sanitas-Rotonde in the city of Tours is a priority area for urban development. This policy aims in particular at decreasing the social inequalities of health. The expectation of the inhabitants of these districts regarding health were never estimated. The purpose of this study was to estimate the expectations of the residents of this district regarding their general practitioners.

Method :

It is about a qualitative study by a grounded theory approach. Semi-directed interviews were led with the residents of the district from February until April 2018. The unique criterion of inclusion was a registered address in the district. The sampling was reasoned and the interviews were led until saturation of data. The coding of verbatim was realized by both investigators. The conceptualization of the data ended in the theorization of the expectations of the patients of these districts to their general practitioners.

Results :

We have realized 9 interviews and 1 focus group with 15 residents of the district. The latter expected mainly from their general practitioners, that they take time to listen to them and examine them, that they consider them and that they assure their follow-up. The efficiency and the availability came in the background. The majority did not give much value to the premises or to the secretarial department. They also wished for a generalization of the third-party payer on the compulsory part and walk-in time-slots.

Discussion :

According to the existing data, the expectations of the residents of this district are widely comparable to those of the general population, putting forward the interpersonal skills of the general practitioner. To fulfil these expectations, it is necessary to question the position of a specific training in general medical practice, regarding the relation between the doctor and patient. The creation of an urban community health center could be a solution to the medical and social problems of the district.

Keywords :

Patients expectations, general medical practice, priority area for urban development, the social inequalities of health, qualitative study, community health center.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Pierre COSNAY

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU –
C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI –
B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF –
J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE –
F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE
– M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET
– L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis Cardiologie
ARBEILLE Philippe Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique Cardiologie
BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora Pharmacologie clinique
BERNARD Anne Cardiologie
BERNARD Louis Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck Urologie
BUCHLER Matthias Néphrologie
CALAIS Gilles Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain Pédiatrie
COLOMBAT Philippe Hématologie, transfusion

CORCIA Philippe Neurologie

COTTIER Jean-Philippe..... Radiologie et imagerie médicale

DE TOFFOL Bertrand Neurologie

DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique

DESTRIEUX Christophe Anatomie

DIOT Patrice Pneumologie

DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & cytologie pathologiques

DUCLUZEAU Pierre-Henri Endocrinologie, diabétologie, et nutrition

DUMONT Pascal..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

EL HAGE Wissam..... Psychiatrie adultes

EHRMANN Stephan Réanimation

FAUCHIER Laurent Cardiologie

FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique

FOUQUET Bernard Médecine physique et de réadaptation

FRANCOIS Patrick..... Neurochirurgie

FROMONT-HANKARD Gaëlle Anatomie & cytologie pathologiques

GOGA Dominique Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

GOUDEAU Alain Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

GOUPILLE Philippe Rhumatologie

GRUEL Yves Hématologie, transfusion

GUERIF Fabrice Biologie et médecine du développement et de la reproduction

GUYETANT Serge Anatomie et cytologie pathologiques

GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion

HAILLOT Olivier Urologie

HALIMI Jean-Michel Thérapeutique

HANKARD Régis Pédiatrie

HERAULT Olivier Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis Radiologie et imagerie médicale

HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire

LABARTHE François Pédiatrie

LAFFON Marc Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LARDY Hubert Chirurgie infantile

LARIBI Saïd Médecine d'urgence

LARTIGUE Marie-Frédérique..... Bactériologie-virologie

LAURE Boris Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry Gastroentérologie, hépatologie

LESCANNE Emmanuel..... Oto-rhino-laryngologie

LINASSIER Claude Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent Dermato-vénérologie

MAILLOT François Médecine interne

MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie

MARRET Henri Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel Dermatologie-vénérologie

MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIÈRE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien
 Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
 CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
 COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
 ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
 GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
 GOUILLEUX Fabrice..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
 GOMOT Marie..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
 HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
 LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
 MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
 PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
 SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
 GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
 PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
 MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU,

Merci d'avoir accepté de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver en ces lignes le témoignage de notre profond respect pour tout le temps que vous nous avez accordé. Ce travail nous a donné envie de poursuivre dans la recherche qualitative.

À Monsieur le Docteur Olivier CUVILLIER,

Merci de nous avoir accompagné durant cette thèse. En espérant t'avoir donné envie de diriger d'autres thèses.

À Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Vous nous faites l'honneur d'évaluer notre travail et de siéger parmi les membres du jury.

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Vous avez rapidement répondu présent pour siéger dans notre jury. Merci d'évaluer ce travail dans lequel la dimension humaine de la médecine est au premier plan.

À toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer durant mon cursus et qui ont participé au médecin que je suis aujourd'hui,

Merci au Docteur Nathalie Maréchal qui a été ma MSU lors de mon SASPAS. Tu m'as réconforté dans la possibilité d'exercer une médecine humaniste. Merci de m'avoir fait profiter de tes connaissances. C'était un plaisir de pouvoir apprendre à tes côtés.

Merci à l'UMASP à côté de laquelle j'ai passé mon meilleur semestre. Merci pour toutes vos attentions dans les moments les plus difficiles.

Une mention particulière pour François... Tu t'es beaucoup investi dans mon futur projet professionnel et je t'en suis profondément reconnaissante. Merci pour cette belle amitié qui est née entre nous.

À la « team de Romorantin »,

Merci de m'avoir fait confiance durant le semestre passé à vos côtés et encore maintenant.

À Xavier et Corinne,

Pour votre générosité et votre accueil « comme à la maison » durant toutes les gardes.

À tous mes amis qui se reconnaîtront en lisant ces quelques mots,

Merci de m'avoir soutenu malgré ces moments où j'ai été parfois moins présente. Grâce à vous, ces années ont été plus belles.

Merci à Marie,

Pour ta relecture, malgré le « timing » de dernière minute.

À ma famille,

Merci d'avoir toujours cru en ma réussite et de m'avoir soutenu durant toutes ces années difficiles.

À mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Maman, merci pour toutes ces valeurs que tu m'as transmises grâce à ton éternelle patience et à ta sagesse.

À mon grand frère Youssef et à mes grandes sœurs Rachou et Nadia qui m'ont fait grandir. Je vous dois beaucoup !

À Khadija, Hassan et Gérard pour avoir vous aussi participé à toute « cette galère ».

À Hamza, Zak, Amine et Yousra pour cette joie de vivre essentielle à mon existence. Hamza, je suis fière que tu veuilles suivre mon chemin et sache que je serai là pour t'y accompagner. Comme tu le vois, c'est « gravé », tu ne peux plus changer d'avis.

À ma belle-famille,

Je vous remercie pour votre soutien.

À Toi Anis, mon co-thésard, mon confident et mon époux,

Tu es mon soutien inconditionnel ! Merci de participer à mon épanouissement quotidien.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU,

Merci de nous avoir soutenu depuis le début et d'avoir accepté de présider notre jury.

À Monsieur le Docteur Olivier CUVILLIER,

Merci de nous avoir accompagné durant cette thèse. Merci pour tes corrections à toutes heures du jour et de la nuit. En te souhaitant une très belle carrière.

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Merci de nous faire l'honneur de juger ce travail dans lequel le patient occupe une place centrale.

À Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Vous nous faites l'honneur d'évaluer notre travail et de siéger parmi les membres du jury.

À toutes les personnes que j'ai rencontré lors de mon parcours et qui m'ont permis de faire de moi le médecin que je suis,

Merci au Docteur Isabelle Servoin, pour m'avoir fait goûter à une médecine humaniste et par tes conseils, d'avoir changé ma façon de pratiquer cette si belle discipline.

Au Docteur Jean Pierre Fontenas, pour m'avoir si bien accueilli. Je n'oublierai pas ces moments à Sancoins, cela a été pour moi « le tout début ».

Au Docteur Alexandre Olive-Daem, nos échanges ont été riches et tes conseils m'ont permis de prendre conscience de certaines de mes qualités.

À Marie-Lise Aubry et Olivier Rossi,

Pour nous avoir aidé à rendre ce travail plus proche des résidents.

Au Centre social Pluriel(le)s,

Pour nous avoir ouvert vos portes et pour votre implication dans la vie du quartier Sanitas.

À Paul Bregeaut,

Merci pour ton aide aux prémices de notre travail.

À Xav',

Pour m'avoir ouvert la porte de ton cabinet et de chez toi. Merci de la confiance que tu portes en moi.

À Youssef,

« *The english man* », pour ta dévotion auprès de chacun de nous.

À tous mes amis et « frères »,

Merci de m'avoir soutenu malgré les nombreuses absences. Merci pour vos pensées et que nos cœurs restent toujours liés.

À ma famille,

À mes parents, pour leur amour et leur dévouement. Rien ne m'est plus cher que de vous voir fier de moi en ce jour.

À mon père, qui m'a élevé comme son ami et qui a fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui.

À ma mère, ton courage dans les épreuves de la vie m'a toujours inspiré.

À mes frères Adel et Wacef, à ma sœur Amira, vous avez été des modèles pour moi et m'avez permis d'avoir le courage de me lancer dans ce long cursus.

À Ensaf et Toufik, merci pour votre soutien sans faille.

À mes neveux et nièces, Cheïma, Anouar, Emna et Selmen, que j'aime tendrement. Votre tonton sera toujours là pour vous.

À ma belle-famille,

Pour leur soutien et leur bienveillance à notre égard. Aux « *bambinos* », qui se reconnaîtront.

À ma grand-mère et à ma tante,

Qui nous ont quitté au tout début de ce travail.

À Toi Asmae, mon épouse, mon amie, ma collègue, ma co-thésarde,

Tu m'as permis de m'équilibrer au moment où je perdais pied. Merci pour ton amour inconditionnel !

Partager ce travail avec toi est un honneur, un deuxième engagement dans notre vie à deux, en espérant tous les autres...

