Attentes des patients vivant dans un quartier de politique prioritaire de la ville audois, ou à proximité, vis-à-vis de la création d'une maison de santé

Thibault Perrin

▶ **To cite this version:**

Thibault Perrin. Attentes des patients vivant dans un quartier de politique prioritaire de la ville audois, ou à proximité, vis-à-vis de la création d'une maison de santé. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03264665

HAL Id: dumas-03264665

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03264665

Submitted on 18 Jun 2021

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER – NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thibault PERRIN

le 13 décembre 2018

TITRE :

« ATTENTES DES PATIENTS VIVANT DANS UN QUARTIER DE POLITIQUE PRIORITAIRE DE LA VILLE AUDOIS, OU À PROXIMITÉ, VIS-A-VIS DE LA CRÉATION D'UNE MAISON DE SANTÉ »

Directeur de thèse : Dr. COSTE Vincent

JURY

Président : Pr. LAMBERT Philippe

1er Assesseur : Pr. DUJOLS Pierre

2ème Assesseur : Dr. PAVAGEAU Sylvain

Directeur de thèse : Dr. COSTE Vincent

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER – NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thibault PERRIN

le 13 décembre 2018

TITRE :

« ATTENTES DES PATIENTS VIVANT DANS UN QUARTIER DE POLITIQUE PRIORITAIRE DE LA VILLE AUDOIS, OU À PROXIMITÉ, VIS-A-VIS DE LA CRÉATION D'UNE MAISON DE SANTÉ »

Directeur de thèse : Dr. COSTE Vincent

JURY

Président : Pr. LAMBERT Philippe

1er Assesseur : Pr. DUJOLS Pierre

2ème Assesseur : Dr. PAVAGEAU Sylvain

Directeur de thèse : Dr. COSTE Vincent

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe
ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2ème classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au **Pr. Lambert**, au **Dr. Dujols** et au **Dr. Pavageau**. Vous me faites l'honneur de juger mon travail en siégeant dans mon jury. Merci pour le temps passé à lire cette thèse et pour l'apport de votre expérience à la critique de cette étude.

À **Maud**, ma compagne, pour ton courage, ta témérité et ton goût de vivre qui me donnent tous les jours un peu plus l'envie de découvrir avec toi ce que le monde a à offrir. Merci pour l'héroïsme dont tu as fait preuve en acceptant de me suivre jusqu'ici. Merci pour la petite créature merveilleuse que tu portes pour nous deux. Merci pour tout.
À **Agathe**. Rejoins-nous vite, je suis impatient de te rencontrer.
À **mes parents**, **mon frère** et **ma famille**, pour vos encouragements, votre patience et tout ce que vous m'avez apporté depuis si longtemps.
À **Sansa** pour ta joie de vivre et ton acharnement à me détourner de ma thèse.

À **Jean-Baptiste**, pour ta loyauté maladive et ton amitié tarabiscotée. Ta présence dans mon quotidien est irremplaçable.
À **Avinash**, pour ton soutien indéfectible, ta richesse intellectuelle, tes conseils précieux et ta tolérance à mon humour. Une si belle rencontre dans un lieu si peu propice à l'amitié.
À **Romain**, pour ton amitié, ton courage tout au long de cette année et tes conseils en zythologie.
À **Vincent**, pour ton compagnonnage, la confiance que tu m'as porté et d'avoir accepté d'encadrer mon travail.
Aux *copains Narbonnais* et aux *ami(e)s* que j'ai laissés sur la région parisienne.

À cette *merveilleuse équipe* de soignants qui a fait le choix de ce projet et de me faire confiance. Ensemble, nous bâtirons une MSP à la hauteur du défi que nous nous sommes fixé.
Merci à *tous ceux qui nous ont fait confiance* et nous ont accompagné pour construire cette MSP, ils se reconnaitront. Merci à *tous les habitants du quartier* de St Jean St Pierre pour votre accueil et votre confiance.
Cette année de thèse a été haute en couleurs. J'ai pu fêter les « hauts » avec passion et maudire les « bas » avec beaucoup d'entre vous, trop nombreux pour être tous cités. Pour tout cela et *à vous tous* : merci !

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I – Les quartiers de Politique de la Ville et leurs populations

II – Les quartiers de Politique de la Ville et la santé

A. Les pathologies courantes

B. Les enfants

C. La prévention

D. L'exemple des quartiers de Politique de la Ville alsaciens

III – Le comportement des personnes à bas revenu face au soin

A. Panorama en France

B. L'offre de soin de la QPV Narbonne Ouest

IV – Les maisons de santé pluriprofessionnelles

A. Modèle et développement

B. Satisfaction des usagers

V – La Santé et la Maladie

A. Les différences de définition

B. L'opposition soignants-soigné

VI – Exemples de recueils des attentes de santé des usagers

A. Le centre de santé des 3 cités de Poitiers

B. La maison de santé pluriprofessionnelle de Villejean en QPV en Bretagne

METHODES ET MOYENS

I - Type d'étude, population de l'étude et collection des données

II - Guide d'entretien

III - Analyse des données

IV - Considérations réglementaires et crédibilité des données

RESULTATS

I – Caractéristiques générales des patients interviewés

II – Caractéristiques sociogéographiques

III – Eléments de vie et expériences de santé

ANALYSE

I – Le vécu du soin dans le quartier

A. Une perception de la situation dépendante des éléments de vies

B. Perception et diagnostic de la situation, des éléments divergents

II – Les attentes d'accès au soin

A. Les besoins humains dans le quartier

B. L'aspect matériel

C. Le rôle de l'équipe de la MSP dans l'accès au soin

D. L'accès au soin et l'autonomie

III – Les attentes relationnelles

A. Avec le médecin généraliste

B. La communication de l'équipe de la MSP

IV – Les attentes en lien avec la temporalité du soin

A. Raccourcir les délais de prise en charge

B. Réduire la sensation d'attente

C. Modifier les schémas de temporalité des consultations

V – Les attentes de coordination

A. La coordination de l'équipe de la MSP

B. La coordination avec l'environnement de la MSP

VI – Les attentes pour la prévention

A. La méthodologie

B. Les thématiques d'intervention

VII – Arbres des thématiques

DISCUSSIONS

I – Critique de l'étude : forces et faiblesses

II – La littérature à ce sujet

III – Répondre aux attentes : un souhait intuitif mais complexe

IV – Proposition de recommandations pour les MSP

V – Ouverture et opinions

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

SERMENT

RESUME

PREAMBULE

Ce travail de thèse est à la fois l'aboutissement et le début du projet de maison de santé pluriprofessionnelle de Narbonne Ouest.
Projet pensé et développé depuis bientôt 5 ans par 4 internes en médecine générale, 2 kinésithérapeutes et 1 pharmacien, cette thèse est ainsi la première étape de la rédaction du projet de santé de la MSP des 2 Saints, située dans le QPV Narbonne Ouest. Elle a pour objectif de proposer à cette future MSP une vision innovante des attentes de ses patients afin de proposer à une patientèle défavorisée des soins coordonnés de la meilleure qualité possible.
Ainsi, ce travail de thèse espère initier un processus de démocratie sanitaire dans un QPV et, plus humblement, à rendre aux habitants le choix de la trajectoire de leur santé dans leur quartier.

Il me semblait important de rappeler cette notion dès les premières pages car cet objectif est l'essence de cette thèse.

« Savoir s'étonner à propos est le premier pas fait sur la route de la découverte. »

Louis Pasteur

INTRODUCTION

I - Les quartiers de Politique de la Ville et leurs populations

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) [1] sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. Leur liste et leurs contours ont été élaborés par le Commissariat général à l'égalité des territoires, succédant aux Zones urbaines sensibles (ZUS) [2]. En métropole, en Martinique et à la Réunion, ils ont été identifiés selon un critère unique, celui du revenu par habitants.

Les QPV, regroupent donc des populations aux caractéristiques spécifiques. Elles présentent un taux de pauvreté et de chômage plus élevés, sont plus jeunes, moins diplômées et regroupent plus de résidents de nationalité étrangère. Les familles y sont plus nombreuses et plus souvent monoparentales. [3] Enfin, les habitants résidant en QPV présentent une plus faible mobilité par difficulté d'accès au permis et à la voiture [4].

Le QPV de Narbonne Ouest ne déroge pas à cette situation. Un peu plus de 4000 habitants [5] y vivent, dont 48.1% en dessous du seuil de pauvreté (ville : 22.8%), 23.2% sont considérés en emploi précaire (ville : 14.2%), 23,3% ont 14 ans ou moins (ville : 16.2%), 80.3% possède un niveau de formation BAC ou inférieur (ville : 59,6%), et 20.2% des familles y sont monoparentales (ville : 10.5%). Ainsi, 34.3% de sa population y est bénéficiaire de la CMUc contre 15.8% dans le reste de la ville. [6] Ce QPV s'intègre dans un quartier de vie estimé à 8000 habitants et une ville recensée à plus de 54 000 habitants en 2017 [7].

On peut donc envisager, aux vues de ses fragilités, que la population du QPV Narbonne Ouest présente des besoins et attentes spécifiques.

II - Les quartiers de Politique de la Ville et la santé

Selon l'INSEE, dans son rapport sur les conditions de logement en Ile-de-France, sont considérés comme ayant de bas revenus [8] les individus appartenant aux ménages dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian. Le niveau de vie est le revenu net annuel du ménage rapporté au nombre d'unités de consommation, ce qui permet de tenir compte du nombre de personnes que ce revenu fait vivre et des

économies d'échelle au sein du ménage (la personne de référence compte ainsi pour une unité de consommation, les autres personnes de 14 ans et plus pour 0,5, les enfants de moins de 14 ans pour 0,3).
Il existe peu d'études de grande ampleur sur l'état de santé des populations vivant en QPV stricto sensu. Ces populations sont habituellement analysées à travers d'autres critères, corrélés au critère de zonage des QPV, comme le bas revenu. Ainsi, Les personnes ayant les plus bas revenus jugent en moyenne leur santé plus mauvaise: 8 % d'entre eux déclarent que leur santé est « mauvaise » ou « très mauvaise » contre seulement 4 % du reste de la population et cet écart croît avec l'âge [9].
De même, lorsqu'on interroge les adultes sur la manière dont ils jugent leur état de santé actuel par rapport à l'année précédente à la même époque, les individus les plus pauvres sont 16 % à le juger « plutôt moins bon » ou « beaucoup moins bon » alors que ce n'est le cas que de 12 % du reste de la population [9].

A. Les pathologies courantes

Les plus pauvres sont moins nombreux à déclarer certaines pathologies courantes : 51 % d'entre eux déclarent au moins une pathologie oculaire, comme la myopie ou l'hypermétropie, contre 60 % du reste de la population [9]. Cet écart pourrait être attribué à un sous-diagnostic des pathologies chez les plus pauvres qui consultent moins souvent les médecins, mais il est aussi envisageable de l'imputer à un retard de diagnostic. Il pourrait enfin s'expliquer par une moindre déclaration de leurs pathologies par les individus les plus pauvres qui auraient tendance à ne pas traduire certains symptômes en termes de demande de soins ou de maladies.
Malgré la sous-déclaration, certaines pathologies sont plus répandues chez les personnes ayant de bas revenus comme pour les maladies de l'appareil digestif. Ainsi, 20 % d'entre elles déclarent une pathologie de l'appareil digestif pour 17 % du reste de la population [9].
Parmi les pathologies de l'appareil digestif, les caries dentaires sont les plus fréquentes : 11 % des plus pauvres souffrent de caries contre 6 % du reste de la population. C'est pour les 18-35 ans que ces taux sont les plus élevés avec 16 %. Cet écart, qui est de 7 points pour les 36-55 ans, diminue ensuite pour disparaître pour les plus de 75 ans [9].
Après 50 ans viennent s'ajouter les maladies de l'appareil circulatoire, les rhumatismes ou les varices (48 % contre 44 %), les maladies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif (43 % contre 40 %), comme l'arthrose ou les maux de dos [9].

B. Les enfants

Les enfants les plus pauvres présentent une forte prévalence de pathologies dentaires. Non seulement ils sont moins nombreux à bénéficier d'un suivi en orthodontie (6% contre 10% des autres enfants), mais ils ont également plus de caries (6% contre 2%) [9].
L'asthme est également plus fréquent que dans le reste de la population (6 % contre 4 %) pour ces enfants [9].
Les enfants des ménages à bas revenus sont aussi plus nombreux à n'avoir pas consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédente (20 % contre 16 %). La différence est encore plus grande pour les médecins spécialistes, puisqu'ils sont 58 % à n'y avoir pas eu recours lors des douze derniers mois, contre 41 % des autres enfants [9].

C. La prévention

Les individus ayant les plus bas revenus sont moins nombreux à recourir à des pratiques de dépistage et de prévention. C'est le cas pour les tests de dépistage du VIH, du VHC, le dépistage du cancer colorectal et, en ce qui concerne les femmes, du dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein.
Ainsi, parmi les femmes de 40 ans et plus appartenant à des ménages modestes, 34 % n'ont jamais réalisé de mammographie contre 19 % des autres femmes de plus de 40 ans. Il en est de même pour le frottis : 12 % des femmes appartenant à un ménage modeste et ayant entre 20 et 70 ans n'en ont jamais réalisé, soit un chiffre deux fois plus élevé que dans le reste de la population [9].
Ces différences de pratiques de prévention contribuent à creuser encore l'écart entre les personnes à bas revenu et le reste de la population et laisse présager d'une prévalence et d'une mortalité supérieure du cancer chez les individus à bas revenu.

D. L'exemple des quartiers de Politique de la Ville Alsaciens

Même si les QPV ont été peu étudiée directement sur le plan de la santé de leurs habitants, l'Observatoire régional de la santé d'Alsace a initié la réalisation de cartes d'identité territoriale de santé pour les QPV d'Alsace, présentant une première analyse directe de l'état de santé des habitants de ces quartiers. Il en ressort ainsi 3 éléments principaux [10] :
-Le risque de décéder avant 75 ans est deux fois plus élevé pour les habitants des quartiers les plus populaires que pour les habitants des quartiers les plus aisés. Ces inégalités devant la mort n'opposent pas uniquement les quartiers prioritaires au reste du

territoire mais relève d'un réel gradient social : plus le niveau social des quartiers est bas, plus le risque de décéder avant 75 ans augmente.
- Une prévalence du diabète traité pharmacologiquement, élevée dans l'ensemble des quartiers prioritaires de la région, sans exception (+27 % à +102 % à la moyenne alsacienne selon le quartier).
- Des indicateurs défavorables de santé dès l'arrivée au collège en QPV, tant en ce qui concerne l'alimentation, la pratique d'une activité sportive (39 % au sein des QPV, contre 56 % en dehors), le surpoids, l'obésité, l'accès à une correction visuelle adaptée et le brossage des dents.

III – Le comportement des personnes à bas revenu face au soin

A. Panorama en France

Comme vu précédemment, les personnes à bas revenus se déclarent en moyenne plus souvent en mauvaise santé (8%) que le reste de la population (4%) et cet écart augmente avec l'âge [8]. Pourtant, ce jugement négatif n'entraîne cependant pas une plus forte consommation de soins. Elles sont ainsi plus nombreuses à ne pas avoir consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédente. C'est le cas de 21 % des moins de 50 ans contre 17 % pour le reste de la population [8].
Mais la différence est encore plus marquée avec les autres médecins spécialistes : 53 % d'entre elles de moins de 50 ans n'en ont pas consulté au cours de l'année précédente contre seulement 40 % du reste de la population. L'écart est un peu plus faible pour les 50 ans et plus (46 % contre 35 %), mais il reste considérable [8].
Cependant, si elles ont consulté un médecin généraliste au cours de l'année précédente, elles sont plus nombreuses à lui avoir rendu visite fréquemment (14 % des moins de 50 ans de bas revenus l'ont consulté plus de 6 fois au cours de l'année précédente contre 10 % pour les autres individus). Ce chiffre augmente à 33 % pour les personnes de bas revenus de 50 ans et plus (contre 23 %), et est souvent associé à une perception mauvaise ou très mauvaise de leur santé [8].
Ces écarts de comportement de consommation de soins peuvent provenir de la contrainte financière qui pèse sur les plus pauvres, malgré la mise en place de la CMU car les plus pauvres ne demandent pas toujours à en bénéficier (22% des personnes à bas revenus n'ont pas de complémentaire santé, CMU comprise, contre 7% du reste de la population) et leurs ressources peuvent être supérieures au plafond requis pour l'affiliation [9].

Une autre piste de compréhension de ces écarts de comportement face au soin pourrait provenir du déficit de médecin généraliste dans les QPV, étudié par l'Observatoire national de la Politique de la Ville [11].
En effet, la densité globale en professionnels dits «de proximité» (médecins généralistes, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes) est 1,8 fois inférieure en QPV à ce qu'elle est dans les unités urbaines englobantes. Mais les médecins généralistes et les infirmiers libéraux sont les mieux répartis, avec un rapport respectivement de 1,5 et 1,4 en défaveur des QPV face à leurs unités urbaines englobantes.
Pour les kinésithérapeutes, les dentistes et sages-femmes, la présence en quartiers prioritaires est plus déficitaire dans les QPV avec une densité environ 2,5 fois plus importante dans les unités urbaines englobantes [11] (commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu, sans coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions, qui compte au moins 2 000 habitants [12]).

Pourtant, une étude réalisée en 2013 dans le Languedoc-Roussillon sur l'accès aux soins [13] relevait que 30% des patients présentaient des difficultés à consulter un médecin généraliste, 10% renonçaient, 15% évoquaient l'attente au cabinet comme principale difficulté d'accès. Cette même étude ne retrouvait pas de différence significative de satisfaction, difficultés ou de renoncement aux consultations des généralistes et des autres spécialistes entre les personnes résidant en zones urbaines sensibles par rapport aux habitants des grands pôles urbains.

Malgré tout, ces explications ne me semblent pas pouvoir justifier à elles seules cette dissonance entre le moindre recours au médecin généraliste et un ressenti négatif de leur santé deux fois supérieur à celui de la population générale.
De plus, après ce panorama national, il est inattendu de ne pas retrouver de différence de satisfaction, difficultés ou renoncement aux consultations des généralistes et des autres spécialistes entre les personnes résidant en zones urbaines sensibles par rapport aux habitants des grands pôles urbains [13] en Occitanie, deuxième région de France métropolitaine la plus touchée par le chômage après les Hauts-de-France, l'Aude en étant le département au niveau de vie médian le plus bas [14].

On peut donc envisager qu'il existe des besoins, attentes et freins pour lesquels cette population spécifique ne trouve pas de réponse.

B. L’offre de soins du QPV Narbonne Ouest

Le QPV Narbonne Ouest présente un accès au soin globalement similaire, voir aggravé selon les paramètres observés, au diagnostic sur l’accès aux professionnels de proximité posé par l’Observatoire national de la Politique de la Ville [11]. Les possibilités d’accès aux soins, illustrées par l’implantation de plusieurs catégories de professionnels de santé sur le QPV Narbonne Ouest, sont ainsi variables (Carte 1) :

- Un seul cabinet de médecin généraliste est implanté à Narbonne Ouest, alors que plusieurs sont présents à Narbonne Centre
- Il n’existe pas de cabinet de chirurgie dentaire sur le territoire Narbonne Ouest, ni à proximité pour la majorité des habitants, depuis le départ du cabinet le plus au sud.
- 4 cabinets infirmiers sont recensés dans le QPV et 8 à proximité.
- 2 cabinets de kinésithérapie sont présents dans le QPV et 3 à proximité de la région extrême Est du QPV.
- 1 pharmacie d’officine est implantée dans le QPV et 2 autres sont à proximité de la zone centre et Est du QPV.
- En dehors du quartier, les urgences les plus proches sont à 2.2 km du cabinet de médecine générale, soit environ 7 minutes en voiture ou 30 minutes à pied pour une personne sans trouble de la mobilité.[1]

Ces données sont à relativiser au regard du découpage du quartier, basé sur une méthode statistique liée au revenu [2], qui entraine la formation d’une zone aux contours atypiques ne pouvant ainsi refléter ni un bassin de vie, ni un unique mode de vie, ni les problématiques de mobilité des habitants, selon un mode binaire d’appartenance ou non au QPV.

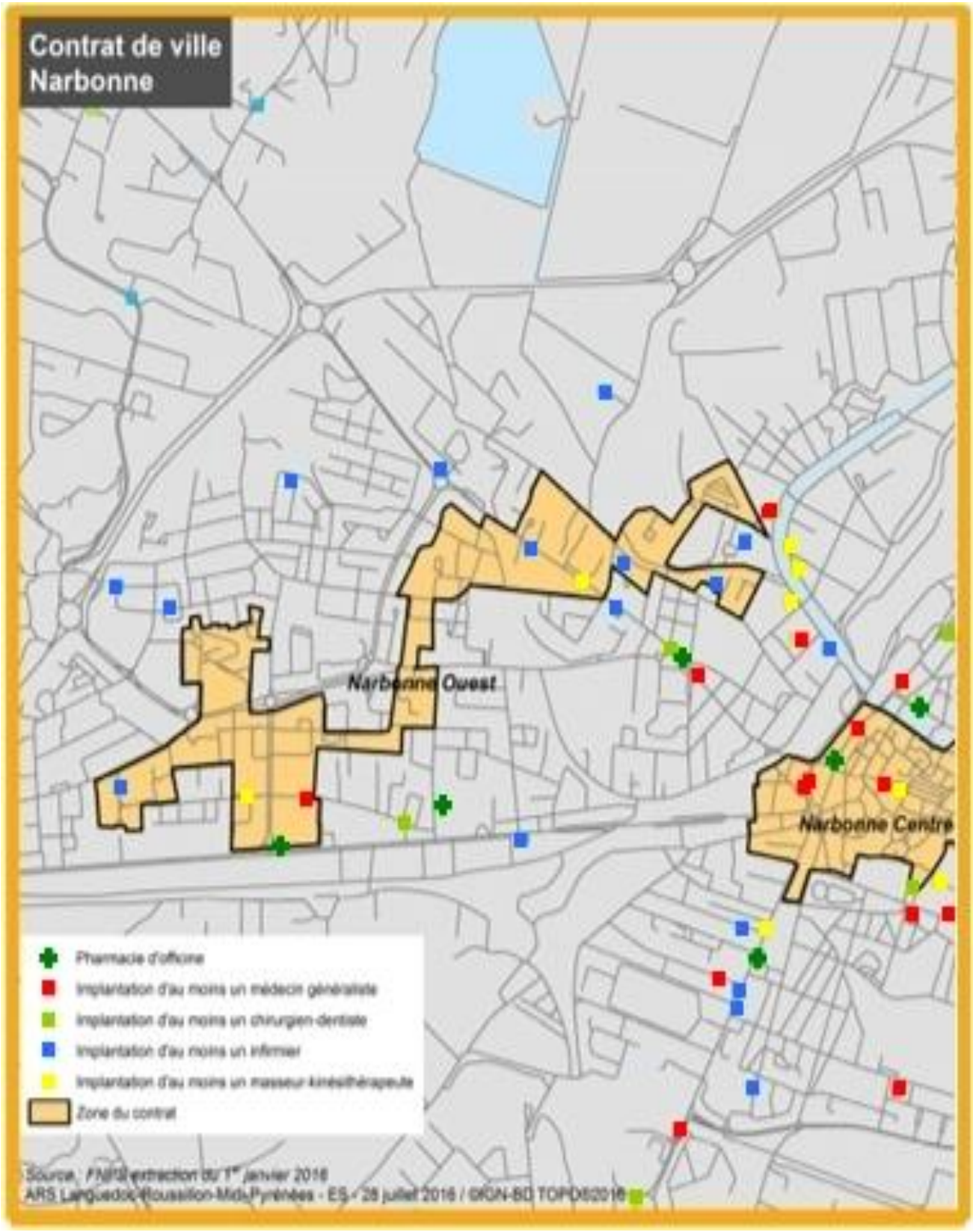
Enfin, le cabinet de médecine générale présent dans le QPV n’assure actuellement plus de consultations de médecine générale. La dernière activité de médecin généraliste a ainsi quitté le quartier en 2013.

Depuis juillet 2017, un cabinet de médecine générale assuré par des contrats expérimentaux type médecin-adjoint d’un médecin thèsé [15] assure l’équivalent de 5 journées de consultations hebdomadaire et mène le projet de MSP de Narbonne Ouest.

Mis à part un cabinet de sexologie, aucune autre spécialité médicale n’est installée dans le QPV ou à proximité.

[1]. *Durées de trajet calculées à partir de Google Maps®*

Carte 1 - *La QPV de Narbonne Ouest et son offre de santé* [16]



IV – Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

A. Modèle et développement

La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [17] est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Elles ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif.
En janvier 2012, 235 maisons en fonctionnement et environ 450 maisons en projets étaient recensées, majoritairement situées en milieu rural (80%). Les maisons de santé regroupent à ce jour 2 650 professionnels, dont 750 médecins [18].
En Occitanie, en 2018,106 maisons de santé pluriprofessionnelles étaient en activité, contre moins de 10 en 2010. Actuellement, 33 maisons de santé supplémentaires sont en cours de déploiement et 11 nouveaux projets viennent d'être validés. L'ARS estime que la région devrait compter 150 maisons de santé ouvertes d'ici 2020-2021 [19].

Les objectifs donnés aux MSP sont d'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients et de développer une orientation novatrice de la formation des jeunes professionnels de santé. [20]
Les MSP sont donc présentées comme une solution d'amélioration de la qualité des soins ambulatoires répondant aux besoins de la population, mais sont pensées par les professionnels de santé. À ce titre, elles doivent rédiger un projet de santé qui définit le projet mis en œuvre par les professionnels pour assurer la prise en charge des patients sur un territoire défini, que ce soit en termes de prévention, d'accès et continuité des soins ou de coordination des prises en charge. [21]
Les patients n'étant pas impliqués dans le processus de développement des projets de santé des MSP, on peut envisager qu'il existe une différence de vision des patients quant aux objectifs à donner aux MSP.

B. Satisfaction des usagers

Les thèses du Dr ABEL [22], du Dr MBEMBA LEPILLER [23] et du Dr NARIMAN [24] révèlent que les patients sont satisfaits par les Maisons et Pôles de Santé, mais leurs travaux ont été réalisés à l'aide d'un questionnaire auto-administré, étaient centrés sur des questions pratiques liées au quotidien (secrétariat, salles d'attentes, poids des portes, places de stationnement, ...) et ne ciblaient pas des patients à bas revenus, moins informés des rôles et missions des MSP.

Un projet d'étude de l'IRDES, en réponse à un appel à projets « Programme de recherche sur la performance du système des soins » (PREPS) de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), sur la satisfaction des usagers fréquentant une structure de soins primaires regroupée en exercice pluriprofessionnel relève d'ailleurs que l'impact du regroupement pluriprofessionnel en premier recours reste très peu documenté en France [25]. Cette étude devrait aboutir dans le courant de l'année 2019.

On peut donc supposer, une fois informés des missions et champs d'actions des MSP, que les patients évoquent des attentes non envisagées par les professionnels de santé.

V - La Santé et la Maladie

A. Les différences de définition

La santé, en tant qu'objet social, est un concept large, aux réalités multiples et aux contours mal délimités qui a été depuis longtemps exploré par les sciences humaines et sociales. L'Organisation Mondiale de la Santé la définit d'ailleurs dès 1946 au sein du Préambule à sa Constitution comme « […] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». [26] Cette définition soulève la complexité que peut représenter la santé tant les significations du « bien-être » peuvent se révéler élargies et celles « d'infirmité » relevant du subjectif, à travers les modifications ressenties de capacité d'activité. La notion de santé est donc plus complexe qu'il n'y parait. Bishop a ainsi étudié l'impact de l'appartenance culturelle sur les représentations de la santé et de la maladie en 2004, démontrant que ces représentations sont influencées selon le groupe d'appartenance social, modifiant la manière d'envisager la maladie et le soin [27].

Cathébras dès 1997, à travers l'exemple de la fibromyalgie, propose d'envisager la maladie comme une dualité : à la fois catégorie naturelle et construction sociale [28]. Il

traduit ici un concept d'anthropologie médicale anglaise permettant de distinguer trois réalités distinctes grâce à différents termes désignant la maladie, que la langue française ne permet pas : *disease* (les modifications biologiques), *ilness* (le ressenti subjectif du patient), et *sickness* (mécanisme de socialisation des pathologies).
Ainsi, la Santé reflète les croyances et valeurs des groupes sociaux qui la définissent**.**
Il est donc envisageable que soignants et patients, en parlant de Santé, objectivent le même objet mais sous des angles différents, à l'origine de confusions.

B. L'opposition soignant-soigné

Une étude conduite en 2009 à l'université de Nantes par C. JEOFFRION, intitulé « Santé et représentations sociales : une étude « multiobjet » auprès de professionnels de santé et non professionnels de santé », a exploré le sujet [29].
Elle avait pour objectif de comparer les représentations sociales des professionnels de santé (PS) et des non professionnels de santé (NPS) au sujet de la santé et du soin. 150 personnes (75 PS et 75 NPS) avaient été interrogés, et leurs caractéristiques sociodémographiques recueillies, à l'aide d'un questionnaire constitué de questions d'évocation construit sur des mots inducteurs (« Lorsqu'on vous dit « Maladie », « Relation médecin-patient », « Médicament », « Observance », quels sont les mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit ? »). Les données avaient ensuite été traitées par analyse prototypique et catégorielle, et par analyse factorielle des correspondances pour mettre en évidence le contenu et l'organisation des représentations sociales.
Plusieurs éléments de cette étude proposent des résultats qui nous intéressent dans le cadre de ce travail :
- Sur le plan de la <u>représentation sociale de la « Maladie »</u>, il existe un consensus entre PS et NPS. Elle est logiquement renvoyée à ses symptômes, à la structure qui la prend en charge mais aussi aux impacts sur la vie du patient. Cependant, là où les PS se révèlent très descriptifs, les NPS insistent sur les implications directes dans la vie du patient qui est amené à côtoyer les institutions, les soignants et surtout à modifier son mode de vie.
- Sur le plan de la <u>représentation sociale de la « Relation médecin-patient »</u>, les PS et NPS concordent sur l'importance des capacités relationnelles et techniques du médecin pour investir une communication efficace, nécessaire à une relation de confiance. Cependant, les PS soulignent la nécessité de la pédagogie, quand les NPS revendiquent le besoin de soutien, d'échange et leur insatisfaction occasionnelle face aux contraintes temporelles.

- Sur le plan de la représentation sociale du « Médicament », les différences sont peu marquées, mais les NPS adoptent une posture de « consommateurs » avec des références aux aspects financiers et du risque face à la consommation abusive, tandis qu'une fois encore les PS se révèlent très descriptifs avec une posture « scientifique ».
- Sur le plan de la représentation sociale de « l'Observance », les différences entre PS et NPS sont les plus marquées. Il a été nécessaire de définir ce terme pour les NPS. La distinction majeure oppose les PS qui se concentrent sur le traitement et ses contraintes quand les NPS nomment la transformation de leur mode de vie quotidien.

Ainsi, cette étude soulève un point important dans les définitions que peuvent donner médecins et patients au concept de Maladie et de ses composantes : là où les médecins proposent une posture scientifique, professionnelle, d'analyse rationnelle, les patients proposent une vision axée sur le ressenti, le vécu et le besoin de réassurance.
Ces positionnements différents restent logiques vis-à-vis des rôles sociaux requis par la transition du modèle de santé paternaliste vers le modèle autonomiste : le médecin expert face au patient décideur.

Les patients, leurs perceptions et leurs attentes restent des entités temporellement mobiles : se décrivant malade, en dégradation ou voie d'amélioration certains jours, ou en « bonne santé » ou en santé dégradé les autres jours. Ce phénomène de variation reste difficile d'accès au travail d'analyse qui propose une photographie à un instant donné du patient à un moment donné de sa vie ; je n'ai donc pas pu trouver de référence bibliographique sur ce thème.
Cependant, il me semble important d'indiquer que l'ensemble de ce travail de thèse a été réalisé avec une question en filigrane durant l'analyse des données : l'interviewé évoque-t-il ses attentes une fois confronté à une pathologie chronique, anticipe-t-il une potentielle pathologie aigüe ou chronique, ou parle-t-il pour l'un de ses proches ?

Ainsi, face à de telles différences de définition de la Santé entre soignants et patients et leurs variations dans le temps, il est à nouveau envisageable que certaines attentes des patients restent sans réponse.

VI - Exemple de recueil des attentes de santé des usagers

A. Le centre de santé des 3 cités de Poitiers

Le quartier des 3 cités de Poitiers est caractérisé par une population précaire de plus de 12 000 personnes, engendrant des problématiques multifactorielles et complexes : psychologiques, culturelles, spirituelles, sociales, économiques et médicales. L'objectif affiché du Centre de Santé des 3 Cités (CS3C) est de proposer une offre de soins et des outils adaptés aux besoins de leur population afin d'obtenir une vision collective et éducative de la médecine. Il se donne pour mission « d'être un acteur essentiel dans le domaine de la santé, un lien de proximité en direction des réseaux de diverses structures adaptées, un lieu de ressource et d'éducation à la santé, et de favoriser le dialogue et la confiance réciproques entre les professionnels et les habitants. »
Historiquement, la création du CS3C résulte de la demande des habitants de ce quartier, structuré en une association L'Espoir, soutenus par les Centres socio-culturels du quartier. Dans ce but, l'Espoir à mener un travail d'enquête auprès des habitants afin de mettre en évidence les besoins déclarés de santé de la population. Ce projet présente donc un « ADN » associatif et communautaire, engendrant en 2015 l'ouverture du Centre de Santé à proprement parler. Les soignants y sont salariés. [30]
Ainsi, pour rédiger le projet de santé du CS3C, l'association L'Espoir à sollicité un prestataire privé afin de produire un diagnostic santé des habitants du quartier et de l'offre de soin et de prévention du secteur [31].
Cette enquête a été réalisée à l'aide d'enquêteurs-habitants préalablement formés, visant un échantillon de 200 personnes résidant dans le quartier, et a mobilisé les professionnels de santé de la zone concernée à l'aide d'une seconde enquête complémentaire. La première phase d'analyse s'est basée sur un modèle quantitatif permettant de produire une description sociodémographique et une cartographie de l'offre de soin. La seconde phase s'est basée sur un modèle déclaré qualitatif, construite à partir des résultats d'un questionnaire de 36 points, associé à des questions supplémentaires variables selon les caractéristiques sociodémographiques de la personne interrogée. La très grande majorité de ces questions étaient structurées sur une échelle progressive de réponses, sur le modèle « pas du tout », « un peu », « pas mal », « beaucoup ».

Il ressort de leurs travaux plusieurs éléments intéressants :
- Malgré un contexte d'accès au soin vécu comme très dégradé, les indicateurs d'offre de soin correspondent aux moyennes nationales.
- Patients et soignants reconnaissent unanimement que l'information de santé et la prévention n'atteignent pas leurs cibles, surtout dans les domaines d'addiction, de grossesses non désirées et d'alimentation. Du coté des soignants, il est « difficile d'intégrer dans le temps de consultation une démarche de prévention » et, du côté des patients, les auteurs de cette étude proposent une piste d'ordre sociologique et psychologique : « […] la démarche de prévention nécessite une projection dans l'avenir. De plus, quelles que soient les mesures en vigueur, se soigner a un coût tel qu'il peut faire basculer une famille de la précarité à la survie. Dans ces conditions, une perspective de maladie est une catastrophe qu'il vaut mieux ignorer avant qu'elle ne vous rattrape. ». L'idée est donc proposée de s'appuyer sur des médiateurs de santé.
- Les principaux facteurs de renoncement au soin s'axent sur les problématiques de mobilité, les horaires de consultations inadaptés par rapport aux modes de vie, et l'absence de droits ouverts.
- La santé psychique est une des grandes inquiétudes sur laquelle patients et soignants se retrouvent et pour laquelle les habitants ne trouvent pas de réponse adaptée.