LISTE DES ABRÉVIATIONS

QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville

CPP : Comité de protection des personnes

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

RSCA : Récit de situation complexe authentique

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

ONZUS : Observatoire national des zones urbaines sensibles

ARS : Agence régionale de santé

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

« Je souhaite que notre médecine française, admirée de par le monde sur le plan scientifique, ne reste pas à la traîne, comme je le constate trop souvent, et avec tristesse, qu'elle le fait, sur le plan humain. » Pinon Jocelyne

*« Au lieu de se demander comment ils pouvaient au mieux soigner leurs malades, les médecins se demandèrent comment leurs malades pouvaient faire d'eux leurs médecins. »
Balint*

« Dans le doute, ne vous hâtez pas, mais écoutez. » Balint

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	- 15 -
INTRODUCTION.....	- 19 -
MÉTHODE.....	- 20 -
RÉSULTATS.....	- 22 -
I- Schéma récapitulatif des attentes des patients.....	- 23 -
II- Ressenti des patients concernant l'offre de soins actuelle	- 24 -
III- Un médecin qui prend son temps	- 25 -
IV- Un médecin attentionné.....	- 26 -
V- « Du moment qu'on est bien suivi »	- 27 -
VI- Un médecin efficace	- 29 -
VII- Un médecin disponible	- 30 -
VIII- Un cabinet organisé.....	- 32 -
IX- Un accès aux soins facilité	- 33 -
X- « Maintenant ils sont pas les docteurs de dans le temps hein »	- 33 -
DISCUSSION	- 35 -
I- Rappel des principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature	- 35 -
II- Forces et limites de l'étude.....	- 35 -
III- La relation médecin-patient.....	- 37 -
IV- Favoriser l'accès aux soins.....	- 38 -
V- Soins non programmés	- 39 -
VI- Une piste pour l'avenir : une structure médico-sociale ?.....	- 39 -
VII- Ouverture.....	- 41 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 42 -
ANNEXES	- 47 -
<i>Annexe 1 : Graphique illustrant les inégalités sociales de santé en France</i>	<i>- 47 -</i>

<i>Annexe 2 : Géographie des Quartiers de la Politique de la Ville de l'agglomération tourangelle (11)</i>	<i>- 48 -</i>
<i>Annexe 3 : Données démographiques des habitants des Quartiers de la Politique de la Ville de l'agglomération tourangelle (11)</i>	<i>- 49 -</i>
<i>Annexe 4 : Présupposés du chercheur 1 à l'aide de 7 questions</i>	<i>- 50 -</i>
<i>Annexe 5 : Présupposés du chercheur 2 à l'aide de 7 questions</i>	<i>- 52 -</i>
<i>Annexe 6 : Formulaire de consentement</i>	<i>- 55 -</i>
<i>Annexe 7 : Guide d'entretien.....</i>	<i>- 56 -</i>
<i>Annexe 8 : Questionnaire patient.....</i>	<i>- 57 -</i>
<i>Annexe 9a : Caractéristiques des participants.....</i>	<i>- 58 -</i>
<i>Annexe 9b : Caractéristiques des participants.....</i>	<i>- 59 -</i>
<i>Annexe 10 : Carte du nouveau zonage médecin en Indre-et-Loire</i>	<i>- 60 -</i>

INTRODUCTION

La santé ne se définit pas seulement par « *l'absence de maladie ou d'infirmité* ». En 1986, la charte d'Ottawa précise les conditions nécessaires à la santé, notamment « *avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* » (1).

Les soins primaires, appelés à présent « *soins premiers* », ont été définis, en 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata. Ce sont des soins essentiels, universels et équitables. Ils constituent le premier contact des personnes avec le système de santé. Leur mise en œuvre dépend à la fois des gouvernements et de la participation des individus eux-mêmes (2,3).

En 1980, en Angleterre, le *Black Report*, a démontré qu'il existait un gradient social de santé au détriment des personnes les plus pauvres (4,5). En France, plusieurs études ont constaté ces mêmes inégalités (6–8).

Principal acteur des soins primaires, le médecin généraliste est un témoin des éventuelles inégalités sociales de santé (9,10).

Ces inégalités ont été abordées dans la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (Loi du 21/02/2014). Cette loi définit des quartiers prioritaires de ville (QPV) en tant qu'unités urbaines de plus de 1000 habitants regroupant les ménages les plus défavorisés. Son objectif principal est de « *réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines et d'améliorer les conditions de vie de leurs habitants* » (11,12).

En région Centre-Val de Loire, la population des QPV est plus pauvre que la moyenne nationale (13). D'après l'Insee, « *les agglomérations orléanaise et tourangelle [...] abritent 40% de la population régionale ciblée par la politique de la ville* » (13).

Pour mettre en œuvre cette politique, le contrat de ville de l'agglomération tourangelle a défini 10 quartiers prioritaires qui regroupent 15% des tourangeaux. Le quartier Sanitas-Rotonde est le seul qui présente un « *intérêt national* » (11,12).

En matière de santé, un des objectifs de ce contrat est d'évaluer les attentes des patients dans les quartiers prioritaires (11,12). Ces attentes n'ont jamais été évaluées (11).

L'objectif de cette étude était d'évaluer les attentes des patients du quartier Sanitas-Rotonde envers leurs médecins généralistes.

MÉTHODE

Afin d'évaluer les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde envers leurs médecins, une étude qualitative a été conduite. Des entretiens semi-dirigés, individuels et de groupes (*focus groups*) ont été effectués de février à avril 2018.

Le recrutement des patients a été fait à la fois par abord direct (au marché Saint-Paul et un seul patient en salle d'attente d'un cabinet du quartier) mais également indirectement par le biais d'associations (Maison de la Réussite, Centre Social Pluriel(le)s, Action Trajectoire de Femmes du Sanitas). Le seul critère d'inclusion était la domiciliation des patients dans le quartier.

L'échantillonnage a été raisonné sur les critères de variations suivants : l'âge, le sexe, le lieu de résidence au sein du quartier, le type de logement, la nationalité, la langue parlée, le nombre d'enfants dans le foyer, la profession exercée et le bénéfice éventuel de prestations sociales (13,14). Nous avons assuré un échantillonnage théorique en fonction des résultats.

Les entretiens individuels ont été réalisés par au moins un des deux investigateurs et les *focus groups* étaient animés par les deux investigateurs, parfois en présence d'un éducateur.

Les entretiens ont été effectués dans des lieux de vies (marché, café) et dans des lieux associatifs à l'occasion d'ateliers. Leur durée n'était pas définie au préalable.

Le sujet était expliqué par les investigateurs, qui se présentaient en tant que médecins généralistes remplaçants. Une feuille de consentement était remise à chaque participant (Annexe 6).

Les entretiens se sont déroulés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 7) comportant les thèmes à aborder, sans questions précises préétablies. Celui-ci a évolué au fur et à mesure de l'avancée de l'étude (15–17). Afin de caractériser l'échantillon, un questionnaire anonyme était distribué à la fin de l'entretien (Annexe 8).

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité par les deux investigateurs à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Les fautes dans l'usage de la langue française n'ont pas été modifiées dans un souci d'authenticité. Les expressions non verbales ont également été précisées.

Afin de respecter la confidentialité des participants, les personnes et les lieux cités lors des entretiens ont été effacés.

Une micro-analyse a été réalisée après le premier entretien pour s'immerger dans le matériau. Les présupposés des investigateurs ont été posés avant le début de l'étude pour favoriser leur mise à distance (Annexes 4 et 5).

Les données ont ensuite été analysées selon les principes de la théorie ancrée. Un double codage indépendant a été réalisé par les deux investigateurs, à l'aide d'un logiciel (QSR NVivo 12®).

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données jugée sur la saturation thématique des données (15).

Compte tenu du caractère non interventionnel de notre étude, en accord avec le comité d'éthique local, il n'a pas été soumis de demande auprès du CPP. L'étude a été enregistrée auprès de la CNIL (n°2018_009 au CHRU de Tours) (18).

RÉSULTATS

Nous avons réalisé 9 entretiens individuels et 1 *focus group* de 6 participants.

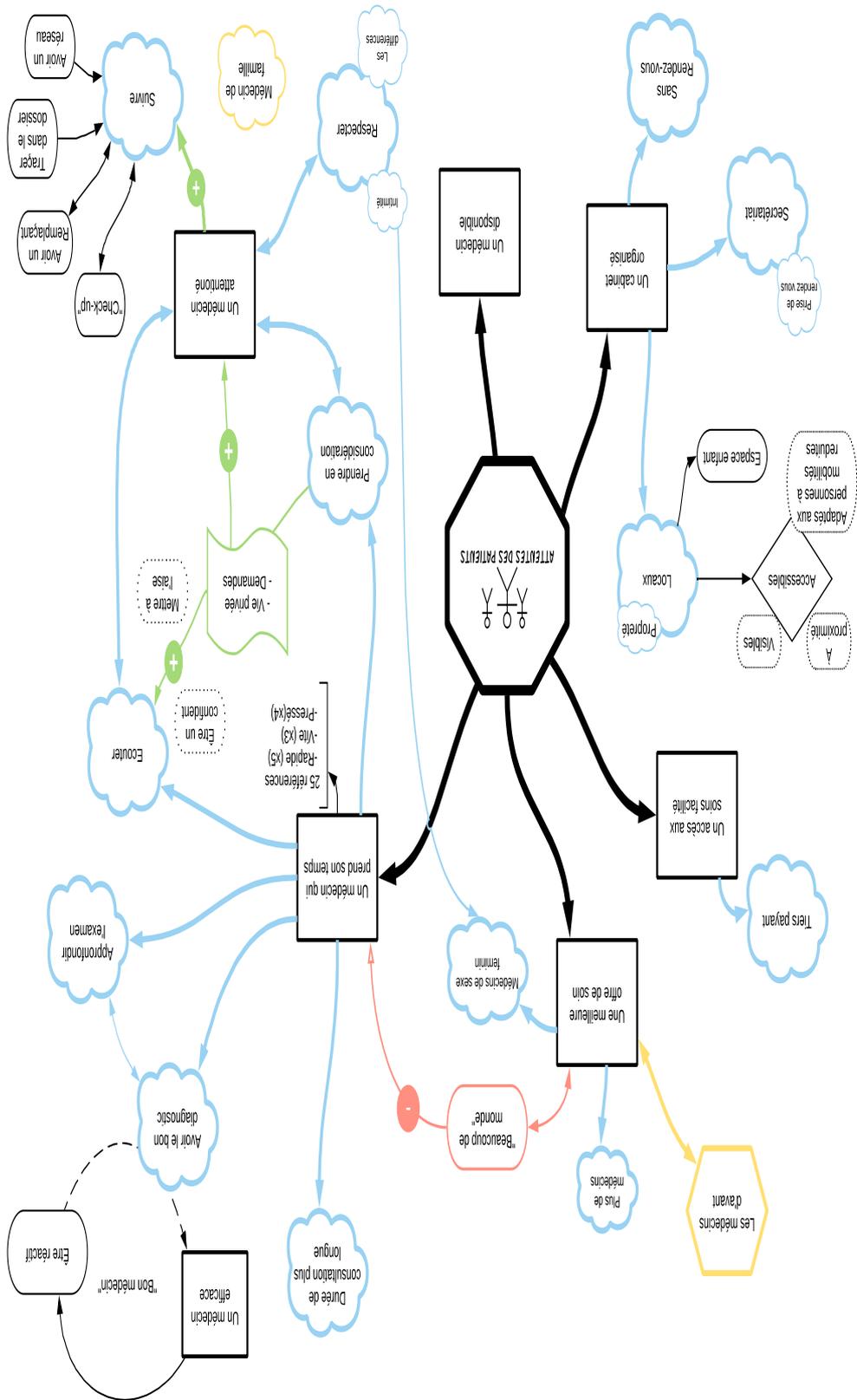
Au total, 15 personnes ont participé à l'étude, dont 11 femmes et 4 hommes, âgés de 22 à 72 ans. La population étudiée correspondait aux critères de variation initialement retenus (Annexes 9a et 9b).

Il n'y a eu aucun refus et nous n'avons exclu aucun participant.

La saturation thématique des données a été obtenue au huitième entretien et confirmée par les deux derniers.

Afin d'explorer les attentes des patients, nous avons choisi d'étudier leur vécu lors des consultations avec leur médecin généraliste.