Même si la démarche de ce centre de santé reste très innovante et même si le contexte sociodémographique du CS3C est relativement similaire à celui de la QPV Narbonne Ouest, plusieurs éléments de cette approche et des différences de contexte des deux projets présentent des faiblesses pour extrapoler les résultats de leurs travaux :
- La méthode semi-qualitative du questionnaire utilisée pour cibler un grand nombre de sujets ne permet pas d'explorer des attentes non envisagées par les rédacteurs de ce questionnaire.
- Le modèle financier de cette structure salariale reste intrinsèquement très différent de celui de la MSP de Narbonne Ouest qui se construit sur un modèle d'acteurs de santé libéraux.
- Le modèle de construction et développement associatif et communautaire du CS3C, piloté par l'association L'Espoir, sans être en opposition, reste lui aussi intrinsèquement très différent de celui de la MSP de Narbonne Ouest qui s'est initié sur la proposition des acteurs de soin locaux.

Malgré ces différences, 2 résultats de cette enquête permettent de mettre en relief la nécessité d'explorer les besoins spécifiques de ces populations spécifiques. Ainsi, aux questions :
« *Pensez-vous que la maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin ou de la providence ?* », ont répondu positivement 51.4% des résidents des ZUS, 45.2% des résidents de «type ouvrier» hors ZUS et 24.5% des résidents de «type moyen et supérieur» hors ZUS [31].
« *Pensez-vous que les conseils ou les recommandations de santé sont difficiles à appliquer dans la vie quotidienne ?* », ont répondu positivement 53.1% des résidents des ZUS, 51.5% des résidents de «type ouvrier» hors ZUS et 43.8% des résidents de «type moyen et supérieur» hors ZUS [31].

B. La MSP de Villejean en QPV en Bretagne

Une étude qualitative réalisée en 2017 par E. Allory et al, intitulée « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative » [31] avait pour objectif de recueillir les attentes de santé des patients de la MSP de Villejean en Bretagne, située en QPV, afin de promouvoir un système de démocratie sanitaire qui semblait être, pour les auteurs, une des clefs de la réduction des inégalités sociales de santé. Cette MSP regroupait 60 professionnels de santé. Dans ce but, cinq entretiens de groupe et vingt et un entretiens individuels ont été menés auprès de quarante-neuf personnes, selon un échantillon varié d'âges, de genre et de catégories socioprofessionnelles, à l'aide d'un questionnaire de 4 questions ouvertes (Tableau 1). Toutes les personnes interrogées étaient soit membres d'associations agissant sur le quartier et en lien avec la MSP, soit recrutées par les soignants du quartier. Les entretiens étaient par la suite étudiés par une analyse thématique de contenu, dans une perspective de théorisation ancrée. Dans le projet de santé de la MSP, cette étude avait pour objectif d'analyser la perception des usagers de la MSP pour l'évolution de son projet de santé.
Il ressort de cette étude plusieurs éléments intéressants :

- Sur le plan de la <u>relation avec les soignants</u>, les interviewés attendent assez logiquement une relation de soin de qualité dans le cadre des consultations. Nous avons déjà vu précédemment qu'il existe une opposition sur cette définition de relation médecin-patient [29], mais cette étude relève plusieurs pistes au sujet des facteurs attendus par les patients : l'approche globale de la santé prenant en considérant l'aspect culturel et

financier des patients, une relation de proximité presque familiale, et demandait à être acteurs de leur santé. Une crainte était cependant émise devant le risque de structuration complexe de la MSP qui pourrait réduire la visibilité et la facilité d'interpellation des soignants, tout en souhaitant une coordination encore plus large avec des acteurs de soins extérieurs à la MSP. Ils indiquaient cependant ne pas ou peu connaître le modèle de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

- Sur le plan de l'éducation à la santé, l'avis des interviewés se retrouvait dans le projet de santé de la MSP (promotion de la vie sexuelle et affective, de nutrition et de l'équilibre alimentaire, de l'activité sportive et la prévention des complications du diabète). En parallèle, ils souhaitaient le développement d'un programme permettant de réduire l'isolement social des personnes âgées du quartier, ainsi qu'un accompagnement des parents dans la prévention des addictions chez leurs enfants. Les soignants étaient donc identifiés comme des partenaires éducatifs. Les interviewés insistaient de plus sur l'importance de la nécessaire pluralité des outils de prévention face aux difficultés de lecture ou d'utilisation du français et sollicitaient les soignants sur la création d'interventions collectives (comme une boîte aux lettres) pour faciliter l'anonymat face aux questions tabous.
- Sur le plan social, les interviewés souhaitaient mieux connaître leurs droits en santé et le parcours du patient dans le système de santé ressenti comme obscur. Les soignants de la MSP étaient alors identifiés comme principale ressource d'orientation entre les structures médico-sociales. De plus, le tiers-payant, déjà mis en place dans la MSP, était affiché comme une nécessité et non une plus-value.
- Sur le plan de l'accès aux soins, les interviewés sollicitaient assez logiquement les soignants sur l'organisation d'un système de prise en charge des consultations non programmées et d'un raccourcissement du délai de prise de rendez-vous, estimé trop long. À ce titre, la présence d'un secrétariat était vécue comme un facteur facilitant la prise de rendez-vous. Tout aussi logiquement, devant les chiffres de la mobilité de personnes en QPV [4], ils souhaitaient le maintien d'une offre de soins de proximité étendue et d'une densification de l'offre de certaines spécialités stratégiques, comme l'ophtalmologie. Enfin, la demande était faite de mettre en place un interprétariat pour diminuer l'autocensure des patients non francophones dans leur demande de soin.

Tableau 1 – *Guide d'entretien de l'étude : « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative »*

Question brise-glace	La première question évoquait les actions en santé réalisées soit au niveau collectif (c'est-à-dire l'association), soit au niveau individuel. Exemple : « Votre association mène de nombreuses actions très diverses, et notamment certaines ayant un rapport avec la santé. Pouvez-vous nous raconter la dernière action en santé que l'association a menée ? »
Question 1	La deuxième question évoquait les relations en santé entre les usagers et les PDS. Au niveau associatif, la recherche de partenariat avec des PDS était explorée. Au niveau individuel, les relations individuelles avec les PDS étaient décrites. Exemple : « Lors de l'organisation d'une action en santé, vous avez parfois recours aux PDS du quartier. Comment faites-vous pour les contacter ? »
Question 2	La troisième question évoquait les représentations en santé des usagers. Lors des entretiens de groupe, il était préférentiellement cherché une représentation du système de santé. Lors des entretiens individuels, la représentation à partir d'une expérience individuelle était favorisée. Exemple : « Que pensez-vous de la façon dont vous êtes soignées à l'heure actuelle ? Les personnes qui s'occupent de votre santé répondent-elles à vos attentes ? »
Question 3	La quatrième question évoquait les attentes des usagers vis-à-vis des PDS. Lors des entretiens de groupe, l'accent était plus particulièrement mis sur les attentes vis-à-vis de la MSP. Lors des entretiens individuels la dimension individuelle de la relation soignant-soigné a plus été abordée. Exemple : « Selon vous, quels sont les éléments que les PDS pourraient changer afin d'améliorer l'accès à toutes ces choses qui font partie de la santé ? » Ou « En tant qu'association du quartier de Villejean, qu'attendez-vous de la part des PDS du quartier dans les années à venir ? »

Même si les auteurs de cette étude concluent principalement à la nécessité de création de comité d'usagers pour créer une interface, dont l'impact en santé publique le rend recommandé [32], avec la MSP, cette étude soulève aussi des aspects pratiques du quotidien de santé des patients, non retrouvés précédemment dans le bilan du CS3C probablement du fait des outils d'analyses utilisés. Ainsi, alors que le besoin d'accompagnement, l'adaptation des discours et le pragmatisme organisationnel sont sollicités par les interviewés pour répondre aux problématiques du quotidien, la coordination propre aux MSP n'est que très peu évoquée, très probablement par méconnaissance du système.

Cependant, avant d'étendre ces conclusions aux habitants de la QPV Narbonne Ouest, futurs patients de la MSP du quartier, plusieurs éléments viennent relativiser la situation :
- Il existe de fortes disparités sociodémographiques entre le QPV de Villejean et de Narbonne Ouest, notamment sur la proportion de CMUc, respectivement de 17,13% contre 34,3%. Ce point particulier peut donc être le reflet d'une population plus précaire

encore ou d'une meilleure prise en charge sociale des intervenants non médicaux du QPV Narbonne Ouest.
- L'objectif de cette étude dans le projet de santé de la MSP de Villejean était d'analyser la perception des usagers de la MSP et s'insérait temporellement comme la première évaluation d'une structure créée récemment. Le recrutement des patients par les soignants risque donc d'avoir été influencé par leurs bonnes relations, conduisant à une validation par les patients des projets déjà mis en place.
- Mais surtout, la présence des représentants des associations du quartier dans le recrutement des interviewés me semble être une force et une faiblesse. Ces personnes, engagées dans une mobilisation citoyenne forte, se sont très probablement positionnées en tant qu' « experts », risquant ainsi de décrocher du quotidien des patients pour se concentrer sur les cas les plus graves, ou pouvant leur poser des difficultés à résoudre, se rapprochant donc de l'avis des professionnels de la structure.

Nous avons donc observé que les populations des QPV présentent des caractéristiques spécifiques engendrant de probables besoins et attentes restant sans réponse, que patients et soignants ne définissent pas de la même manière la notion de Santé, ainsi que leur manque d'information au sujet des MSP. Enfin, les travaux réalisés sur ce sujet n'apportent pas toutes les réponses pour le projet de santé de la MSP du QPV Narbonne Ouest qui présente ses propres spécificités.

Cette thèse explore les attentes et besoins déclarés par les patients vivant dans un QPV Audois ou à proximité, quant à un projet de création de MSP. Il s'intègre dans l'analyse de terrain du projet de santé de la MSP de Narbonne Ouest et cherche à l'envisager sous un nouvel angle, dans le but d'influencer sa rédaction.
Ce travail a donc pour objectif de comprendre les attentes des habitants de ce quartier vis-à-vis de ce projet de MSP, avant sa création, de faire apparaitre des demandes de santé et des interactions avec l'environnement de cette MSP non envisagées par les professionnels de santé.

METHODES ET MOYENS

I - Type d'étude, population de l'étude et collection des données

Cette étude a été menée selon le principe des études qualitatives. L'exploration des attentes des interviewés a été pratiquée par la réalisation d'entretiens individuels. Toutes les personnes interrogées parlaient français et ont été recrutées dans le seul cabinet médical du quartier. Ils devaient de plus résider dans le zonage QPV ou à 500 mètres de ce zonage (Carte 1) [16]. Cette limite de 500 mètres a été choisie afin de représenter le bassin de recrutement naturel du cabinet, 500 mètres correspondant à 7'30 minutes de marche à pied chez un adulte sans troubles de la mobilité.
Ce recrutement des habitants du quartier avait pour objectif d'obtenir un échantillon varié en termes d'âge, de genre et de catégories socioprofessionnelles (CSP), en essayant de tendre vers une représentativité des différents profils d'âges et déterminants sociaux du quartier [6].

Tous les entretiens ont été réalisés dans le cabinet médical, à domicile ou un lieu public calme, au choix des personnes interviewées.
Etant le seul enquêteur dans le cadre de ce travail de thèse et l'un des médecins adjoints du cabinet médical quartier, il m'a été impossible de masquer ma fonction médicale auprès des personnes interviewées. J'ai cependant porté une attention particulière à indiquer aux patients que nos échanges durant ces entretiens ne modifieraient en aucun cas leur possibilité de suivi médical dans le cabinet.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données et ont été enregistrés par dictaphone.

II - Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré après une recherche bibliographique, la réalisation de deux entretiens exploratoires. Il avait pour objectif principal de recueillir les attentes des patients du QPV Narbonne Ouest. Les deux premières questions exploraient les représentations des interviewés sur la vie dans le quartier et la santé dans le quartier afin de pouvoir contextualiser les verbatims extraits des questions suivantes.

III - Analyse des données

Les entretiens ont été rendus anonymes et retranscrits intégralement sous le logiciel Word®, ainsi que les notes d'observations. Les verbatim des entretiens ont été extraits dans un tableau sous le logiciel Excel® pour être analysés et organisés en un arbre des thématiques.
Cette démarche a été répétée à plusieurs reprises de manière à proposer un arbre thématique homogène et cohérent, par le biais d'une démarche d'analyse thématique de contenu et regroupement en sous-thèmes et thèmes [33].

IV - Considérations réglementaires et crédibilité des données

La triangulation des sources (matériel audio et écrit) dans le processus d'analyse des données a été systématiquement réalisée. Les interviewés étaient volontaires et signaient un consentement libre et éclairé à l'enregistrement et à l'utilisation des données pour l'étude avant le début de l'entretien (Annexe 2). Une fiche de rappel du déroulé de l'étude (Annexe 3) et de transmission de mes coordonnées en cas de changement d'avis sur leur participation à l'étude était remise avant le début des entretiens.

Le comité de protection des personnes n'a pas été sollicité, conformément au travail d'analyse de C. RAT sur la loi Jardé [34].

RESULTATS

I - Caractéristiques générales des personnes interviewées

(Tableau 2)

Les entretiens se sont déroulés entre juin et août 2018 et ont concerné 8 personnes suivies dans le cabinet du QPV depuis 1 mois à 1 an (suivi médian : 10 mois).
Le groupe était composé de 3 hommes et 5 femmes dont l'âge médian était de 38 ans.
Les entretiens ont duré en moyenne 66 minutes et sont listés ci-dessous dans l'ordre de réalisation.

Tableau 2 - *Caractéristiques générales des patients interviewés*

ENTRETIEN	SEXE	ÂGE (ans)	DUREE (min)	PROFESSION
H1	H	28	98	Développeur informatique
H2	H	31	77	Employé technico-commercial
F1	F	31	53	Auxiliaire de vie (ancienne secrétaire médicale dans un centre mutualiste)
F2	F	29	75	Professeure des écoles
H3	H	72	36	Retraité (ancien viticulteur)
F3	F	72	65	Retraitée (ancienne infirmière)
F4	F	45	47	Sans emploi
F5	F	65	77	Secrétaire de mairie

H : Homme ; F : Femme

II - Caractéristiques sociogéographiques

(Tableau 3)

Tous les interviewés vivaient en moyenne depuis 9 ans dans le QPV ou à proximité et étaient suivi dans le cabinet ouvert dans le QPV 1 an auparavant depuis en moyenne 8,25 mois. Toutes les personnes interviewées vivaient dans le QPV ou à 500 mètres du cabinet si elles ne vivaient pas dans le QPV stricto sensu.

Tableau 3 - *Caractéristiques sociogéographiques des patients interviewés*

			VIE DANS LE QPV	
ENTRETIEN	**COUVERTURE SOCIALE**	**SUIVI AU CABINET**	**PERIODE**	**ELOIGNEMENT**
H1	ALD	6 mois	3 ans	200m
H2	RG + Mutuel	1 mois	4 ans	150m
F1	ALD	8 mois	27 ans	Intra QPV
F2	RG[1] + Mutuel	1 an	2 ans	400m
H3	ALD	1 an	2 ans	500m
F3	ALD	1 an	2 ans	500m
F4	CMUc	3 mois	13 ans	Intra QPV
F5	CMUc + ALD	1 an	19 ans	Intra QPV

ALD : Affection longue Durée ; CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire [36] ; RG : Régime général

III - Eléments de vie et expériences de santé

(Tableau 4 et 5)

Un peu plus d'1/3 des personnes interviewées étaient célibataires et l'une d'entre elles était en situation de famille monoparentale avec 1 enfant de 4 ans.

Environ 2/3 de ces personnes présentaient au moins 1 pathologie chronique et l'une d'entre elles était polypathologique. L'ensemble des interviewés avait côtoyé au moins 4 professionnels de santés différents, sans lien avec l'existence d'une pathologie chronique ou non. Sur le plan de la mobilité, seulement 3 personnes possédaient leur voiture propre, 4 autres la partageaient avec le reste de leur famille ou se faisaient transporter par leurs amis et 1 ne pouvait utiliser que le bus.

Tableau 4 - *Eléments de vie des patients interviewés*

ENTRETIEN	ENFANTS	Notes	VIE AFFECTIVE	MOYEN DE TRANSPORT PRINCIPAL
H1	0	-	En couple	Voiture
H2	0	Sa femme est enceinte	Marié	Voiture
F1	1	Enfant en bas âge (4ans)	Célibataire	Bus
F2	0	-	En couple	Voiture
H3	2	-	Célibataire	Voiture (partagée)
F3	3	2 enfants décédés	Célibataire	Voiture (partagée)
F4	3	1 jeune fils décédé, 1 fille anciennement obèse	Mariée	Amis (voiture)
F5	5	N'a plus de contacts avec ses enfants	En couple	Voiture (très partagée)

Tableau 5 - *Profils des expériences médicales des patients interviewés*

ENTRETIEN	PRINCIPALES PROFESSIONS COTOYEES	PATHOLOGIES	PATHOLOGIES CHEZ LES PROCHES
H1	MG, Pneumologue, Dentiste, IDE	Asthme	-
H2	MG, Ophtalmologue, Dentiste, Chirurgien plastique, Radiologue, IDE	-	-
F1	MG, IDE, Diabétologue, Ophtalmologue, Cardiologue, Podologue, ...	Diabète	Sa mère est diabétique de type 2
F2	MG, IDE, gynécologue, Médecin scolaire, Psychologue scolaire	-	-
H3	MG, IDE, Rhumatologue, Cardiologue, Dermatologue, Kinésithérapeute	Polypathologie *(Surtout pneumologique et rhumatologique)*	-
F3	MG, Interniste, Neurologue, Cardiologue, Ophtalmologue, Kinésithérapeute	Anévrysme cérébral	-
F4	MG, Cancérologue, IDE, Psychologue, Neurochirurgien, Kinésithérapeute	-	S'est occupée de son fils, décédé à 19 ans
F5	MG, IDE, Pneumologue, Dentiste, Podologue, Kinésithérapeute, Chirurgien	BPCO	Héberge sa belle-mère atteinte d'une démence sévère

Au final, le groupe présentait des profils variés :

- 1 femme jeune, active, en situation de famille monoparentale et avec une pathologie chronique.
- 1 femme jeune, active, sans enfant et sans pathologie chronique.
- 1 femme et 1 homme retraités dont l'un présentait une situation polypathologique et l'autre une pathologie chronique.
- 1 femme sans emploi et sans pathologie chronique mais avec une expérience de pathologie lourde chez l'un de ses enfants.
- 1 femme proche de la retraite, avec une pathologie chronique et une expérience encore en cours d'hébergement d'un proche dépendant.
- 1 homme jeune, actif, sans enfant, avec une pathologie chronique.
- 1 homme jeune, actif, en attente d'un enfant, sans pathologie chronique.

ANALYSE

Il m'a semblé important de débuter l'analyse par le vécu du soin dans le quartier par les habitants interviewés, afin de découvrir leurs perceptions de santé et ainsi mieux approcher les attentes évoquées.
Du fait de la diversité des thèmes évoqués, en lien avec les expériences de santé des habitants, de leurs pathologies et celles de leurs proches, j'ai surtout retenu ici les thèmes récurrents, marquants ou inattendus. Pour faciliter la lecture, les verbatim sont disponibles en annexes et cités de la façon suivante, séparé par un point-virgule en cas de changement de locuteur :

V (*verbatim*) numéro du verbatim – personne interviewée.

Les propos insultants, racistes ou pouvant permettre de reconnaitre certains individus ont été surlignés en noir afin d'être masqués au sein des verbatim.

I - Le vécu du soin dans le quartier

A. Une perception de la situation dépendante des éléments de vie

- L'influence du lieu de résidence

La notion de résidence intra-QPV est un facteur majeur de la perception d'accès au soin dans le quartier.
La perception de l'accès au soin est fortement influencée par le lieu de résidence. Ainsi, pour tous les habitants résidant au sein du QPV, elles sont extrêmement dégradées au point de décrire une situation d'absence de soignants (V16-F1 ; V15-F4).

> **« - Et qu'est-ce que vous pensez de la situation du quartier, en termes de soins en général ?**
> - En général ? Bah on a quoi ? On n'a rien ! Voilà on n'a rien du tout. Vous savez, on est 8 000 habitants je crois à Saint Jean Saint Pierre, alors on a rien du tout. Ça serait bien qu'il y ait quelque chose pour tous ces habitants. » *Verbatim 15 – F4*

Face à ce constat, l'arrivée d'un nouveau cabinet de médecine générale dans le quartier, environ 1 an auparavant, est accueillie favorablement (V11, 13, 24-F1 ; V9-F5 ; V9-H3). L'entretien avec F5 précise d'ailleurs le contexte : les départs à la retraite à la chaîne sont l'une des raisons qui poussent les habitants à cette perception dégradée de l'accès au soin dans le quartier.

« - Et vous pensez quoi de la situation du quartier toujours, mais en termes de soins ?
- Je suis ravie qu'il y ait tous les docteurs là. Voilà, parce qu'avant on était, on a eu M. C., il est parti à la retraite, donc lui c'était assez facile pour se garer. Après on a eu l'autre … Ah bah de toute façon depuis qu'on est là on a eu que des médecins qui sont partis à la retraite. Ah oui, on a eu J. quand on est arrivé ici, il est parti à la retraite. Bon. Non d'abord on avait G., il est parti à la retraite, on a pris J., qu'on a gardé 5 ans, il est parti à la retraite, de là on a pris … Euh … Comment il s'appelle ? C. ! Il est parti à la retraite. » *Verbatim 9 – F5*

Cette perception pousse même F1 à opposer la ville au quartier, décrivant une situation qui laisserait à penser que le quartier ne fait pas partie de la ville.

« C'est comme le centre de vaccination, c'est en ville ! » *Verbatim 36 – F1*

———

« Et vous vous trouvez que vous avez des difficultés ou des facilités en termes de soins dans le quartier ? Des choses qui sont faciles, des choses qui sont difficiles.
- Euh … bah moi par exemple dès que je veux prendre un RDV, eh bé c'est en ville je suis obligée de prendre le bus enfin voilà … » *Verbatim 18 – F1*

Les habitants péri-QPV présentent, pour la majorité d'entre eux, des avis opposés. Seule F2, qui ne réside pas dans le QPV, propose une analyse de la situation intermédiaire : elle partage le diagnostic des habitants du QPV (V9, 11– F2) mais n'en souffre pas car elle se déplace dans les quartiers proches pour ses demandes de soin (V12-F2).

Ainsi, H1, H2 et H3 ont une perception de l'accès au soin très positive (V4, 5, 7,11, 12 – H1 ; V4 – H2 ; V7 – H3) pour des raisons différentes.
En effet, H3, qui habite pourtant à proximité de F2, explique bénéficier des visites à domicile de son médecin traitant du nouveau cabinet du quartier, tandis que H1 et H2 résident en péri-QPV, sur le côté Est dont la facilité d'accès au centre-ville est bien plus grande du fait de l'organisation du réseau routier, raisonnement qui transparaît dans l'entretien avec H2.

« - D'accord. Et en termes de soins, de soins en général donc ça va plus loin que le médecin, vous pensez quoi de la situation du quartier ?
- Pour nous ça va. Maintenant pour les autres, je ne sais pas. Moi je sais que j'ai pas de problèmes, quand j'ai besoin d'être soigné : un coup de fil et en rentrant, il s'arrête. *(Rire commun) »*
(Il fait référence à son médecin traitant, qui est son voisin direct). *Verbatim 7 – H3*

« - Et sur le plan médical, tu penses quoi du quartier ?
- Sur le plan médical, je sais qu'on a, je sais pas si on se tourner vers eux, mais on a un médecin qui est un peu plus loin après le leader Price. Après sur le plan médical, l'hôpital est pas loin, la pharmacie elle est bien située aussi. Après sur le plan médical, y'a rien à dire sur le quartier quoi. »

Verbatim 4 – H2

- Donc c'est la proximité qui prévaut à ton sens ?
- Oui. D'être au cœur du centre-ville tu vois, d'être au cœur d'à peu près tout, pharmacie de proximité, que tout soit proche ...
- Cette proximité, c'est un élément qui t'apporte quoi ?
- J'allais dire utile ! Parce que "rassuré", je me sens pas encore en danger, donc on ne peut pas dire que je sois rassuré. Mais c'est cool, c'est bien. Donc ce n'est pas rassurant … enfin si c'est rassurant quand tu y penses, mais ce n'est pas la première chose que je pensais. C'est bien que ça ne soit pas loin. On peut vieillir ici, on peut rester 90 ans ! Je suis optimiste *(Rires communs)*.

Verbatim 12 – H1

F3 n'a pas verbalisé de perception sur l'accès au soin en général dans le quartier.

- <u>La perception de l'accès aux soins dans le quartier, reflet de la mobilité</u>

La mobilité semble être le facteur principal du vécu des habitants face à l'accès au soin. En effet, F1, F4 et F5 sont les personnes interviewées qui dressent le tableau le plus négatif de la situation et présentent la capacité de mobilité la plus faible, F1 n'ayant presque jamais accès à une voiture (Tableau 4) (V12, 18, 19, 21, 22, 23, 28-F1). Elle décrit même une situation aggravée par sa condition de famille monoparentale (Tableau 4) :

« Moi dès que je me déplace je galère parce que j'ai un enfant de 4 ans. Il faut que je coure à droite à gauche prendre le bus, il passe toutes les 20 minutes et encore s'il passe toutes les 20 minutes parce qu'on est dans une petite ville donc le bus est tout le temps en retard. » *Verbatim 19– F1*

Cette perception est ainsi logiquement inversée chez F2, H1, H2 et H3 qui ont un accès à une voiture individuelle, et avec un besoin théorique de soins moins marqué pour F2, H1 et H2, (Tableau 5), comme l'explique clairement F2 (V12, 16-F2) :

« - D'accord. Et du coup cette situation en terme de soins, tu la vis comment ?
- Bah moi ça va parce que je suis véhiculé donc peu importe, je me déplace. »

Verbatim 12– F2

B. Perception et diagnostic de la situation, des éléments divergents

- Un diagnostic des problèmes et des facilités partagés

Malgré la forte disparité de perception de la situation d'accès au soin entre les résidents du QPV et ceux en périphérie, le constat est partagé sur plusieurs points.

Ainsi, l'arrivée du nouveau cabinet de médecins généralistes est spontanément décrite comme un soulagement par plus d'un tiers des personnes, indépendamment de leur zone de résidence (V11, 13, 24, 26-F1 ; V9-F5 ; V9-H3).

> « Heureusement que vous êtes venus franchement parce que moi un généraliste j'en ai besoin, je suis diabétique donc tous les 3 mois voir le diabéto ça me suffit pas il me faut des médicaments entre. Voilà donc même un cathéter qui tombe il m'en faut un autre d'urgence donc voilà quoi. Moi il me fallait des généralistes moi ça tombe à pic ! » *Verbatim 13– F1*

À ce titre, la possibilité de prise de rendez-vous en ligne a été considérée comme un élément facilitant (V14, 25-F1 ; 10-F5) par deux tiers des personnes vivant dans le QPV, les autres n'ayant pas évoqué ce thème. Une nouvelle fois, cet élément est à confronter à la mobilité plus difficile des habitants du QPV. Il s'agit d'ailleurs de la seule différence de diagnostic entre les habitants intra et péri-QPV.

Concernant les pharmacies, la moitié des personnes interviewées les ont évoquées comme un facteur facilitant (V10-F2 ; V27-F4 ; V11-F5 ; V6, 10-H1) indépendamment de leur zone de résidence, de par leur nombre ou la possibilité de dépannage qu'elles représentent. En effet, il existe 2 pharmacies accessibles à pied depuis le centre du QPV (Carte 1).

Il existe aussi un constat commun sur l'accessibilité des visites à domicile des médecins généralistes (V19, 24-F3 ; V28-F4 ; V10-H3). Ainsi, du fait de leurs expériences précédentes, les personnes âgées (F3 et H3) et F4, qui a vécu l'hospitalisation à domicile de son jeune fils, décrivent la difficulté d'obtention d'une visite du médecin généraliste.

> « Avant le médecin généraliste il était le médecin de famille, bon, ça voulait dire ce que ça voulait dire, ça portait bien son nom. Il avait pas peur de venir à midi, à 1h, il était en pleine communion, il venait tout ça, moi je l'ai connu ça quand j'étais gamine. Bon maintenant les médecins … Bon il y a peut-être beaucoup plus de malades aussi qu'avant hein. Je pense qu'il n'accepterait plus d'être dérangé par exemple pendant le repas s'il n'est pas de garde. Faut aussi respecter la vie de famille. Y'a le bon et le mauvais. » *Verbatim 19 – F3*

Le nombre d'infirmières (V16-F3 ; V17, 19-F4) et le délai de prise en charge en kinésithérapie (V25-F3 ; V16-F4) sont aussi considérés comme problématiques, indépendamment du lieu de résidence en intra ou péri-QPV. Seul H3 évoque le remplacement des infirmières libérales pour les prises de sang à domicile par les laboratoires comme une situation acceptable (V8-H3).

Elément surprenant, seule F4 a évoqué la difficulté financière pour l'accès au soin, et uniquement dans le cadre des soins non remboursés comme ceux de psychothérapie (V22, 23-F4).

- Des techniques de compensation pas toujours suffisantes

La perception, de bonne qualité ou dégradée, de l'accès au soin des habitants du quartier étant liée aux problématiques rencontrées au quotidien, les techniques de compensation mises en places sont diverses. Même si relever ces éléments n'est pas le but de ce travail, il m'a semblé important de faire apparaitre ici la nature imparfaite de l'accès au soin même pour ceux ayant la meilleure perception de la situation, afin d'approcher la complexité de la réalité de l'accès au soin pour ces habitants.
Ainsi, presque toutes les personnes interviewées, même celles décrivant une situation facilitée, relativisent ce même accès, renforçant ainsi le diagnostic partagé de l'accès aux soins.

Sur la question des transports, F1, jeune femme diabétique sans permis de conduire et n'ayant presque jamais accès à une voiture, décrit la complexité de l'utilisation des transports en commun pour ses besoins de santé :

> « Ici y'a beaucoup de maghrébins, y'a beaucoup de personnes qui viennent de l'étranger, y'a beaucoup de turcs, de … voilà quoi. Faut prendre le bus, la perte de temps ! Les vendredis je vous raconte pas les bouchons et là l'été qui arrive ça va être encore pire avec la plage. » *Verbatim 22 – F1*

F3, ancienne infirmière de 73 ans, explique sa nécessité de prise de sang à domicile régulièrement dans le cadre de son suivi. Les infirmières ne se déplaçant plus à son domicile pour ces soins, elle décrit la mise en place de vacation à domicile par les laboratoires. Cependant, ce système de compensation induit selon elle une perte de contact dans la relation (V17, 18-F3) pour des raisons de productivité, élément qui lui a toujours semblé très important dans sa profession, insistant par la suite sur ce point hors micro.

« Et les laboratoires viennent mais si vous voulez y'a pas le même contact, les laboratoires c'est à la chaîne. Alors " Vite, vite je me dépêche. Vite, vite je me dépêche. ", et au bout d'un moment il n'y a plus aucun contact. » *Verbatim 17 – F3*

Sur l'accès au premier rendez-vous chez un médecin généraliste pour un nouvel arrivant, que H2 évoque spontanément comme une expérience partagée avec sa femme, il relativise sa perception d'un accès au soin facile dans le quartier, malgré son réflexe d'élargir la zone de recherche d'un médecin :

« **- D'accord. Et tu as des difficultés ou des facilités dans le quartier sur le soin justement ?**
- Alors, sur le plan du soin non. Après c'est juste que sur Narbonne c'est très compliqué pour avoir un rendez-vous chez les médecins quand on est nouvel arrivant dans la ville si on connait pas quelqu'un. Parce que la ville est tellement petite et je pense qu'il y a très peu de médecins que quand tu demandes un rendez-vous, c'est pas avant 3 mois sur certains. Avant d'avoir trouvé le Dr. M. par exemple, j'avais des rendez-vous à 3 mois quand j'ai fait 5 médecins …
- Chez tous types de médecins ?
- Non essentiellement des médecins généralistes. Essentiellement des médecins généralistes. Et Camille c'est pareille, pour tout ce qui est … Je crois que c'était … Camille aussi elle a eu pas mal d'attente sur un médecin» *Verbatim 5 – H2*

Ainsi, malgré un diagnostic des problèmes et facilités d'accès au soin partagé entre les habitants du QPV et péri-QPV, ceux vivant dans le zonage administratif décrivent un vécu de la situation bien plus dégradé.

II - Les attentes d'accès aux soins

A. Les besoins humains dans le quartier

Les réponses sur les attentes d'amélioration d'accès au soin dans le quartier ont été principalement axées sur le besoin de médecins dans le quartier, surtout sur ceux accessibles sans orientation du médecin traitant ou d'usage courant.
Ces réponses ont été une nouvelle fois souvent influencées par le lieu de résidence, la mobilité ou les expériences de santé des personnes interviewées.

- Les médecins d'usage courant

Ainsi, *la gynécologie* a été la demande la plus forte, évoquée par les deux tiers des femmes jeunes interviewées, soit la moitié des femmes de l'étude (V35-F1 ; V27, 30, 32-F2). Les hommes interrogés et les femmes les plus âgées du groupe ne l'ont pas évoqué.

La seconde demande la plus fréquente dans cette thématique a été logiquement le *médecin généraliste* (V35-F1 ; V37, 30-F2). Son évocation, clairement formulée en tant que besoin, est renforcée par le sentiment de soulagement provoqué par la création du cabinet de médecin généraliste un an auparavant décrit par un tiers des personnes, comme vu précédemment (V11, 13, 24, 26-F1 ; V9-F5 ; V9-H3). Cet argument est d'ailleurs renforcé par le fait que cette attente ait pu déjà trouver une réponse avec l'implantation de ce cabinet, et ne soit donc plus formulée.

Pour sa part, *l'ophtalmologie* a été évoquée par presque toutes les personnes vivant dans le QPV (V16, 35, 53-F1 ; V50-F4). Cela peut s'expliquer par l'éloignement géographique des ophtalmologues qui sont implantés dans le centre-ville et de l'autre côté de la ville, les rendant difficilement accessible sans voiture depuis le quartier.

- Les autres médecins

De nombreuses autres spécialités médicales ont été évoquées sans qu'une redondance ne puisse être trouvée entre les différentes interviews.
F1 a été la principale personne à étendre la liste des médecins nécessaires dans le quartier, en lien avec ses besoins.
Ainsi, elle a évoqué le *pédiatre* (V35, 36-F1) probablement en lien avec son enfant en bas âge (Tableau 4), le *cardiologue* (V16-F1) possiblement du fait du suivi cardiologique régulier dont elle a besoin.