I- Schéma récapitulatif des attentes des patients



II- Ressenti des patients concernant l'offre de soins actuelle

De manière générale, les participants n'appréciaient pas l'offre de soins actuelle. La majorité estimait qu'il y avait « *beaucoup de monde* », sous-entendu de patients. Ils attribuaient cette affluence à une pénurie de médecins dans le quartier. Les patients soulignaient ainsi leur envie d'avoir plus de choix.

« J pense que c'est dû au fait qu'il y a de moins en moins de médecins et puis que euh y'a de plus en plus de patients ».

« Moi je pense qu'il en faudrait encore d'autres [médecins] parce qu'on n'en a que deux, euhh deux, trois ».

Certaines participantes, évoquant leur pudeur, souhaitaient voir plus de médecins de sexe féminin dans le quartier.

« Mais par contre j'ai cherché ici pour une femme docteur c'est mieux... mais j'ai pas trouvé [...] on cherche une femme, des femmes ».

Les patients constataient un vieillissement des médecins du quartier pouvant mettre en difficulté l'accès futur aux soins. Cette inquiétude serait partagée par les médecins, qui auraient du mal à trouver un successeur.

« Pour la suite, alors ça, par contre je lui ai posé la question euh j'lui ai demandé s'il comptait faire reprendre son cabinet il a dit « J'ai essayé mais j'ai trouvé personne » [...] Donc j'me suis pas encore penché sur la question mais euh j'sais pas du tout du tout c'que j'vais faire, j'vais peut-être chercher un médecin mais...enfin j'vous dis une bêtise car j'ai déjà essayé de chercher un médecin j'en ai contacté un autre mais qui m'a dit « Je prends plus de nouveaux patients car moi aussi je pars bientôt à la retraite », donc voilà ! »

III- Un médecin qui prend son temps

Les patients ont accordé une place centrale au temps lors des consultations.

L'expression « prendre son temps » a été répétée 25 fois dans les entretiens, en lien avec la durée de la consultation. D'autres mots se rattachaient à cette notion : « *rapide* » (répété 5 fois), « *pressé* » (4 fois), et « *vite* » (3 fois).

« Prendre son temps » comprenait plusieurs dimensions.

La première faisait référence à la qualité d'écoute du médecin. Plus le médecin prenait son temps en consultation, plus les patients avaient l'impression d'être écouté attentivement. Ils se sentaient plus à l'aise pour discuter et pouvaient se confier davantage. Les patients insistaient sur le fait qu'ils « *avaient des choses à dire* » à leur médecin.

« Oui, oui, on n'a pas le temps de discuter comme on voudrait. C'est vrai qu'ils sont pressés, ça c'est sûr je comprends mais des fois on voudrait...on aurait des choses à dire... ».

Cette notion de temps était également retrouvée lorsque les patients parlaient de l'examen clinique. Si la consultation se prolongeait, le médecin pouvait prendre son temps pour examiner le patient, approfondir son examen et affiner son diagnostic.

« Qu'il examine un peu plus euh... qu'il prend un peu de temps, il un peu vite aussi trop vite aussi je trouve ».

« Beh c'est-à-dire que c'est pas au bout de 10 minutes qu'on peut déceler quand c'est un nouveau client, on peut pas déceler au bout de minutes, vous avez ça, vous avez ça, vous avez ça ! ».

Tous les participants trouvaient que leur médecin ne prenait pas assez de temps en consultation ; certains s'accordaient à dire que ce n'était pas sa faute. Compte tenu de la pénurie de médecins dans le quartier, les médecins ne pouvaient pas prendre leur temps, leur patientèle étant trop importante. D'autres patients ne mettaient pas en lien ces deux données.

« J'pense pas que ce soit de leur faute hein mais le fait d'avoir beaucoup de patients ça doit pas aider à euh à pouvoir prendre du temps justement ».

Enfin, les patients se sentaient davantage considérés lorsque les médecins prenaient leur temps. Le verbe « *s'intéresser* » a été utilisé 8 fois par les patients.

« Qui prenne le temps de parler. C'est super important de parler avec les gens, d'essayer de comprendre euh... Pas une heure ! Mais qu'on s'intéresse un minimum euh à la personne en fait ».

IV- Un médecin attentionné

Les patients interrogés appréciaient que les médecins s'enquière de leur vie privée. Ils sous-entendaient par « *vie privée* », la famille, les études entreprises, la profession exercée, les loisirs effectués notamment les sports. Cette connaissance élargie du patient permettait d'être plus à l'aise, améliorant ainsi le dialogue et le partage.

« Elle connaît ma maman, ma sœur, elle demande des nouvelles, elle me connaît moi... elle connaît pas toute ma vie, mais elle en connaît un minimum. « Tu travailles dans quoi ? Tu fais quoi ? » Et ça, c'est super important ! »

Les patients considéraient qu'un médecin attentionné était celui qui s'intéressait à eux dans la globalité et qui prenait son temps pour les écouter. Le médecin était perçu comme un confident s'il mettait à l'aise le patient et s'il prenait plus de temps.

« J'ai une frustration, j'ai un problème, j'peux en parler à mon médecin traitant. Mais je peux pas en parler avec n'importe qui dehors. C'est ça un médecin ».

Les participants de l'étude prenaient également en compte le respect que leur accordait le médecin. Le quartier Sanitas-Rotonde était décrit comme un espace de vie où se côtoient diverses cultures et nationalités. Les patients attendaient de leur médecin qu'il respecte l'autre

dans ses différences. Certaines participantes ont également souligné l'importance du respect de l'intimité ; ce sont d'ailleurs ces dernières qui préféraient avoir plus de médecins de sexe féminin dans le quartier.

« Une fois j'étais dans la salle d'attente, j'étais habillée comme ça, avec un foulard noir, et il me dit « Vous êtes en deuil ? ». Alors que ce n'est pas mon médecin et que j'étais chez quelqu'un d'autre euh... dans le même cabinet ».

« Quand j'étais enceinte, il ne vous regarde pas, il fait comme ça et tout (en baissant la tête). Il sait qu'on est honte euh... bah il respecte, il sait que... ».

Si le respect était lié à l'attention que portait le médecin à ses patients, cela favorisait un meilleur suivi.

V- « Du moment qu'on est bien suivi »

Cette notion de suivi a été abordé de différentes manières par les participants.

Premièrement, la plupart des patients jugeaient importante la réalisation d'un « *check-up* », à raison d'une fois par an, au minimum. Lors de cette consultation, un examen clinique approfondi devait être effectué. C'était également le moment opportun, selon les femmes, pour la réalisation du palper mammaire.

« Beh comme elle fait les palpitations du sein, c'est important aussi... pour les femmes, parce que y'a beaucoup de femmes qui ont des cancers du seins... ».

Indépendamment de l'examen clinique, un bilan biologique devait être réalisé à l'occasion de cette consultation. Si le contenu de la prise de sang n'était pas précisé, les patients souhaitaient avoir une prise de sang tous les ans pour détecter un éventuel diabète, une carence martiale, voire même un cancer.

« Oui, parce que c'est important de faire au moins une fois dans l'année le bilan sanguin pour savoir si...au niveau du diabète, au niveau de plein de choses ».

Ce *check-up* rassurait les patients, qui comptaient dessus pour déceler des maladies alors qu'ils ne se sentaient pas malades.

Deuxièmement, les patients insistaient sur l'importance du réseau de leur médecin. Ils souhaitaient que leur généraliste les adresse vers des spécialistes qu'il connaissait, des « bons spécialistes », surtout s'ils avaient confiance en leur médecin.

« Elle me donne en plus les meilleures spécialistes hein ».

De même, ils voulaient que leur médecin généraliste puisse les adresser chez un confrère s'il n'était pas disponible (en vacances ou absence de places), de façon à éviter le passage aux urgences, qui ne facilitait pas le suivi.

« S'il voit qu'il est vraiment surchargé il peut dire que voilà d'aller voir euh... son collègue qui est là, il peut me recevoir ».

Parallèlement, ils appréciaient la présence d'un remplaçant. Une seule personne a mentionné son mécontentement de voir régulièrement différents remplaçants. Une relation de confiance s'inscrivait dans la durée.

Ils attendaient également une meilleure collaboration entre les différents médecins qui étaient amenés à les prendre en charge. L'absence de communication entre les différents intervenants était ressentie comme un frein à leur suivi.

Les participants estimaient qu'un bon suivi nécessitait que leur médecin remplisse leur dossier médical. Certains évoquaient même l'importance d'un dossier médical informatisé pour assurer leur suivi.

« Pour moi une client le médecin il doit le médecin il doit enregistrer la...la pathologie comment il est, comment...qu'est-ce qu'il a, qu'est-ce que le médicament que je lui ai donné... ».

De plus, selon les femmes, le suivi gynécologique et le suivi pédiatrique par le « médecin de famille » était très apprécié.

« Mon médecin aussi elle fait de la pédiatrie, c'est important [...] pédiatrie et gynécologie. Comme ça on n'a pas besoin de prendre des rendez-vous chez le gynécologue, ça prend trop de temps [...] elle fait le tour de la famille ».

Enfin, certains patients ressentaient une perte d'intérêt à leur égard, lorsqu'ils étaient longtemps suivis par le même médecin.

« Oui voilà, et quand on est trop longtemps avec eux, je trouve qu'ils n'en ont rien à fiche après ».

VI- Un médecin efficace

Beaucoup de participants espéraient que leur médecin « trouve une solution » à leur problème. Ils attendaient un soulagement de leur inconfort, voire une guérison, à la suite de leur consultation. Cette attente était prépondérante chez les patients de sexe masculin. Ces derniers avaient d'ailleurs confiance en leur médecin qui avait réalisé plusieurs années d'études.

« J'suis peut-être plus un client qu'un patient enfin quelque part, c'est-à-dire que je viens pour un service ».

« Après je peux pas dire qu'il est... que il est compétent, pas compétent je ne peux pas le juger [...] Il a fait ses études par rapport à ça donc c'est quelqu'un qui connaît son travail il sait très bien ce qu'il fait et tout ça donc euh ».

Une seule personne a évoqué l'âge du médecin ; il préférerait consulter un médecin plus âgé que lui car il estimait qu'il avait plus d'expériences et ainsi plus de chances d'aboutir au bon diagnostic.

Il était important que le médecin ne passe pas à côté de quelque chose qui pourrait nuire à leur santé, en particulier une maladie grave. En ce sens, les patients souhaitaient que leur médecin soit réactif. Il devenait alors un « bon médecin ».

Cette notion de résultat était intimement liée au temps. En effet, pour avoir le bon diagnostic, le médecin devait prendre le temps d'examiner. Mais ici, la notion de temps faisait autant référence à la qualité de l'examen clinique qu'à la durée de la consultation.

VII- Un médecin disponible

Tous les participants souhaitaient que leur médecin soit plus disponible. Par « disponibilité », ils sous-entendaient le fait de pouvoir obtenir un rendez-vous rapidement. Certains attendaient d'être reçu le jour même, d'autres le lendemain, au maximum.

Les patients ressentaient une plus grande disponibilité de leur médecin s'il était joignable par téléphone. Le simple fait de pouvoir parler avec leur médecin au téléphone, suffisait à les rassurer dans certains cas.

A l'inverse, plus la patientèle était importante, moins les patients ressentaient de la disponibilité.

Ainsi, si le médecin était plus disponible, physiquement ou par téléphone, il pouvait prioriser les demandes urgentes et par conséquent, éviter de « passer à côté de quelque chose ».

« ...parce que quand on a son médecin lui-même au téléphone on peut dire ce que nous on constate dans son corps pour que le médecin voit un peu à peu près si c'est vraiment urgent ou pas ».

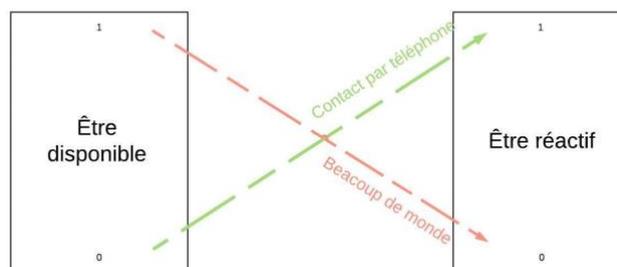
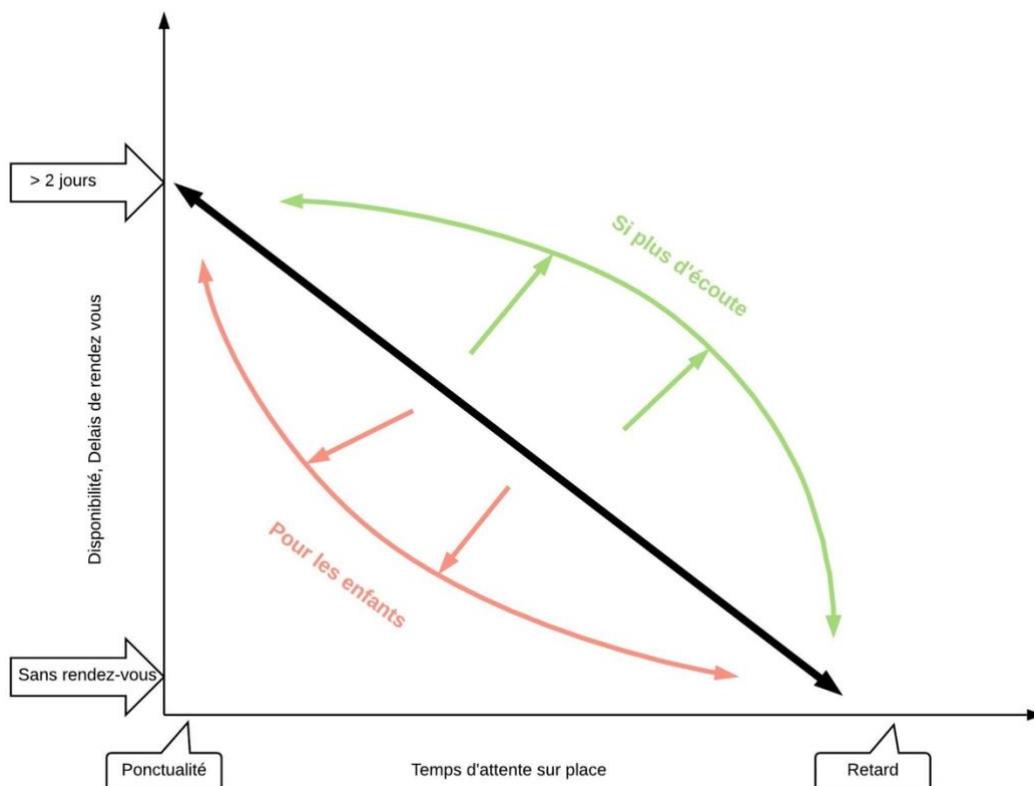


Figure 1: Relation entre la disponibilité et la réactivité

Par ailleurs, les patients accordaient de l'importance à la ponctualité du médecin. En effet, s'il était important pour le médecin d'organiser son agenda, il en était de même pour les patients qui avaient organisé leur journée en tenant compte du créneau prévu. Ils étaient d'autant plus exigeants, s'ils avaient attendu longtemps pour avoir un RDV. Au contraire, ils étaient prêts à patienter en salle d'attente, jusqu'à plusieurs heures, pour une consultation le jour même. Les patients évoquaient alors la nécessité de consultations « sans rendez-vous ».

« C'est ça que j'aime pas par rapport à elle, nous par exemple en Algérie, on est malade... j'suis malade... j'appelle plus, j'y vais mais parfois y'a la queue, parfois y'a pas, c'est normal. On y va, salle d'attente, on attend euh... ».

Les patients décrivaient donc une relation linéaire entre le délai de consultation et le temps d'attente. Ceci est illustrée par la figure 2. L'aire sous la courbe noire correspond à une attente tolérable dans la majorité des cas. Cette tolérance est d'autant plus importante que le médecin est à l'écoute. Inversement lorsque les consultations concernent les enfants, la tolérance à l'attente est moins bien vécue.



Graphique 1 : Vécu de l'attente par les patients

VIII- Un cabinet organisé

La majorité des participants n'accordait pas d'importance à la modernité des locaux mais tous insistaient sur la propreté.

Ils soulignaient également l'importance d'avoir des locaux accessibles. Pour eux, l'accessibilité était synonyme de proximité : possibilité d'y aller à pieds, à moins d'un kilomètre de leur domicile, proximité des transports en commun. Ils faisaient également référence aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite. Enfin, ils souhaitaient une signalétique permettant à tous de pouvoir trouver facilement le cabinet médical dans le quartier.

« Qu'il soit proche de notre domicile, ça c'est hyper pratique euh... pour les gens qui n'ont pas de voiture ou de permis. Qu'on puisse s'y rendre au moins en tramway ou à pied ».

Une seule personne estimait qu'il y'avait des inégalités au détriment des quartiers sensibles.

« Et c'est ça que je regrette parce qu'on voit vraiment les disparités euh entre euh Nationale ou Jean Jaurès et ici ... et je pense qu'ici on a plus le droit à un super cabinet. »

Quant à la salle d'attente, les mamans ont évoqué à plusieurs reprises la nécessité d'avoir un espace de jeux pour les enfants afin de ne pas déranger le médecin mais également les autres patients.

« L'autre fois ma fille était chi l'ORL, elle i petite et elle bouge ! Elle touche...et tout. Elle avait un p'tite espace de jouet, elle s'est occupée. On n'a pas senti.... J'ai pas dit, viens ! reste ! ».

Pour tous les patients, le secrétariat se limitait à la prise de rendez-vous. Certains préféraient avoir directement leur médecin généraliste au téléphone pour la prise de rendez-vous. Ce dernier avait la capacité de prioriser les demandes et ainsi d'adapter le délai avant le rendez-vous, notamment en cas d'urgence ressentie ou réelle.

« Je pense que un ou une secrétaire pour un médecin généraliste, c'est juste vraiment de la prise de rendez-vous ou...j'imagine pas ce qui peut faire d'autre ».

IX- Un accès aux soins facilité

La majorité des patients estimait le tarif de la consultation chez le médecin généraliste « *trop cher* », limitant l'accès aux soins pour les résidents du quartier Sanitas-Rotonde. Pour y pallier, tous s'accordaient à dire que les médecins généralistes devraient proposer systématiquement le tiers-payant sur la part obligatoire. Mais les patients trouvaient que la plupart des médecins y étaient réticents.

« Le tiers payant ! Ça j'ai trouvé ça hyper bien, pour les gens qui n'ont pas spécialement beaucoup de revenus, pour les étudiants, comme je l'ai été moi, aucun médecin quand j'étais étudiante ne m'a dit qu'il y avait le tiers payant ».

Les patients qui bénéficiaient de la CMU appréciaient de ne pas payer la consultation.

Pour les autres, consulter son médecin permettait d'avoir une prescription et ainsi de bénéficier du tiers-payant intégral lors de l'achat des médicaments en pharmacie.

X- « Maintenant ils sont pas les docteurs de dans le temps hein »

Toutes les personnes interviewées, quel que soit leur âge, ont exprimé une nette différence entre les « médecins d'avant » et les médecins actuels. Les « médecins d'avant » étaient idéalisés et regrettés.

« Bah en dehors du médical comme mon ancien médecin il... tout ce que je faisais jui dit un peu tout euh il sait... il sait à peu près tout ce que je fais dans la vie »

« Que dans le temps, le docteur il faisait vraiment [...] Mais alors là, ça c'était un docteur ! »

« Il le voit dans la rue, il s'arrête et il va le voir comment il allait alors que notre docteur maintenant il ne le ferait pas »

« Puis on se gênait pas avec eux [...] puis c'est pas le même genre, ils ont pas la même manière de soigner, moi je trouve ! »

« Bah avant justement, chez l'ancien médecin, c'était une auscultation complète »

« Moi je vois le médecin traitant que j'ai eu quand j'étais plus jeune, celui-là de mes parents et y'a toujours on prend rendez-vous à une heure... par exemple à 13h et on n'est jamais passé avant 14h, parce qu'il prend le temps de euh... de parler avec ses clients de tout ».

DISCUSSION

I- Rappel des principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

Malgré la diversité des participants, ce travail a abouti à des résultats homogènes.

Les résidents du quartier Sanitas-Rotonde attendaient principalement de leur médecin généraliste qu'il prenne du temps pour les écouter et les examiner, qu'il les prenne en considération et qu'il assure leur suivi. L'efficacité et la disponibilité apparaissaient au second plan. La majorité n'accordait pas d'importance aux locaux ni au secrétariat. Ils souhaitaient également une généralisation du tiers payant sur la part obligatoire et des plages de consultations sans rendez-vous.

De nombreuses études étrangères (19–24) et françaises (25–29), évaluant les attentes des patients, ont confirmé ces résultats en soulignant l'importance de la dimension humaine.

Une étude s'est intéressé aux attentes des usagers d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire concernant leur accueil, dans un QPV à Orléans (28).

A notre connaissance, aucune étude n'a évalué les attentes des résidents d'un QPV, en dehors de toute structure médicale.

Une seule étude concernait les attentes des patients précaires en médecine générale (30).

II- Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans le recrutement de notre population. En effet, les participants ont été abordés soit directement dans des lieux de vie, soit lors d'ateliers associatifs. De plus, il n'existait qu'un seul critère d'inclusion et aucun participant n'a été exclu.

Cela a permis d'assurer la richesse du recrutement.

La réalisation simultanée d'entretiens individuels et de *focus groups* a permis d'enrichir les observations recueillies lors de l'étude. En effet, les entretiens de groupe ont suscité une dynamique de groupe intéressante mais la présence d'un leader d'opinion a pu limiter

l'expression des autres participants. Les entretiens individuels ont permis de faire préciser certains thèmes abordés par les participants.

Afin de ne pas influencer les participants, un guide d'entretien ouvert a été réalisé. Ce dernier a évolué de façon naturelle au fil des entretiens.

Toutefois, au cours des premiers entretiens, nos interventions étaient fréquentes. La micro-analyse a permis de modifier notre posture et d'être ainsi plus en retrait. Nous ne pouvons donc écarter toute influence de notre part.

Certains propos ont pu être mal interprétés, compte tenu de la barrière de la langue de certains patients.