F1 a aussi ajouté le *dermatologue* (V16, 35-F1). Sur cette question, l'éloignement peut une nouvelle fois être l'une des raisons de son évocation, les rares dermatologues de la ville étant situés, eux aussi, en centre-ville ou de l'autre côté de la ville.

À cette liste de médecins, F4 a évoqué le *nutritionniste* (V41, 42-F4), en lien avec l'expérience d'une de ses filles.

- <u>Les autres professions de santé</u>

L'*accès au dentiste* a été évoqué comme problématique par un quart des personnes (V41, 42, 53-F1 ; V30-F2), indépendamment du lieu de résidence. Ceci est à mettre en lien avec le départ du seul dentiste accessible facilement à pied depuis le quartier.

« - Donc dans l'idéal, ce que vous m'avez évoqué …
(Elle m'interrompt)
- Ah ! Ce qui manque ! Je sais ! Y'a un dentiste qui vient de partir. Enfin, qui vient d'avoir un cancer … ma mère elle était suivi par lui donc il est parti il a été remplacé au début. Moi j'ai été chez lui parce que j'ai eu une carie et là il a plus été remplacé. Donc là on est un peu dans la mouise. On va dire que … Moi si je veux faire un contrôle des dents, eh bé pour prendre rdv c'est la galère ! 2 mois d'attente ! Moi je trouve pas ça normal. Un dentiste aussi ça serait bien ! Moi le centre médical où je travaillais, il y avait une moitié dentiste, une moitié praticiens et franchement c'était au top. » *Verbatim 41 – F1*

Comme vu précédemment, seul H3 n'a pas considéré les *infirmières libérales à domicile* comme un besoin (V8-H3). Cependant, plus tard durant l'entretien, malgré l'impression dégagée de se contenter de la situation, il verbalise son souhait que des prises de sang soient réalisées dans la MSP car les infirmières ne se déplacent plus.

« En tous cas, ce que vous me dîtes c'est que la possibilité de réaliser les prises de sang dans la maison de santé ça serait une bonne chose ?
- Bah oui ! Parce que là ici les infirmières elles ne se déplacent plus. Je ne sais pas si vous êtes au courant ?
- Si, un petit peu.
- Bon eh bien elles veulent plus se déplacer. Une fois il a fallu faire une prise de sang, on a appelé les infirmières qu'il y a à côté de la poste : " Ah non, non on se déplace pas. ". C'était trop loin. »

Verbatim 23 – H3

Ainsi, la disponibilité des infirmières libérales a été considérée comme insuffisante dans le quartier par la moitié des personnes interviewées (V16-F3 ; V17, 19-F4 ; V19-F5, V23-H3), indépendamment de leur lieu de vie par rapport au QPV. F4 le verbalise d'ailleurs clairement :

> **« - Et donc les infirmières y'en a pas ?**
> - Non, y'en a pas assez.
> **- Pas assez ?**
> - Y'a pas assez. Ce n'est pas qu'il n'y en a pas, c'est qu'il n'y en a pas assez. C'est différent. Il en faut un peu plus. »
>
> *Verbatim 19 – F4*

De la même manière que précédemment, F1 a évoqué l'*orthophoniste* (V52-F1) comme un besoin pour le quartier, probablement en lien avec son enfant en bas âge (Tableau 4). Il est à noter cependant, que les orthophonistes, dont 2 sont implantées dans le quartier, ont été décrites comme débordées et non pas absentes du quartier.

Enfin, seule F3 a considéré les *délais de kinésithérapie* comme trop longs (V25-F3).

À cette liste de professionnels de santé, F4 a été la seule à ajouter *l'assistante sociale* (V49-F4) comme un besoin, malgré la présence de permanences dans le quartier. Cependant, son discours était axé sur la nécessité de la présence d'un professionnel de ce type dans l'équipe de la future maison de santé, et non sur leur manque dans le quartier.

B. L'aspect matériel

Les attentes matérielles pour l'accès au soin ont été peu nombreuses en dehors de recommandations d'ordre général et d'installations fréquemment utilisées ou bien identifiées. Sur ce thème, il n'existe pas de fracture entre les habitants intra et péri-QPV. On distingue ainsi 3 axes :

- <u>La rééducation : une balnéothérapie</u>

Plus d'un tiers des personnes interrogées ont évoqué une attente liée à la rééducation, sur le plan matériel (V21, 58-F3 ; V14-F5 ; V11, 12, 22-H3). Assez logiquement, les personnes demandeuses sur ce thème étaient les plus âgées et souhaitaient surtout l'arrivée d'une balnéothérapie associée à un centre de kinésithérapie, via la MSP, dans le quartier.

« **- Y'a rien qui permettrait de faire les choses mieux ? Je ne sais pas ?**
- Bah disons que ce serait chouette si dans votre futur centre, vous faisiez un cabinet de kinésithérapie avec piscine et tout le tralala, je n'aurais pas besoin d'aller loin. (Rire) »

Verbatim 11 – H3

- <u>L'imagerie</u>

Elément intéressant, un quart des personnes, sans lien avec leurs lieux de vie ou d'âge, ont souhaité la création d'un centre d'imagerie au sein même du quartier (V22, 23, 60-F3 ; V36-F4). La raison principale évoquée était les délais de rendez-vous pour l'accès à l'imagerie.

« Vous voyez ce que je voudrais bien dans le centre médical c'est pour faire des radios standards. Ça, ça aurait été bien parce que tous les médecins vous savez les lire maintenant les standards. Vous savez les lire. Ne me dîtes pas que non, vous savez les lire. » *Verbatim 22 – F3*

———

« Mais c'est vrai que peut-être que ça désengorgerait les radios de Narbonne qu'on attend des semaines pour avoir un rdv. Pour une simple radio. C'est vrai que dans un cabinet médical, ça serait bien d'avoir un appareil, le standard, ordinaire. Moi je trouve que ça serait bien ça. »

Verbatim 23 – F3

- <u>Des locaux fonctionnels</u>

Cet aspect des attentes des personnes interviewées a transpiré durant l'ensemble des entretiens. Sans être une demande formulée toujours explicitement, et sans être décrite très directement, la question de l'aspect pratique des locaux a très souvent été considérée comme un élément basique ou évident mais nécessaire.
Ainsi, F2 et F4 l'ont évoqué de manière plus équivoque que les autres (V33, 34, 35-F2 ; V51-F4) sous la forme de recommandations d'ordre général :

« **- T'en attends quoi de ces locaux ?**
- Bah là en sachant que ça va être une maison neuve … que ça soit … Après en tant que patient, le critère numéro 1 c'est la propreté; Mais je ne sais pas après. Je sais pas : propre, fonctionnel »

Verbatim 34 – F2

<u>Note</u> : Hors micro, elle évoque le besoin d'adapter le bâtiment de la MSP aux fauteuils roulants. Elle parle de la vie de son fils qui a eu beaucoup de mal à se déplacer durant la période où il était en fauteuil. Elle conclut simplement : " y'a rien pour les fauteuils roulants". *Verbatim 51 – F4*

C. Le rôle de l'équipe de la MSP dans l'accès au soin

Cet aspect de mon travail est apparu très majoritairement durant les réponses aux dernières questions de l'entretien (Annexe 1). Ces questions étaient axées sur l'idée d'équipe ou de lien entre les soignants. Pour les quelques verbatims utilisés sans provenir de cette partie de l'entretien, la notion d'équipe ou de lien était clairement évoquée par les personnes elles-mêmes.

- <u>Des prises de sang sur place, par les infirmières</u>

Après le constat posé précédemment, il n'est pas surprenant que la moitié des personnes interrogées évoquent cette attente. Il a été ainsi très clairement demandé que l'équipe organise des permanences d'infirmières dans la Maison de Santé (V54-F1 ; V50, 51-F3 ; V19, 20-F5 ; V22, 23-H3), surtout pour la réalisation de prises de sang (V54-F1 ; V51-F3 ; V20-F5 ; V23-H3), et parfois dans une logique de coordination médecin – infirmière (V19, 20-F5).

« **- Et selon vous, sur quoi devraient se concentrer les travaux de l'équipe ? Qu'est-ce qui est prioritaire ?**
- Médecins, infirmières. Les kinés ça passe après.
- Ça passe après ?
- Oui, pour moi oui. C'est les médecins, si t'es malade, qu'ils aient une infirmière à te dire sur place : "Bah voilà, je vous envoie l'infirmière là.".
- Sur place ?
- Oui, sur place. Voilà. Un médecin il peut te dire " Bah voilà j'ai une infirmière, là, qui peut venir, il y a pas de soucis, pas de soucis.".
- Qui peut venir chez vous ?
- Voilà. Chez nous ou qu'on aille là-bas, sur place. Voilà. » *Verbatim 19 – F5*

- <u>Raccourcir les délais de rendez-vous de soin</u>

Les contextes et les soignants évoqués ont été très polymorphes (médecin généralistes, autres spécialistes, kinésithérapeutes et infirmières …) mais une idée commune s'est dégagée de ces verbatims : l'équipe de la MSP doit organiser la diminution du délai de rendez-vous de soin (V17, 37, 38-F1 ; V58, 60-F3 ; V18-F5), comme le verbalise F3 en employant le temps du présent pour dire le futur :

« Déjà le contact des gens en sortant du médecin : la même maison, médecin, kiné, et si plus tard un centre de radiologie, mais ils peuvent pas mettre un scanner, mais déjà ne serait-ce que pour une radio des poumons hein, vous toussez, vous l'envoyez en ville, si c'est de suite c'est énorme ! C'est énorme. Et je vous assure que c'est vrai. C'est énorme ! L'infirmière sur place à côté "Tiens, vous avez trop mal. Je vous marque ça, vous allez à la pharmacie." Elle est pas loin la pharmacie hein, elle sera pas loin encore, " l'infirmière est là, elle va vous piquer." Vous vous rendez compte que vont gagner les médecins et les malades ? Vous vous rendez compte le temps que les médecins gagnent et les malades ? C'est incroyable hein ! C'est incroyable.» *Verbatim 60 – F3*

La thématique du gain de temps a été très importante durant tous les entretiens, au point de justifier d'ailleurs un axe à part entière sur la temporalité du soin, comme nous le verrons plus loin. Malgré cela, j'ai fait le choix d'afficher une rubrique dans cette partie sur ce thème car la notion d'accès au soin et de rôle de l'équipe y est très prégnante. Ici, c'est bien à une équipe que l'on demande de prendre en charge cette problématique.
C'est ce que fait F3 dans cet extrait : à la suite d'une discussion sur la problématique des délais de rendez-vous avant d'accéder au soin (V58-F3), elle construit un lien entre le médecin et le kinésithérapeute (V59-F3) qui permettrait de raccourcir ce délai, puis l'étend à d'autres soignants (V60-F3). Ce délai raccourci est ici traduit par les formulations répétées « C'est énorme ! » et « C'est incroyable. » comme dans le verbatim 59.
Pour sa part, F1 fait ici (V17-F1) un lien direct avec une de ses expériences professionnelles de secrétaire médicale dans un centre mutualiste (Tableau 2) où elle semble avoir observé des exemples d'organisation entre professionnels, comme elle l'a verbalisé dans la suite de l'entretien (V41, 54-F1).

- <u>Maintenir les visites à domicile pour les personnes âgées, par les médecins</u>

Sans surprise, d'autant plus qu'il existe, comme vu précédemment, un consensus sur la difficulté d'obtention d'une visite du médecin, ce sont les personnes âgées ou celles ayant une personne âgée à charge qui ont évoqué la nécessité de maintenir ce système (V43-F3 ; V18-F5). Il est ainsi considéré comme normal, voir nécessaire, que le médecin se déplace auprès du patient, quand le patient n'est plus en capacité de le faire, comme l'explique F3.

« Je pense que la médecine nouvelle elle est bien parce que vous allez plus vous déplacer pour rien. Parce qu'on vous aura 1 fois, on vous dira "Ma fille a ceci" et qu'elle a rien la première fois vous irez pas voir 2 fois. Mais une chose est certaine, les personnes âgées vous serez quand même obligés d'y aller, ils pourront pas se déplacer.» *Verbatim 43 – F3*

J'ai fait le choix de faire apparaitre ce thème dans la rubrique du rôle de l'équipe pour l'accès au soin, car les réponses ont toutes été engendrées par la question n°5 « Dans ce contexte, comment cette équipe pourrait vous aider ? ». Ainsi, lorsqu'il a été demandé aux habitants d'envisager une organisation du soin différente, en équipe, un de leurs réflexes a été de préciser qu'il était nécessaire de conserver ce système de visite. Il s'agit donc d'un des rôles de l'équipe.

- S'implanter dans le quartier

Un dernier rôle a été attribué à l'équipe dans l'accès au soin : s'implanter au sein même du quartier. F1 a été la seule à répéter à plusieurs reprises et très explicitement la nécessité de s'implanter dans le quartier, sous forme de validation à postériori du lieu d'implantation du projet de MSP (V26, 27, 40, 53-F1). Cependant, le soulagement décrit par plus d'un tiers des interviewés (V11, 13, 24, 26-F1 ; V9-F5 ; V9-H3) renforce cette idée, d'autant plus que l'évocation de ce soulagement est la plupart du temps associé à un discours sur la difficulté de l'accès au médecin généraliste avant l'arrivée du nouveau cabinet. Ce soulagement peut de plus avoir masqué la formulation explicite de la nécessité de s'implanter dans le quartier, puisqu'aujourd'hui ce cabinet est acquis. Cette position est d'ailleurs consolidée par la problématique de mobilité qui concerne une large partie des habitants du QPV.

« Après voilà et que vous soyez au quartier ! Ça c'est important ! » *Verbatim 26 – F1*

« En plus vous avez bien trouvé la place, je pense que c'est bon. La place elle est impeccable. Y'a des places de parking, c'est au centre du quartier c'est facile. C'est top.» *Verbatim 53 – F1*

Ainsi, il m'a semblé nécessaire d'ajouter ce thème, même si son apparition dans l'arbre thématique peut-être discuté du fait de l'absence de récurrence explicite de cette idée chez les autres personnes interviewées.

D. L'accès au soin et l'autonomie

L'autonomie face au soin a été invoquée par un grand nombre de personnes, avec un fort tropisme pour les plus jeunes. Cette autonomie s'organise en 2 champs : la gestion du

quotidien et l'autonomie dans la prise de décision.

- L'autonomie de gestion du quotidien

Cette autonomie de gestion est très fortement axée sur la possibilité de prendre seul son rendez-vous, en passant par internet (V14, 25-F1 ; V10-F5) et est sollicitée par les personnes à la mobilité la plus réduite.
À cela, F1 introduit la notion d'autonomie médicamenteuse (V34-F1) afin de pouvoir gérer son quotidien :

> « **- Ça correspondait quand même à ce que vous attendiez la façon dont ça c'est conclu la consultation ?**
> - Ouais bé … Franchement je voulais des médicaments en plus parce que moi j'aime bien avoir ma pharmacie. Enfin moi quand je chope une gastro presque je suis hospitalisée. Moi je suis diabétique, je suis fragile, je sais comment je suis. [...] Moi si je demande de marquer quelque chose chez le docteur c'est que j'aime bien avoir mes médicaments, j'aime bien avoir une liste, une base donc c'est tout. Au cas où on n'en sait rien ! Voilà..» *Verbatim 34 – F1*

Cependant, F3, ancienne infirmière à la retraite, se positionne en désaccord sur ce principe d'autonomie médicamenteuse, considérant que ce n'est pas le rôle du patient :

> « Et puis aussi les gens qui arrêtent de distribuer des comprimés aux uns et aux autres. Parce que vous avez des patients, le mari à mal à la tête "Tiens, prends ça.", mais lui il lui en faut pas de ça, parce qu'il peut avoir autre chose qu'il faut pas. Moi il me dit "Prends un comprimé pour le dos.", j'appelle R[redacted], déjà l'Humira, et puis il peut lui aller bien à lui et pas à moi. (*Son ami, qui est resté en retrait dans la cuisine durant tout l'entretien, proteste en silence et rigole*) Non mais je te fais pas un reproche ! Pas à moi. Pas à moi. Et ça aussi, il faut que les gens comprennent tout ça. Il y a des médecins ! Les médecins sont là. Et c'est pas à nous de jouer au médecin, ni aux couples ni rien. »
> *Verbatim 61 – F3*

Devant ce désaccord, très probablement influencé par l'ancien lien hiérarchique de F3, il n'a donc pas été possible de créer un thème « L'aide à l'autonomie du quotidien », néanmoins il existe une attente autour de l'autonomie de gestion du quotidien, pour son contrôle ou son soutien.

- L'autonomie de prise de décision

Durant les entretiens de F4 et H1 est apparue une attente autour de l'autonomie du patient dans les prises de décisions (V32, 34-F4 ; V17, 19-H1). Plusieurs exemples ont été ainsi formulés :

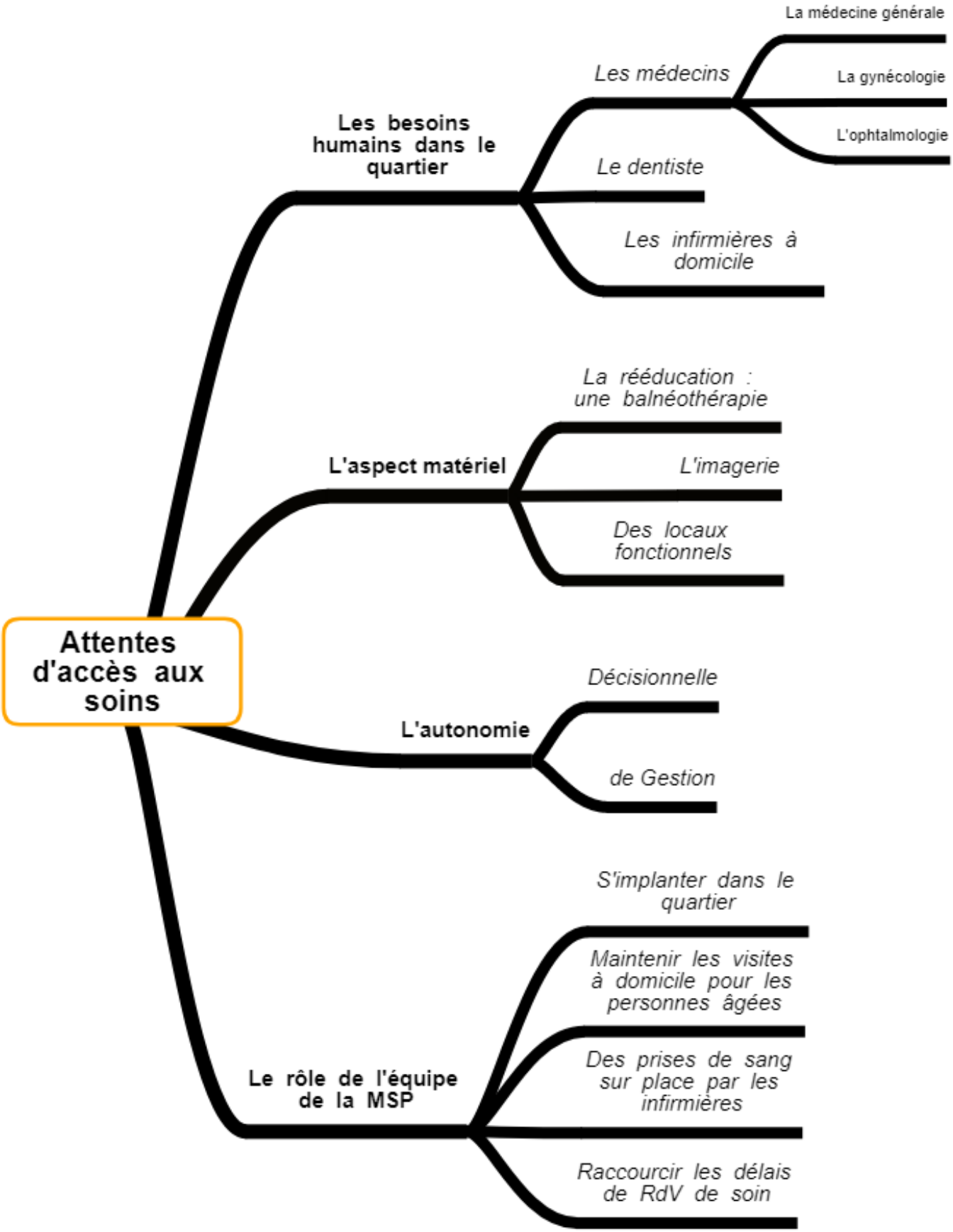
le besoin de comprendre les processus pathologiques se déclenchant et celui d'impliquer les parents d'un enfant en cas de découverte d'une pathologie grave, en l'occurrence ici une leucémie. Mais au travers de ces exemples, c'est bien une demande d'implication plus importante du patient dans la prise de décision qui a été formulée.

« **- Vous auriez voulu que ça se passe comment ?**
- En réunion avec le papa, la maman et me le dire, et le petit qui est concerné aussi. Peut-être ils auraient pu me demander mon avis : "est-ce qu'on peut le lui dire ou pas ?", parce qu'il était mineur à cette époque-là. On aurait pu lui dire autrement, pas lui dire : "voilà t'es en fin de vie, tu vas mourir demain." mais " voilà tu as ça, tu as ça ". Expliquer qu'est-ce qu'on pourrait faire, qu'est-ce qu'on va faire. Voilà. Vous savez, on était débutant dans le cancer, on savait pas !» *Verbatim 33 – F4*

« **- Si tu as des exemples en tête tu peux en donner hein.**
- Ouais ouais. Par exemple, c'est peut-être pas un truc que j'aurais eu avant mais que maintenant j'aurai plus … Par exemple pour la maladie de la mère de Julie, ils ont tout le temps reformulé ce que disait le docteur. Donc ça a permis de vraiment bien comprendre ce qui se passait. Et ça a permis surtout de rassurer. Donc dans ce cas-là tu vas un peu mieux, tu participes à ton rétablissement. Donc je pense que c'est quelque chose, face à une équipe, encore plus importante sur les vrais sujets graves, qui sont fondamentales en fait. » *Verbatim 19 – H1*

De manière plus synthétique, l'arbre thématique intermédiaire suivant (*figure 1*) propose une vue d'ensemble des attentes sur le plan de l'accès au soin.

Figure 1 – *Arbre thématique intermédiaire des attentes d'accès aux soins*



III - Les attentes relationnelles

Ce travail n'avait pas pour but de recueillir spécifiquement les attentes relationnelles entre patients et soignants, sujet largement spécifiquement exploré par la littérature. Cependant, et assez logiquement, les personnes interviewées ont témoigné de certaines attentes sur le plan relationnel. Certaines étant inattendues, il m'a donc semblé important d'analyser et d'organiser l'ensemble des attentes relationnelles évoquées.

A. Avec le médecin généraliste traitant

- La disponibilité du médecin généraliste traitant

Sur ce point, *l'importance de la capacité d'écoute du médecin généraliste* a été évoquée par un quart des personnes (V27, 28, 29, 30, 54-F3 ; V8, 19-H1). Cette notion a même été transférée sur un des rôles de l'équipe par H1 (V19, 20-H1), sans qu'une redondance de ce thème n'ait pu être retrouvée durant les autres entretiens.

L'autre élément sur lequel on peut retrouver un recoupement durant les entretiens est la demande de *disponibilité, physique ou intellectuelle, dans les situations graves* (V28, 29-F4 ; V9, 19-H1). Si H1 témoigne d'une situation chez un proche où il apprécié cette disponibilité, F4 pour sa part regrette cette disponibilité qu'elle n'a pas pu trouver chez son médecin traitant.

Ces aspects de la relation avec le médecin traitant ont été évoqués par des personnes âgées comme jeunes, dans le QPV ou à la périphérie mais ayant tous une pathologie chronique ou une expérience d'une situation médicale lourde dans leur entourage proche.

- Le statut de médecin généraliste traitant

Plusieurs personnes ont évoqué la question du *statut de médecin de famille ou non* du médecin généraliste traitant. Cet élément était important à traiter, car selon l'opinion sur le sujet, des responsabilités spécifiques incombaient au médecin de famille. Il existait ainsi une divergence d'opinion :

- F4, vivant dans le QPV (Tableau3), explique en retraçant l'histoire de son fils, que pour elle, le médecin traitant est le médecin de famille, voir un membre de la famille (V30-F4) :

> « C'est le médecin de famille quand même. Le médecin de famille, chez nous, il boit le café et tout ça. Pour moi c'est la famille. Alors d'un seul coup, comment on l'appelle si c'est pas le médecin de famille ? »
>
> *Verbatim 30 – F4*

Elle décrit par la suite sa déception face au non-respect des obligations qu'elle accorde au médecin de famille :

> « **- Vous attendiez qu'il appelle pour prendre des nouvelles, c'est ça ?**
> - Ouais il aurait dû ! Il a même pas pris après, et pourtant il recevait tous ses comptes rendus. Même pas un appel et ça par contre … C'est beau d'être patient d'un médecin mais que derrière il n'y a pas de suivi … » *suite du Verbatim 30 – F4*

- Sur la même question, F3 a un avis catégorique et divergent : le médecin de famille n'existe plus car les médecins n'acceptent plus d'être disponibles en permanence.

> « Avant le médecin généraliste il était le médecin de famille, bon, ça voulait dire ce que ça voulait dire, ça portait bien son nom. Il avait pas peur de venir à midi, à 1h, il était en pleine communion, il venait tout ça, moi je l'ai connu ça quand j'étais gamine. Bon maintenant les médecins … Bon il y a peut-être beaucoup plus de malades aussi qu'avant hein. Je pense qu'il n'accepterait plus d'être dérangé par exemple pendant le repas s'il n'est pas de garde. Faut aussi respecter la vie de famille. Y'a le bon et le mauvais.» *Verbatim 19 – F3*

N'ayant ainsi pas de consensus, mais devant un questionnement proposé par plusieurs personnes, il m'a semblé nécessaire d'ajouter un thème intitulé : médecin de famille ?

Sur la question du statut du médecin traitant vis-à-vis de la prise en charge, il existe un consensus partagé par plus d'un tiers des personnes interrogées : le médecin généraliste traitant est le *pivot de la prise en charge du patient* (V47-F1 ; V15-F2 ; V38-F4). Cet élément conforte ainsi le rôle institutionnel que joue le médecin traitant dans le système de santé.

> « Le généraliste il est à la tête de tout. C'est vous. Après ça part de chez vous tous ces médecins.
> **- Et qu'est-ce que ça veut dire c'est nous la tête, c'est nous les médecins généralistes la tête ?**
> - Le généraliste, le but c'est quoi ? Quand on va voir un généraliste, c'est lui qui va voir ce qu'on a, après il nous dit : "voilà, moi je soupçonne ça, je préfère vous envoyer là. " C'est ça. »
> *Verbatim 38 – F4*

B. La communication de l'équipe de la MSP

Il s'agit, pour ma part, d'une des rubriques surprenantes dans ce travail d'analyse. La quasi-totalité des personnes interviewées ont verbalisé des demandes relationnelles pensées sur l'ensemble d'une potentielle équipe de soignants et sous diverses formes, pour lesquelles on peut retenir deux grandes catégories.

- Une équipe qui doit interagir avec les habitants du quartier

Même si sa traduction concrète peut prendre plusieurs formes, il existe une demande forte, partagée par la moitié des personnes interrogées de pouvoir interagir avec l'équipe de la maison de santé (V60, 66-F2 ; V46, 47, 48-F4 ; V20-H1 ; V14-H3).

Ainsi, si F4 propose d'organiser des réunions formelles sur le projet de MSP pour informer les habitants (V46, 47, 48-F4), F2 envisage le même système sur un plus long terme et dans un objectif de prévention (V60, 66-F2). H1 évoque la nécessité de pouvoir discuter avec l'ensemble de l'équipe (V20-H1), se rapprochant ainsi de la demande de F4, tandis que H3 souhaite que l'opinion des patients de la structure puisse être prise en compte par l'équipe pour corriger les problématiques remontées (V14-H3).

« **- Et un lieu de vie, il s'y passe quoi ?**
- Des rencontres, des échanges. Donc ouais je sais pas après comment ça se passe. Oui, si il y a des actions de prévention, des trucs d'information, des réunions, des choses comme ça. Ça serait … justement peut-être que les gens s'ils sont habitués à la maison de santé, ils viendraient plus facilement.» *Verbatim 60 – F2*

« **- Et donc, par rapport à cette équipe, vous avez des attentes particulières ?**
- Ah bah oui, ça sera bien parce qu'au moins, si je m'adresse par exemple à Romain ou à vous, je lui dis " Voilà, il y a ça qui se passe là, je peux pas … ", ça vous permet vous de faire la réflexion ou autre et que tout s'arrange. Que ça marche mieux !
- Qu'est-ce qui marche mieux ?
- Donc si jamais il y avait des problèmes, par exemple je sais pas moi comme un kiné qui fait pas son boulot comme il faut ou autre, bon eh bien : " Tu m'as mis ce kiné ". Entre vous après, vous êtes une équipe, et automatiquement " Tiens il faudrait faire attention quand même " et d'arranger les choses. »
Verbatim 14 – H3

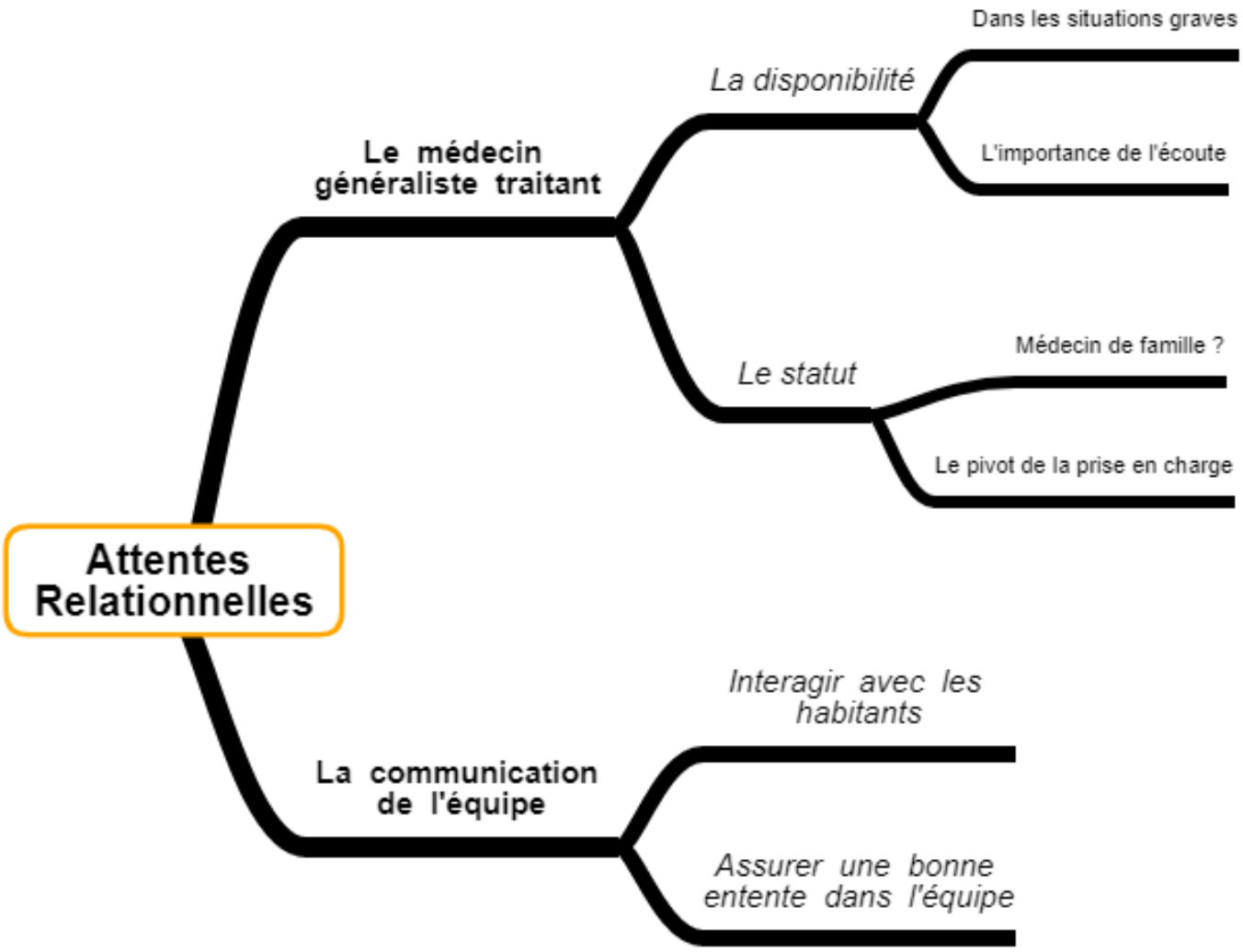
- Assurer une bonne entente dans l'équipe

Un quart des personnes interrogées ont aussi formulé un vœu simple : que l'équipe arrive à maintenir une bonne entente interne (V16, 25-F5 ; V17-H3).

Ce thème a été évoqué par les deux tiers des personnes de 65 ans ou plus interviewées durant ce travail. Replacé dans le contexte de démographie médicale de la ville et de la perception de l'accès au soin dans le quartier par ses habitants, je pense qu'il est possible de faire le lien avec la crainte de départs anticipés de médecins du quartier, comme les départs à la retraite à la chaîne décrits par F5 (V9-F5) et la situation conflictuelle d'un autre cabinet que H3 a pu observer (V10-H3).

Il est ainsi possible de proposer l'arbre thématique intermédiaire suivant (*figure 2*) pour obtenir une vue d'ensemble des attentes sur le plan relationnel.

Figure 2 – *Arbre thématique intermédiaire des attentes relationnelles*



IV - Les attentes en lien avec la temporalité du soin

La question de la temporalité du soin a été un élément majeur de ce travail d'analyse, évoquée par toutes les personnes interrogées. C'est aussi sur cet aspect que les demandes de modification des schémas habituels ont été les plus nombreuses.

A. Raccourcir les délais de prise en charge

Cette rubrique aurait pu apparaitre dans la partie sur les attentes de coordination, mais j'ai fait le choix de les séparer. En effet, la demande de coordination entre soignants, évoquée dans les verbatims ci-dessous, n'est pas l'objectif visé par les habitants. L'objectif souhaité par ces personnes est de « gagner du temps », la coordination qu'il propose alors n'étant qu'un moyen d'atteindre ce but.