Par ailleurs, l'interprétation est inhérente à toute étude qualitative. Nous avons tenté de limiter nos préjugés propres par la micro-analyse. Nous avons investigué nos *a priori* avant de débiter l'étude (Annexes 4 et 5). Ces présupposés ont d'ailleurs été comparés aux résultats obtenus lors du codage.

Nous avons également réalisé un double codage indépendant sur l'ensemble des entretiens.

Les notes de terrain ont participé à la triangulation des données, renforçant ainsi notre analyse.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation thématique des données au huitième entretien, confirmé par les deux derniers.

III- La relation médecin-patient

Si les répondants ont placé la dimension relationnelle au premier plan, il est important de s'interroger sur le rôle du médecin généraliste.

Selon le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, le médecin doit acquérir des compétences cohérentes aux attentes des patients. « *L'éthique, le travail en équipe, l'adaptation à la diversité culturelle, le leadership et la communication* », sont des compétences qui paraissent nécessaires (31).

De nombreux référentiels ont défini les fonctions du médecin généraliste (32). En 2002, la WONCA EUROPE a défini onze caractéristiques relatives à la médecine générale. Parmi elles, on retrouve « *une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires* », une « *relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* » et la nécessité de répondre « *aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* » (33).

La dimension relationnelle attendue par les résidents semble donc faire partie des compétences médicales essentielles requises pour un médecin généraliste.

Si le médecin généraliste se doit d'acquérir des compétences relationnelles et communicationnelles, il nous paraît indispensable de questionner leur place dans la formation médicale. Ces compétences n'étant pas innées, les experts internationaux admettent la nécessité de formations spécifiques (34,35). Des outils pédagogiques ont donc été développés pour les étudiants en médecine afin d'améliorer ces compétences. Parmi eux, la narration occupe une place importante.

En Amérique du Nord, de nombreuses facultés de médecine ont depuis longtemps intégré la médecine narrative dans la formation des étudiants. Cette discipline vise à développer la dimension relationnelle du médecin en décryptant le discours du patient pour en saisir le sens (36–38).

En France, la faculté de médecine de Paris Descartes propose depuis 2009, un enseignement optionnel de médecine narrative durant le deuxième cycle des études médicales (39). Lors du troisième cycle, la formation et l'évaluation des étudiants de médecine générale se fait notamment à l'aide de récits de situation complexe et authentique (RSCA). Ces récits se composent d'une narration et d'une analyse réflexive permettant l'autocritique et l'autoformation. Cet outil vise à développer les compétences nécessaires à l'exercice de la

médecine générale (40). Selon le modèle de compétences proposé par le CNGE, la compétence « *relation, communication, approche centrée patient* » est centrale (41–43).

La notion de compétence peut être défini comme « *une caractéristique individuelle ou collective attachée à la possibilité de mobiliser ou de mettre en œuvre de manière efficace dans un contexte donné un ensemble de connaissances, de capacités et d'attitudes comportementales* » (44). Cette définition montre l'importance du contexte. À ce jour, la formation pratique des étudiants de troisième cycle de médecine générale ne comporte qu'un seul stage obligatoire en médecine générale ambulatoire (45). Il apparaît donc nécessaire d'augmenter le nombre de stages ambulatoires pour développer des compétences spécifiques à la médecine générale ; ce qui semble être la tendance avec la nouvelle réforme du troisième cycle (46).

IV- Favoriser l'accès aux soins

Comme nous l'avons vu, la majorité des participants de notre étude souhaitaient une généralisation du tiers-payant sur la part obligatoire.

Dans une étude évoquant les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients précaires, les médecins proposaient le tiers payant généralisé dans le but de favoriser l'accès aux soins et ainsi améliorer le suivi des patients (47).

En effet, dans notre étude, certains patients évoquaient des difficultés à régler leur consultation notamment s'il s'agissait de consultations répétées. Ainsi, nous pourrions imaginer que la mise en place du tiers-payant systématique sur la part obligatoire favoriserait leur suivi. Néanmoins, certains médecins sont réticents à la pratique du tiers-payant car cela les oblige à consacrer plus de temps à la vérification de leur comptabilité. Ce temps consacré à la comptabilité réduit d'autant le temps de consultation.

De nombreuses actions de prévention sont actuellement mises en place dans ce quartier. Cependant, les responsables de ces actions notent une faible adhésion des habitants (48).

Les participants de notre étude ont mis en avant la nécessité d'une consultation annuelle, appelée « *check-up* ». La généralisation du tiers-payant favoriserait l'accès à ces consultations

dédiées à la prévention. Ainsi, proposer ces consultations permettrait probablement une meilleure adhésion des résidents aux actions préventives, avec un faible coût pour la société.

V- Soins non programmés

Les participants souhaitaient avoir accès à des consultations sans rendez-vous. Cette notion a aussi été retrouvée dans la thèse de Ludivine Bellot, sur les attentes des patients de la Maison de santé pluridisciplinaire de l'Argonne. Elle soumettait alors, l'idée de consultations non programmées dans chaque Maison de santé pluridisciplinaire (28).

Nous retrouvons ce modèle à la maison médicale d'Avoine (Indre et Loire) où, tous les médecins assurent par roulement, de 8h à 20h, une permanence sans rendez-vous. Pour ce faire, un travail en équipe paraît indispensable (49,50).

VI- Une piste pour l'avenir : une structure médico-sociale ?

Dans les QPV, les problèmes sociaux sont au premier plan (12,51).

Certains patients ont souligné l'importance du réseau de leurs médecins. Celui-ci doit permettre un travail en équipe dans une approche centrée patient.

Un des axes de développement du travail en équipe est la collaboration avec les travailleurs sociaux. Comme le suggère la thèse de Sandrine Deitsch, le médecin généraliste a un rôle social et les travailleurs sociaux abordent des problèmes de plus en plus médicaux (52). Certaines attentes des travailleurs sociaux envers les médecins généralistes sont : *« l'implication dans la prise en charge des plus démunis, le désir d'accorder du temps et de l'écoute à ses patients, de ne pas être dans le jugement, d'accepter de recevoir tout le monde sans faire de différence, et d'adapter son discours et sa prise en charge au patient »*.

Alors comment travailler ensemble ?

Le travail complémentaire de Sandrine Deitsch et Lucie Doerflinger, comparant les attentes réciproques des médecins et des travailleurs sociaux, a montré que ces acteurs avaient des

objectifs communs. Parmi eux, nous pouvons citer la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration de leur collaboration. Pour améliorer leur collaboration, ils proposaient de se rencontrer, d'échanger et de se former. En effet, de nombreuses études ont montré que les médecins généralistes avaient une connaissance insuffisante des dispositifs sociaux existants sur le territoire (47).

Ils proposaient également d'intégrer un secteur social au sein des Maisons de santé pluridisciplinaires (52). Ces structures, de plus en plus fréquentes, sont un moyen de collaboration entre professionnels. Elles n'ont pas été abordées par nos participants.

Ce regroupement de professionnels, encouragé depuis de nombreuses années par les pouvoirs publics est un moyen de lutter contre la désertification médicale dans certains secteurs géographiques (53). Comme signalé par les participants et confirmé par le rapport de l'ONZUS (51), il existe une désertification des médecins généralistes dans les QPV, certes partiellement compensée par la présence de médecins généralistes à proximité immédiate, dans les quartiers voisins.

Il est alors important de s'interroger sur la place potentielle d'une maison de santé dans un quartier prioritaire, construite autour d'un projet pluridisciplinaire local et social, à l'instar de la maison de santé urbaine strasbourgeoise. En effet, depuis 2010, à l'aide des pouvoirs publics et par le biais des « ateliers santé ville », un partenariat fort existe entre divers secteurs médico-sociaux dans un quartier sensible (quartier de Neuhof) (54,55). Cette structure, au pied de logements sociaux, mêle différents professionnels de santé et travailleurs sociaux autour d'un même projet initial. Comme l'indique le Dr Feltz, conseiller municipal de la ville de Strasbourg : *« Notre objectif était d'en faire un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de permettre à chaque patient quels que soient ses revenus d'accéder à des soins de proximité de qualité »*.

De plus, la présence d'un chef de clinique et d'étudiants (en 2^e et 3^e cycle de médecine générale) au sein de la maison de santé permet, comme précédemment cité, de développer des compétences nécessaires aux problèmes spécifiques des QPV, dès la formation des médecins.

Avec le nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU), de nombreuses constructions et démolitions sont prévues dans le quartier Sanitas-Rotonde (56). Or, à la suite de nos différents entretiens avec les pouvoirs publics dans le cadre de notre travail, aucune structure de santé n'est prévue.

En effet, le quartier Sanitas-Rotonde n'est pas ciblé par le nouveau zonage médecins révisé en janvier 2018 (Annexe 10). Ce zonage permet d'octroyer des aides d'installation aux médecins généralistes. Il définit des « zones d'interventions prioritaire » où existe une pénurie urgente de médecins et des « zones d'action complémentaire », moins affectées par le manque de médecins mais nécessitant la mise en place de moyens pour éviter une détérioration de la situation. Il a été réalisé en prenant en compte l'âge de la population, l'âge des professionnels, leur volume d'activité et le temps d'accès par la route au professionnel (57). Cette dernière donnée a pu infléchir les résultats étant donné la présence de médecins généralistes à proximité du quartier (58).

Pourtant, l'Agence régionale de santé (ARS) a conscience que la désertification médicale commence au niveau des zones urbaines de l'agglomération tourangelle. En effet, depuis un an, plusieurs professionnels de santé ont alerté l'ARS sur leur difficulté à trouver des successeurs (58). Nous pouvons donc nous questionner sur le futur de la médecine générale dans le quartier.

Ainsi, nous pourrions imaginer au pied du tramway, une structure médico-sociale regroupant des travailleurs sociaux et des professionnels de santé impliqués dans la formation universitaire. Encouragée par les pouvoirs publics, cette structure répondrait aux attentes des résidents et aux besoins sociaux du quartier.

VII- Ouverture

Ce travail de thèse a exploré les attentes des patients. Certaines de ces attentes peuvent sembler contradictoires entre elles. D'autres encore peuvent sembler irréalistes en regard des contraintes de l'exercice de la médecine générale. Notons par exemple le souhait des patients de joindre directement leur médecin par téléphone et celui d'avoir un médecin plus à l'écoute. Mais les interruptions fréquentes pendant la consultation sont un obstacle à cette écoute.

De même, certains patients expriment le souhait de pouvoir être vus en consultation le jour même, sans rendez-vous et celui d'un médecin ponctuel et qui prenne son temps. Or l'ajout de consultations à un planning déjà chargé compromet cette ponctualité et la possibilité de prendre son temps.