- Regrouper les soignants

Cette attente est l'élément principal parmi les différents outils proposés par les habitants interviewés, dans l'objectif de raccourcir les délais de prise en charge. En effet, la grande majorité des personnes a verbalisé très clairement cette demande (V60-F3 ; V34, 35, 37-F4 ; V15-F5 ; V20-H3) et F4 le résume dans cet extrait :

> « **- Et qu'est-ce que ça engendre ça ? Selon vous hein.**
> - Oui pour moi ! Moi je la vois comme ça. Vraiment je vois la chose comme ça. C'est mieux, ne serait-ce que pour le patient, il n'a pas besoin d'aller à gauche, à droite, à la polyclinique, à l'hôpital, voir d'autres médecins. Alors quand ils sont tous regroupés c'est encore mieux.
> **- Donc c'est en termes de temps que c'est bien ?**
> - Oui. On gagnerait beaucoup de temps..» *Verbatim 37 – F4*

Pour sa part, H2, sans l'afficher aussi nettement, tend vers la même idée en valorisant le système des urgences (V9, 12, 13, 27-H2) :

> « **- D'accord. Donc c'est la rapidité ?**
> - Oui voilà. Tu sais qu'aux urgences tu as tout. Si tu dois faire une radio, tu peux faire la radio directement, si tu dois voir un spécialiste, tu peux avoir le spécialiste assez rapidement. Au final aux urgences tu as vraiment tout. Si tu as un problème et que tu ne sais pas ce que c'est, bah le fait d'aller aux urgences tu sais qu'ils vont résoudre ton problème parce qu'ils ont tout, tout à disposition. Contrairement à un généraliste qui va t'analyser, qui va te dire : "ouais je pense que c'est ça mais va falloir que vous alliez passer des radios là-bas.", donc toi tu te trimballes tu vas faire les radios là-bas, tu vas revenir chez lui pour analyser, et puis il va te dire : " ah ouais non je sais pas." Donc il va te renvoyer sur un truc, donc voilà c'est … Au final, c'est une option de facilité et de rapidité**.** » *Verbatim 9 – H2*

H2 propose d'ailleurs un raisonnement atypique dans le calcul des délais de prise en charge. En effet, il additionne l'ensemble des durées d'attentes et délais de rendez-vous nécessaire à la confirmation du diagnostic et à la mise en route du traitement. C'est ce raisonnement qui lui fait préférer, la majorité du temps, d'attendre quelques heures aux urgences, considérant qu'il aura moins patienté en temps cumulé par rapport à une prise en charge chez le médecin généraliste.

- Articuler les différents types de consultations selon leurs thèmes

Une autre demande formulée, dans l'objectif de réduire les délais de prise en charge, est d'articuler différents types de consultations selon leurs objectifs (V32, 33-F1 ; V31, 33, 50-F3). Ainsi, F1 émet la demande d'articuler des consultations sans rendez-vous et d'autres avec rendez-vous pour éviter des délais d'attentes élevés, incompatibles selon elle avec un emploi, tandis que F3, avec le même objectif, évoque la nécessité d'organiser des temps de consultation dédiés uniquement au renouvellement d'ordonnance.

> « C'est bien de faire des trucs sans horaires, sans rendez-vous mais il faut faire aussi avec rendez-vous parce que sinon c'est vraiment galère. Pour les gens qui travaillent, pour les enfants et tout c'est pfffff … Voilà. » *Verbatim 32 – F1*

> « Moi je serais pour à ce moment-là avoir une journée ou une matinée pour renouveler les ordonnances dans un cabinet ou chez eux.» *Verbatim 33 – F3*

- Faire interagir les soignants après la consultation

Enfin, F3 et H2 proposent une autre manière de raccourcir les délais de prise en charge. Considérant que les soignants sont regroupés, tous les deux souhaitent que ces soignants se mettent en lien après la consultation, une fois le besoin de soin déterminé, pour organiser la mise en pratique de ce soin dans la continuité de la consultation (V59-F3 ; V29-H2). F3 le verbalise le mieux :

> « Alors déjà d'avoir sur place des kinés. Le médecin il fait son diagnostic, il sait pourquoi il envoie le malade voir le kiné, "Vous les avez là à côté, si vous voulez y aller." Il peut pas leur dire "Allez là, vous avez des kinés ici.", mais (*elle symbolise une conversation téléphonique avec sa main droite*) "Allô ? Quelqu'un peut le prendre ?". C'est énorme.» *Verbatim 59 – F3*

B. Réduire la sensation d'attente

Cette rubrique n'est pas surprenante dans les attentes des patients, quoiqu'évoquée par seulement un peu plus d'un tiers des personnes interviewées. Ainsi, deux recommandations sont formulées.

- <u>Adapter la salle d'attente aux flux de patients</u>

Logiquement, les plus jeunes personnes interviewées, sans antécédents médicaux et côtoyant les médecins surtout durant les périodes de pathologies épidémiques, sollicitent une salle d'attente adaptée au nombre de patients la fréquentant en même temps (V36, 37-F2 ; V25-H2). F2 décrit ainsi sa sensation :

> « **- La sensation de pas avoir à passer la journée dans la salle d'attente ?**
> - Bah ... Après c'est normal d'arriver et qu'il y ait déjà des gens qui attendent, mais que s'il y a 3 chaises et qu'on est 15 debout c'est pas très … Ça va vite dans la tête, on se dit "ohlala c'est bon, on est là pour 3 ou 4h". Dans ce sens-là je veux dire.
> **- Et si les 15 étaient assis ?**
> - Bah … ça me choque moins, parce que ça veut dire que c'est prévu pour accueillir autant de monde et que c'est normal et que ça va être fluide..» *Verbatim 37 – F2*

- <u>La machine à boisson en salle d'attente comme médiateur</u>

Elément surprenant, la machine à boisson en salle d'attente pour réduire la sensation d'attente avant la consultation a été évoqué comme un besoin, spontanément et à plusieurs reprises, par un quart des personnes interviewées (V32, 62-F3 ; V30-H2), indépendamment de leur âge. Ainsi, H2 résume la situation avec ces mots :

> « **- Y'a d'autres choses que ce genre d'équipe peut faire pour t'aider ?**
> - Vous avez pas de machine à café.
> **- Y'a pas de machine à café … c'est vrai !** (Rire commun)
> - C'est vrai que dans la majeure partie des salles d'attentes ... c'est la seule salle d'attente au monde, où t'as que des Paris-Match etc., mais t'as pas de café. T'as pas de café ou de distributeur à boisson. C'est con hein ! Mais t'attends 1h … Alors sur certains t'as des fontaines à eau quand même. C'est juste le seul … C'est con, mais c'est vrai que les salles d'attentes, t'attends 1h et t'as pas de distributeurs. »
> *Verbatim 30 – H2*

C. Modifier les schémas de temporalité des consultations

Cet axe a surtout été évoqué par les personnes les plus jeunes et avec un diplôme de l'enseignement supérieur. Deux tiers de ces personnes résidaient en péri-QPV.

- Avant : préparer la consultation

H2 a été le seul à proposer de réenvisager différemment le début de la consultation, ce qui peut faire discuter la présence dans l'arbre de ce thème. Cependant, l'idée qu'il propose est très structurée, utilise plusieurs exemples de situations personnelles et s'inspire probablement de propositions politiques actuelles. Il souhaite ainsi 2 outils visant le même objectif : diminuer le temps d'attente et de consultation en la préparant :
- soit avec une application internet mettant en lien le patient et le médecin. Le patient y décrit ses symptômes permettant au médecin de programmer un temps de consultation adapté ou de l'orienter vers une structure plus adéquate (V23, 24-H2).

> « Et après peut-être aussi faire une pré-évaluation, c'est à dire que tu as une application internet, tu es sur ton appli, tu décris les symptômes que tu as, t'envoies à ton médecin, ton médecin il calcule à peu près ça, et dès que tu arrives il sait à peu près ce que tu as. Parce que je pense qu'il faut toujours la relation médecin-patient. Tu peux pas la déconnecter, il faut toujours que le médecin voie le patient. Mais peut-être une appli de prérencontre qui permet peut-être d'éliminer certains cas ou d'orienter les cas vers ailleurs directement.» *Verbatim 23 – H2*
>
> ———
>
> **« - Ça t'apporterait quoi ?**
> - Une rapidité. Une rapidité. Et puis je pense que du coup ça peut aussi aider le médecin, je te parle sur la rapidité, c'est à dire que vous avez cette application, vous prévoyez votre rdv, et sur ce rdv tu sais que ce patient il va pas durer 30 minutes comme vous faites avec chaque patient mais il va durer 1h. Du coup, ce rdv, au lieu de prendre la personne à 16h30, tu la prends à 17h, parce que tu sais que 16 à 17h tu vas être avec un patient. Et ça évite aux personnes d'attendre dans la salle d'attente et de se présenter vraiment à 17h. La personne elle sort, et tu vois c'est de la rapidité, t'attends pas avec tous les gens qu'il y a dans la salle qui sont malades, à essayer d'éviter de choper l'autre virus de l'autre. Et voilà cette rapidité qu'il peut y avoir, ça peut diminuer l'attente en salle d'attente. » *Verbatim 24 – H2*

- soit la mise en place d'un « assistant médical » qui permettrait de préparer la consultation avec le médecin. Il y ajoute cependant une mission de dépistage (V31, 32, 33-H2).

« - Et du coup les ophtalmos, tu vois pas l'ophtalmo directement. Tu vois une personne avant qui te fais tous les tests, tout ça. Est-ce qu'aujourd'hui, tu vois, ce personnel de santé ne pourrait pas faire comme ça ? C'est à dire que tu arrives dans la salle d'attente, tu es pris en charge directement par cette personne, elle regarde un peu ce que tu as, elle te prépare un dossier, elle te refait aller dans une 2ème salle d'attente et en fait t'as l'impression d'être pris en charge directement. Et pas d'attendre 1h...»

Verbatim 31 – H2

« - Ça pourrait être qui ce personnel de santé ?

- Une assistante médicale, une infirmière. Une infirmière ouais, une infirmière qui fait tout le checkpoint avant : "vous avez mal à la tête ? Ok. Vous venez voir le docteur pourquoi ?", " Bah y'a ça, y'a ça, y'a ça", "ok très bien". Elle crée un dossier, elle crée le dossier, elle prend ta carte vitale, elle prend tout, elle fait déjà toute la paperasse avant, et puis toi tu vas juste avec le médecin et le médecin il t'ausculte et il fait ce qu'il fait aujourd'hui. Mais au final, au préalable, tu as déjà eu une préconsultation. Un peu comme quand tu vas à la médecine du travail. Je sais pas si vous c'est pareil, mais la médecine du travail c'est vrai que c'est très rapide. Tu as ton rdv à 14h30, allez 10 minutes après tu es pris en charge par un assistant, l'assistant il fait un peu tout, il te fait les contrôles, et à la limite c'est ce que vous pouvez faire aussi, faire un contrôle au préalable. Parce que vous pouvez déceler des choses qu'aujourd'hui on peut peut-être passer à côté. Peut-être qu'aujourd'hui, un peu comme la médecine du travail, tu as cet assistant qui te fait tester un peu tout. Lui il a pas l'impression d'attendre, il a l'impression de passer sur autre chose, vous vous regardez tout, ça vous permet de faire une étude un peu approfondie du patient et pas que sur l'état de quand il vient vous voir. Et après quand il est avec vous, voilà …»

Verbatim 32 – H2

- <u>Pendant : consulter à plusieurs</u>

Ce schéma de consultation impliquant plusieurs soignants autour du même patient durant la même consultation a été discuté par les deux hommes jeunes du groupe d'interviewés (V17, 18, 21, 22-H1 ; V26, 28-H2). L'organisation de ce type d'exercice a cependant été proposée pour des raisons différentes. En effet, si H1 évoque la meilleure efficacité de soin grâce à une meilleure compréhension de la situation par le patient, H2 envisage ces consultations à nouveau comme un gain de temps.

« **- Donc pour toi c'est plus efficace ?**

- Je pense que ça serait plus efficace ouais. C'est le terme d'efficacité que je cherchais.

- Et cette efficacité … Par ce que tu évoquais le fait qu'on te donne des informations …

- Bah que je sois du coup au courant de la maladie que j'ai. Connaître vraiment tous les tenants et aboutissants, tout ce qu'on sait là-dessus. Ça c'est vraiment quelque chose d'important je pense. Et une personne en face de moi peut le dire, mais disons qu'il peut y avoir une discussion plus évoluée avec 3 personnes.

- Quand tu dis 3 personnes c'est ?

- Je dis 3 personnes parce que je m'inclus dedans. Donc moi, et 2 soignants.» *Verbatim 18 – H1*

H1, par la suite, est même allé plus loin, recommandant « quelque chose de pas trop formel » en sortant du cloisonnement du bureau, voir même en sortant de la salle de soin pour se retrouver dans une cafétéria.

- <u>Après : recontacter pour évaluer et inciter au soin</u>

Plus d'un tiers des personnes interrogées ont verbalisé cette attente : l'après-consultation n'est pas la fin de la consultation, il faut recontacter les patients pour prendre des nouvelles et les inciter au soin (V43, 44, 49, 50, 51-F1 ; V9-H1 ; V14, 15, 16, 17, 22-H2).
Tous évoquaient l'intérêt de ce système en termes d'amélioration de l'observance thérapeutique du patient et le réservaient pour les patients les plus nécessiteux, selon l'avis du médecin. F1 considérait qu'il fallait inciter plus directement le patient à consulter, si nécessaire, et l'y aider.

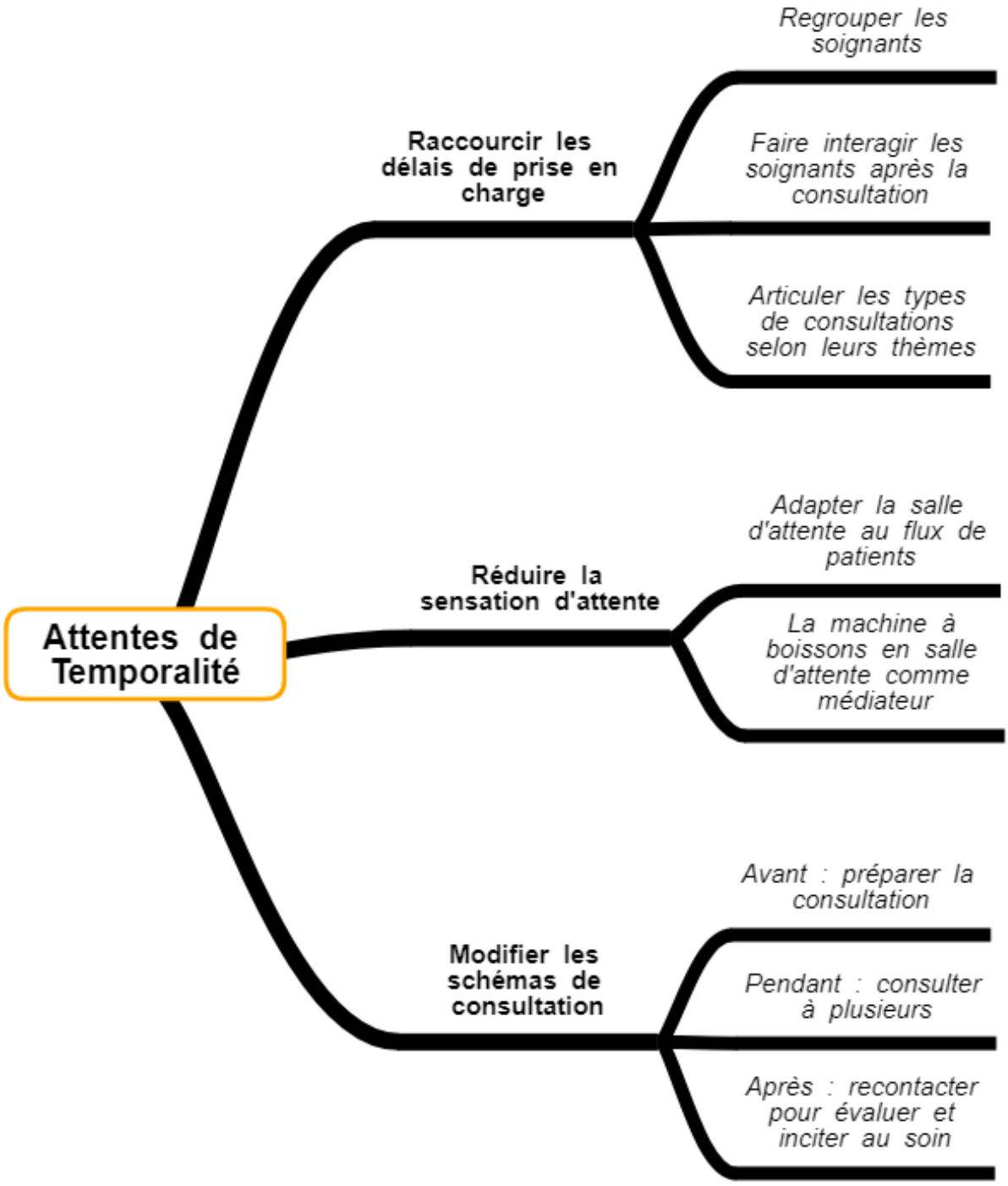
« **- Donc faut pousser les patients ?**
- Les appeler je pense. Les appeler ça serait au top. Franchement oui ! Si vous avez besoin d'une secrétaire, je suis là ! *(Rires communs)* Non mais sérieusement, franchement, oui ! Franchement il faudrait … enfin voilà, comme les fonds d'œil. Je sais pas y'a des personnes qui doivent être cardiaques, faudrait faire les trucs de cœur et voilà. Mais une fois tous les mois, une fois tous les 3 mois si faut faire quelque chose lui faire faire, s'il a pas pris rdv avec son diabéto … voilà tous les 3 mois faudrait que ça soit carré. Que la personne soit suivie de A à Z..» *Verbatim 49 – F1*

H2 a cependant poussé le système plus loin, reprenant la logique de service après-vente de sa profession, en proposant une évaluation de l'amélioration de la situation clinique du patient à distance de la consultation. Cette évaluation permet ainsi au patient de bénéficier d'un « suivi un petit peu plus approfondi » et au médecin d'observer l'efficacité de ses prescriptions, dans l'idée de les améliorer et de se rendre indépendant des laboratoires.

« Mais à partir de ce moment où le patient décide d'aller voir un médecin, je pense que par la suite, puisqu'il donne un traitement, il donne un produit, il donne une souscription pour acheter des produits pour que tu ailles mieux, ben c'est plus derrière pour savoir est-ce que mon traitement que j'ai donné, même pour vous ça peut être plus rassurant de dire : "bon bah j'ai donné ce traitement à ce patient qui avait ça, ça, ça. Ça a marché, par contre là ça n'a pas marché, il est revenu 5 jours après. Pourquoi ?". Ça peut recouper certains patients. Et donner plus un médicament qu'un autre que vous donniez avant parce que ça a marché sur 6 patients. Tu vois ça vous permet de voir sur plusieurs patients comment évoluent vos médicaments que vous prescrivez, parce que je ne sais pas pourquoi et comment vous prescrivez tel médicament et pas ce médicament. Est-ce que c'est les laboratoires qui vous disent : "bah il faut prescrire ce médicament parce que vous êtes rémunéré de telle façon ". Tu vois ? Donc non je ne trouve pas ça bizarre. Que ça soit le geste du patient de venir c'est normal parce qu'il a un besoin mais après de savoir ce qui se passe après, je pense que c'est le rôle du médecin de savoir si ça évolue ou pas. » Verbatim 49 – F1

Il est ainsi possible de proposer l'arbre thématique intermédiaire suivant (*figure 3*) pour obtenir une vue d'ensemble des attentes de temporalité.

Figure 3 – *Arbre thématique intermédiaire des attentes de temporalité*



V - Les attentes de coordination

Cet axe thématique représente, avec ceux de l'accès au soin et de la temporalité, un des principaux champs investi par les habitants interrogés. Toutes les personnes de cette étude ont relayé au moins une attente relevant, selon eux, de la coordination des corps de soignants. À ce titre, 85% des thèmes relevés ici sont relatifs aux attentes de coordination de l'équipe en interne.

A. La coordination de l'équipe de la MSP

- Les compétences de soin au sein de l'équipe

La première priorité attendue, vis-à-vis d'une potentielle équipe, était celle de *l'éventail de ses compétences cumulées qui doit être le plus complet possible* (V47, 48, 49, 53-F2 ; V9, 12, 13, 27-H2). Le motif principal était le gain de temps, mais F2 évoquait aussi la réassurance d'être orienté vers un visage connu, comme elle en témoignait lors de son expérience aux urgences (V26-F2).

> « **Et donc ce que j'essaye de comprendre, si tu as des attentes, mais peut-être tu n'en a pas, ce travail d'équipe, sur quoi il devrait se concentrer pour pouvoir répondre à tes besoins, tes attentes.**
> - … Essayer d'avoir un éventail le plus complet de compétences pour que je n'aie pas à aller ailleurs en fait. (Rire) Ouais.
> **- Et pourquoi ne pas aller ailleurs ?**
> - Bah pour toujours la même chose. Si je vais tout le temps voir le même médecin traitant et que je sais que celui avec qui il travaille, qui est dans le cabinet juste en face, il peut m'aider pour quelque chose, je préfère aller là que de devoir en prendre un que je ne connais pas plus que ça. »
>
> *Verbatim 47 – F2*

H2, toujours en valorisant le système des urgences qu'il considère comme le plus efficient, évoque la même attente en parlant de « miniurgences » et de « pôle de compétences » :

> « En fait, vous créez de miniurgences. Tu crées des minipôles d'urgences, c'est à dire que tu as le spécialiste qui regarde vite fait en 2 minutes. Il met son patient en pause pendant 2 secondes, il passe, il regarde, et tu prescris des séances par la suite. Tu vois ? Ouais ça serait idéal.
> **- En fait, tu retrouves dans le schéma dont tu parles, ce que tu apprécies aux urgences ?**
> - Ouais. Ouais c'est le pôle de compétences que tu peux avoir sur un seul rdv et pas sur plusieurs rdv. Et ça, c'est appréciable. »
>
> *Verbatim 27 – H2*

Sur la question des compétences de l'équipe, la moitié des thèmes relevés se sont axées sur des aspects négatifs. Ainsi, F3 et H3 ont évoqué leurs attentes quant à un *contrôle des compétences des kinésithérapeutes principalement mais aussi des infirmières par les médecins* (V26, 45-F3 ; V14-H3).

F3 a aussi spontanément insisté sur son *inquiétude face à la délégation de compétences* dans une équipe, dans le cadre de la vidéo-consultation par exemple, au nom de la qualité des soins (V37, 38, 39, 40, 41-F3) :

> « Ça va être un infirmier qui va être là, vous aurez internet là, et le médecin en face sur internet là, dans l'écran, et qui va vous soigner comme ça, qui va voir ce que vous avez ? Parce que ce médecin, il va être en face de son écran mais on peut pas vous consulter. Moi je vois pas comment il va vous consulter à travers un écran. Si l'infirmier doit faire une consultation, mais il a pas été formé pour. Et l'appareil à tension ? C'est comme l'infirmier anesthésiste, je suis contre aussi. Parce que l'infirmier, il est infirmier, il va faire un supplément d'études mais qui ne va jamais être comme les études qu'ils ont fait les anesthésistes.
> **- Mais dans la vidéo-consultation c'est pas lui qui prend les décisions.**
> - Oui mais le médecin, va se fier à ce qu'il lui dit lui. Vous verrez le superficiel, mais vous ne verrez certainement pas les côtés s'il y a une petite boule quelque chose. On ne voit pas tout, c'est pas possible. » *Verbatim 37 à 41 – F3*

- <u>La circulation des informations de santé des patients et l'équipe</u>

Les deux tiers des personnes se sont révélées sensibles au thème de l'information de santé. La question de la sécurisation de ces données n'a été évoquée par personne, il a s'agit surtout de leur bonne circulation au sein de l'équipe (V35-F4 ; V15, 16-H1 ; V18-H3).

Pour cela, plusieurs outils ont été demandés par les habitants :
- La moitié d'entre eux attendaient la mise en place de réunions régulières où les soignants pouvaient discuter des patients (V46-F2 ; V46-F3 ; V39, 40-F4 ; V15-H3). F4, probablement du fait de son expérience poussée du système de santé, est d'ailleurs allée jusqu'à le nommer : *le staff*. Elle précisera dans le verbatim 40 que ce staff est ouvert à tous corps de soignants.

« Si vous faites des staffs entre vous, vous allez en parler : “voilà moi j'ai vu telle personne, voilà ça ...”
- Vous pensez que le staff c’est quelque chose d’important ?
- Ah bien-sûr. Ah c’est très important le staff.
- Pourquoi ?
- Mais parce que vous allez parler à plusieurs. Vous allez vous donnez votre avis : “ qu’est-ce que vous en pensez ? Qu’est-ce qu’on pourrait faire ? Qu’est-ce qu’on peut changer ? Où on pourrait envoyer cette personne ? “. C’est important hein ! On avance mieux.
- On avance mieux sur quel plan ?
- Sur la maladie, sur tout ce qui est santé : “ Qu’est-ce qu’on pourrait faire pour avancer ? Qu’est-ce qu’on pourrait changer ? Est-ce qu’on peut changer ce traitement ? Prendre autre chose ? “. C’est ça le staff. C’est les échanges entre médecins..» *Verbatim 39 – F4*

- Le second outil sollicité a été *le logiciel partagé entre les médecins* (V12, 13-F5 ; V21-H3). En effet, pour F5 et H3, il a été considéré comme un élément positif, sécurisant le patient et améliorant la qualité des soins en cas d’indisponibilité du médecin traitant habituel. F5 le résume ici :

« **- Et vous me parliez du logiciel qui était partagé, vous me disiez que c’était bien. Pourquoi ?**
- Ah j’adore ! Pourquoi ? Bah parce que s’il y a admettons … comment … F[redacted] n’était pas là, R[redacted] avait accès aussi bien pour moi, que pour Benoît, que pour ma belle-mère. Il savait exactement ce qu’il y avait : les prises de sang ou les résultats, comme ça, pour ma belle-mère, eh ben donc F[redacted] n’étant pas là, c’est R[redacted] qui les recevait. Donc il savait l’ordonnance qui avait été mise par le Dr. et le résultat qu’il en était du laboratoire. Donc j’estime que ça c’est une bonne chose.
- Et quelles conséquences ça a ?
- Eh ben, s’il y en a un Dr. qui n’est pas là bah l’autre il peut mettre les médicaments, mettre le truc qui va exactement, le remède qui va. Pour moi ça c’est bien.
- C’est le remède … C’est le remède qui va. C’est-à-dire que ça permet au médecin, même s’il ne vous suit pas habituellement, il pourra quand même mettre le bon médicament ?
- Oui voilà ! Il pourra mettre le bon médicament parce qu’on aura confiance en lui. Parce que si le nôtre n’est pas là, il y a l’autre, il sait, il voit exactement ce qu’il en est, donc il saura mettre le bon remède. »
Verbatim 12 – F5

En plus de ce partage de données entre soignants au service de la qualité du soin, un peu plus du tiers des personnes interviewées, les plus âgées, ont verbalisé l’attente d’un relai assuré entre médecins généralistes de l’équipe :
- en cas d’indisponibilité du médecin traitant du patient (V42,44-F3 ; V17-F5 ; V19-H3),
- dans l’objectif de changer de médecin traitant au sein de l’équipe (V30-F3 ; V16-H3).

- Déterminer le besoin de soin

En dernier lieu, un quart des personnes interviewées ont formulé une attente de détermination de leur nécessité à consulter, par l'équipe (V45, 46, 49-F1 ; V14-H1).
Dans ce scénario, il est demandé au soignant de déterminer le besoin de soin à l'avance, d'en informer le patient et de lui « donner un coup de pouce » pour la concrétisation, si ce soin est en dehors de l'équipe.

> « Je pense que les gens vont venir chez vous et vous devrez les faire … pas des statistiques mais voir tous les quand elles viennent vous voir et si c'est assez pour l'année en gros et les faire venir. »
>
> _____ *Verbatim 45 – F1*
>
> « Les ophtalmos c'est pareille, il faut qu'il y ait un contrôle par an pour des diabétiques donc il faut que ce jour-là … Par exemple une personne ne l'a pas fait, il faut que vous trouviez une place pour lui faire faire. Et le quartier voilà il leur faudrait ça. Un coup de pouce je pense ! Surtout pour les personnes âgées. » *Verbatim 46 – F1*

B. La coordination avec l'environnement de la MSP

Il m'a semblé important de créer cet axe thématique car, même si la verbalisation par les personnes interrogées n'est pas aussi formelle que le nom de ce thème, il existe réellement une *demande d'organisation des soins entre la maison de santé et l'environnement extérieur* (V49, 52, 59, 63, 64-F2 ; V18-F4).

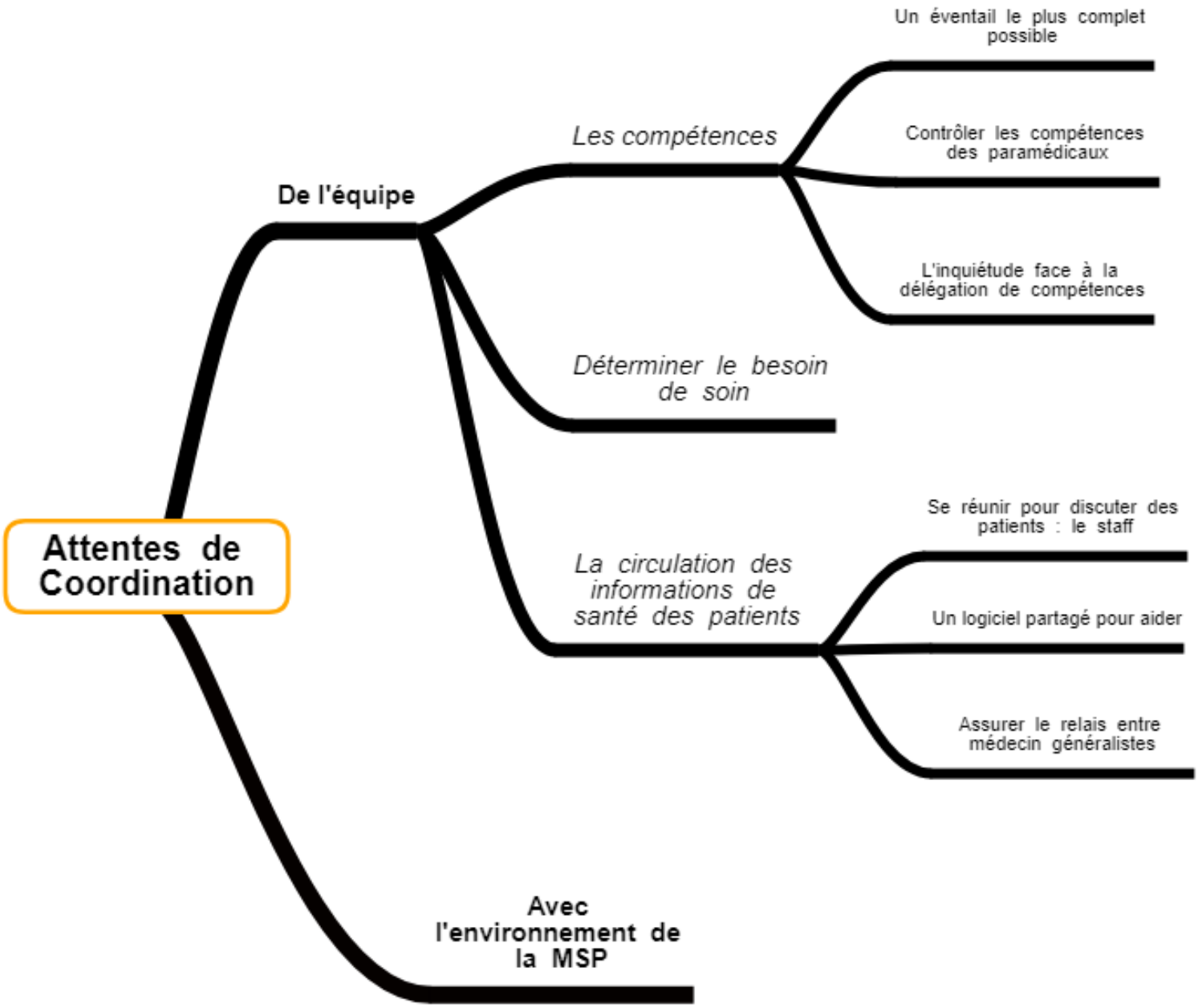
Ainsi, il est logique que F2, institutrice, envisage des échanges entre les écoles à proximité et la MSP. Ces interactions peuvent d'ailleurs, d'après-elle, présenter plusieurs formes, dont certaines me semble très intéressantes :
- le *médecin qui se déplace dans l'établissement scolaire* pour venir soutenir la prévention organisée par les professeurs sous forme de « co-intervention ». V59 +64
- elle propose aussi le schéma inverse. *L'école pourrait venir intervenir au sein de la MSP* en affichant du matériel de prévention créé par les élèves. V63
- Enfin, elle évoque la nécessité que *l'équipe de soignants de la MSP « s'élargisse avec du personnel hors médical »*, évoquant les médiateurs de quartier. V52

> « À l'école ça arrive souvent qu'on fasse des affichages, des exposés, des choses qu'on va afficher à la médiathèque après pour tout le monde. Bah pourquoi pas dans ce sens-là ? Faire des exposés sur l'alimentation et venir les afficher dans la salle et que ça soit à la vue de tout le monde. Souvent les enfants ils ont une influence, même si c'est petite, sur les parents parce qu'ils leurs expliquent après.
> **- Donc là tu me parles d'une interaction entre l'école et la maison de santé ?**
> **-** Oui parce que je travaille là.
> **- Mais c'est intéressant. Où l'école, si je résume, viendrait intervenir dans la maison de santé ?**
> - Oui ! Et vice-versa.» *Verbatim 63 – F2*

Dans la même lignée, F4, une nouvelle fois du fait de son expérience du système de santé, évoque ce besoin d'articuler la disponibilité des infirmières libérales pour poursuivre une hospitalisation à domicile dans les suites de la sortie d'hôpital, ici dans un scénario palliatif (V18-F4).

Il est donc maintenant possible de proposer un arbre thématique intermédiaire (*figure 4*) pour obtenir une vue d'ensemble des attentes de coordination.

Figure 4 – *Arbre thématique intermédiaire des attentes de coordination*



VI - Les attentes pour la prévention

La moitié des personnes interrogées ont évoqué au moins une attente sur des aspects de prévention. Si beaucoup se sont focalisé sur des thèmes de prévention qui leur semblaient importants pour le quartier, certains d'entre eux ont proposé aussi des attentes méthodologiques.

A. La méthodologie

- Un lieu idéal pour l'affichage

Les passages fréquents et le temps d'attente avant la consultation transformant la MSP en « lieu de vie » (V55, 56-F2), F2 et F3 ont considéré que ces caractéristiques en faisaient un lieu idéal pour l'affichage à des fins de prévention (V55, 58, 63-F2 ; V52, 53, 54, 55, 56-F3).

> « **- Et ça vous le mettez dans les missions, les travaux de la maison de santé ?**
> - Bé peut-être d'avoir des affiches, pas qu'ils viennent là pour faire les courses, c'est pas leur endroit. Peut-être mettre des affiches de dire " En cas de besoin pour les commissions, renseignez-vous à tel endroit." » *Verbatim 52 – F2*

- L'impact du discours des soignants

Toujours sur le thème de la prévention en santé, F2 et H1 ont affirmé le besoin que ces discours soient tenus par les soignants grâce à leur impact, car « c'est le pouvoir du personnel médical ». (V56-F2, V13, 22-H1)

> « **- Ça deviendrait un lieu de vie du quartier ?**
> - Oui je pense. Parce que ça fait partie des services que tout le monde utilise. On n'est pas forcé d'y passer, mais je veux dire qu'on y va quand même régulièrement et les enfants encore plus parce qu'ils sont plus souvent malades. Je sais pas s'ils sont plus souvent malades (Rire). Ils y vont pas qu'une fois dans l'année chez le médecin, donc je pense que c'est un lieu idéal et après bon voilà c'est aussi un peu, pas le statut, mais le pouvoir du personnel médical. Ça a quand même un impact ce qu'ils disent, ça a quand même un impact sur les enfants c'est sûr et sur les parents aussi.» *Verbatim 56 – F2*

- Une prévention sur le terrain, ludique et non moralisante

F2, peut-être du fait de son métier d'institutrice, a été la seule à proposer une méthode pleinement développée durant l'entretien. En effet, elle décrit des attentes précises sur la façon d'envisager la prévention, qui ne figurent pas dans l'arbre thématique :

- Elle doit se dérouler *sur le terrain* : dans les écoles ou de l'école dans la MSP comme vu précédemment (V51, 59, 64-F2).
- Elle doit *impliquer et être ludique* *(V62, 63, 65, 67-F2)* :
- Elle *ne doit pas moraliser* (V62-F2).

B. Les thématiques d'intervention

Les thématiques de prévention considérées comme assez importantes pour nécessiter une attente d'intervention de la maison de santé ont été très polymorphes et liées aux expériences de santé.

Ainsi, F4 évoque la problématique de l'obésité dans le quartier (V41-F4) dans les suites de la prise en charge du surpoids de sa fille (V42, 43-F4). F2, pour sa part, intervient sur la prévention face à la drogue et l'éducation sexuelle chez les enfants (V51-F2), tandis que F3 insiste fortement sur la question de la santé mentale (V47, 48, 49-F3) et de la lutte contre l'isolement des personnes âgées (V35, 36, 52, 27-F3).

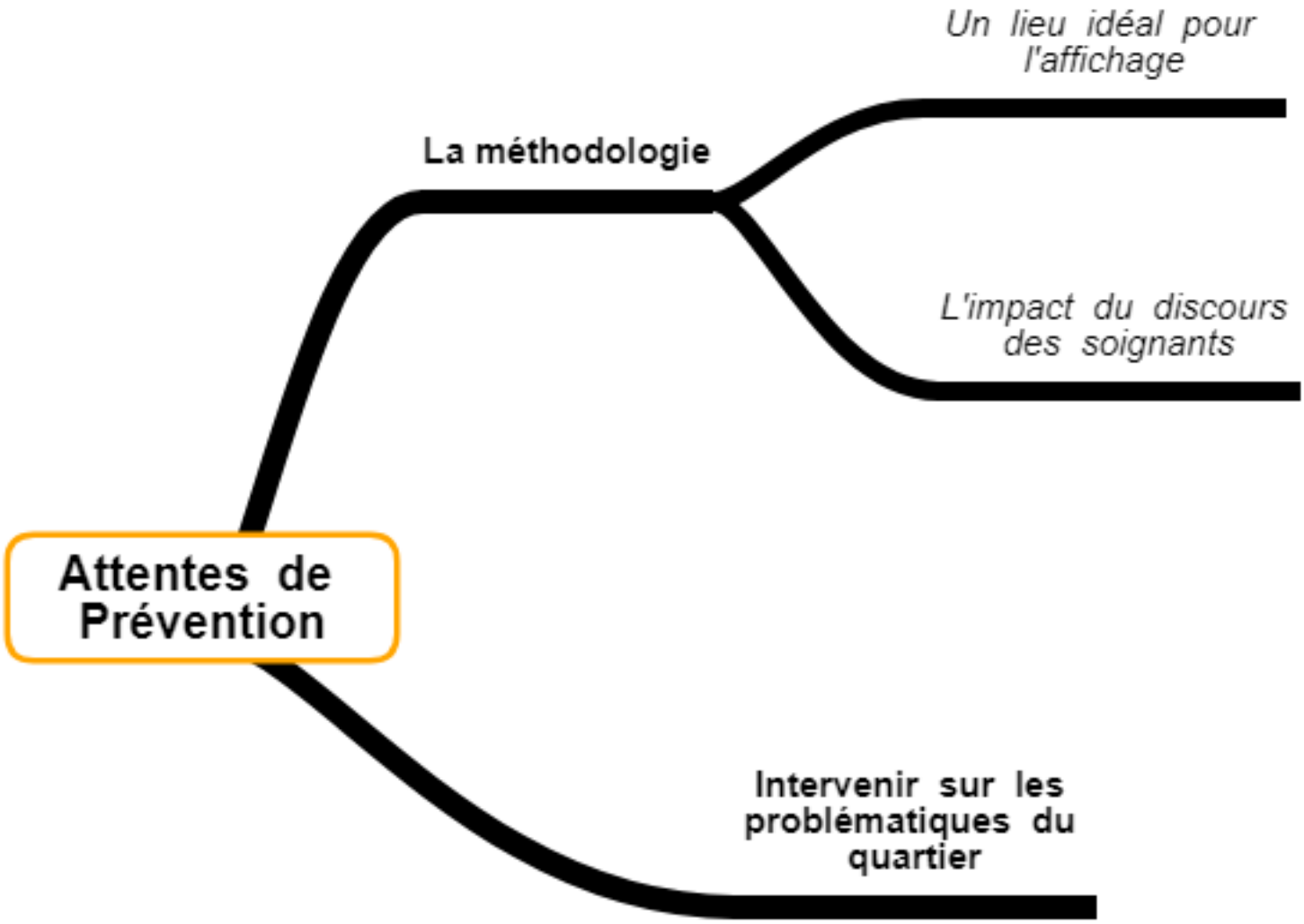
Quoi qu'il en soit, et même s'il n'est pas possible de thématiser un axe de prévention particulier, il existe une forte attente de prévention chez plus du tiers des personnes interviewées.

F2 apporte même un peu plus tard une solution à la multiplication des thématiques d'intervention, reportant le choix sur l'équipe de la maison de santé :

> « **- D'accord. Mais je reviens sur le quartier. Tu disais notamment de la prévention, tu as parlé de la drogue entre autre, tu as parlé des enfants. Qu'est-ce que tu en attendrais auprès des enfants ?**
> - Je sais pas. Je vois par rapport à mon métier. Je pense que … je pense qu'en faisant des consultations, c'est vous qui allez dégager certaines problématiques qui sont propres à la population du quartier. » *Verbatim 54 – F2*

Il est donc possible de proposer un arbre thématique intermédiaire (*figure 5*) pour obtenir une vue d'ensemble des attentes de prévention.

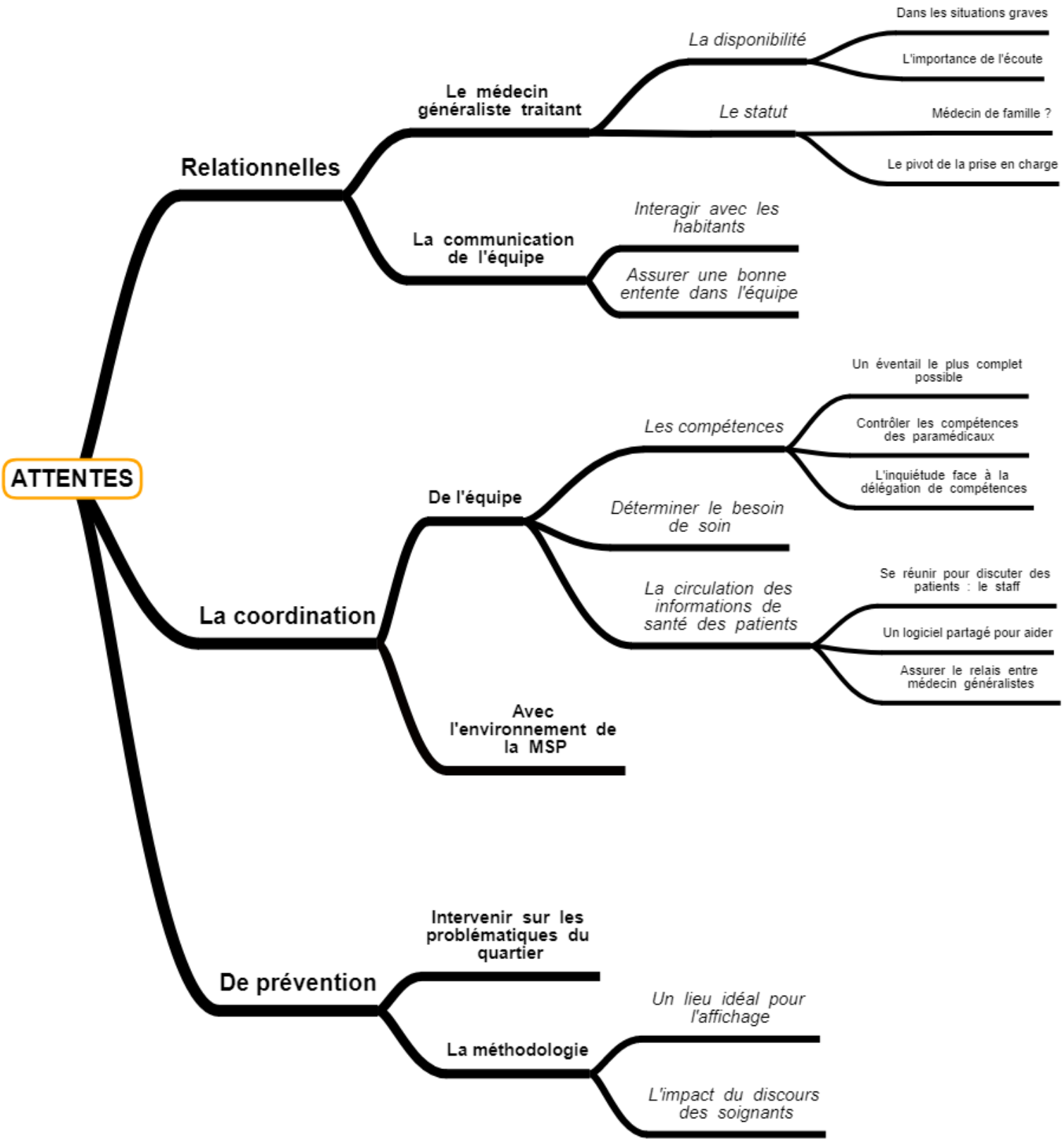
Figure 5 – *Arbre thématique intermédiaire des attentes de prévention*

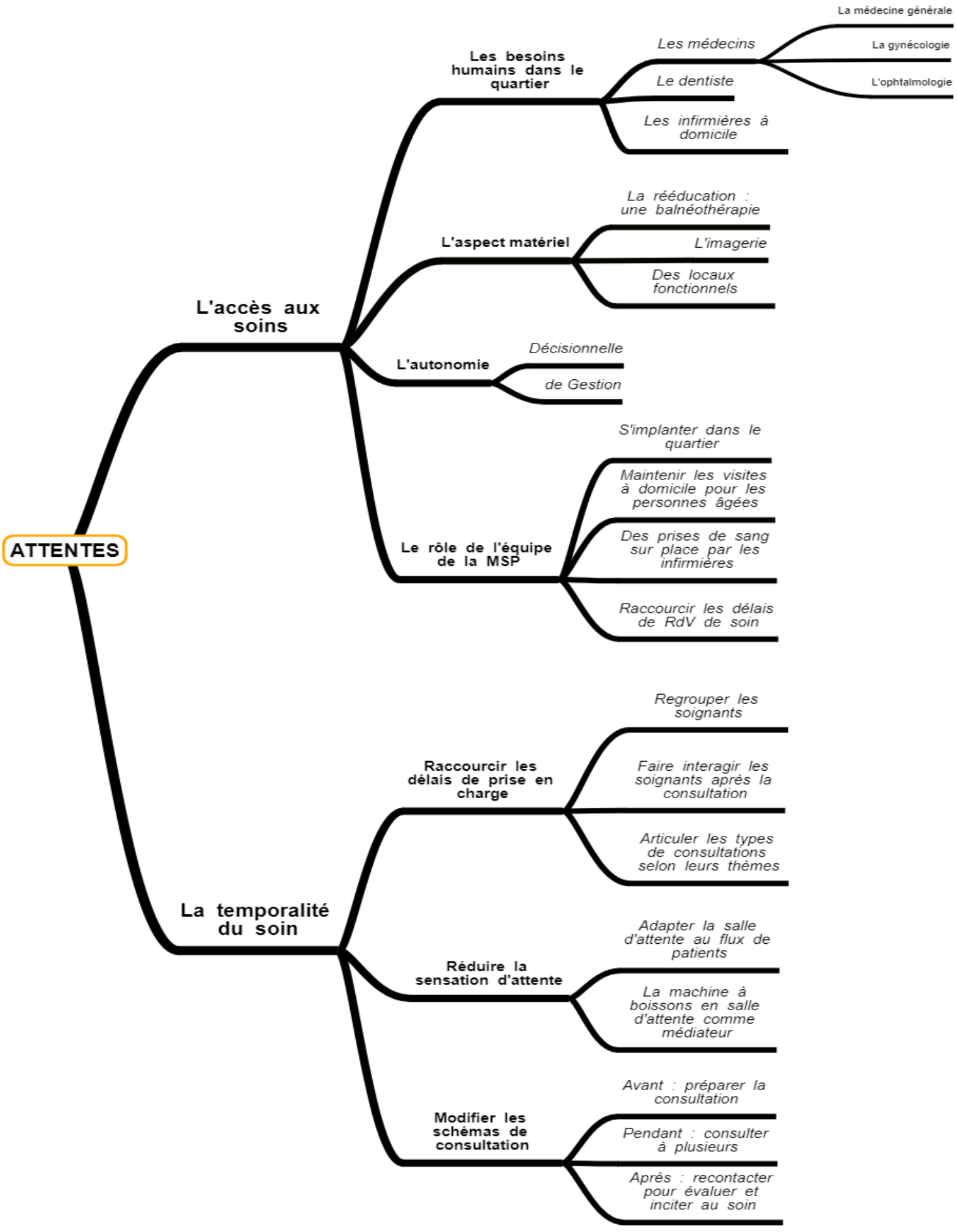


VII – <u>Arbre des thématiques</u>

En conclusion, il est possible proposer l'arbre thématique complet suivant (Figure 6 et 7) :

Figure 6 et 7 – *Arbre thématique des attentes des patients vivant dans un QPV ou à proximité, vis-à-vis d'un projet de MSP*




ATTENTES
L'accès aux soins
Les besoins humains dans le quartier
Les médecins
La médecine générale
La gynécologie
L'ophtalmologie
Le dentiste
Les infirmières à domicile
L'aspect matériel
La rééducation : une balnéothérapie
L'imagerie
Des locaux fonctionnels
L'autonomie
Décisionnelle
de Gestion
Le rôle de l'équipe de la MSP
S'implanter dans le quartier
Maintenir les visites à domicile pour les personnes âgées
Des prises de sang sur place par les infirmières
Raccourcir les délais de RdV de soin
La temporalité du soin
Raccourcir les délais de prise en charge
Regrouper les soignants
Faire interagir les soignants après la consultation
Articuler les types de consultations selon leurs thèmes
Réduire la sensation d'attente
Adapter la salle d'attente au flux de patients
La machine à boissons en salle d'attente comme médiateur
Modifier les schémas de consultation
Avant : préparer la consultation
Pendant : consulter à plusieurs
Après : recontacter pour évaluer et inciter au soin

DISCUSSION

I - Critique de l'étude : forces et faiblesses

A. Le choix du recrutement

Sur ce point, j'ai fait le choix délibéré d'inclure dans l'étude des personnes résidant dans le QPV et à sa périphérie jusqu'à une limite de 500 mètres. Les raisons sont triples :

- Pour des raisons opérationnelles visant à la rédaction du projet de santé de la MSP que nous construisons, je souhaitais obtenir l'opinion des habitants amenés à utiliser nos services. La mixité sociale du quartier faisant, ces personnes ne seront pas limitées au QPV. De plus, comme le souligne Thomas LEVAILLANT dans *La santé globale en pratique clinique : ethnographie d'un centre de santé communautaire*, la construction d'un mode d'exercice de soin qui intègre les déterminants sociaux se doit d'inclure l'ensemble des usagers [35]. Car, en effet « *Le social, ça n'est pas non plus qu'une histoire de pauvres. Pour ne citer que des exemples palpables, le burnout existe plus souvent chez le cadre d'entreprise que le chômeur, le surmenage familial ou la violence conjugale existent aussi chez les mères de familles aisées, même si elles sont moins exposées, la pollution environnementale touche tout le monde […]* ».

- Le découpage du QPV, correspondant à des critères socioéconomiques, ne représente ni une logique de zone de vie, ni une entité géographique de santé (Carte 1) [16]. Ainsi, il m'a semblé nécessaire de s'affranchir de ce zonage pour ne pas induire des réponses stéréotypant une classe sociale en construisant son identité en opposition aux autres et négligeant des attentes liées à la zone de vie.

- L'absence d'experts m'a semblé fondamentale, et est d'ailleurs selon moi la principale force de ce travail, comme j'y reviens dans le point suivant. Pour éviter la présence de ces personnes, tout à fait honorables au demeurant (membres d'associations, représentant politiques, militants …), j'ai dû délimiter une zone de vie comme décrit dans la partie méthodologie. L'objectif était de supprimer les filtres de lecture des attentes et besoins qui risquaient, au travers des experts, de se focaliser sur les cas les plus graves, ou pouvant

leur poser des difficultés à résoudre, s'éloignant des problématiques du quotidien des habitants.

Ces choix ont eu très certainement pour conséquence d'accentuer les demandes de raccourcissement de délais de consultation et de modifications de la temporalité des consultations. Cependant, les demandes présentaient une sociologie variée la plus grande partie du temps.

B. Les attentes, les habitants et la méthodologie

Sur cet aspect, plusieurs points se révèlent être soit une faiblesse, soit une force :

- Tout d'abord, la méthodologie qualitative par analyse thématique me semble être l'une des forces de ce travail qui avait pour objectif de balayer le plus largement possible les attentes des habitants. Je n'ai donc pas trouvé de méthode plus pertinente dans le temps imparti. De plus, j'avais souhaité initialement réaliser une seconde analyse phénoménologique, mais le temps m'a manqué.

- La saturation des données n'a très probablement pas été atteinte sur plusieurs thèmes qui n'apparaissent pas ou peu dans l'arbre des thématiques. En effet, les personnes interrogées sur leurs attentes ont été la plupart du temps très prolifiques. Mais le sujet étant extrêmement vaste et dépendant de leurs expériences de santé ou de vie, je n'ai pas eu le temps de mener assez d'entretiens pour arriver à saturation sur tous les thèmes évoqués.

- J'aurai d'ailleurs souhaité interroger un homme jeune actif vivant dans le QPV, non pour des raisons de représentativité puisque la méthodologie épargne cette problématique, mais pour envisager d'autres types de demandes. Malheureusement, cela m'a été impossible car les hommes consultaient moins au cabinet, ne répondaient pas au téléphone et ont toujours refusé d'être interviewés.
Cependant, la durée moyenne de 66 minutes par entretien conforte la solidité des résultats de cette étude.

- J’ai fait aussi le choix délibéré d’une classification logistique, reflétant la logique d’un coordinateur de projet de MSP, ce que je suis. D’autres classifications auraient été possibles, plus axées sur les centres d’intérêt des patients, mais ce travail de thèse présentait aussi un objectif opérationnel : influencer le projet de santé de la future MSP des 2 Saints à Narbonne. Il me fallait donc envisager l’organisation des réponses sous un format correspondant aux outils et aux logiques à notre disposition.

- Il est possible et même probable que les *propos* tenus dans certains entretiens aient été influencé par ce que les personnes savaient ou imaginaient au sujet d’une potentielle MSP ou équipe de soignants, comme par exemple la balnéothérapie. En effet, l’aboutissement proche du projet immobilier de la MSP a engendré de nombreuses rumeurs provenant des discours de l’équipe de soignants, de la mairie qui soutient ce projet ou de l’imaginaire collectif.

- Enfin, il me semble que l’entretien direct avec les habitants du quartier est la principale force de ce travail. La proximité et l’immersion dans la vie des habitants couplés à ma connaissance du terrain et du contexte ont permis un recueil détaillé et l’apparition en filigrane de règles de responsabilités transférée à l’équipe, sans que pour autant la méthodologie me permette de conclure.

Je ne peux donc qu’inciter d’autres personnes qui souhaiteraient travailler sur ce thème à prévoir une approche méthodologique adéquate pour répondre à la question : **Quelle responsabilité présente une équipe de soignants pour les habitants vivant dans un QPV ou à proximité ?**

C. L’axe relationnel dans l’arbre thématique

J’ai beaucoup hésité à afficher cet axe dans l’arbre des thématiques. En effet, de nombreuses périodes d’entretiens traitaient surtout du vécu de la relation avec les soignants et pas nécessairement de leurs attentes.
Cependant, et après de nombreuses discussions et relecture de mon travail, j’ai fait le choix de le faire apparaitre. En effet, même si la transcription me semble très maigre en regard des témoignages, il existe de véritables attentes à propos de la relation avec le médecin. Il existe même des inquiétudes pour certains au sujet du changement en cours

de statut de médecin de famille.
Mais surtout, à ma plus grande surprise, il existe des attentes relationnelles à un échelon supérieur qu'est celui de de l'équipe de soin. Même si la méthode ou l'objectif n'était pas très clairement évoqué, un message a été passé par la très grande majorité des habitants interrogés : « **Sollicitez-nous, interrogez-nous. Nous voulons participer**. ».

Il s'agit, pour moi, de l'élément le plus surprenant de ce travail mais surtout de l'aspect le plus encourageant pour des projets à la philosophie collaborative et qui me conforte dans ce raisonnement : « **Ecoutons les patients, ils n'ont pas la solution au problème mais ils aideront à la trouver.** »

D. L'absence de l'aspect financier

Un autre élément surprenant par son absence dans ce travail est l'aspect financier. Ce point a été évoqué par une unique personne au travers de l'expérience de son fils en fin de vie qui souhaitait une prise en charge psychologique. Durant son entretien, cette femme décrivait l'impossibilité à assurer une prise en charge de longue durée du fait de l'absence de remboursement [V22-F4].

Cependant, en dehors de ces extraits, personne ne s'est plaint de cette problématique malgré la sociologie du quartier. Plusieurs explications existent à ce sujet :
- Il existe un centre communal, la Maison des services, assurant entre autres la prise en charge sociale, à 100 mètres du cabinet médical. Il est donc possible que la protection et prise en charge sociale soit de bonne qualité pour l'ensemble des personnes interrogées qui, en effet, bénéficiaient souvent soit de la CMUc, soit d'une ALD. Cet élément est conforté par le taux de CMUc dans le quartier, qui est largement supérieur au reste de la ville (34.3% vs 15.8%) [6]. Biens couverts [35], il est possible que l'aspect financier ne soit pas vécu comme un frein sur l'accès au soin.
- Les personnes interviewées ont obligatoirement été sélectionnées selon leur intérêt porté au développement de ce projet puisqu'elles devaient accepter d'être interrogées. Il est donc possible qu'elles aient considéré qu'elles ne puissent pas se plaindre durant ces entretiens.
- Enfin, malgré mes efforts pour créer un *cadre favorable à l'intimité intellectuelle*, il est possible que je n'aie pas réussi à développer ce lien assez fortement. Cependant, la majorité des personnes interrogées m'ont confié des éléments intimes de leur vie, ce qui me laisse penser que ce biais ne peut être majeur.

II - La littérature à ce sujet

En premier lieu, plusieurs études réalisées dans d'autres régions rapportent de fortes similarités d'attente des habitants :

A. Besançon : une étude pour préparer un comité des usagers

Dans une étude, intitulée *Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Constats, limites et perspectives* et réalisée par Sophie BUFFET [37] dans le cadre de sa thèse, rapporte des résultats en lien avec mes conclusions. Ce travail analysait des entretiens individuels semi-directifs des représentants des usagers et s'inscrivait dans un processus de recherche-action, sans solliciter les soignants, pour analyser les motivations, les projets et rôles, la mise en œuvre des projets et les difficultés ressenties vis-à-vis d'un projet de comité des usagers d'une MSP à Besançon. Le groupe était composé de dix femmes et cinq hommes, tous avaient un médecin traitant déclaré au sein de la MSP St Claude. Malgré un angle d'approche légèrement différent et l'absence de notion de QPV, le parallèle entre nos travaux est marquant sur le plan des projets attendus par les habitants interrogés :
- Sur le plan communicationnel, nos deux études aboutissent aux mêmes conclusions. Les habitants sollicitent un échange bilatéral d'informations avec les soignants, souhaitent la prise en compte de leurs doléances et insistent sur le besoin de proximité.
- Sur la question de l'attente, la demande était similaire à nouveau : améliorer le confort en salle d'attente et utiliser ce temps pour transmettre des informations, voir même préparer la consultation.
- De la même manière, l'accès plus rapide à l'avis médical, l'accessibilité de l'exercice physique et le soutien aux personnes âgées ont été évoqués.
- Enfin, l'idée d'inciter au soin sans attendre la demande du patient était, elle aussi, sollicitée.

Un élément qui pourrait expliquer la corrélation de nos résultats réside, je pense, dans la méthodologie de recrutement des personnes interviewées. En effet, ces patients étaient recrutés par les médecins sur la base de leur aptitude estimée à « *présenter au moins une des caractéristiques suivantes : être capable de représenter les patients de la maison de santé, être apte à analyser des données, être capable de concertation, négociation et être force de proposition ; l'appréciation de ces spécificités était laissée au libre jugement des professionnels de santé.* » Rien ne laisse donc à penser qu'il s'agissait d'experts.

Ces résultats encouragent donc à penser qu'il n'existe pas de spécificité d'attentes des habitants de QPV en comparaison des autres lieux de vies, et à envisager ces attentes en fonction de l'écosystème de santé autour du projet.
Cependant, la sociologie des patients interrogés n'a été que très peu décrite. Il est donc possible que le public interrogé soit de la même nature dans nos travaux respectifs.

Ce parallèle important dans les résultats et la méthodologie de nos deux études est encore renforcée par la différence de résultats retrouvés face à l'étude d'E. Allory et al, [31].

B. La MSP de Villejean en QPV en Bretagne

En effet, même si l'objectif initial d'E. Allory et al [31] était encore plus proche de mon travail (recueillir les attentes de santé des patients de la MSP de Villejean en Bretagne en QPV), nous avons vu dans l'introduction que le recrutement ciblait des patients experts et les soignants.
Loin de décrédibiliser l'intérêt de ce travail, il existe cependant des différences dans les résultats qui, selon moi, découlent de ce facteur.
En effet, il existe de nombreuses similarités dans nos résultats : le souhait d'une coordination avec les acteurs extérieurs, de lutter contre l'isolement des personnes âgées, d'une organisation des soins non programmés, du raccourcissement des délais de prise de rendez-vous et du maintien de l'offre de soin de proximité.
En parallèle, de nombreuses autres attentes ne sont pas retrouvés dans mon travail : une approche globale de la santé, la création d'interventions collectives, la question du tiers-payant, la mise en place d'un interprétariat et la crainte de la complexification de la MSP qui risquerait de la rendre moins lisible.

Une fois encore, l'objet de mon analyse ne vise pas à déconsidérer le travail d'E. Allory et al. mais à souligner la différence de résultats liée, je pense, à la méthodologie. Il ne s'agit pas non plus de laisser croire que les propos des experts seraient de mauvaise qualité. Cependant, ces différences mettent en valeur la modification du regard du soignant sur son territoire de soin lorsqu'il l'observe au travers du prisme des experts.

C. Le travail de l'atelier santé ville (ASV) de Narbonne

Les ateliers santé ville ont été créés en 1999 par le comité interministériel pour encourager les expérimentations en santé sur les territoires QPV. [38] Ils doivent faire converger les

trois politiques : la santé, les affaires sociales et la ville par le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat et permet d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local pour adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux [39].

Elément important de la politique de santé publique et de développement des projets de santé sur Narbonne, l'ASV a réalisé entre 2010 et 2012, une étude qualitative auprès des associations, des professionnels de santé libéraux et des habitants [40]. Cette étude ciblait les 3 QPV de Narbonne : Ouest, Centre et Est. 73 professionnels de 30 structures ont été interrogés pour les associations, 11 professionnels de santé libéraux et 60 habitants. Ce travail cherchait à proposer des recommandations sur 5 axes : les problématiques de santé des habitants des QPV, les déterminants de santé, l'accès aux soins et aux droits, l'accès à la prévention, les représentations et freins psycho-sociaux.
Ce travail ne ciblait pas les attentes spécifiques des habitants vis-à-vis d'un projet de MSP et le nombre d'expert inclus a fait pencher les résultats sur des thèmes plus complexes, mais plusieurs éléments me semblent importants.

- Les problématiques de santé des patients étaient partiellement identiques à ceux de mon travail. On retrouvait principalement la question des problèmes bucco-dentaires, du diabète, de l'éducation sexuelle, et de l'isolement social.
Ils connaissaient mal l'organisation et les articulations du système de soin (urgences et maison médicale de garde) et les dispositifs d'aide à la prise en charge, surtout l'ACS.
L'aspect financier était évoqué comme problématique sur les dépassements d'honoraires, les avances de frais médicamenteuses ou à la maison médicale.
Sur le plan prévention, l'intérêt n'était que peu mesuré. Une fois identifié, il existait une plainte sur la démarche culpabilisante de la prévention, engendrant des attitudes de replis.
Enfin, le manque d'estime de soi et la peur du jugement du professionnel de santé étaient les principaux freins psycho-sociaux liés au non recours aux soins.

- Les professionnels socio-sanitaires ont tous souligné l'importance d'un travail de réseau pour proposer un abord global des personnes, voir même d'organiser des temps de travail en réseau pluri-professionnel autour d'une problématique partagée (la détresse psychologique, les addictions, le surpoids et la continuité du parcours de santé). Ainsi, l'un d''entre eux disait : « *Il faut aller au-delà d'annuaires avec par exemple le développement de protocoles par situation, ou par thématiques.* ».

En résumé, en dehors de l'aspect financier déjà traité plus haut et des freins psycho-sociaux qui restent en dehors de l'objectif de mon travail, les similarités des demandes restent dans les mêmes champs de thématique. Cet élément est peu surprenant car les populations interrogées sont très semblables aux habitants que j'ai pu recruter, certains pouvant même être les mêmes.

Mais les éléments les plus intéressants résident dans le point de vu des professionnels. En effet, si le prisme de l'expert est très marqué ici avec des attentes très différentes de celles des habitants, les professionnels sollicitent surtout une organisation pluriprofessionnelle quasi-identique à celle d'une MSP.

Il me semblait importer de souligner cette étude qui renforce, à mon avis, mes résultats, ma problématisation et ma démarche à l'origine de cette thèse.

III - Répondre aux attentes : un souhait intuitif mais complexe

Ma démarche, qui a initié ce travail de thèse, me semblait au départ la plus logique : face aux problématiques et interrogations concernant le développement de notre MSP, les habitants du quartier sauront m'orienter car ils connaissent leurs problématiques du quotidien. À la sortie de ce travail, mon avis est plus nuancé.

- Qu'est-ce qu'une attente ?

Un des obstacles que j'ai rencontré durant ce travail a été de définir ce que pourrait être la notion d'attente. En effet, ma démarche initiale était de légitimer les attentes et les besoins d'un groupe d'habitants, l'exprimer sous la forme d'une liste, puis d'y répondre le mieux possible. Cependant, j'ai découvert l'aspect mouvant de la notion d'attente que je pensais monolithique. Certes il existe des besoins primaires biologiques simples auxquels il semble plutôt aisé de répondre, mais la façon dont j'ai sollicité l'opinion de ces habitants a abouti à la formulation d'attentes plus complexes. Tantôt mal définies, tantôt mouvantes dans le temps, parfois conceptuelles, parfois transformées en objectif idéalisé sans méthodologie proposée, leurs formes a été très diverses.
Le terme est d'ailleurs mal défini dans la littérature. Si l'attente, au sens du temps passé avant un événement, est beaucoup traitée, l'attente au sens utilisé dans ce travail a été exploré par la littérature plutôt sous la notion de besoin. À ce titre, Cyrille MEGDICHE souligne la multitude de significations que peut recouvrir ce terme dans *Essai sur la notion de besoin* [41].

Ceci m'a fait arriver à la conclusion que ma formation médicale devra être complétée par une approche sociologique, ethnographique et philosophique si je souhaite un jour pouvoir à nouveau aborder ce thème de manière plus complexe.

- La différence de paradigme entre habitants et soignants

Une autre difficulté que j'ai vu apparaitre progressivement est la différence de mode de raisonnement entre soignants et habitants. J'ai pu, au hasard des pauses-café, discuter de mon travail en cours de construction et le confronter ainsi aux opinions de l'équipe de soin primaire que nous sommes en train de mettre en place.
C'est ainsi que la différence de paradigme m'est apparue : pour le groupe de soignants, la construction de l'équipe est considérée comme un objectif, tandis que les habitants l'envisage comme un moyen d'atteindre d'autre buts, en lien avec leur quotidien et leurs

besoins. Pour les habitants interrogés, l'équipe était un état naturel une fois l'entente humaine assurée, alors que le groupe de soignants sous-entendait, sans le formuler, qu'il existait un autre ingrédient à ajouter pour atteindre cet état « d'équipe ». À mon sens, un début de réponse sur cet ingrédient est proposé par Pierre DE HAAS dans *Monter et faire vivre une maison de santé* [42] : le management de l'équipe. Cet élément est aussi le premier facteur d'échec des MSP.

Cette problématique rejoint par ailleurs le travail de C. JEOFFRION [29] sur les différences de concepts entre médecins et patients. Ainsi, cette question « **Qu'est-ce qui fait d'un groupe de soignant une équipe de soin ?** » confrontée aux différences d'opinions entre habitants et soignants mériterait, selon moi, un autre travail de recherche.

- <u>Des demandes simples aux réponses complexes</u>

De manière plus pratique, réussir à répondre à l'ensemble des besoins évoqués reste un défi majeur malgré son aspect louable.
En effet, les demandes matérielles sont simples à évoquer mais leur nombre et le modèle financier du projet nécessiteront indubitablement une rationalisation. Ainsi, si la mise à disposition d'une machine à boissons dans une salle d'attente reste un objectif accessible à court terme, l'installation d'une salle d'imagerie nécessiterait un financement bien plus conséquent.
De la même façon, les demandes de coordinations représentent un objectif ambitieux et chronophage. Il ne faudrait d'ailleurs pas oublier les craintes et refus.

Ainsi, une fois les demandes, la rationalisation et la planification formulées, pointe une nouvelle problématique : qui doit décider ?
La réponse à cette question dépendra du socle philosophique du projet, des fonds disponibles et des partenariats envisageables.

IV - Proposition de recommandations pour les MSP

Même si ces propositions ne doivent pas être lues comme un mode d'emploi, ce travail conforte, humblement, plusieurs idées :

- S'insérer dans un écosystème

Il est nécessaire d'envisager une structure de soin au sein du bassin dans lequel elle s'insère, sans le découper en tranches. En effet, les demandes formulées ont ici été logiquement en lien avec le maillage du système de santé environnant, certes complexe mais déjà existant autour du projet. C'est la raison pour laquelle, selon moi, la question de la mobilité a été aussi forte dans les plaintes initiales.
Il est donc primordial que le porteur de projet connaisse et analyse le territoire pour lequel il souhaite s'engager.