Dans ces perspectives, il serait intéressant d'évaluer les attentes des médecins exerçant dans le quartier Sanitas-Rotonde. La confrontation de nos résultats avec cette nouvelle étude permettrait d'établir un consensus entre les attentes des patients et celles des médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. La promotion de la santé. OTTAWA; 1986.
2. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'économie de la santé. sept 2012;(n° 179):2.
3. OMS. Les soins de santé primaires. ALMA-ATA; 1978.
4. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis, France: INPES éditions; 2010.
5. Sen A. Why health equity? Health Econ. déc 2002;11(8):659-66.
6. Blanpain N, Chardon O. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Document de travail. oct 2011;6549(1372).
7. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet. 7 juin 1997;349(9066):1655-9.
8. Leclerc A, Niedhammer I. Les inégalités sociales de santé en France: Dossier « Inégalités sociales de santé ». Santé, Société et Solidarité. 2004;3(2):29-35.
9. De Pourville G, Bras P-L. Traité d'économie et de gestion de la santé. L'organisation dans soins. 2009. (Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)).
10. Bodenmann P, Diserens E-A, Althaus F, Bishoff T, Madrid C, Jackson Y, et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? Revue Médicale Suisse. 15 avr 2009;5:845-9.
11. Contrat de ville de l'agglomération tourangelle 2015-2020.
12. LOI n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. 2014-173 févr 21, 2014.
13. MEYNIEL C. Trois profils de quartiers de la politique de la ville liés à des contextes géo-économiques différents. INSEE Analyses Centre-Val de Loire. mars 2017;(31).
14. Renaud A, Sémécurbe F. Les habitants des quartiers de la politique de la ville- La

pauvreté côtoie d'autres fragilités. Insee Première. mai 2016;(1593).

15. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. 2015.
16. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin; 2015. 128 p.
17. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode de focus group. 15 mars 2004;18(645).
18. Rat C, Renard V. CNGE - Recherche en Médecine générale et loi Jardé [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.dumg-tours.fr/spip.php?article185>
19. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Social Science & Medicine. nov 1998;47(10):1573-88.
20. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. août 2010;11(3):151-65.
21. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patient's priorities with respect to general practice care: an international comparison. Family Practice. 1 févr 1999;16(1):4-11.
22. McBride CA, Shugars DA, DiMatteo MR, Lepper HS, O'Neil EH, Damush TM. The physician's role. Views of the public and the profession on seven aspects of patient care. Arch Fam Med. nov 1994;3(11):948-53.
23. Patterson F, Ferguson E, Lane P, Farrell K, Martlew J, Wells A. A competency model for general practice: implications for selection, training, and development. Br J Gen Pract. 1 mars 2000;50(452):188-93.
24. Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, Vojt G, McConnachie A, Watt GC. More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. Br J Gen Pract. 1 déc 2007;57(545):960-6.
25. Krucien N, Vaillant ML, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la Santé. mars 2011;(163):6.
26. Gulczynski M-C. Importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015;
27. Le regard des français et des professionnels de santé sur la communication

patients/soignants [Internet]. 2014 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: http://harris-interactive.fr/opinion_polls/le-regard-des-francais-et-des-professionnels-de-sante-sur-la-communication-patients-soignants/

28. Bellot L. Identifier les attentes des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2015.
29. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Santé Publique*. déc 2015;27(6):837-40.
30. Mathilde V. Attentes des patients précaires vis-à-vis des professionnels de santé [Thèse d'exercice]. [UFR Science de santé]: Université de Bourgogne (Dijon); 2017.
31. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine: Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale*. févr 2011;12(1):37-48.
32. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer*. 2010;21(91):41-6.
33. WONCA EUROPE DJ, éditeur. La définition européenne de la médecine générale - médecin de famille et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
34. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. mai 2004;5(2):110-26.
35. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2010;11(4):255-72.
36. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 17 oct 2001;286(15):1897-902.
37. Charon R. Narrative and Medicine. *New England Journal of Medicine*. 26 févr 2004;350(9):862-4.
38. Charon R, Wyer P. The art of medicine: Narrative evidence based medicine. *The Lancet*. janv 2008;371(9609):296-7.
39. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des

- étudiants à la relation médecin–malade ? La Presse Médicale. janv 2013;42(1):e1-8.
40. Le Mauff P, Goronflot L, Urion J, Senand R. Outil d'aide pour l'évaluation de récits de situation complexe et authentique (RSCA). La revue du praticien médecine générale. 1 janv 2006;20(748/749):1311-2.
 41. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale: Aspects théoriques, réflexions pratiques. Exercer. avr 2005;(73):63-9.
 42. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. févr 2006;(76):31-2.
 43. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. août 2013;24(108):156-64.
 44. Michel S, Ledru M. Capital-compétence dans l'entreprise: une approche cognitive. ESF éd.; 1991. 227 p.
 45. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. 2014 juin.
 46. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. In. (Legifrance).
 47. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 31 déc 2015;27(5):679-90.
 48. Aubry M-L. Discussion avec la directrice de la Cohésion Sociale de la ville de Tours, Chargée de développement territorial du Sanitas. 2017.
 49. Mellier A. Maison de santé du Véron, j'écoute ? [Internet]. La Nouvelle République. 2017 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/dossiers/bien-vivre/bien-vivre-sante/maison-de-sante-du-veron-j-ecoute>
 50. Brechat L. Gestion des demandes de soins non programmés: unité de soins non programmés [Internet]. 2017 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: www.mspuveron.fr
 51. Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2014. [Internet]. 2014 déc [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: www.bdsp.ehesp.fr
 52. Deitsch S. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux:

exploration des déterminants d'une collaboration réussie: étude qualitative auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle en 2015 [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2015.

53. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

54. Martin L. Santé publique et politiques publiques locales: quelles articulations? Le concours médical. 16 déc 2013;135(10):765.

55. Gery Y. J'accompagne les patients, pour restaurer leurs droits et leur dignité. Entretien avec le Dr Pénide Elisabeth. La Santé de l'Homme. avr 2012;(418):7-8.

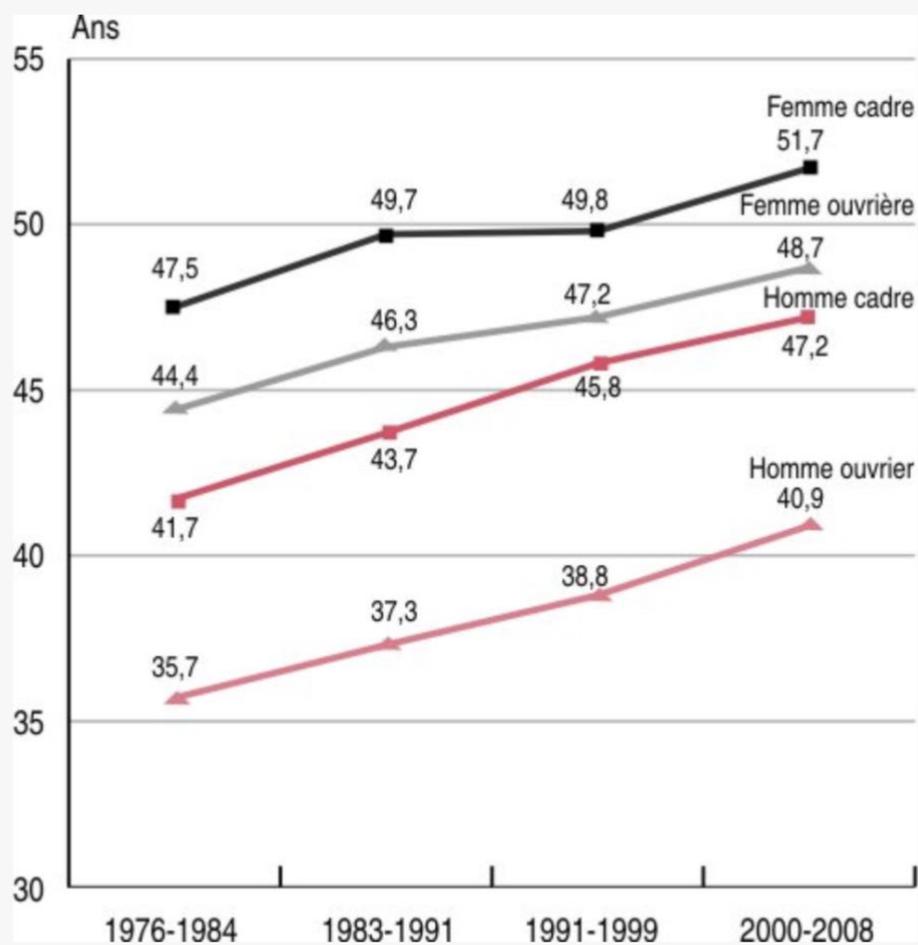
56. Le quartier Sanitas – Maison de Projet NPNRU [Internet]. [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <http://maisondeprojets.tours-metropole.fr/les-quartiers/sanitas/>

57. ARS Centre-Val de Loire. Dossier de presse : L'Agence régionale de santé arrête le nouveau zonage « médecin ».

58. Massé E. Discussion téléphonique avec la responsable de l'unité ambulatoire à l'ARS-DD37. 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Graphique illustrant les inégalités sociales de santé en France



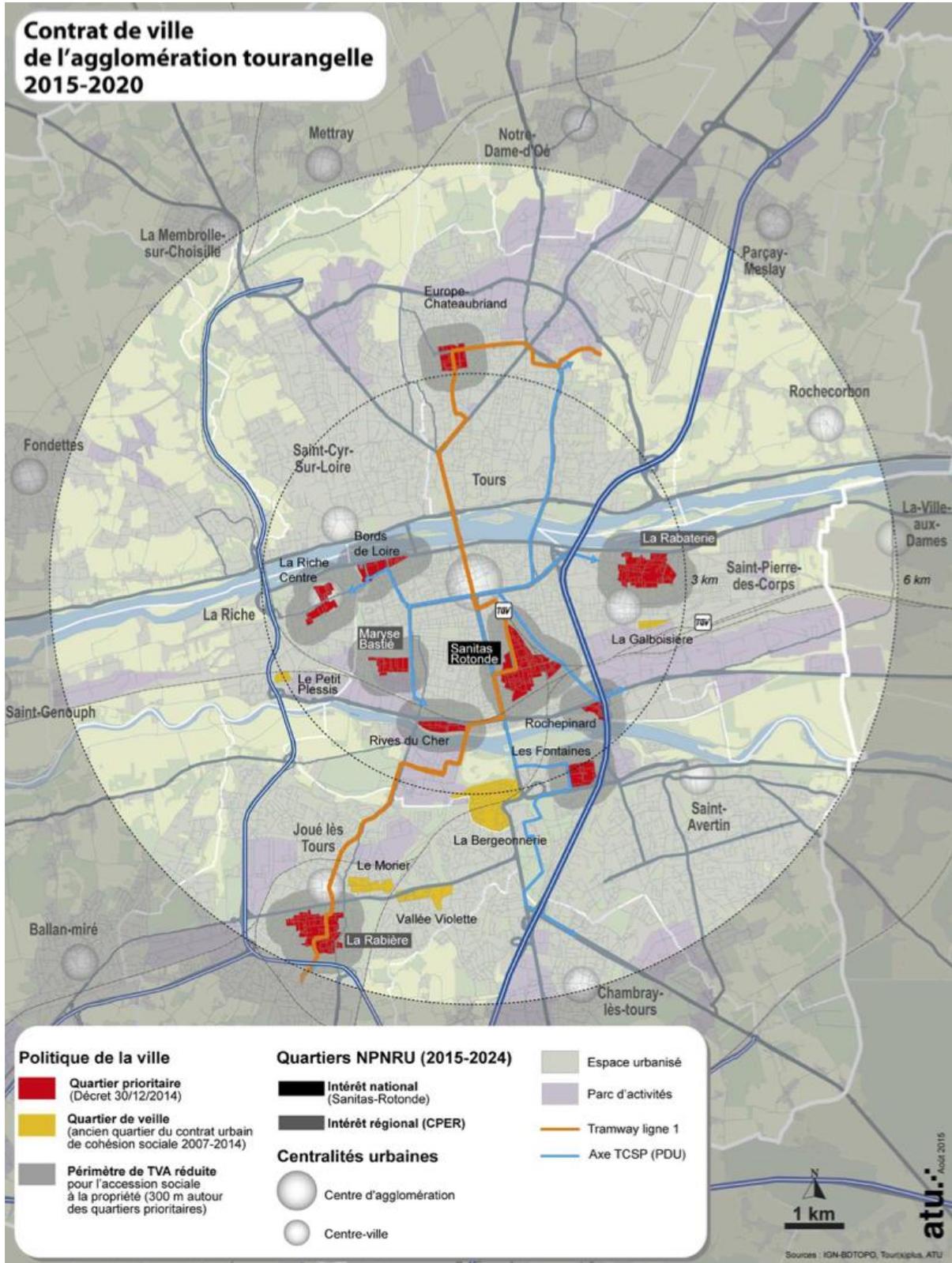
Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Graphique 2: Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers

Annexe 2 : Géographie des Quartiers de la Politique de la Ville de l'agglomération tourangelle (11)



Annexe 3 : Données démographiques des habitants des Quartiers de la Politique de la Ville de l'agglomération tourangelle (11)

Les quartiers du contrat de ville 2015-2020

Territoire	Nombre d'habitants (1)	Revenu médian (2)	Nombre et part de logements sociaux (3)	Nombre de logements privés (4)	Nombre d'habitants par hectare	Surface en ha
QUARTIERS PRIORITAIRES	32 771	ND	14 527 (85%)	2 451	173	189
Sanitas-Rotonde	8 227	7 500 €	3 924 (94%)	279	183	45
Rabière	5 656	9 000 €	1 843 (70%)	759	162	35
Rabaterie	5 000	11 000 €	1 909 (76%)	588	147	34
Fontaines	2 880	9 500 €	1 671 (100%)	0	221	13
Rives du Cher	2 318	10 800 €	605 (58%)	430	244	10
Europe-Chateaubriand	2 240	10 200 €	1 347 (100%)	0	166	13
Maryse Bastié	1 830	10 600 €	760 (88%)	104	183	10
Bords de Loire	1 780	10 000 €	1 072	ND	137	13
La Riche	1 680	11 900 €	760 (72%)	291	168	10
Rochevinard	1 160	8 900 €	636 (100%)	0	193	6
QUARTIERS DE VEILLE	5 038	ND	1 338	1 363	96	53
Bergeonnerie	1 664	13 443 €	101 (10%)	930	92	18
Morier	1 433	13 277 €	501 (65%)	263	128	11
Vallée Violette	1 169	12 971 €	432 (75%)	140	72	16
Galboisière	524	10 217 €	231 (88%)	30	145	4
Petit Plessis	248	11 536 €	73 (100%)	0	71	3
CONTRAT DE VILLE	37 809	ND	15 865	3 814	157	242
TOUR(S)PLUS	288 134	19 640 €	30 941	121 464	24	12 060

Sources :

(1) Quartiers prioritaires : CGET, 2010 / Quartiers de veille : INSEE, 2009 / Tour(s)plus (22 communes) : INSEE, 2011

(2) Quartiers prioritaires : CGET, 2010 / Quartiers de veille : INSEE, 2009 / Tour(s)plus (19 communes) : INSEE, 2011

(3) DREAL Centre, Répertoire du parc locatif social au 1er janvier 2012

(4) INSEE, RP 2011 (logements du CLOUS et de la SEMIVIT inclus)

Annexe 4 : Présupposés du chercheur 1 à l'aide de 7 questions

1) Quelle est ma question initiale ?

Évaluer les attentes des patients et des médecins généralistes dans les QPV de Tours

2) Comment suis-je venue à me poser cette question ?

- Désir d'être utile.
- Constatation sur le terrain qu'il y a peu de médecins dans le quartier Sanitas-Rotonde à la suite d'une rencontre avec un médecin généraliste du quartier qui attendait impatiemment que quelqu'un reprenne sa patientèle.
- Rencontre avec un avocat qui nous présente un projet (informel) de MSP dans ce quartier. Évaluer les attentes des médecins généralistes pour s'installer dans ces quartiers permettrait de comprendre ce déficit.
- À la suite d'une discussion de notre sujet avec un professeur de médecine générale : sujet intéressant si on évalue aussi les attentes des patients.
- Choix d'évaluer initialement les attentes des patients puis les attentes présupposées des médecins.

3) Si j'étais interrogée, quelle serait ma réponse ?

- Structure regroupant plusieurs médecins dans des locaux neufs.
- Un médecin ayant des délais de rendez-vous rapides.
- Un médecin à mon écoute : qualité d'écoute au premier plan ; les compétences biomédicales étant au second plan.
- Un médecin ayant une prescription raisonnée (pas d'ordonnances à rallonge).
- Avoir un médecin qui me suit dans le temps.
- Un médecin qui participe à la permanence des soins.
- Un médecin qui a des amplitudes horaires importantes.

- Secrétariat : présence physique et pas de secrétariat déporté. Prise de rendez-vous sur internet.

4) Pourquoi suis-je convaincu que ma question est pertinente ?

- Contexte : il existe un véritable gradient social de santé dans les QPV. S'intéresser aux QPV est un objectif de la politique de la ville (Loi du 21/02/2014)

- Évaluer les attentes des patients permet de répondre à leurs besoins de façon adapté. En complète adéquation avec le serment d'Hippocrate.

5) Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

- Disponibilité : délais de rendez-vous rapides sans forcément avoir de « médecins attitrés ».

- Durée de consultation : temps plus long étant donné que ces patients consultent peut-être moins souvent.

- Importance du sens de l'écoute du médecin.

- Facilité de paiement : mise en place du tiers-payant sur la part obligatoire. Généralisé ?

- Prescription : « sur-prescription » de médicaments ? En tout cas, un médecin qui prescrit de façon systématique.

- Un médecin qui trouve une solution rapide à leurs problèmes

6) Quelles réponses me paraîtraient aberrantes ?

- Par antagonisme, le contraire de mes réponses à la questions 5.

7) Quelle pourrait être pour finir ma question de recherche ?

- Quelles sont les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde envers leurs médecins ?

Annexe 5 : Présupposés du chercheur 2 à l'aide de 7 questions

1) Quelle est ma question initiale ?

Y-a-t-il une cohérence entre les attentes des habitants des quartiers prioritaires supposées par les services publics et les médecins généralistes, et les réelles attentes de ces habitants envers leurs médecins généralistes ? Quels projets sont donc à développer ?

2) Comment suis-je venue à me poser cette question ?

- Une personne nous a proposé une installation aidée dans un quartier prioritaire de la ville de Tours. Cette installation aurait pour but de compenser la raréfaction des médecins généralistes dans ce quartier. Ceci a renforcé une discussion eu quelques mois plus tôt avec un médecin généraliste du quartier du Sanitas, nous expliquant qu'il n'arrivait pas à trouver de successeur.

- Nous avons donc voulu travailler sur la raison pour laquelle les médecins ne s'installaient pas dans ces quartiers et les motivations qu'ils pourraient avoir pour s'y installer. En parallèle, nous voulions travailler sur les attentes des habitants concernant leurs médecins généralistes. Ceci avait pour but de créer un projet d'installation à plusieurs qui aurait pu répondre aux attentes des patients et aux demandes des médecins généralistes.

- Un rapport de l'ONZUS montre qu'il existe un réel gradient urbain de médecin généraliste dans ces quartier (1,5) mais ceci serait compensé par la proximité géographique d'autres médecins. En effet, 98% des habitants de ces quartiers aurait un médecin traitant à moins de 500m.

- A la lumière de ce dernier rapport, notre question a changé pour être plus utile. Il ne paraissait plus nécessaire d'explorer les raisons pour lesquelles les médecins ne s'y installaient pas, car ils sont en périphérie, mais plutôt quels projets seraient à développer.

- En opposant les attentes réelles des patients et les attentes supposées par les décideurs et les porteurs de politiques de santé locale (ARS, ville de tours, médecins généralistes), nous souhaitons mettre en évidence les thèmes importants non développés ou à renforcer.

- Or, dès l'initiation de nos recherches, nous avons choisi de démarrer par les attentes des patients. L'intérêt dans le choix de la méthode de réaliser un double codage nous a orienté vers l'étude des attentes des patients dans un premier temps. L'évaluation des attentes présupposés

des patients par les médecins généralistes et les politiques de santé sera à réaliser dans un second temps.

3) Si j'étais interrogée, quelle serait ma réponse ?

- Des compétences : principalement biomédicales mais aussi de l'écoute.
- De la disponibilité : possibilité d'être pris dans la journée en cas de besoin.
- Avoir un médecin qui n'a pas beaucoup de retard.
- Tiers payant ? au moins sur la partie obligatoire, mais peut-être généralisé pour les patients en difficulté financière.

4) Pourquoi suis-je convaincu que ma question est pertinente ?

- Car elle est d'utilité publique.
- Parce qu'elle explore les attentes de nos patients pour une prise en charge plus cohérente.
- Parce qu'elle a pour but d'améliorer les politiques de santé publique dans des espaces avec des inégalités sociales de santé prouvées.
- Parce que la ville de Tours souhaite explorer les attentes des patients dans ces quartier prioritaires et que le Sanitas est un quartier d'importance nationale.

5) Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

- Avoir un médecin traitant est une notion administrative. Ce n'est pas forcément ce qu'attendent les patients.
- Disponibilité ? Pas forcément car d'autres alternatives existent : SOS médecins, ...
- Compétences biomédicales au premier plan.
- Compétences relationnelles importantes, mais communicationnelles voir psychothérapeutiques : non !

6) Quelles réponses me paraîtraient aberrantes ?

En opposition à la question 5

7) Quelle pourrait être pour finir ma question de recherche ?

Quelles sont les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde envers leurs médecins généralistes ?

Annexe 6 : Formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux médecins généralistes et en association avec le département de médecine générale de l'université de Tours, nous vous proposons de participer à notre thèse. Cette étude qualitative vise à évaluer vos attentes envers les médecins généralistes dans le quartier du Sanitas-Rotonde. Nous ne sommes pas là pour vous poser des questions mais plutôt pour discuter ensemble autour de ce thème.

Vous pouvez vous rétracter à tout moment sans avoir à vous justifier ni n'encourir aucune responsabilité. Cette discussion sera enregistrée et retranscrite afin de pouvoir l'analyser.

Les informations recueillies vous concernant et concernant les professionnels que vous pourriez citer seront anonymisées.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Asmae JARRAF et Anis BERRIMA

Je soussigné(e), atteste avoir été informé des points suivants :

- Nature et objectifs de l'étude, sa méthodologie, sa durée
- Les bénéfices attendus
- Les risques et contraintes possibles
- Le droit d'accepter ou de refuser et de se retirer à n'importe quel moment de l'étude.