- L'analyse à grande échelle et le terrain

L'analyse à l'échelle macroscopique des marqueurs économiques et sanitaires est d'une utilité indéniable pour la rédaction du projet de santé d'une MSP. Ils permettent de poser un cadre de raisonnement sur les éléments protecteurs ou défaillants d'un territoire. Ainsi, les travaux de Richard WILKINSON dans *Les inégalités nous rendent malades* [43] sont extrêmement marquants : *« Mais l'atteinte la plus massive aux droits de l'homme dans nos sociétés est sans doute la différence d'espérance de vie en fonction du niveau de revenus. »*
Il serait cependant malheureux de n'utiliser que ces indicateurs. En effet, comme vu précédemment, une part des besoins naissent de l'écosystème dans lequel s'insère la structure de soin (équilibre mobilité / éloignement des structures, contraintes environnementales, inégalités sociales …). Ainsi, se contenter de ces marqueurs reviendrait à la création d'un catalogue de groupes sociaux, niant tous les particularités et spécificités des territoires et de leurs populations. Il me semble donc que les marqueurs globaux doivent servir de guide directeur à la réflexion et le terrain d'argumentaire pour les projets.

Si bien sûr ce travail chiffré d'état des lieux du soin du territoire est fondamental, il ne s'oppose absolument pas au travail d'enquête de terrain que j'ai tenté de réaliser dans cette thèse : ils s'enrichissent mutuellement.

- Le « circuit court » de la santé

Afin d'assurer la pertinence entre le projet de santé de la MSP et les demandes de santé des habitants, il me semble indispensable de solliciter les habitants eux-mêmes. Comme j'argumentais précédemment, je pense que minimiser le recours aux experts permet de proposer une analyse plus fine de la réalité du quotidien.
Mes propos, même s'ils relativisent la nécessité des intermédiaires, sont confortés par le travail de BRECHAT [32], qui préconise une interface de communication entre MSP et habitants.
Cependant, ces experts semblent pouvoir jouer un rôle de médiateur qui laisse à penser qu'il ne faut pas les exclure complètement du dispositif. À ce propos, Sophie BUFFET [37] propose un travail très intéressant : la méconnaissance réciproque des perceptions entre les soignants et les usagers a été contournée par la collaboration avec un expert représentant des usagers. Ainsi, se dessine progressivement une structuration scientifique et politique d'un comité des usagers.

Quoiqu'il en soit, ce type de projet relationnel de long terme doit être travaillé et préparé avec intensité, même si la législation ne le soutient pas suffisamment comme nous le verrons plus tard [44]. En effet, l'action publique reste encore trop centrée sur l'institution hospitalière, comme il apparait dans le rapport de C. COMPAGNON, *Pour l'an II de la Démocratie sanitaire* [45], qui n'évoque jamais les soins coordonnés ambulatoires malgré sa rédaction en 2014.

- La coordination de la MSP, l'équipe et le leadership

En conclusion, il me semble que l'équipe de soin a la responsabilité d'innovation du soin, mais surtout de transcription des besoins des habitants et du territoire. En effet, si les habitants ne présentent pas un cahier des charges organisé, ils évoquent par contre des objectifs à atteindre. Il s'agit donc une nouvelle fois de la responsabilité de l'équipe que d'assurer les allers-retours entre la prise de décision et l'opinion des habitants pour assurer la pertinence des projets menés.

Il est donc nécessaire que les soignants restent les coordinateurs politiques du projet et qu'ils en assurent le développement intellectuel. En effet, déléguer cette tâche à un prestataire externe, risquerait de placer le projet de la MSP devant un phénomène de standardisation impropre à la prise en compte des particularismes, comme vu précédemment. Qui serait mieux placé que les soignants qui possèdent les clefs de toutes

les serrures pour assurer la transcription des besoins des habitants, de ceux des soignants et de la vision de santé du territoire ?
Ainsi, il doit apparaitre un nouveau métier, non pas de coordinateur, mais de soignant-coordinateur pour garder un pied sur le terrain et un autre dans le développement du projet, à l'instar de l'enseignement médical universitaire.

V - Ouverture et opinions

Il existe de nombreuses responsabilités d'un soignant envers son patient. Il est donc peu surprenant que les personnes interrogées dans cette étude transfèrent au moins en partie ces responsabilités sur toute une équipe de soignants.
Ce qui transparait aussi dans ce travail, mais qui ne peut être exploité ici du fait de la méthodologie utilisée, est la responsabilité de l'équipe soignante envers la structure sociale dans laquelle elle s'intègre.
À mon sens, il ne s'agit pas de reprendre les positions hiérarchiques descendantes du sachant vers le requérant, mais au contraire de proposer une nouvelle forme d'horizontalisation de la prise de décision en santé. En effet, bien qu'une partie du cursus de formation des soignants soit basé sur l'apprentissage de l'accumulation de données médicales pour se positionner dans un algorithme diagnostique ou thérapeutique, les personnes interrogées proposent de penser leur santé au travers de la question :
« Qu'est-ce qui est bon pour moi ? ».

Cette question, rendant la définition de la santé beaucoup plus large, incite ainsi à introduire l'opinion et le travail de réflexion du patient et, par extension, à introduire celles des habitants dans les décisions des équipes de soins. Ainsi, même si les soignants possèdent leur propre opinion, ils ne peuvent espérer répondre seuls à cette question qui nécessiterait, non pas de comprendre le patient, mais d'être le patient.

Il est d'ailleurs probable que certains des aspects évoqués par ces personnes dans ce travail semble triviaux, la machine à boisson en salle d'attente pouvant en être un exemple. Pourtant, il me semble qu'au contraire, ils pourraient être parmi les éléments les plus significatifs de la conséquence de la relation collective des soignants avec leurs patients. En effet, aucune des personnes interrogées n'a contesté l'attente du patient en salle d'attente, si ce n'est son caractère parfois trop long, mais les demandes se sont

focalisées sur la réduction de la sensation d'attente : « Puisqu'il faut attendre, laissez nous attendre dans de bonnes conditions. » Elles ont ainsi abandonné l'idée de réduire l'attente elle-même, préférant de plus courts délais de prise de rendez-vous et une amélioration de la sensation d'attente.
Derrière cet abandon, se cache selon moi l'acceptation des habitants à ne plus prendre part aux décisions de santé. Pourtant, la durée des entretiens et les évocations spontanées de nombreuses attentes me laissent à penser qu'il existe une réelle demande de prise en compte de leur opinion.

C'est ainsi que le concept de MSP peut dépasser sa dimension actuellement réduite au soin. C'est son caractère territorialisé qui la place comme actrice nécessairement politique, au sens qui relève de la cité organisée, car à la croisée des chemins de la santé, du dialogue avec les habitants et du développement de projets visant à modifier l'avenir de son territoire.
Cette rencontre entre les habitants et les soignants est évoquée depuis plusieurs années sous le terme de démocratie sanitaire par les pouvoirs publics, pourtant notre modèle de santé en est encore aujourd'hui très éloigné. En effet, l'hégémonie des sachants et la prédominance des experts, qu'ils soient patients, administratifs ou financiers, dans les conseils décisionnels des structures de soins, ne laisse pas la place à l'opinion des habitants et maintient le développement des projets de santé dans les seules mains des producteurs de soin.
Cet objectif de démocratisation est d'ailleurs présent dans les critères de l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel, ex nouveaux modes de rémunérations) des MSP, signé entre l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et 21 syndicats de soignants, le 20 avril 2017 [44]. Malheureusement, ce critère reste optionnel pour déclencher une rémunération, les MSP n'ayant pas d'obligation à produire annuellement une évaluation de la satisfaction des usagers. Ce questionnaire de satisfaction resterait malgré tout insuffisant car il serait réalisé à postériori des projets menés par l'équipe et ne pourrait à lui seul initier un processus d'échange avec les habitants du territoire de la MSP.

Ainsi, si les MSP se développent uniquement sur leur dimension de santé, le système de santé ambulatoire manquera l'occasion d'assurer sa mue vers une organisation plus collaborative, concept repris au système mutualiste [46].

Cette collaboration est même à l'origine des MSP. En effet, leur modèle de développement permet de distribuer l'initiative à n'importe quel acteur du territoire : aux habitants comme dans le cadre du modèle des 3 cités de Poitiers, aux soignants comme le modèle de Villejean en Bretagne ou de notre projet à Narbonne, ou des politiques comme dans le cadre de nombreux projets ruraux. Elles présentent donc un potentiel de maillage de l'ensemble des territoires plus important que les modèles institutionnels.

De plus, comme le souligne Cécile Fournier dans «Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes» [47], en comparaison des anciens centres de santé [46], les médecins libéraux sont dans une position plus difficile par rapport aux décennies précédentes pour créer ex-nihilo des lieux d'exercices pluriprofessionnels car ils ne peuvent pas s'appuyer sur les moyens financiers, gestionnaires, matériels et immobiliers des collectifs administratifs ou professionnels. Il est donc nécessaire que les habitants et patients soient insérés dans les processus de décisions pour assurer ces appuis.
Les MSP associées aux habitants suppriment donc le filtre des experts, démultiplient les capacités de travail, élargissent les champs de compétences, et assurent la pertinence du projet mené. Elles sont ainsi la clef d'une médecine collective, plus préventive et démocratisée, au service de la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Quartiers prioritaires de la politique de la ville - Définition [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2114

2. INSEE. Les habitants des quartiers de la politique de la ville - La pauvreté côtoie d'autres fragilités [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538

3. Ministère de la cohésion des territoires. Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (2014-2020) [Internet]. Disponible sur: https://sig.ville.gouv.fr/page/198/les-quartiers-prioritaires-de-la-politique-de-la-ville-2014-2020

4. JUSTE N. La mobilité des résidents des quartiers prioritaires - Analyse réalisée à partir des enquêtes ménages déplacements [Internet]. Disponible sur: http://www.rst.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/1_1706-jtd-mobilite_qpv_v2_cle1fd9cc.pdf

5. Ministère de la cohésion des territoires. Quartier Prioritaire : Narbonne Ouest [Internet]. Disponible sur: https://sig.ville.gouv.fr/Synthese/QP011007

6. ARS Occitanie. Profil Santé - Narbonne Ouest/ Narbonne Centre/ Narbonne Est [Internet]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/QPV_11_NARBONNE.pdf

7. INSEE. Recensement de la population, Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017 - Aude [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2525755/dep11.pdf

8. INSEE. Ménages à bas revenu (ménages « pauvres ») [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2652097?sommaire=2652100

9. INSEE. La santé des plus pauvres [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280671

10. ONPV. État de santé des résidents des quartiers prioritaires alsaciens [Internet]. Disponible sur: http://i.ville.gouv.fr/download/reference/14158

11. ONPV. Implantation de l'offre de soins libérale dans les quartiers prioritaires [Internet]. Disponible sur: http://i.ville.gouv.fr/download/reference/14157

12. Raynaud J, Chapelon L, Bakis H. L'accès aux soins : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs. Université PV, École doctorale 60 Territoires, Temps, Sociétés et Développement; 2013.

13. INSEE. Une approche de la précarité en Occitanie [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3559528/lm_ind_06.pdf

14. Légifrance. Code de la santé publique - Article L4131-2 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688814&dateTexte=&categorieLien=cid

15. ARS Occitanie. Profil Santé - Narbonne Ouest/ Narbonne Centre/ Narbonne Est [Internet]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/QPV_11_NARBONNE.pdf

16. Légifrance. Code de la santé publique - Article L6323-3 [Internet]. Disponible sur: 12. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665

17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

18. ARS Occitanie. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie [Internet]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-en-occitanie

19. Ministère de l'intérieur, Ministère de la santé et des sports, Ministre de l'espace rural et de l'aménagement du territoire. Lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf

20. Trame type de projet de santé d'une MSP [Internet]. Disponible sur: http://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/trame_type_projet_sant%C3%A9_MSP_V2_2015_08_26.pdf

21. ABEL S. Attente et ressenti des usagers des maisons de santé pluridisciplinaires : enquête auprès des patients de Savenay, Saint-Nazaire et Nantes-nord. 2016.

22. MBEMBA LEPILLER. Evaluation de la satisfaction des patients de Médecine Générale dans 2 maisons de santé pluriprofessionnelles loirétaines. 2015.

23. NARIMAN N. Satisfaction des patients concernant l'offre de soins des maisons de santé en Languedoc Roussillon. 2016.

24. IRDES. Impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires sur la satisfaction des usagers [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.irdes.fr/recherche/projets/l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-soins-primaires-sur-la-satisfaction-des-usagers-pspc.pdf

25. OMS. Comment l'OMS définit-elle la santé ? [Internet]. Disponible sur: http://www.who.int/suggestions/faq/fr/

26. BISHOP G. Mental Representation, Health, and Illness: An Introduction. 2004. 6489-6491 p.

27. Cathébras, P. Qu'est-ce qu'une maladie ? 1997;18(10):809-13.

28. Jeoffrion C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. 2009;2(82):73-115.

29. Cormier F. Dossier de presse - Centre de Santé des 3 Cités [Internet]. Disponible sur: http://centredesantedes3cites.fr/wp-content/uploads/2015/09/dossier_presse3.pdf

30. ASSOCIATION L'ESPOIR, ASSOCIATION DES CSC DES 3 CITES. DIAGNOSTIC SANTE PORTE PAR LES HABITANTS DES 3 CITÉS À POITIERS [Internet]. 2013 Juin. Disponible sur: http://centredesantedes3cites.fr/wp-content/uploads/2015/09/RapportV5-pour-envoi-mail.pdf

31. Emmanuel Allory et al. LES ATTENTES D'USAGERS D'UN QUARTIER PRIORITAIRE EN TERMES DE SANTÉ : UNE ENQUÊTE QUALITATIVE. 2017;29(4):535-45.

32. Bréchat P, Bérard A, Jeoffrion C, Segouin C, Bertrand D. Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives. 2006;18(2):245-262.

33. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. 2016.

34. Rat C. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. Exercer 2017;(135):327-34.

35. Levaillant T. La santé globale en pratique clinique : ethnographie d'un centre de santé communautaire. Montpellier-Nîmes; 2018.

36. L'Assurance Maladie. CMU complémentaire : conditions et démarches [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/aude/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/cmu-complementaire

37. Buffet S, Vuattoux P, Baudier F, Peseux Y, Magnin-Feysot C, Perrot J-M. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Constats, limites et perspectives. Santé Publique. 2014;26(4):433-41.

38. Sapoval Y-L. Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. DIV. 2007; Disponible sur: http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

39. Fabrique Territoires Santé. Historique des ASV [Internet]. Disponible sur: https://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/historique-des-asv

40. Atelier santé ville Narbonne. Atelier santé ville Narbonne : restitution de trois enquêtes qualitatives. Mairie de Narbonne; 2013.

41. Megdiche C. Essai sur la notion de besoin. Sociétés. 2002;75(1):85-90.

42. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé [Internet]. 2015e éd. Le Coudrier; (Partage d'expériences). Disponible sur: https://www.edition-lecoudrier.fr/produit/5/9782919374113/monter-et-faire-vivre-une-maison-de-sante

43. Wilkinson R. « Les inégalités nous rendent malades ». Revue Projet. 2014;341(4):52-7.

44. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. avril, 2017. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf

45. COMPAGNON C. Pour l'an II de la Démocratie sanitaire [Internet]. 2014 février. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000107/0000.pdf)

46. CALISTI L, REY J-F. Santé et cadre de vie. L'expérience mutualiste de Marseille. ES (Editions Sociales). 1977.

47. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. Sciences sociales et santé. 2014;32(2):67-95.

ANNEXES

Annexe 1 – *Guide d'entretien*

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

1- Que pensez-vous de la vie en général dans le quartier ?

Relance 1: Comment voyez-vous le quartier ?

Relance 2 : Comment vous sentez-vous dans le quartier ?

La question explore leurs représentations du quartier pour permettre d'interpréter les propos.

2- Que pensez-vous de la situation du quartier en termes de soins ?

Relance 1 : Avez-vous des difficultés et facilités de soins dans le quartier ? Qu'en pensez-vous ?

Relance 2: Comment le vivez-vous ?

La question explore leurs représentations médicales du quartier.

3- Rappelez-vous une fois où vous avez eu besoin de soins en général dans le quartier. Comment cela s'est-il passé ?

Relance 1: Quel souvenir en avez-vous ?

Relance 2 : Comment l'avez-vous vécu ?

La question explore le ressenti / vécu d'une expérience de besoin médical dans le quartier

4- Dans l'idéal, sur le plan médical et des soins en général, de quoi auriez-vous besoin dans le quartier ?

Relance 1: Quelles sont vos attentes dans le quartier ?

Relance 2 : Quels sont vos besoins dans le quartier ?

La question explore leurs attentes de santé déclarées.

" Fin 2018, une maison de santé va se créer dans le quartier. Quatre médecins, des kinésithérapeutes et des infirmières y travailleront en équipe. "

5- Dans ce contexte, comment cette équipe pourrait vous aider ?

Relance 1: Quels projets de la Maison de Santé pourraient vous aider ?

Relance 2 : Selon vous, sur quoi doivent se concentrer les travaux de cette équipe ?

La question explore leurs attentes de santé vis-à-vis de la MSP.

6- Sur ce thème d'une maison de santé dans votre quartier, que pourriez-vous ajouter ?

Relance 1 : Avez-vous d'autres idées ?

Relance 2 : Souhaitez-vous évoquer autre chose ?

Annexe 2 – *Formulaire de consentement de participation libre et éclairé*

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Madame / Monsieur (Nom, Prénom)

……

Né(e) le …..…./……..../…..….. (JJ/MM/AAAA)

Adresse ……

M. PERRIN, médecin adjoint m'a proposé de participer à un travail de recherche s'intéressant à l'attente des patients vivant dans le quartier de St Jean St Pierre vis à vis de la création d'une Maison de Santé Pluri professionnelle. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser. Cela ne changera pas nos futures relations pour mon suivi médical dans la maison de santé. J'ai reçu et bien compris les informations suivantes :

- Le but de cette recherche est de comprendre quelles peuvent être les attentes d'une personne vivant dans le quartier de St Jean St Pierre au sujet de la création d'une Maison de Santé Pluri professionnelle.
- Cette recherche sera réalisée en analysant au cours d'un entretien individuel, le vécu des personnes participant à cette étude.
- Toutes les données produites et utilisées durant cette étude seront anonymes.

J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice d'information. Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation. J'en informerai alors M. PERRIN.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par M. PERRIN pour la réalisation d'un sujet de thèse. J'ai bien noté que toutes les données recueillies au cours de cet entretien seront étudiées et publiées de façon anonyme. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition tout comme demander toutes informations complémentaires en contactant M. PERRIN.

Fait à …….. , en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé.

Nom du médecin	Nom et prénom du patient
le ……/……../…….	le ……./……../…….
Signature du médecin	Signature du patient précédée de la mention « Lu et approuvé »

Annexe 3 – *Notice d'information sur le déroulement de l'étude*

NOTICE D'INFORMATION : DEROULEMENT DE L'ETUDE

Je suis Thibault PERRIN, interne en dernière année de médecine et médecin adjoint du cabinet médical de St Jean St Pierre.
Dans le cadre de mon projet de thèse, je m'intéresse aux attentes des patients du quartier de St Jean St Pierre, vis-à-vis du projet de Maison de Santé Pluri professionnelle que nous avons lancé.
L'objectif de ce travail de thèse est de pouvoir explorer vos attentes afin d'orienter le projet de la Maison de Santé dans le sens de vos besoins.
Je suis donc particulièrement intéressé de découvrir votre avis sur ce sujet.

Condition de participation à l'étude :
Toute personne venant consulter au cabinet médical de St Jean St Pierre et résidant dans ce même quartier.

Schéma de l'étude et durée de participation
Réalisation d'un entretien individuel d'environ 30 à 40 minutes au cours duquel vous serez libre de m'exposer votre vécu et vos attentes concernant le quartier.
Ces entretiens se dérouleront de mai à juin 2018 au sein du cabinet ou dans un lieu de votre choix. La date de réalisation sera laissée à votre convenance : soit le jour de votre consultation soit à un autre moment de votre choix.

Condition de réalisation et exploitation des résultats :
Chaque entretien sera enregistré et analysé. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront anonymes. Vous pourrez disposer à tout moment des résultats de cette étude. Chaque participant pourra également à tout moment changer d'avis et demander à ne plus participer à cette étude. Cela ne changera pas nos futures relations pour votre suivi médical dans la maison de santé.
Si vous êtes intéressé pour participer à cette recherche et me faire partager votre opinion, merci de le faire savoir à votre médecin au moment de votre consultation.

Thibault PERRIN

<u>Annexe 4</u> – *Relevés des Verbatims*

L'ensemble des verbatims repérés dans les entretiens figurent ici, triés par personnes. Tous n'ont pas été utilisés durant l'analyse, car certains ne traitent pas de la question de ce travail.

Les propos insultants, racistes ou pouvant permettre de reconnaitre certains individus ont été surlignés en noir afin d'être masqués. Cette méthode ne devrait cependant pas gêner la bonne compréhension des verbatims.

Relevé de F1

1	**- La première chose que j'essaye de savoir sur votre avis c'est qu'est-ce que vous pensez de la vie en générale dans ce quartier ?** - Très convivial. **- Oui ?** - Oui. Franchement, très convivial. Après voilà il y a beaucoup de … trafic on va dire, mais après c'est un bon quartier. C'est un bon quartier moi je trouve. Ma mère elle s'est éloignée et elle est revenue hein. Ouais je trouve que c'est convivial. C'est un quartier où … voilà on se retrouve le soir, l'après-midi, de temps en temps … Ça va.
2	**- Ça va ?** - Hm. Franchement j'aime bien. C'est un quartier que j'aime bien. C'est des gens qu'on connait depuis longtemps en plus donc voilà on n'a pas peur.
3	Moi à Toulouse je sortais pas trop parce que je connaissais pas les gens, ici je les connais depuis longtemps donc voilà je sors tranquille. C'est tranquille on a notre petit train-train à Narbonne *(sourire)*, c'est tranquille, c'est la ville des vieux mais après voilà moi j'aime bien.
4	**- Comment vous le voyez le quartier ? Vous m'avez expliqué comment vous vous y sentiez, mais quelle image vous avez du quartier ?** - Mauvaise image. Mauvaise image.
5	- Bah on voit dans le journal, on voit que St jean St Pierre faut dire ce qu'il y est. Bah bien sûr … *(elle chuchote presque)* quand on les voit tous devant le bureau de tabac en train de faire leurs trucs derrière le bâtiment là-bas enfin … Voilà. **- Ça c'est votre image du quartier ?** - Oui. Bah oui. Oui oui. Y'a toujours des petits trucs on le voit hein, y'a tout le temps les flics, tout le temps … Y'a beaucoup de … y'a beaucoup de trafic.
6	C'est un très bon quartier mais après voilà c'est ça le problème faire grandir ses enfants ici c'est un peu dur.
7	**- Pourquoi ?** - Bah moi mon fils il a que 4 ans donc ça va. Mais s'il a 15 ans, 16 ans vous imaginez si je le laisse dehors ? C'est pas possible surtout devant le bureau de tabac … Ils sont tous en train de fumer … Même … Même c'est devant vous quoi … Ils se la vendent devant vous quoi … On peut pas. On peut pas. Tous devant le bureau de tabac, voilà … Dernièrement quelqu'un a pris une balle, voilà y'a beaucoup de choses comme ça ici.
8	**- Donc vous en avez une mauvaise image mais vous vous y sentez bien ?** - Ouais. Enfin mauvaise image entre guillemets après moi je suis pas dans leurs trucs donc voilà moi je suis avec des copines je suis pas dedans je m'en fous complètement. Ils font leur vie ils font ce qu'ils ont à faire et puis voilà c'est tout.
9	Après par rapport aux autres je pense que voilà quoi quand on voit le midi libre ou l'indépendant c'est direct ça. Et puis même dans un CV, SJSP c'est mal vu. C'est mal vu … mais bon … moi je m'y sens très bien.
10	**- Mais c'est ça le plus important non ?** - Oui. Ah oui ! Oui oui ! Moi je suis très bien ici, je suis très bien. Moi je suis pas dans leur trucs donc chacun sa vie ils veulent faire leurs trucs ils font leurs trucs moi je m'en fou … complètement.

11	**- Hm! D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de la situation du quartier en termes de soins ?** - Y'a rien du tout. À part vous ! Franchement c'est vrai y'a rien et encore vous êtes venu il y a pas longtemps parce qu'avant on avait le docteur J. en résidence là.
12	Dès qu'il est parti à la retraite ça a été la galère. La grosse galère … Ceux qui n'ont pas le permis, ceux qui sont voilà moi j'ai pas le permis donc prendre le bus pour amener mon fils qu'est malade, qu'à 40 de fièvre ou dire à mon père amène moi jusqu'à Razimbaud ou la place des Pyrénées parce qu'il était place des Pyrénées le Dr N. avant ... voilà quoi c'était une grosse galère.
13	Heureusement que vous êtes venus franchement parce que moi un généraliste j'en ai besoin, je suis diabétique donc tous les 3 mois voir le diabéto ça me suffit pas il me faut des médicaments entre. Voilà donc même un cathéter qui tombe il m'en faut un autre d'urgence donc voilà quoi. Moi il me fallait des généralistes moi ça tombe à pic !
14	Moi j'ai un souci je prends mon doctolib, là je prends rdv direct je viens ici, enfin ça c'est bien.
15	Moi pour moi le généraliste c'est la base, c'est le minimum enfin voilà. Après le podologue, nanana, il en faut je dis pas qu'il en faut pas, d'façon podologue y'en a une là mais c'est voilà quoi, moi pour moi c'est le généraliste, à la base c'est le généraliste. Après le reste c'est vrai qu'y en a pas, mais bon à la base on va voir un généraliste en premier avant d'aller voir un spécialiste et le reste …
16	**- Et le reste c'est quoi ? Vous dites le reste y'en a pas.** - Bah dermato y'en a pas, euh ophtalmo y'en a pas, pour prendre un rdv c'est une fois tous les ans quand on doit faire le fond d'œil c'est la crise enfin voilà à Narbonne y'a rien. Cardio y'en a pas enfin ici dans le quartier y'a rien. À part des généralistes y'a rien …
17	Moi je pense que le centre médical que vous allez faire faudrait mettre des spécialistes ou déboucher les spécialistes c'est une bonne chose comme vous avez dit là. Enfin voilà.
18	**Et vous vous trouvez que vous avez des difficultés ou des facilités en termes de soins dans le quartier ? Des choses qui sont faciles, des choses qui sont difficiles.** - Euh … bah moi par exemple dès que je veux prendre un rdv eh bé c'est en ville je suis obligée de prendre le bus enfin voilà …
19	Moi dès que je me déplace je galère parce que j'ai un enfant de 4 ans. Il faut que je coure à droite à gauche prendre le bus, il passe toutes les 20 minutes et encore s'il passe toutes les 20 minutes parce qu'on est dans une petite ville donc le bus est tout le temps en retard.
20	Euh voilà c'est une fois tous les ans ces rdv c'est la galère faut se déplacer et nous on aime bien tout avoir dans le quartier. On a le bureau de tabac, on a la boulangerie, Leclerc pas loin, nous on aime bien ça c'est convivial voilà. On aime bien avoir tout à côté.
21	**- Pourquoi ?** **-** Parce qu'y en a pas beaucoup qui ont le permis. Enfin les vieilles personnes n'ont pas le permis, moi je suis en plein dans les heures donc voilà. Et puis voilà. Les vieux … moi ma mère elle a pas le permis, mon père il a le permis mais voilà il peut pas tout le temps l'emmener et puis voilà quoi.
22	**I**ci y'a beaucoup de maghrébins, y'a beaucoup de personnes qui viennent de l'étranger, y'a beaucoup de Turcs, de … voilà quoi. Faut prendre le bus, la perte de temps ! Les vendredis je vous raconte pas les bouchons et là l'été qui arrive ça va être encore pire avec la plage.
23	**- Donc si je comprends bien les difficultés que vous avez c'est la mobilité ?** - Oui ! Ma mère c'est pareil. Ma mère elle appelle le docteur à la maison, c'est rare quand je la fais venir là. Parce que voilà à 66 ans, diabétique, elle se fait opérer de la cataracte, elle a pas de lunettes elle vient de se faire opérer y'a même pas 2 semaines donc elle a la cataracte donc voilà quoi. Ça la fait galérer, donc on appelle le docteur il vient direct à la maison. Pourquoi ? Parce qu'elle a la flemme de prendre le bus. Et puis le bus voilà les tournants qu'il fait donc voilà quoi …
24	**- Et y'a des facilités en terme de soins vous trouvez ? Parce qu'il y a beaucoup de problèmes je m'en doutais un peu.** - Oui ! La facilité c'est que vous êtes installés ici. Moi ça me va très bien. Ça vous le savez, vous l'avez bien compris parce que je suis au Verdouble. (Rires communs)

25	Doctolib ça me va très bien aussi, prendre un rdv quand je veux c'est moi qui gère mes rdv ça me va très bien…
26	Après voilà et que vous soyez au quartier ! Ça c'est important !
27	**- Pour la question de la mobilité ?** - Oui. Mais même un petit centre ici ça serait impeccable. J'ai travaillé dans un centre médical dans un quartier aussi, j'étais à Bellefontaine donc et on voyait tout le monde venir enfin quoi, ils venaient directement, on n'a pas besoin de prendre le bus ni rien c'est à côté, c'est « t'as envie de venir ? Eh bah vas-y. » Voilà.
28	**- D'accord ! On va faire un petit exercice, je voudrais que vous vous rappeliez une fois où vous avez eu besoin de soins au sens large dans le quartier. Comment ça s'est passé ?** - Bah y'avait rien. y'avait pas de docteurs y'avait rien. Y'avait aucun spécialistes, y'a rien. Donc qu'est-ce qu'on fait ? On doit prendre le bus. On est obligé de prendre un rdv, de prendre le bus de se déplacer, de mettre le petit à la cantine parce qu'on sait pas combien de temps ça va prendre parce que des fois c'est sans rdv. … Des fois le docteur N. c'est sans rdv … c'est la galère, c'est une grosse galère. Pour moi c'est une grosse galère donc on sait pas combien de temps ça va durer donc voilà quoi.
29	Je vais là-bas bé y'a un tas de monde. Un tas de monde donc voilà obligé d'attendre ! Attendre, attendre, attendre, et après c'est à nous voilà quoi. Et encore des fois j'allais même chez l'autre à côté-là Dr … Je me rappelle plus comment il s'appelle … Connu sur Narbonne. Je me rappelle plus, il est parti s'installer avec Dr N. bah comme il a pas … Quand je vois que, j'avais pas c'est vraiment voilà quoi. Moi j'ai laissé mon fils à la cantine.
30	**- L'attente, ça s'est passé comment ?** - Bah c'est long, c'est long, c'est très long. Parce qu'une fois j'ai aussi pris mon fils une fois. C'était pour lui, il y a des jeux donc il était en train de faire la pagaille voilà il en avait marre au bout d'un moment. T'attends, t'attends, t'attends et au bout d'un moment voilà quoi. Bé ..; " Allez maman on y va ? " Bé ... " Attends tu es malade on va aller voir le docteur quoi ". Enfin voilà. Même pour lui c'était long. Voilà quoi. **- Donc l'attente s'est passée de cette façon-là ?** - Ouais c'est trop long, c'était trop long.
31	**- Et qui vous a ouvert la porte alors, une fois que l'attente était finie ?** - Dr N. **- Ça s'est passé comment ?** - Bah j'ai eu mon rdv, il m'a marqué mes médicaments et je suis repartie. Mon fils il a été regardé ou il lui a fait un certificat médical et je suis sortie. Voilà … Donc on reprend le bus et rebelote ! Revenir. Quand mon fils il est à la cantine je vais le chercher à 5h, s'il est pas à la cantine c'est le soir que je prends mon rdv. Mais vous rentrez vous avez rdv à 5h, mais vous sortez c'est pas possible quoi. C'est vraiment, c'est trop long. L'attente c'est trop long.
32	C'est bien de faire des trucs sans horaires, sans rdv mais il faut faire aussi avec rdv parce que sinon c'est vraiment galère. Pour les gens qui travaillent, pour les enfants et tout c'est pffffff … Voilà.
33	**- Le besoin d'articuler rdv et sans rdv c'est uniquement pour une question de temps ?** - Euh … Rdv je pense que … enfin … Quelqu'un qui travaille il est obligé de prendre un rdv il peut pas rester toute l'après-midi là-bas. Moi personnellement, je travaille par exemple de 14h à 15h il me faut un rdv vers 15h30 je vais pas rester de 15h à 19h avec mon fils à l'école. Je peux pas y laisser mon fils jusqu'à 18h, je crois que ça fini à 18h30 le CLAE (*Ndr : Centres de Loisirs Associés à l'Ecole*). Mais le soir je veux le récupérer à 16h il est trop fatigué après sinon. Donc le rentrer, le doucher etc. aussi voilà quoi. Et le faire galérer là-bas aussi avec le monde qu'il y a, c'est trop.
34	**- Ça correspondait quand même à ce que vous attendiez la façon dont ça s'est conclu la consultation ?** - Ouais bé … Franchement je voulais des médicaments en plus parce que moi j'aime bien avoir ma pharmacie. Enfin moi quand je chope une gastro presque je suis hospitalisée. Moi je suis diabétique, je suis fragile, je sais comment je suis. [...] Moi si je demande de marquer quelque chose chez le docteur c'est que j'aime bien avoir mes médicaments, j'aime bien avoir une liste, une base donc c'est tout. Au cas où on n'en sait rien ! Voilà.