Le/...../.....

Signature du participant

Annexe 7 : Guide d'entretien

Merci de participer à notre travail de thèse. Nous allons discuter ensemble sur vos attentes quant à votre médecin généraliste. Tous vos commentaires sont importants pour nous, c'est réellement ce qui fera la force de notre étude.

Comme nous vous l'avons déjà dit, cette discussion sera enregistrée et retranscrite. Les lieux et noms seront effacés pour garantir un anonymat complet. Vous aurez la possibilité de relire et de corriger la retranscription. L'enregistrement sera détruit par la suite.

Des questionnaires anonymes vous sont distribués afin de connaître les caractéristiques propres à chacun(e).

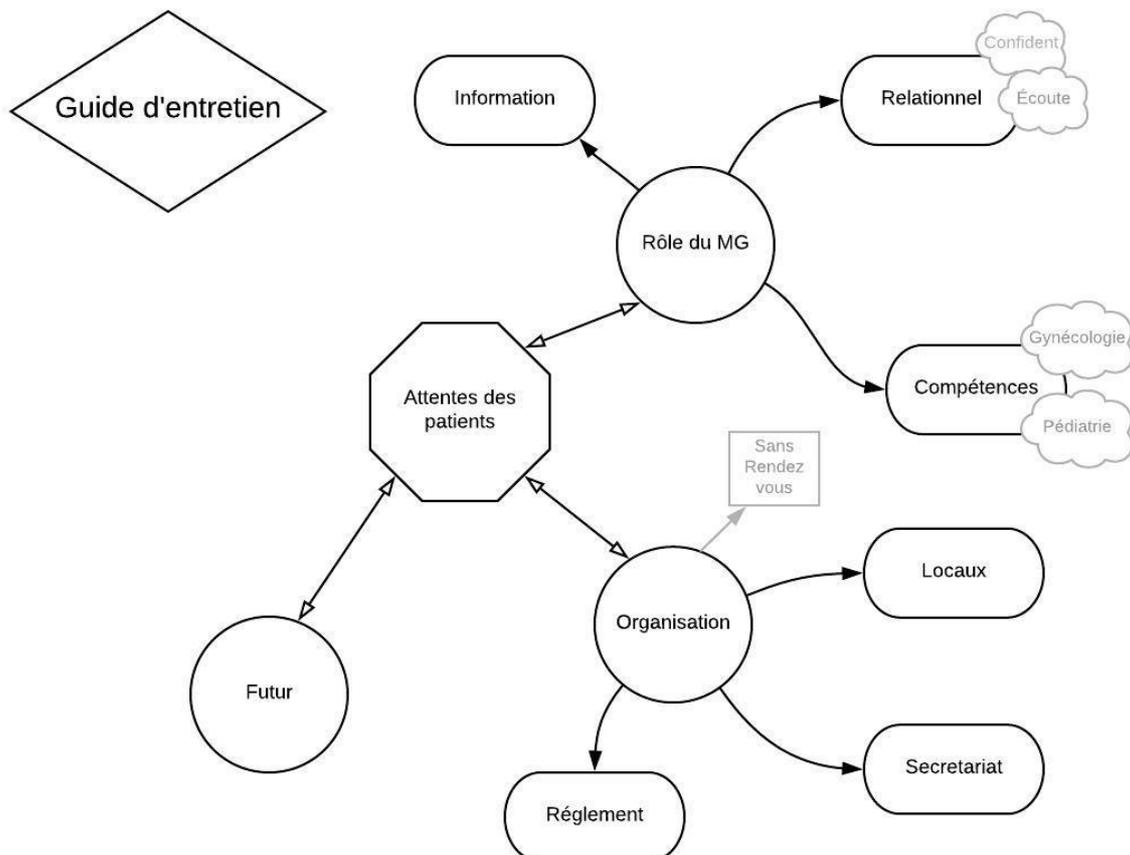


Figure 2: Guide d'entretien. L'évolution du guide d'entretien est illustrée par les éléments grisés

Annexe 8 : Questionnaire patient

Nous vous remercions du temps que vous nous accordez.

Pour compléter notre étude, nous avons besoin de quelques informations vous concernant. Tout ceci restera anonyme.

SEXE : Femme Homme

ÂGE :

NATIONALITÉ :

LANGUES PARLÉES :

FAMILLE MONOPARENTALE : Oui Non

ENFANT DANS LE FOYER : 0-3 >3

PROFESSION :

LIEU DE RÉSIDENCE : Sanitas Rotonde Autre

TYPE DE LOGEMENT : Maison Appartement HLM

PRESTATIONS SOCIALES : RSA Chômage APL
 CMU ACS

Annexe 9a : Caractéristiques des participants

	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>
Sexe	F	F	H	F	F	F	F	F
Age	65	70	72	58	52	39	36	47
Nationalité	Française	Française	Portugaise	Algérienne	Malgache	Comorienne	Indienne	Française
Langues parlées	Français	Français	Portugais Français	Arabe Français	Malgache Français	Comorien Français	Indien Anglais Français	Français
Famille monoparentale	Non Mariée	Non Mariée	Non Marié	Oui Séparée	Oui Veuve		Non	Oui
Enfants dans le foyer	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	> 3	0-3	0-3
Profession	Retraitée (Aide à domicile)	Retraitée (Aide-ménagère)	Retraité (Maçon)	Mère au foyer	Aide à la personne	Sans	Sans	Sans
Type de logement et lieu	HLM au Sanitas	HLM au Sanitas	HLM au Sanitas	Foyer	HLM au Sanitas	HLM au Sanitas	HLM au Sanitas	HLM au Sanitas
Prestations sociales	Aucune	Aucune	Aucune	AME	Chômage APL CMU	RSA CMU	Chômage CMU	RSA CMU APL

Annexe 9b : Caractéristiques des participants

	<i>P9</i>	<i>P10</i>	<i>P11</i>	<i>P12</i>	<i>P13</i>	<i>P14</i>	<i>P15</i>
Sexe	F	F	F	H	H	F	H
Age		39	35	38	26	22	35
Nationalité		Algérienne	Française (Origine maghrébine)	Française	Française (Origine africaine)	Française	Française
Langues parlées		Arabe Français	Français Arabe	Français Anglais	Français	Français Anglais Espagnol	Français
Famille monoparentale	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Enfants dans le foyer	0-3	0-3	>3	>3	0-3	0-3	0-3
Profession	Aide - ménagère	Sans	Agent de cantine	Technicien de maintenance informatique	Technicien	Secrétaire	
Type de logement et lieu	HLM au Sanitas	Appartement au Sanitas	HLM Rotonde	Appartement au Sanitas	Appartement au Sanitas	Appartement au Sanitas	Appartement au Sanitas
Prestations sociales	Chômage	Chômage APL CMU	Chômage APL CMU	CMU	APL CMU	Aucune	

Annexe 10 : Carte du nouveau zonage médecin en Indre-et-Loire



Vu, le Directeur de Thèse



D. Cuvillier

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RÉSUMÉ

Introduction :

De nombreuses études ont montré l'existence d'un gradient social de santé. À Tours, le quartier Sanitas-Rotonde est un quartier prioritaire de la politique de la ville. Cette politique vise notamment à diminuer les inégalités sociales de santé. Les attentes des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) en matière de santé n'ont jamais été évaluées. Le but de cette étude était d'évaluer les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde envers leurs médecins généralistes.

Méthode :

Étude qualitative conduite selon les principes de la théorie ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des résidents du quartier Sanitas-Rotonde de février à avril 2018. L'unique critère d'inclusion était la domiciliation dans le quartier. L'échantillonnage était raisonné sur des critères de variations et les entretiens conduits jusqu'à saturation thématique des données. Le codage des verbatims a été réalisé par les deux investigateurs. La conceptualisation des données a abouti à la théorisation des attentes des patients de ces quartiers envers leurs médecins généralistes.

Résultats :

Nous avons réalisé 9 entretiens et 1 *focus group* auprès de 15 résidents du quartier. Ces derniers attendaient principalement de leur médecin généraliste qu'il prenne du temps pour les écouter et les examiner, qu'il les prenne en considération et qu'il assure leur suivi. L'efficacité et la disponibilité venaient au second plan. La majorité n'accordait pas d'importance aux locaux ni au secrétariat. Ils souhaitaient également une généralisation du tiers payant sur la part obligatoire et des plages de consultations sans rendez-vous.

Discussion :

Selon les données de la littérature, les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde sont largement comparables à celles de la population générale, mettant en avant les compétences relationnelles du médecin généraliste. Pour répondre à ces attentes, il est important de questionner la place de la formation à la relation médecin patient en médecine générale. La création d'une Maison de santé pluridisciplinaire urbaine pourrait être une solution aux problématiques médico-sociales du quartier.

Mots-clés : attentes des patients, médecine générale, quartier de la politique de la ville, inégalités sociales de santé, étude qualitative, maison de santé pluridisciplinaire

JARRAF Asmae (épouse BERRIMA)

BERRIMA Anis

65 pages – 3 tableaux – 3 figures – 2 graphiques – 2 cartes

Résumé :

Introduction :

De nombreuses études ont montré l'existence d'un gradient social de santé. À Tours, le quartier Sanitas-Rotonde est un quartier prioritaire de la politique de la ville. Cette politique vise notamment à diminuer les inégalités sociales de santé. Les attentes des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) en matière de santé n'ont jamais été évaluées. Le but de cette étude était d'évaluer les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde envers leurs médecins généralistes.

Méthode :

Étude qualitative conduite selon les principes de la théorie ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des résidents du quartier Sanitas-Rotonde de février à avril 2018. L'unique critère d'inclusion était la domiciliation dans le quartier. L'échantillonnage était raisonné sur des critères de variations et les entretiens conduits jusqu'à saturation thématique des données. Le codage des verbatims a été réalisé par les deux investigateurs. La conceptualisation des données a abouti à la théorisation des attentes des patients de ces quartiers envers leurs médecins généralistes.

Résultats :

Nous avons réalisé 9 entretiens et 1 *focus group* auprès de 15 résidents du quartier. Ces derniers attendaient principalement de leur médecin généraliste qu'il prenne du temps pour les écouter et les examiner, qu'il les prenne en considération et qu'il assure leur suivi. L'efficacité et la disponibilité venaient au second plan. La majorité n'accordait pas d'importance aux locaux ni au secrétariat. Ils souhaitaient également une généralisation du tiers payant sur la part obligatoire et des plages de consultations sans rendez-vous.

Discussion :

Selon les données de la littérature, les attentes des résidents du quartier Sanitas-Rotonde sont largement comparables à celles de la population générale, mettant en avant les compétences relationnelles du médecin généraliste. Pour répondre à ces attentes, il est important de questionner la place de la formation à la relation médecin patient en médecine générale. La création d'une Maison de santé pluridisciplinaire urbaine pourrait être une solution aux problématiques médico-sociales du quartier.

Mots-clés : attentes des patients, médecine générale, quartier de la politique de la ville, inégalités sociales de santé, étude qualitative, maison de santé pluridisciplinaire

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Olivier CUVILLIER

Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance : 06 Juillet 2018