35	**On va essayer d'imaginer un monde idéal, et dans ce monde, sur le plan médical et en terme de soins en général, de quoi vous auriez besoin dans le quartier ?** - Des généralistes, bon vous y êtes ! Ophtalmo, gynéco ça serait bien. Mais après … ou sage-femme. Enfin un truc dans le … une dermato … …. Je pense que ça sera la base. Et un pédiatre ! Ça serait bien, parce que les pédiatres aussi c'est galère à Narbonne. Moi mon fils au début il allait chez la pédiatre à Toulouse donc après quand je suis revenue ici, je l'amenais encore chez la pédiatre et en fait j'ai vu que c'était la galère à Narbonne donc je suis allée voir le Dr N. pour mon fils. Bon maintenant il va chez le généraliste donc ça pose pas de problème mais je pense qu'un pédiatre ça serait bien parce qu'y en a pas un ici.
36	Avant y'avait le dispensaire à l'époque vers Pompidor, enfin à St Jean, et ils ont fermé ça fait pas … ça fait un petit moment, mais ça fait pas si longtemps que ça parce que je me souviens enfin moi j'étais suivie là-bas, je voyais la dame du dispensaire et là plus rien. Maintenant prendre rdv et c'est à Razimbaud ou je sais plus où parce que ma belle-sœur elle y va. C'est comme le centre de vaccination, c'est en ville ! Enfin ... Pédiatre il en faudrait un je pense
37	**- Vous n'avez besoin de rien d'autre ? Parce qu'on a parlé beaucoup médecin en fait, donc beaucoup médical, mais il y a plein d'autres choses, nous, on prescrit beaucoup mais ce n'est pas nous qui faisons les soins.** - Oui je sais bien. (Rires) Mais de toutes façon, comme vous m'aviez dit, vous avez fait de la rhumatologie donc vous envoyez si vous y arrivez pas les personnes chez le rhumatologue. Donc je pense que si vous avez la base, si vous voyez que vous y arrivez pas, vous l'envoyez directement chez le rhumatologue. Donc déjà ça va déboucher pour moi les spécialistes. Donc pour moi des médecins comme vous, plus … c'est bon.
38	**- Vous en retenez quoi vous de ce projet ?** - Eh bé en fait moi pour moi, c'est génial ! L'idée elle est vraiment géniale parce que vous allez déboucher les spécialistes. C'est vraiment la galère pour prendre rdv donc si vous touchez un peu dans la rhumatologie etc. vous allez déboucher donc des spécialistes ce qui est bien quoi. Pour moi c'est au top.
40	**- Là on est dans un monde idéal, donc ça veut dire que vous pouvez tout changer !** - Oui oui ! (Rires communs). Franchement je pense que ça serait au top déjà. Je pense que si vous vous installez là-bas franchement vous allez avoir tout le quartier. Donc franchement, je pense que vous allez avoir … des patients vous allez en avoir au taquet. Vous allez en avoir, franchement vous allez en avoir de tout le quartier, vous allez avoir tout le Verdouble. Nous le Verdouble on n'a rien, on n'a vraiment rien ! Donc on doit venir jusqu'à ici. C'est pas loin ! À pied c'est vite fait, et vous allez avoir tout l'arrière de St Jean. Vous voyez ce que je veux dire ? Ils vont venir là, enfin c'est au top ! Moi c'est voilà. On a Leclerc à côté, on à ça à coté enfin, voilà. Nous c'est le médical qui nous manquait ici ! Voilà, pour moi c'est au top !
41	**- Donc dans l'idéal, ce que vous m'avez évoqué …** *(Elle m'interrompt)* - Ah ! Ce qui manque ! Je sais ! Y'a un dentiste qui vient de partir. Enfin, qui vient d'avoir un cancer … ma mère elle était suivie par lui donc il est parti il a été remplacé au début. Moi j'ai été chez lui parce que j'ai eu une carie et là il a plus été remplacé. Donc là on est un peu dans la mouise. On va dire que … Moi si je veux faire un contrôle des dents, eh bé pour prendre rdv c'est la galère ! 2 mois d'attente ! Moi je trouve pas ça normal. Un dentiste aussi ça serait bien ! Moi le centre médical où je travaillais, il y avait une moitié dentiste, une moitié praticiens et franchement c'était au top.
42	**- Dans la rue Emile Eudes ?** - Oui. Y'avait que lui. Sinon y'en a un vers l'ancien LIDL donc dans la rue Anatole France apparemment. J'ai appelé, elle m'a dit " Oh ! y'a plus de places c'est même pas la peine. ". Donc voilà dentiste ça serait au top aussi.
43	- Je pense qu'en fait … Bon personnellement, je suis diabétique donc déjà, je sais que c'est à nous d'aller voir le généraliste, mais ma mère elle y va pas vers le généraliste. Si je l'amène pas de force. Donc entre parenthèses, je sais pas si ça se fait ou si ça se fera mais appeler de temps en temps les patients, leur dire de venir, c'est un truc bidon peut-être mais moi ma mère elle a 66 ans si je la pousse pas à aller au docteur voilà quoi … À part le diabétologue ma mère elle va pas au docteur si je la pousse pas. Ou sinon si elle a vraiment mal elle va y aller mais sinon non. Donc je pense que vérifier enfin, regarder sur un ordinateur depuis quand … comme le fond d'œil que vous m'avez expliqué. Il a pas

	été fait depuis je sais pas combien de temps donc rappeler de faire faire le fond d'œil aux patients du quartier, faire une analyse de ce qui a pas été fait et de ce qui doit être fait.
44	À part le diabétologue ma mère elle va pas au docteur si je la pousse pas. Ou sinon si elle a vraiment mal elle va y aller mais sinon non. Donc je pense que vérifier enfin, regarder sur un ordinateur depuis quand … comme le fond d'œil que vous m'avez expliqué. Il a pas été fait depuis je sais pas combien de temps donc rappeler de faire faire le fond d'œil aux patients du quartier, faire une analyse de ce qui a pas été fait et de ce qui doit être fait. **- Et comment ça pourrait se manifester ?** - Se faire c'est ça ? **- Oui oui !** - Bah je pense qu'avec votre ordinateur vous pouvez tout faire hein !
45	Je pense que les gens vont venir chez vous et vous devrez les faire … pas des statistiques mais voir tous les quand elles viennent vous voir et si c'est assez pour l'année en gros et les faire venir.
46	Les ophtalmos c'est pareil, il faut qu'il y ait un contrôle par an pour des diabétiques donc il faut que ce jour-là … Par exemple une personne ne l'a pas fait, il faut que vous trouviez une place pour lui faire faire. Et le quartier voilà il leur faudrait ça. Un coup de pouce je pense ! Surtout pour les personnes âgées.
47	Moi Dr. C. il m'a dit oui tu dois faire le fond d'œil, j'avais pris rdv l'année dernière donc il m'a dit " si tu n'as pas de place, tu me le dis je te fais rentrer à l'hôpital pour qu'on se débrouille". Pareil, je perdais trop de sang, "faut que tu ailles voir un gynéco, si t'as pas de place tu me le dis je vais te faire passer "; Bah voilà moi c'est … il me suit vraiment quoi. C'est quelqu'un qui est au taquet, moi j'aime les personnes comme ça.
48	Donc voilà, là le Dr W. il m'a marqué contre l'anémie, le Tardyferon, un traitement pour la constipation au cas où parce que moi voilà, et il m'a donné une prise de sang à faire et m'a dit " dans 2 mois tu as une prise de sang à faire", pour voir ce qu'il en est et il m'a dit " si y'a encore de l'anémie ça sera la … la caméra là ". Mais voilà au taquet ! Enfin voilà quoi ! Il me suit de A à Z, c'est pas oui fait ci et puis voilà. Nous il faut des personnes qui poussent, parce que ma mère elle est toujours chez elle, on lui dit rien elle fait rien.
49	**- Donc faut pousser les patients ?** - Les appeler je pense. Les appeler ça serait au top. Franchement oui ! Si vous avez besoin d'une secrétaire, je suis là ! (Rires communs) Non mais sérieusement, franchement, oui ! Franchement il faudrait … enfin voilà, comme les fonds d'œil. Je sais pas y'a des personnes qui doivent être cardiaques, faudrait faire les trucs de cœur et voilà. Mais une fois tous les mois, une fois tous les 3 mois si faut faire quelque chose lui faire faire, s'il a pas pris rdv avec son diabéto … voilà tous les 3 mois faudrait que ça soit carré. Que la personne soit suivie de A à Z.
50	**- Comment ? Au téléphone vous avez dit ?** - Oui. Autrement … par courrier ! Mais après voilà ma mère elle a le portable voilà. Ici vous allez voir que la plupart des maghrébins …. Y'en a qui lisent je dis pas ! Mais après lire, le comprendre, etc. voilà c'est pas facile aussi. Enfin voilà. Je pense ça.
51	**- Y'a des trucs qui seraient prioritaires ? Ou même urgents ? Je ne sais pas.** - Euh urgent …. déjà c'est pas mal qu'on ait des médecins ! (Rires communs) Je crois que je répète ! (Rires communs) Donc pour moi la base elle y est ! Y'a des médecins donc voilà. Vous avez un problème vous pouvez les … Après moi je pense que relancer les patients c'est assez urgent. Ouais. Parce que moi je vois ma mère elle a presque la cataracte, elle a des doubles vitrages ma mère (fais un signe de lunettes portée avec les mains), elle a rdv le 29 pour le contrôle, je ne sais même pas s'il va lui remarquer des lunettes ou pas. Si on lui marque pas des lunettes, elle est dans la merde parce que y'a combien d'attente ? 6 mois ou 1 an ! Voilà. Donc pour moi c'est urgent.
52	Et les orthophonistes aussi ! Elles sont blindées ....
53	Est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez ajouter par rapport à ce thème de maison de santé dans le quartier ? - Franchement non. Des dentistes ça serait top mais ça je vous l'ai dit. En plus des ophtalmos etc. ça serait top. Après je pense que … je sais pas. En plus vous avez bien trouvé la place, je pense que c'est bon. La place elle est impeccable. Y'a des places de parking, c'est au centre du quartier c'est facile. C'est top.

54	Et ah oui j'ai oublié ! Les prises de sang dans le centre ! Les infirmières elles viennent à la maison, mais dans le centre ça serait pas mal. Parce que tous les 3 mois j'ai une prise de sang à faire. J'ai oublié. En fait tout ça, ça me fait penser au centre où j'étais à Toulouse.

Relevé de F2

1	- En général … Bah écoute c'est un quartier résidentiel plutôt calme. C'est bien parce qu'on est proche du centre-ville et il y a quand même pas mal de services à proximité. Rue Anatole France, il y a quand même pas mal de trucs, la pharmacie, y'a un peu de tout quoi.
2	**- Tu t'y sens comment dans le quartier ?** - Bah bien. Oui bien, y' a pas …. Après bon voilà, au-dessus y'a un peu de délinquance qui gâche un peu tout, mais sinon non le quartier est quand même tranquille. **- Qui gâche un peu tout ?** - Bah qui fait qu'on … Alors c'est pas une question de sécurité parce que je me sens pas moins en sécurité mais qui dévalorise un peu le quartier, par rapport à d'autres parties de Narbonne.
3	**- Donc c'est l'image du quartier qui est impacté ?** - Ouais. Oui *(Petit rire)*. Oui, oui. Parce que nous, quand on a cherché à acheter la maison, les agents immobiliers ils nous prévenaient directement que dans ce quartier là il ne fallait pas trop aller visiter quoi. Alors que tout compte fait, on est très bien.
4	**- Et c'est … L'image du quartier est affecté, pour toi, de quelle image ?** - … Bah quand on en parle aux gens, c'est le quartier un peu la ZUP de Narbonne. Le quartier un peu délaissé quoi. **- Délaissé ?** - Ouais. Niveau sécurité, niveau délinquance. **- Et pourtant il est calme ?** - Oui. Pour moi il l'est. Après c'est peut-être le fait d'avoir vécu dans d'autres villes plus importantes. Mais c'est pas la même notion de … Là je te parle de Lille.
5	**- Et du coup tu trouves qu'il a un contexte particulier ce quartier ? Parce que tu m'as donné l'image que tu en avais.** - Euh … Oui c'est sûr que c'est un quartier plus pauvre qu'en centre-ville quoi.
6	Après il y a une image un peu négative des gens qui habitent dans Narbonne en général, mais je pense que c'est en train de s'améliorer un petit peu.
7	**- À cause de quoi ?** - Ils font peut-être un peu plus de travaux la mairie. Y'a les façades qui ont été refaites tout ça, je pense qu'ils sont en train d'essayer d'investir dans ce quartier-là. Après je sais pas, parce que ça fait que 2 ans qu'on y est donc je sais pas comment c'était, mais je sais que par exemple nous avant, il y a des passages sur le côté, il y a avait beaucoup de gens qui venaient squatter, c'était vachement craignos dans l'impasse. Là il y a la mairie a mis en place des barrières et depuis il n'y a plus rien. Voilà.
8	**- D'accord. Tu m'as dit que tu t'y sentais bien dans le quartier. Dans tout le quartier ? Peu importe l'endroit du quartier ?** - Oui bah après c'est sûr que si on va vers la pharmacie ou le tabac … Je me sens pas pas en sécurité ou mal à l'aise, mais c'est … c'est un peu sale.
9	**- D'acc. Et toujours à propos du quartier, la situation en termes de soins, tu en penses quoi ?** **-** Moi j'ai pas eu de difficultés à trouver un médecin du coup. Après le quartier en lui-même je sais pas exactement. Je sais qu'autour, dès que je parle avec un collègue ou quoi, je sais que tout le monde a du mal à trouver un médecin. Ils se font refuser un peu partout. Après c'est vrai quand on regarde dans le quartier, on voit pas trop de plaques de médecins. Y'en a rue Anatole France et après il faut aller dans le centre-ville.
10	**- Et le soin tu le définis comme les médecins ?** - Euh …. Non après tout ce qui est pharmacie je pense qu'il y en a pas mal. Après les autres professionnels de santé comme j'y vais pas trop, je sais pas. Je sais pas trop comment c'est desservi dans le quartier. Je pense qu'il y en a pas beaucoup non plus. (Rire)

11	**- C'est ce que te disent tes voisins ?** - Non, parce que après rien que … Après je fréquente pas trop … J'ai pas trop de rdv médicaux. Souvent, si je cherche sur internet c'est vrai quand on regarde le plan, c'est dans le centre-ville, il faut aller dans le centre-ville. Y'a pas grand-chose par ici.
12	**- D'accord. Et du coup cette situation en terme de soins, tu la vis comment ?** - Bah moi ça va parce que je suis véhiculé donc peu importe, je me déplace.
13	Après c'est sûr que c'est pas très agréable de chercher, d'être refoulée parce qu'il n'y a plus de places et de prendre clairement un médecin ou autre au hasard. Parce que je sais qu'il y en a pas mal qui font ça et si je ne connaissais pas, je ferais un peu ça. Parce que on essaye d'aller où il y a de la place mais on sait pas trop. Voilà. On n'a pas trop le choix.
14	**- Au hasard ? C'est pris au hasard ?** - Alors, si j'ai pas de conseils de mon entourage ou autre, sincèrement oui. Je … Là je pense que je vais aller chez le podologue-pédicure, j'ai jamais été, si j'ai pas de conseils de gens je vais taper sur internet et puis voilà je vais prendre … Je vais regarder le plus proche parce qu'il y a pas vraiment d'avis sur internet et puis même, je ne me fierais pas aux avis sur internet. Mais je vais essayer de prendre le plus proche mais ça sera un peu au hasard quand même. À part le critère de proximité, mais comme j'ai la voiture il va vite être ... C'est pas un critère non plus prioritaire. Surtout si j'appelle et qu'on me dit qu'il n'y a plus de places, je passerai au suivant et puis … (Rire)
15	**- D'accord. Tu penses que tu en auras ou non ? Des conseils j'entends.** - Ouais. Je pense pas. Je sais pas. Faut que je demande mais je pense pas que ce soit … Enfin je sais que si je demande à Romain il en sait rien je pense. C'est pas à l'hôpital où vous êtes déjà passé et où vous connaissez un peu quoi. **- Et tu penses (Données anomysées pour mise en ligne) de podologue qui pourra t'aider ?** - Bah je pense que lui il peut demander.
16	**- Et le fait de devoir prendre la voiture pour aller voir les soignants ?** - Ah bah c'est sûr que si c'était plus proche et que je pouvais y aller à pied oui ! C'est pour ça que je te dis quand même que je vais regarder s'il y en a un …
17	Je sais pas, je pense que dans le quartier il n'y en a pas, mais si on s'éloigne un peu rue Anatole France et qu'il y en a un, bon bah je prendrais là.
18	**- Et … C'est quoi la distinction que tu fais en terme de profitabilité, en tout cas en terme d'aspect agréable ou désagréable, entre le fait d'y aller à pied ou en voiture ?** - Comme je te dis, si on me conseille quelqu'un qui est à 20 minutes de voitures, bah je vais les faire les 20 minutes de voiture. Mais c'est juste que c'est … je sais pas c'est pas … Si c'était accessible, plutôt que de devoir prendre la voiture, chercher une place dans le centre-ville, payer la place, enfin après bon ça c'est pas … Y'a des gens qui peuvent pas trop se déplacer non plus, moi c'est pas un critère. Tant pis si je dois prendre la voiture, c'est juste que c'est pratique de tout avoir à proximité. Je préfèrerais aller chercher le pain à pied plutôt que de devoir prendre la voiture juste pour aller chercher une baguette quoi. Là c'est une vision réductrice mais c'est un peu ça (Rire). Ça serait bien d'avoir les services à proximité. Et tout ce qui est médical c'est un service.
19	**- En considérant que le trajet sera exactement de même durée. Dans un cas tu es en voiture, dans l'autre tu es à pied. C'est la même durée. Parce que j'entends bien que tu préfères y aller à pied mais j'essaye de comprendre pourquoi.** - Je sais pas. C'est plus pratique et puis … Je sais pas le fait d'avoir quelque chose comme ça dans le quartier c'est plus … je sais pas ça fait partie de la vie du quartier un peu. Plutôt que d'aller à l'autre bout, de l'autre côté de Narbonne où on connait pas trop tout ça là. C'est juste un rdv médical mais c'est quand même plus agréable d'être dans un service de proximité.
20	**- Donc c'est la proximité qui compte ?** - Bah c'est plus pratique. Je sais pas, mais oui. Mais après, il n'y a pas vraiment de … Je pense que le critère prioritaire si on me conseille quelqu'un mais qui est à 20 minutes je préfère quand même prendre la voiture et y aller. La proximité c'est pas le critère numéro 1, c'est juste que je vais pas chercher.
21	Si j'ai pas de conseils, tant pis c'est pas grave, c'est juste un rdv, les gens ils ont des diplômes (Rire). J'en prends un au hasard comme je te dis et puis j'y vais. Et dans ce hasard, le critère qui va arriver en numéro 2 du coup, ça serait la proximité parce que

	c'est …. parce que je préfère faire autre chose que de consulter quoi, d'aller prendre un rdv.
22	Donc si je peux gagner du temps, y aller ça fait partie de gagner du temps pour moi, parce que faut pas se garer, faut pas voilà. dans ce sens-là plutôt.
23	**- Ça a un aspect rassurant de l'avoir à proximité ?** - Oui. Ouais, ouais aussi. Et puis si c'est à proximité et que ça se passe bien, bah voilà c'est quand même plus pratique de prendre, pas en médecin traitant si c'est pas un médecin, mais un soignant qui est là et donc on peut aller tout le temps-là. Je sais pas si c'est clair ? (Rire). **- Si, si ! Et tu dis d'y aller tout le temps, donc tu y retourneras ?** - Bah si c'est quelque part où je dois aller régulièrement, même si c'est 2 fois par an pour moi c'est régulier parce que j'y vais pas souvent, (Rire) Eh ben voilà si c'est à côté et que ça se passe bien, y'a plus besoin de réfléchir et d'aller chercher au hasard sur internet et puis voilà. Ça sera tout le temps-là.
24	Donc là par exemple sur ce coup-là, le fait d'avoir JB, qui est quelqu'un que j'avais déjà vu, que je connaissais, ça m'a fortement rassuré. Ça n'aurait pas été le cas si ça avait été des gens que j'avais jamais vus. Même en sachant qu'ils font partie du corps soignant, ça ne me rassure pas trop (Rire commun).
25	**- Et c'est la présence de JB en tant que médecin ou en tant qu'ami qui était rassurante ?** **-** Bah là sur le coup, plus en tant qu'ami parce que je le connaissais mais si ça avait été … Enfin, même si ça avait été un médecin que j'avais vu plusieurs fois … Le fait de connaître quelqu'un c'est plus rassurant. Si ça avait été un médecin que j'avais déjà vu ou déjà rencontré aux urgences ou autre, pour moi c'est plus rassurant.
26	**- Parce que tu connaissais déjà …** - Parce que je l'avais déjà vu. Oui, ça n'a rien à voir avec les compétences médicales, c'est juste que c'est … le milieu hospitalier c'est vachement impersonnel et très … Voilà ça rassure d'avoir quelqu'un qu'on a déjà vu, qui nous connaît, à qui on a déjà parlé, même juste parler je pense. **- Juste parler ?** - Ouais. Je sais pas comment dire. Un visage connu quoi.
27	Bah un médecin traitant, gynéco. Après bon voilà faut pas abuser, je sais qu'on n'est pas loin de l'hôpital, mais s'il y avait un peu plus de … Par exemple, je sais pas, si je suis enceinte et qu'il y avait la possibilité d'accoucher juste à côté ça serait plus rassurant.
28	**- Le "juste à côté" c'est sans prendre la voiture ?** - (Rire) … oui, parce que là clairement, l'hôpital en voiture il n'est pas loin. Oui, dans le quartier quoi.
29	**- À la maison même ? D'accoucher à la maison ?** - Oui ! **- Je ne sais pas hein !** - Oui, si ! Vu ma … vu comment je tiens la douleur je ne pense pas mais … (Rire) Mais oui ! (Rires communs)
30	Oui, médecin traitant, gynéco, après … Bah après, les choses dont j'ai besoin le plus souvent : dentiste … Ouais non c'est ça. Médecin traitant, dentiste, gynéco.
31	Et après, oui bah, faut pas abuser on est à côté, mais s'il y avait les urgences à côté ça aurait été plus pratique mais ça c'est pour tout le monde. Là faut pas abuser, c'est pas très loin non plus. **- Pourquoi tu dis abuser ?** - Parce que je sais qu'il y un … Là par exemple là où je travaille dans le Minervois, je sais pas où ils vont au plus proche, mais là on est à quoi 4 minutes en voiture je pense. Donc c'est confortable, il y 'a pas … Juste pour le voilà. Non, l'hôpital ça va, c'est juste le gynéco est un peu loin.
32	Non, l'hôpital ça va, c'est juste le gynéco est un peu loin. Enfin c'est un peu loin non, c'est dans le centre-ville mais si ça pouvait faire partie des services comme les autres services qu'on a à proximité comme la pharmacie, le tabac … Le quartier est quand même bien desservi sur tout le reste quoi : boulangerie, y'a le Leclerc à coté, il manque vraiment … c'est ça qui manque.

33	**- D'accord. Il y a d'autres choses tu penses ?** - Euh … Non après c'est au niveau des locaux. J'avoue que si je vais, ça m'est déjà arrivé d'aller chez un médecin et de ne pas revenir à cause des locaux en général. (Rire) **- C'est à dire ? (Rires communs)** - Le truc il était … Je ne sais pas si on peut dire insalubre parce que je suis un peu maniaque. Mais oui, je ne dis pas qu'il faut que ça soit tout neuf, même si c'est sûr que c'est plus agréable, mais niveau vétusté et propreté.
34	**- T'en attends quoi de ces locaux ?** - Bah là en sachant que ça va être une maison neuve … que ça soit … Après en tant que patient, le critère numéro 1 c'est la propreté. Mais je sais pas après. Je sais pas : propre, fonctionnel**.**
35	**- Qu'est-ce que tu entends par fonctionnel ?** - Que ça soit bien pensé. Après c'est des détails, mais j'avais déjà été dans le nord, c'était un cabinet où ils étaient plusieurs dentistes, c'était vraiment moderne, c'est des détails mais il n'y avait pas de poignées aux portes, c'était des portes coulissantes. Je trouvais ça vachement bien niveau hygiène quoi. Bon après c'est du détail, mais ça a un côté rassurant aussi quand les locaux sont modernes et que c'est propre et fonctionnel. C'est plus rassurant.
36	**- Imagine-toi dans la salle d'attente. Qu'est-ce que tu en attends ?** - Bah qu'elle soit assez grande pour accueillir tout le monde, qu'on n'ait pas l'effet de masse à être agglutiné tous à attendre. Qu'on n'ait pas l'impression qu'on va passer la journée dans la salle d'attente quoi.
37	**- La sensation de ne pas avoir à passer la journée dans la salle d'attente ?** - Bah ... Après c'est normal d'arriver et qu'il y ait déjà des gens qui attendent, mais que s'il y a 3 chaises et qu'on est 15 debout c'est pas très … Ça va vite dans la tête, on se dit "ohlala c'est bon, on est là pour 3 ou 4h". Dans ce sens-là je veux dire. **- Et si les 15 étaient assis ?** **-** Bah … ça me choque moins, parce que ça veut dire que c'est prévu pour accueillir autant de monde et que c'est normal et que ça va être fluide.
38	**- Donc en fait tu en attends que les gens puissent être assis dans la salle d'attente ?** - (Rire) Je ne sais pas comment expliquer. Qu'il n'y ait pas une impression de dépassement du personnel. Que ça soit … Que tout roule entre guillemets, même si ça peut pas être tout le temps comme ça. **- Et ça c'est dépendant que de la salle d'attente ?** - Non non je sais pas. C'est dépendant de l'organisation interne.
39	**- Et qu'est-ce que tu entends par l'organisation interne?** - Bah que ça soit du personnel compétent (Rire). Après si c'est un service de proximité qui est quand même … je sais pas comment dire. Je sais pas comment expliquer ça, mais que ça soit … Que ça soit pas froid. Qu'il y ait une bonne entente. Je sais pas comment dire. Pas que ça soit familier mais que le personnel soit sociale, qu'on se sente bien accueilli entre guillemets. **- C'est la relation entre les membres de l'équipe dont tu me parles là ?** - Ah non. Avec les patients. Oui. parce que bon rien que le fait que si c'est tout le temps les mêmes médecins, tout ça, c'est … ça installe une relation même si on les voit 2 fois dans l'année. Voilà.
40	Et après, ... Après la rapidité c'est pas … Je pense qu'on est, moi depuis que je suis toute petite et il y a beaucoup de gens on est habitué à attendre quand on a un rdv médical ou paramédical. Je dis pas qu'il faut attendre 2h, mais c'est pas très grave quoi. C'est pas un critère important.
41	**- Et c'est quoi cette sensation d'être pris en charge efficacement ?** - D'être écouté et qu'il y ait des réponses concrètes. Même si … En tant que patient on attend … Je parle de la médecine parce qu'avec les paramédicaux j'ai pas d'expérience, mais en tant que patient on attend, moi je vois ça comme un service, j'arrive, j'ai un problème, j'aimerais qu'il soit réglé rapidement en gros (Rire). Et voilà. Quite à, je sais que des fois faut pas particulièrement donner de médicaments, mais donner un diagnostic, ça va durer 4 jours, point. **- C'est important de savoir ce qu'il va se passer ?** - Ce qui va se passer par rapport à soit même, genre la maladie ? Bah oui ! Oui d'avoir le sentiment que le médecin sait ce qu'on a ou qu'on soit vraiment pris en charge de A à Z.

42	**- Et c'est quoi ce A à Z ?** - Bah je sais pas, c'est du diagnostic jusqu'au traitement et à la finalité. Enfin … Diagnostic, traitement, je sais pas, après par exemple s'il y a d'autres rdv ou des orientations vers d'autres spécialistes, que ça soit … je dis pas que le médecin doit tout faire, mais qu'il nous aiguille, qu'il nous guide. **- Et comment il peut vous aiguiller ? Je dis vous, parce que tu dis « nous ».** - Oui (Rire). Eh bah soit directement en donnant des noms, oui en donnant des noms. Ça suffit. Ça fait un côté rassurant aussi de se dire : " Je connais mon médecin. Il connaît un kiné, une infirmière donc ça va être bien. Juste parce que c'est … **- Juste parce que c'est quoi ?** - Parce que c'est pas au hasard ! (Rire) **- C'est pas au hasard. D'accord. Et donc c'est rassurant tu me dis ?** - Oui, moi c'est le côté rassurant. C'est un peu comme si on demandait, comme le bouche à oreille, si quelqu'un me dit : " Ah moi je vais là chez le gynéco. Oh moi je vais là chez le médecin, il est bien ", bah ça a un petit côté rassurant plutôt que de prendre au hasard.
43	**- Donc tu vois le bâtiment surtout au travers de la salle d'attente ?** - Non c'est pas ça. Oui je pense que la salle d'attente c'est quand même … C'est ce qu'on voit en rentrant. Si c'est ouvert sur l'accueil c'est ce qu'on voit en priorité donc je pense que c'est quand même important, ça donne une idée du reste quoi. **- Et ce reste c'est quoi ?** - C'est la salle de consultation. Mais là pareil, pour moi c'est les mêmes critères : que ça soit propre (Rire) et voilà. Moderne. Je suppose que c'est plus rassurant quand c'est moderne et qu'il y a des … je sais pas comment ça s'appelle. Pas des outils, mais des moyens qui sont modernes.
44	**- C'est quoi moderne ? Je suis chiant avec mes questions.** - Je sais pas, par exemple … par exemple la dernière fois que je suis allé chez le gynéco, il m'a fait … il m'a fait une échographie mais c'est pas pareille. C'est pas au niveau des écrans et tout mais c'était au niveau qu'on avait l'impression qu'ils ont les dernières technologies et qu'on va être mieux soigné quoi. Je pense que ça joue aussi. **- C'est la technicité qui compte ?** - Moins que les compétences du médecin, mais … bon ça a un côté rassurant aussi que ça soit moderne et que ouais ! **- C'est rassurant qu'il y ait des outils technologiques modernes, c'est ça si je reformule ?** - Oui, parce que s'il y a des choses modernes c'est que les médecins sont modernes aussi. Et donc ça suit des 2 côtés. (Rire)
45	**- D'accord ! Donc, c'est ce que tu attends de la salle de consultation ?** - Oui. Après, sincèrement c'est pas non plus LE critère. C'est pas parce qu'il n'y a pas les dernières technologies que je ne vais pas y retourner, si ça se passe bien.
46	**- Et donc dans ce contexte d'équipe, comment cette équipe elle pourrait t'aider dans le quartier ? Par rapport à tes besoins, tes attentes.** **-** Bah je suppose que chacun à ses spécialités, donc ça ne peut être qu'un avantage si on a des soucis ou autre. Je sais pas après si … Alors je sais pas, j'ai pas d'idées précises en tête, mais s'il y a un genre de diagnostic où il faut avoir plusieurs avis c'est rassurant. Et puis c'est pareil, c'est toujours le côté un peu rassurant que ça soit les mêmes qui travaillent tout le temps ensemble. Pas juste : " Bon, il faut un autre avis, je vais prendre un confrère et puis voilà. ". Là c'est une habitude, un roulement qui sera de plus en plus efficace je pense.
47	**- Et quels projets cette équipe elle pourrait monter pour t'aider ? Il y a peut-être des choses dont tu as besoins ? parce que quand on travaille en équipe, ce n'est pas propre à la médecine mais à l'humanité, on a la possibilité de faire des choses plus complexes ou différentes que quand on est plus isolé. Et donc ce que j'essaye de comprendre, si tu as des attentes, mais peut-être tu n'en as pas, ce travail d'équipe, sur quoi il devrait se concentrer pour pouvoir répondre à tes besoins, tes attentes.** - … Essayer d'avoir un éventail le plus complet de compétence pour que je n'aie pas à aller ailleurs en fait. (Rire) Ouais. **- Et pourquoi ne pas aller ailleurs ?** - Bah pour toujours la même chose. Si je vais tout le temps voir le même médecin traitant et que je sais que celui avec qui il travaille, qui est dans le cabinet juste en face, il peut

	m'aider pour quelque chose, je préfère aller là que de devoir en prendre un que je ne connais pas plus que ça.
48	**- Donc si je reformule, ce que tu demandes à une équipe comme ça c'est de pouvoir être disponible auprès des patients sur un champ de compétences larges pour pouvoir rester toujours dans la même équipe ?** - Oui ! Ouais ! Même si je suppose que des fois où il faut aller voir d'autres professionnels de santé mais essayer que le maximum de problèmes puissent être résolus là, dans la maison de santé.
49	**- Et on pourrait les résoudre comment alors du coup les problèmes auxquels tu pourrais être confrontée ? Ou auxquels tu es déjà peut-être confrontée, ou auxquels ta mère est confrontée.** - Je sais pas … Bah je sais pas. Soit l'aspect connaissance, si chacun a un aspect de connaissance diversifié ça peut aider. Ou sinon … je sais pas comment ça marche, si par exemple, une fois par semaine il y a un spécialiste qui peut venir et même si … Enfin le fait que ça soit dans la maison de santé ça serait mieux. **- Mieux ?** - Ouais ça serait mieux. **- Ça aurait quoi de mieux ?** - Pareil, la proximité, le côté rassurant parce que c'est au sein d'un truc qu'on connaît.
50	**- D'accord ! D'accord ! Et quels projets l'équipe pourrait mener en équipe ? Qui pourraient te rassurer.** - Bah là je sais pas trop. Quel projet d'équipe … Non je sais pas ça va rejoindre ce que j'ai dit avant je pense. Et après ça peut surement influencer sur le quartier aussi. Ça peut … Enfin c'est pas sur moi quoi. **- Donc cette maison de santé elle n'influencerait pas sur toi si je comprends ?** - Non, je veux dire que par rapport aux projets, il pourrait y avoir des projets qui sûrement amélioreront la vie du quartier ou … Voilà.
51	**- Comme quoi ?** - Bah je sais pas trop. Des genres d'interventions, des actions plus de prévention ou sur les problèmes spécifiques du quartier. Je sais pas trop. Ou carrément, je sais pas comment ça se passe les choses comme ça. Des choses au niveau des enfants pour faire de la prévention pour plus tard. Peut-être au niveau de tout ce qui est drogue, parce qu'il y en a dans le quartier. Et après … voilà pour moi perso, je sais pas trop.
52	**- Donc en fait ce qui t'aiderait, c'est surtout qu'on aide le quartier en fait si je résume ?** - Bah non, c'est pas pour moi c'est juste que je pense que c'est un peu le rôle de … enfin c'est pas le rôle premier, mais ça peut améliorer le quartier. Ça n'a rien à voir avec moi du coup, mais ça peut faire partie des aspects positifs de travailler en équipe. Après l'équipe ça peut aussi s'élargir avec du personnel hors médical. Je sais pas il y a des médiateurs dans le quartier, des choses comme ça quoi.
53	Ça rejoint ce que j'ai dit avant, essayer d'avoir un éventail de compétences pour se sentir pris en charge de A à Z là, à la maison de santé. Ça serait nickel.
54	**- D'accord. Mais je reviens sur le quartier. Tu disais notamment de la prévention, tu as parlé de la drogue entre autres, tu as parlé des enfants. Qu'est-ce que tu en attendrais auprès des enfants ?** - Je sais pas. je vois par rapport à que c'est mon métier. Je pense que … je pense qu'en faisant des consultations, c'est vous qui allez dégager certaines problématiques qui sont propres à la population du quartier.
55	Et si la maison de santé devient … pas un point de rassemblement c'est pas comme ça que je voulais dire, mais devient un lieu de passage où les gens vont régulièrement, je pense que c'est un endroit idéal pour même juste l'affichage, les trucs de base quoi. Si ça devient vraiment un lieu de vie du quartier quoi.
56	**- Ça deviendrait un lieu de vie du quartier ?** - Oui je pense. Parce que ça fait partie des services que tout le monde utilise. On n'est pas forcé d'y passer, mais je veux dire qu'on y va quand même régulièrement et les enfants encore plus parce qu'ils sont plus souvent malades. Je sais pas s'ils sont plus souvent malades (Rire). Ils y vont pas qu'une fois dans l'année chez le médecin, donc je pense que c'est un lieu idéal et après bon voilà c'est aussi un peu, pas le statut, mais le

	pouvoir du personnel médical. Ça a quand même un impact ce qu'ils disent, ça a quand même un impact sur les enfants c'est sûr et sur les parents aussi.
57	**- D'autres choses à faire ?** - Les choses non préventives quoi. De soigner. Je sais pas comment ça s'appelle. Le contraire de préventif. Je sais pas le mot, je cherche le mot (Rire). **- Le soin tu veux dire ?** - Oui, enfin d'agir sur des choses qui sont déjà effectives, qui sont déjà passées.
58	**- Elle se manifesterait comment cette prévention ?** - Primaire ! (Rire commun) Ah là je sais pas. Rien que par les affichages ça peut jouer. Ça peut jouer.
59	Après des co-interventions avec des écoles, faudrait vraiment que ça soit … je pense que la maison de santé, une fois que les gens seront habitués, ça sera vraiment un lieu de vie comme si c'était un local associatif, qui peut avoir pleins de partenaires différents, qui peut avoir une influence dans le quartier.
60	**- Et un lieu de vie, il s'y passe quoi ?** - Des rencontres, des échanges. Donc ouais je sais pas après comment ça se passe. Oui, si il y a des actions de prévention, des trucs d'information, des réunions, des choses comme ça. Ça serait … justement peut-être que les gens s'ils sont habitués à la maison de santé, ils viendraient plus facilement.
61	- Ouais, je vois certaines écoles où je travaille, il y a un problème au niveau de l'alimentation qui n'est pas du tout …
62	Alors sans faire des réunions moralisantes et relou (Rire), mais des choses ludiques. Après je vois le côté enfant parce qu'eux ils retiennent facilement et ils adaptent très vite leur comportement à ce qu'on leur a dit. Mais même pour les adultes, peut-être même sans parler de réunion, des salles où il y a des choses affichées, des jeux, des petits films qui passent, des choses qui peuvent impacter sur leur comportement après. Des choses où ils puissent s'impliquer.
63	À l'école ça arrive souvent qu'on fasse des affichages, des exposés, des choses qu'on va afficher à la médiathèque après pour tout le monde. Bah pourquoi pas dans ce sens-là ? Faire des exposés sur l'alimentation et venir les afficher dans la salle et que ça soit à la vue de tout le monde. Souvent les enfants ils ont une influence, même si c'est petite, sur les parents parce qu'ils leurs expliquent après. **- Donc là tu me parles d'une interaction entre l'école et la maison de santé ?** - Oui parce que je travaille là. **- Mais c'est intéressant. Où l'école, si je résume, viendrait intervenir dans la maison de santé ?** - Oui ! Et vice-versa.
64	**- Le schéma où la maison de santé vient dans l'école, c'est un schéma qui est beaucoup plus classique.** - Oui, classique mais après c'est pas non plus fréquent. **- C'est intéressant ! Fréquent ?** - Non. c'est pas du tout fréquent. Autant les interventions du dentiste ça se fait pour le brossage des dents et tout ça, mais du médecin moins. Alors qu'il y en aurait besoin pour certains sujets. L'éducation sexuelle en CM2 par exemple. **- Pourquoi il y en aurait besoin ?** - Clairement parce qu'on n'est pas formé pour répondre à toutes les questions. Et c'est dommage parce que les élèves ont besoin de réponses quoi**.**
65	**- Donc tu me parles de partenariats ?** - Oui, ça fait un peu ouais. Comme un genre de maison associative, alors que la bon je sais que c'est pas … Mais je sais que ça peut être un plus pour le quartier d'avoir un lieu que les gens aient l'habitude de fréquenter et le fait d'impliquer les gens dans la maison de santé, enfin je parle pour les élèves. Le fait de les rendre un peu acteurs ça joue beaucoup dans la prévention. **- Les rendre acteurs c'est quoi ?** - Bah c'est pas juste leur transmettre des choses, comme je le disais, faire des réunions moralisantes ça marche pas trop (Rire). Après les autres je ne sais pas, mais avec les enfants ça fonctionne bien quand c'est eux qui ont l'impression de découvrir. Que dans un verre de Coca il y a 8 morceaux de sucres ! (Rire) Et qu'ils se rendent compte que c'est pas bien et que ça joue parce que ça vient d'eux quoi.

66	**- Mais du coup je te repose ma question. Comment ils pourraient être acteurs les patients ? Les petits patients comme les grands.** - … Je sais pas trop. Je sais pas trop, après ça rentre peut-être pas dans le cadre d'un cabinet médical, ça fait peut-être un peu beaucoup, mais à l'école il y a des fois des genres de ... on appelle ça des cafés des parents où on fait des petites rencontres, des échanges sur les attentes des uns et des autres quoi. Alors ça fait peut-être bizarre de faire ça dans le cabinet médical mais je ne sais pas.
67	**- Mais ça ne pose pas de problèmes que tu aies la vision des enfants.** - Oui, non. J'ai du mal à voir. Ouais je ne sais pas, après il ne faut pas que ça devienne non plus envahissant. Mais qu'ils puissent s'impliquer d'une manière ou d'une autre. Bon après ça part dans une vision qui dépasse le soin pur, c'est vraiment … **- Mais c'est ça qui est intéressant ! Parce que le soin pur, ça on sait faire. C'est intéressant comme idée ça ! Acteurs. Je vais le noter tiens !** - (Rire) C'est quelque chose qui … C'est vrai qu'avec les enfants j'ai la vision, mais avec les patients … acteurs sans qu'ils outrepassent leur rôle, leur rôle de patients. Ils sont pas non plus … Ils vont pas te coller des affiches antivaccins dans le cabinet ! (Rire commun)

Relevé de F3

1	**- Alors dites-moi, qu'est-ce que vous pensez de la situation, de la vie en générale, du quartier de SJSP ?** - Alors du quartier, bon moi je vais pas dire comme Lucien, c'est un quartier qui était assez quand même, … qui est assez … qui est assez fréquenté hein. Faut dire ce qu'il y est. Qui est assez remuant, il y a quand même des coups de fusils hein.
2	Le cabinet à coté, c'est vrai qu'il est peut-être pas bien placé parce qu'il y a des gens qui n'osent peut-être pas rentrer dans le cabinet non plus. Moi j'ai vu une personne arriver pour téléphoner dedans et puis ressortir après. Ça c'est peut-être pas bon non plus. Peut-être avoir … Je pensais moi, ce qui n'est pas bon déjà sur la porte c'est qu'on peut rentrer comme on veut et sortir comme on veut. Il y aurait fallu qu'il y est une … à l'intérieure et que pour sortir, de l'intérieur on sort mais pas l'inverse. Et avoir une sonnette qui dit " Mme Untel qui arrive en consulte ", je veux dire qu'il n'y est pas n'importe qui arrive. Moi je le verrais comme ça. Ça ne regarde que moi.
3	**- Mais comment vous vous sentez dans le quartier ?** - Ah bah je me sens pas mal parce que de toute façon on est agressé par personne.
4	Moi c'était pas mon quartier hein. J'ai jamais voulu ici, ni où j'ai acheté la maison à Réveillon où il y a ma fille.
5	Non mais après on peut pas en penser, bon là ils viennent faire leur beurre là, ça les regardent, c'est leur problème hein. Comme je dis, si chacun regarde dans sa marmite on aura moins de problèmes, bon !
6	On vit comme si, pas comme si on était seul, mais après les gens se fréquentent pas trop, (Données anomysées pour mise en ligne)
7	Passer l'après-midi chez vous moi je vois pas ... moi je sors. Je veux rôder, je veux balader. Je vais pas m'enfermer, je vais pas sortir d'ici pour m'enfermer chez quelqu'un.
8	Je suis née avec une artère en moins et un embryon en plus. Je suis pas comme tout le monde, ah non je suis spéciale.
9	Nous, on n'a pas à s'en plaindre parce que personne ne s'occupe de personne. Les gens, eux ils vous voient ils vous disent " Bonjour.", on répond "Bonjour.", c'est tout. Mais après bon là-bas ils font ce qu'ils veulent.
10	C'est vrai que c'est une mauvaise image peut-être du cabinet d'avoir toute cette racaille à côté. Parce que pour moi c'est de la racaille.
11	C'est vrai que peut-être qu'il faudrait qu'il y est des contrôles plus sévères, plus souvent.
12	M'enfin faut quand même dire que la population subit quand même hein. Et puis si vous faites une réflexion de travers je pense qu'ils sont capables …

13	Alors c'est vrai que la fermer tout le temps c'est pas une solution non plus mais je pense que des fois il faut mieux … il faut mieux se la fermer comme on dit et puis ne pas avoir de problèmes. Après ils font ce qu'ils veulent, ils font ce qu'ils veulent, chacun fait ce qui veut bon.
14	Ce cabinet est mal placé c'est tout.
15	Y'a pas que du négatif parce quand on arrive, ils se poussent. On n'a pas besoin de leur dire de se pousser, ils le font. Alors c'est déjà pas mal, c'est pas comme s'ils étaient planté là devant la porte.
16	**- Et en termes de soins dans le quartier, qu'est-ce que vous pensez de la situation ?** - Alors moi la situation, bon c'est vrai que le manque d'infirmières …
17	Et les laboratoires viennent mais si vous voulez y'a pas le même contact, les laboratoires c'est à la chaîne. Alors " Vite, vite je me dépêche. Vite, vite je me dépêche. " et au bout d'un moment il n'y a plus aucun contact.
18	S'il y a un pansement à faire, bon le pansement elle va être obligée de parler parce qu'elle va être occupée un peu plus longtemps, mais il n'y a plus ce contact qu'on avait nous. C'est fini, il est parti. Parce qu'elles sont plus à la même école et que c'est tout.
19	Avant le médecin généraliste il était le médecin de famille, bon, ça voulait dire ce que ça voulait dire, ça portait bien son nom. Il n'avait pas peur de venir à midi, à 1h, il était en pleine communion, il venait tout ça, moi je l'ai connu ça quand j'étais gamine. Bon maintenant les médecins … Bon il y a peut-être beaucoup plus de malades aussi qu'avant hein. Je pense qu'il n'accepterait plus d'être dérangé par exemple pendant le repas s'il n'est pas de garde. Faut aussi respecter la vie de famille. Y'a le bon et le mauvais.
20	Mais après on n'est pas médecin donc si par exemple il a quelque chose je lui dis " Prends ça, tu verras demain ça ira mieux.". Oh le Doliprane n'a jamais fait de mal à personne ou autre chose.
21	Alors il est vrai que dans le cabinet médical, s'il y avait un centre comme il faut de rééducation, mais un centre bon, avec des vélos, ceux qui peuvent en faire …
22	Vous voyez ce que voudrais bien dans le centre médical c'est pour faire des radios standards. Ça, ça aurait été bien parce que tous les médecins vous savez les lire maintenant les standards. Vous savez les lire. Ne me dîtes pas que non, vous savez les lire.
23	Mais c'est vrai que peut-être que ça désengorgerait les radios de Narbonne qu'on attend des semaines pour avoir un rdv. Pour une simple radio. C'est vrai que dans un cabinet médical, ça serait bien d'avoir un appareil, le standard, ordinaire. Moi je trouve que ça serait bien ça.
24	Parce que les facilités on aurait pu les avoir un peu mieux, mais maintenant les médecins on peut plus tellement leur demander parce que c'est comme ça, c'est plus comme avant les médecins. Je ne critique pas la médecine d'aujourd'hui, je m'explique. Mais il est vrai que c'est pas plus mal d'avoir mis de l'ordre dans le désordre qu'il y avait aussi. Parce que faut dire que quand on appelait un médecin avant, mal à la tête ils appelaient le médecin, les hôpitaux c'est pareil hein, pour une ordonnance on appelait un médecin, le petit un peu de diarrhée, on appelait un médecin. C'est peut-être mieux maintenant, (Données anomysées pour mise en ligne)
25	Bon au début ça m'a calmé un peu, mais il faudrait certainement du kiné. J'en ai contacté plusieurs, un qui ne fait que l'épaule, bon j'ai dit " Bon il faudrait peut-être mieux que tu aies ça" parce que j'ai eu ce même problèmes mais sans perforation il y a quelques années et un massage c'est un pipi de chat, ça ne fait rien, et là j'ai vu un professionnel de l'épaule. Qui fait partie donc des kinés. Eh bé je l'ai vu le 3 mars, j'ai rdv que le 12 et pour de nouveau une mise au point de l'épaule, certainement un bilan. Mais les soins sont pas encore … vous vous rendez compte, 3 mois ça fait. C'est une catastrophe ça.
26	Alors ça, ça il y a pleins de choses à voir, c'est pour ça que des kinés de bonne qualité, mais je pense qu'entourés comme ils seront les kinés ils feront pas n'importe quoi. Ils feront pas n'importe quoi les kinés, crois-moi.

27	Parce que si voulez, moi ce que j'ai pris très mal c'est qu'on ne m'a pas écoutée. Le problème il est là, le médecin qui a décidé, et ça existe encore d'ailleurs dans les anciens, qui a décidé que tout est dans la tête et qu'il n'y a rien dans le dos, s'ils vous voit un peu énervée parce que vous souffrez, un ras-le-bol parce que vous en avez marre, d'arriver à saturation parce que ce n'est plus possible, de suite c'est dans la tête.
28	Mais moi ce que j'ai toujours trouvé anormal c'est qu'un médecin n'ait pas d'écoute.
29	Eh bé même mon médecin de qui j'étais très proche : " Mais c'est pas possible tu rigoles tout le temps, t'aurais mal …", "Mais tu vois pas grand con que j'ai mal ?!", et puis après je continuais à rigoler parce qu'il m'énervait tellement de pas le voir que ça me faisait un rire nerveux.
30	Alors c'est vrai que ça c'est prenant, je pense qu'il faut être à l'écoute quand même du patient hein. Moi je pense, je pense. Et puis si le médecin voit qu'il ne le comprend pas, il peut toujours passer le relai à quelqu'un d'autre.
31	Il y aurait par exemple dans le cabinet une salle, parce que moi j'avais entendu dire ça, c'était peut-être pas une mauvaise idée, moi j'étais pas pour hein, par exemple dans un cabinet médical d'avoir un médecin qui renouvelle les ordonnances par exemple une après-midi.
32	Par contre ce que vous pourriez mettre, c'est une machine à café et tout ça. À boire oui, parce que encore heureux les rdv on les attend pas tellement, mais t'as des gens qu'ont soif qui n'ont rien pris, t'as des gens qui ont besoin d'un café, t'as des gens qu'ont besoin de boire quelque chose.
33	Moi je serais pour à ce moment-là avoir une journée ou une matinée pour renouveler les ordonnances dans un cabinet ou chez eux.
34	Moi je serais pour à ce moment-là avoir une journée ou une matinée pour renouveler les ordonnances dans un cabinet ou chez eux. Et je serais pour aussi d'avoir une pièce en plus pour ces gens-là qui viennent au cabinet ne pas bloquer toute la salle, parce qu'on va amener un copain, une copine, et ça ferait beaucoup dans une petite salle. Même si les salles sont plus grandes à l'avenir.
35	**- Et ils pourraient avoir besoin de quoi les autres alors ?** - Bé de voir davantage de monde, quand on va nous à la Nautique vous avez des femmes qui sont toutes seules, on voit qu'elles cherchent à dialoguer. Elles disent : "Vous savez moi je vois personne, mon mari il est mort, mes enfants ceci ils s'en foutent ils ont hâte d'avoir le pognon.". Peut-être des endroits pour rassembler ce monde qui sont vraiment dans la solitude.
36	**- C'est à dire ?** - Bah c'est à dire par exemple, vous avez un couple qui est tout seul, qui est paralysé … quand vous voyez maintenant que c'est le facteur, la poste, qui va demander au facteur de rester 5 minutes là, 5 minutes là, vous trouvez que c'est normal vous ? Quelqu'un qui n'y connait rien au métier, qu'est-ce qu'il va faire le pauvre facteur ?
37	Ça va être un infirmier qui va être là, vous aurez internet là, et le médecin en face sur internet là, dans l'écran, et qui va vous soigner comme ça, qui va voir ce que vous avez ?
38	Parce que ce médecin, il va être en face de son écran mais on peut pas vous consulter. Moi je vois pas comment il va vous consulter à travers un écran. Si l'infirmier doit faire une consultation, mais il n'a pas été formé pour. Et l'appareil à tension ?
39	C'est comme l'infirmier anesthésiste, je suis contre aussi. Parce que l'infirmier, il est infirmier, il va faire un supplément d'étude mais qui ne va jamais être comme les études qu'ils ont fait les anesthésistes.
40	**Mais dans la vidéo-consultation c'est pas lui qui prend les décisions.** - Oui mais le médecin, va se fier à ce qu'il lui dit lui.
41	Vous verrez le superficiel, mais vous ne verrez certainement pas les côtés s'il y a une petite boule quelque chose. On ne voit pas tout, c'est pas possible.
42	Je lui ai dit "Bon c'est bien, parce que si toi un jour c'est ton jour de repos et qu'il arrive un truc énorme, sur les 6 qu'il y aura, il y aura toujours quelqu'un qui va venir.". Ils vont se dire entre eux "Ecoute moi je suis chargé, est-ce que toi tu peux y aller ?", on sera jamais sans personne. Je trouve quand même que le trio, même 5-6 médecins moi je trouve que c'est bien.

43	Je pense que la médecine nouvelle elle est bien parce que vous allez plus vous déplacer pour rien. Parce qu'on vous aura 1 fois, on vous dira "Ma fille a ceci" et qu'elle a rien la première fois vous irez pas voir 2 fois. Mais une chose est certaine, les personnes âgées vous serez quand même obligés d'y aller, ils ne pourront pas se déplacer.
44	(Données anonymisées pour mise en ligne) qu'il est chargé, surchargé, il peut très bien dire à quelqu'un de chez vous "Tu peux le prendre ?".
45	Et avoir le noyau, là, d'infirmières, de kinés, parce qu'ils ne feront pas n'importe quoi comme il le disait les kinés. S'il ne convient pas, il est toujours temps de changer.
46	Infirmières c'est très bien, médecin c'est très bien, kiné c'est très bien, et peut-être des projets de réunions ne serait-ce que de temps en temps pour les personnes … les plus nécessiteuses je dirais. Je pense pas, je ne pense pas de faire du social hein, mais par exemple dans les cancers, les maladies graves par exemple.
47	De faire rencontrer des gens qui ont la même chose et pour ces gens-là d'avoir quelqu'un, un médiateur on va dire, quelqu'un qui va leur expliquer, par exemple quelqu'un qui ne le supporte pas ou qui le prend très mal, ou bien qui a des envies de flinguer, de suicide.
48	De faire un endroit, là-bas, dans le médical, un endroit si vous voulez mais qui fait partie du centre médical, même un médecin par exemple avec quelqu'un qui explique : "Vous voyez on est plusieurs ici, vous êtes pas tout seul. Il n'y a pas de raisons que vous vous en sortiez pas. Il faut vivre comme ça, ça ne vous empêche pas de faire ceci ou de faire cela.". Parce que vous avez des gens, quand ils voient qu'ils ont une maladie assez importante : "Eh bé c'est foutu, je suis foutu, je peux plus rien faire longtemps, il n'y a que ça, je ne peux plus rien faire. "
49	Il y a des psychologues quand vous êtes opéré d'un cancer, de quelque chose de très grave. Il n'y en a pas partout, il y en a un peu. Mais qui vous disent un petit peu ce qu'il faut, ce n'est pas suffisant. Parce que ça c'est des psychologues passagers on va dire. Après vous les avez plus.
50	Mais après c'est vrai que les infirmières sur place c'est une bonne chose, les ordonnances, moi je leur ai dit à répétition : " Venir bloquer la salle d'attente c'est pas une bonne chose.".
51	**- Et les infirmières, elles devraient faire quoi ?** - Oh bah les prises de sang déjà hein ! C'est pas normal. C'est pas normal que ça soit les labos attendez. Elles arrivent à la chaîne. C'est pas normal ça.
52	**- Quoi d'autres ?** - Oh ! Bé eh ! Il y en aurait tellement. Euh … Pffff … Par exemple les commissions des petits vieux. Bon. S'ils ont personne, pas un voisin qui vient ni rien, vous avez personne qui leur proposera d'aller faire 4 commissions. Moi on me le demandera, j'irai. J'irai pas exprès, j'irai en même temps que moi mais j'irai. Il y a plus de solidarité. **- Et ça vous le mettez dans les missions, les travaux de la maison de santé ?** - Bé peut-être d'avoir des affiches, pas qu'ils viennent là pour faire les courses, c'est pas leur endroit. Peut-être mettre des affiches de dire " En cas de besoin pour les commissions, renseignez-vous à tel endroit."
53	**- Moi je ne suis pas là pour juger. J'essaye de recueillir l'avis des gens.** - Ça dépasse rien parce que dans un cabinet médical, quand une famille ou que la personne vient toute seule et vous dis " Vous savez pour les commissions, je suis embêté.", elle a un numéro, ça la sécurise, "Tiens, je peux appeler là.". Dans les cabinets médicaux, on peut mettre un tableau avec pleins de choses. Vous êtes toute seule, par exemple "Envie de rencontrer du monde ? Association : mettre ". Ça coûte rien ça ! "Pour vos commissions, personne ? mettre ". Ça, ça ne coûte rien !
54	Arrivé à un âge, je pense, moi je suis pas encore là, j'espère que j'en arriverai pas là, mais arrivé à un âge je pense, j'ai fait de la gériatrie aussi, je pense qu'ils ont besoin d'écoute et ils ont besoin peut-être d'avoir certaines adresses pour savoir en cas de besoin ce qu'il faudrait faire.
55	"Tiens, si j'ai un problème pour les commissions, il y a un numéro. Tiens si j'ai un problème que je sais pas quoi faire, assos, il y a un numéro.". Moi je trouve que c'est des choses bien ça hein ! Pour moi. Peut-être que je suis dans l'erreur, mais pour moi. Par exemple, un animal à garder quand vous êtes hospitalisé, qui n'ont personne.

56	Je veux dire, par exemple en cas de besoin pour la maison, pour faire des commissions, pour faire des papiers : assos ! Ça serait pas mal hein !
57	S'il est fragile, si c'est un personne âgée qui est plus fragilisée que nous, qui est plus sensible que nous, on dit pas qu'on l'est pas nous hein, moi j'en suis, mais et qui panique plus vite que nous et qui à la fin se retrouve elle sait pas, bah c'est là que la femme elle va plonger dépression nerveuse ou autre chose.
58	- Déjà les kinés c'est bien. Déjà sur place, le médecin est là, il vous dit "Tiens, allez-y.". Parce qu'il faut en trouver des kinés. Vous en avez, regardez-moi, je suis dans le caca depuis le mois de mars pour l'épaule.
59	- Alors déjà d'avoir sur place des kinés. Le médecin il fait son diagnostic, il sait pourquoi il envoie le malade voir le kiné, "Vous les avez là à côté, si vous voulez y aller." Il peut pas leur dire "Allez là, vous avez des kinés ici.", mais (*elle symbolise une conversation téléphonique avec sa main droite*) "Allô ? Quelqu'un peut le prendre ?". C'est énorme.
60	Déjà le contact des gens en sortant du médecin : la même maison, médecin, kiné, et si plus tard un centre de radiologie, mais ils ne peuvent pas mettre un scanner, mais déjà ne serait-ce que pour une radio des poumons hein, vous toussez, vous l'envoyez en ville, si c'est de suite c'est énorme ! C'est énorme. Et je vous assure que c'est vrai. C'est énorme ! l'infirmière sur place à côté "Tiens, vous avez trop mal. Je vous marque ça, vous allez à la pharmacie.", elle est pas loin la pharmacie hein, elle sera pas loin encore, "l'infirmière est là, elle va vous piquer.". Vous vous rendez compte que vont gagner les médecins et les malades ? Vous vous rendez compte le temps que les médecins gagnent et les malades ? C'est incroyable hein ! c'est incroyable.
61	Et puis aussi les gens qui arrêtent de distribuer des comprimés aux uns et aux autres. Parce que vous avez des patients, le mari à mal à la tête "Tiens, prends ça.", mais lui il lui en faut pas de ça, parce qu'il peut avoir autre chose qu'il faut pas. Moi il me dit "Prends un comprimé pour le (Données anomysées pour mise en ligne) il peut lui aller bien à lui et pas à moi. (*Son ami, qui est resté en retrait dans la cuisine durant tout l'entretien, proteste en silence et rigole*) Non mais je te fais pas un reproche ! Pas à moi. Pas à moi. Et ça aussi, il faut que les gens comprennent tout ça. Il y a des médecins ! Les médecins sont là. Et c'est pas à nous de jouer au médecin, ni aux couples ni rien.
62	Non, non, moi je trouve que même un distributeur de boissons ça serait très bien. Ça serait très bien parce que vous avez des gens qui n'ont pas de patience et puis vous avez des malades qui demandent beaucoup plus de temps de consulter que d'autres. Et une personne va dire "Moi c'est 3h", une autre "Moi c'est 3h et demi, 4h.", mais vous ne pouvez pas bâcler un patient pour un autre. S'il demande plus d'attention au point de vue consulte et tout ça. À ce moment-là, non moi je pense qu'avoir une machine, moi je bois pas de café, je n'aime pas le café, mais je prendrai un cappuccino. Tu peux avoir un entre-deux, tu peux avoir un truc urgent.

Relevé de F4

1	**- Mais au niveau de la vie en générale ? Là je ne vous parle même pas forcément du docteur ou même des soins mais je vous parle de la vie de tous les jours. Qu'est-ce que vous pensez du quartier ?** - C'est un quartier très pauvre voilà. Il a besoin d'être un peu soutenu ce quartier. Il est à l'abandon un peu. **- Vous le trouvez à l'abandon ?** - Bah oui. Beaucoup.
2	**- Parce que ça fait longtemps que vous y vivez dans ce quartier.** - Ouais. Ça fait 13 ans, 14 ans que je suis dans le quartier. **- Vous l'avez vu évoluer peut-être ?** - Non, mais ces derniers temps oui ça commence un peu à évoluer. Alors que tout au début il y avait rien du tout.
3	**- Racontez-moi comment ça a évolué un peu ?** - Déjà là, il y a vous, il y a un médecin. C'est vrai qu'avant il y avait un médecin là-bas, mais il est parti, il a quitté le quartier alors que c'était pratique pour les habitants c'était

	juste à côté. Il a quitté le quartier. Après là, ça commence avec vous. Il y avait les kinés qui s'étaient placés tout au début mais il n'y avait pas du tout ça avant, ils n'y étaient pas. Il n'y avait pas tous ces emplacements.
4	**- D'accord. Et donc ça c'est récent vous trouvez ?** - Oui c'est récent.
5	**- Et comment vous vous sentez dans ce quartier ?** - Moi personnellement, je suis bien. J'ai pas de problèmes que ça soit avec le voisinage, avec les gens du quartier j'ai un bon contact et voilà. Après ça s'arrête là.
6	**- Donc vous diriez que vous vous y sentez bien ?** - Oui je m'y sens bien, bien-sûr. **- D'accord. Dans la vie de tous les jours ?** - Dans la vie de tous les jours oui. Pourtant j'ai eu des propositions de déménagement ailleurs, mais donc qu'on a refusé par rapport que si je sens bien dans mon quartier, je veux rester dans mon quartier. Voilà.
7	**- Et qu'est-ce qui vous a fait refuser le déménagement alors ?** - Bah je ne sais pas, cette joie de vivre avec tous ces habitants malgré leurs situations. **- Cette joie vous dites ?** - Oui oui. Il y a une joie malgré la précarité comme on dit. Il y a une joie, il y a … comment dire, il y a des aides entre nous, il y a … voilà, que peut-être je ne trouverais pas ailleurs. J'ai visité plusieurs maisons, et que je n'étais pas prête à quitter mon quartier.
8	**- D'accord. Ou qu'il a une image particulière ?** - Il a une image c'est sûr. Il a une image. Les gens ils disent : " Voilà, la délinquance, et ci et ça ". Après, chacun est chez lui, ça ne me touche pas. (Rires communs)
9	**- Et vous en pensez quoi de cette image ?** - C'est triste, c'est vrai que c'est dur cette image. C'est dommage parce que c'est un quartier qui est bien. Mais c'est vrai que c'est l'image qu'on donne en fait. Et si quelqu'un peut aider, ça ne peut qu'être bénéfique pour nous. Et pour nos enfants bien-sûr.
10	**Et vous trouvez qu'elle est justifiée cette image ?** - bien-sûr qu'elle est justifiée. C'est normal. L'image qu'on donne déjà, que les jeunes donnent. Ils donnent une image, cette image. **- Ils donnent quoi comme image ?** - Voilà qu'ils font rien, il n'y a pas de travail, c'est ça. Vous le voyez 24 sur 24, ils sont … **- Qu'est-ce qu'ils font ?** - (Rire) J'en sais rien ! (Rires communs) **- Vous n'avez aucune idées de ce qu'ils font ?** - Si ! Ils vendent, ils boivent. Mais c'est dommage parce que franchement on peut changer l'image de St Jean St Pierre. Vraiment, on peut donner une jolie image.
11	**- Comment ?** - Bah en faisant travailler tous ces jeunes, en faisant des formations, en faisant ... voilà. C'est ça le but. C'est les jeunes ! bien-sûr, c'est les jeunes. Les vieux ça y'est voilà. C'est les jeunes ! (Rires communs)
12	**- Et vous trouvez que ces jeunes dans le quartier ils sont reçus comment ?** - Bah c'est normal, je pense pas qu'ils sont bien reçus. Alors qu'ils ont un caractère fort, ils vont déjà arriver ne serait-ce que par leur style vestimentaire … **- Là vous me parlez des jeunes qui font leur trafic à côté ? Ou vous me parlez des jeunes en général ?** - Voilà tous ces jeunes, y'a plein de jeunes que voilà. **- Vous trouvez qu'ils sont nombreux dans le trafic, en nombre ?** - (hochement de tête) Ça fait peur.
13	**- Ça fait peur ?** - Bah oui ! C'est un truc que j'accepterai jamais moi ! **- Pourquoi ?** - Ah non ça fait peur ! Je touche du bois, même si c'est du fer, (elle touche la table) pour que mon fils il touche jamais à ça. **- Ça vous fait peur par rapport à vos enfants ?** - Mais bien-sûr ça me fait peur par rapport à mon fils. La fille elle est grande, elle est mariée. Y'a que lui. On a peur pour lui tous les jours ! **- Il a quel âge ?** - 17 ans. Et vous le connaissez. (Rire) Et on a peur qu'il soit influencé. Alors que je me

	prive pour qu'il touche pas à ça. Il faut être derrière. bien-sûr, si on n'est pas derrière, en tant que parents il faut se battre et pas lâcher les bras parce qu'il y a des mamans, elles ont baissé les bras. Elles y arrivent plus parce que soit disant il y a des enfants qui tapent leur parents. Vous voyez l'image ? Je ne veux pas en arriver là !
14	**- Mais je vous trouve pleine d'espoir !** - Bien-sûr plein d'espoir ! Il faut ! J'ai gardé l'espoir ! Depuis la maladie de mon fils, alors qu'on lui donnait 13 mois à vivre alors qu'il a vécu plus, presque 3 ans. Faut avoir de l'espoir. Tant qu'il y a la vie, il y a de l'espoir. Si la vie elle s'arrête, là je peux vous dire que c'est fini, il n'y a plus d'espoir. Pour mon fils, je peux vous dire qu'il n'y a plus d'espoir. Voilà, il n'est plus là. Mais j'ai de l'espoir pour tous ces jeunes. Un jour ils vont remonter la pente, mais avec de l'aide. Il faut de l'aide ! Ils y arriveront tous ensemble. Il faut pas fermer la porte, il faut donner une 2ème chance à l'école, il faut … Bien-sûr. Ces jeunes c'est notre image aussi plus tard. Avec l'aide de l'État. Ils ont le pouvoir, ils peuvent tout faire. C'est pas avec mes moyens à moi qu'ils y arriveront ! (Rire)
15	**- Et qu'est-ce que vous pensez de la situation du quartier, en termes de soins en général ?** - En général ? Bah on a quoi ? On n'a rien ! Voilà on n'a rien du tout. Vous savez, on est 8 000 habitants je crois à SJSP, alors on a rien du tout. Ça serait bien qu'il y ait quelque chose pour tous ces habitants.
16	- Non on n'a rien. A part le kiné, et encore le kiné pour avoir un rdv, je peux vous le dire hein … Je les ai pris les rdv de kiné moi hein ! Oh ! On n'a rien hein !
17	Y'a même pas beaucoup des infirmières libérales ! Vous imaginez moi pour trouver les infirmières libérales ? Elles sont vraiment pas nombreuses hein !
18	**- C'est important ça ?** - Bien-sûr, c'est important. Quand vous faites l'hospitalisation à domicile, comment vous faites ? Il le faut. On a besoin de ces infirmières libérales. On n'est pas tout le temps … On va pas rester … Vous savez l'hospitalisation à l'hôpital, elle peut se terminer au bout de 1 mois ou 2 mois et après on vous propose l'hospitalisation, pour les gens qui sont ou bien en fin de vie ou très très malade, à la maison. Donc si vous avez pas toutes ces infirmières … elles ont un planning de ministre ! Je sais de quoi je parle.
19	**- Et donc les infirmières y'en a pas ?** - Non, y'en a pas assez. **- Pas assez ?** - Y'a pas assez. C'est pas qu'il n'y en a pas, c'est qu'il y en a pas assez. C'est différent. Il en faut un peu plus.
20	**- Pour venir à la maison si je comprends bien ?** - Oui. Pour à la maison, pour vous savez tout ce qui est ces maladies, y'en a qui sont pas toutes hospitalisée dans l'hôpital. Moi je parle dans mon expérience, que j'ai vécue. Moi l'expérience que j'ai vécue avec mon fils, y'avait pas toutes ces infirmières bien formées. Il faut qu'elles soient bien formées. Ne serait-ce que pour le PAC, elles avaient du mal à le faire à la maison. Elles étaient pas très formées. Il y avait des infirmières, elles étaient pas formées pour. Alors qu'on a besoin d'être formé pour … Elles savent très bien que quelqu'un qui a le cancer, ils ont ce petit boitier pour retirer du sang ou pour faire la perfusion. Bé là ils étaient pas formés. Quand vous voyez qu'ils piquent votre enfant, au bout de 10 fois vous savez la souffrance comment elle est ? La souffrance de la maladie, la souffrance de "pique et vas-y repique, et pique et pique et pique " ! Vous souffrez les 2 en même temps, l'enfant qui souffre et les parents qui souffrent à côté. Et l'infirmière elle est impuissante parce qu'elle a pas été formée.
21	**- Ça, ça a été une difficulté importante ?** - Bien sûr. Ah oui, une difficulté très importante ! Comme tout au début, j'avais du mal à trouver un psychologue. Un psychologue, parce qu'à un moment donné mon fils il demandait le psychologue. Au début il était fort, il se sentait fort par rapport à la maladie et à un moment donné il a eu besoin. C'est lui qui est venu, à la demande : "maman je veux un psy." Bah je peux vous dire, j'en ai fait des psys ! Mais un qui vient à la maison, c'est impossible hein ! Parce que dans l'état où était mon fils, je peux pas le déplacer.
22	Parce que dans l'état où était mon fils, je peux pas le déplacer. Il était très très très mal, il était que allongé. On n'avait pas de psy ! J'en ai trouvé un, mais c'est dommage parce qu'il n'est pas pris en charge ! Vous imaginez chaque séance aller payer 50 euros ?

23	**- A la maison ?** - Oui à la maison. J'ai la facture, mais moi à la maison on n'a pas un gros budget mais je veux dire, on était obligé parce que c'était le souhait de l'enfant.
24	Et est-ce qu'ils sont entendus ces malades ? En tant que tout ce qu'ils ont, toutes ces maladies graves, ils ont besoin de ces psychologues. Tout ce qu'ils ne peuvent pas dire aux parents … Quelque part mon fils il me protégeait alors il me dit qu'il voulait parler. Il voulait parler ! Mais on lui a pas trouvé de psychologue. J'en ai fait, j'ai pris l'annuaire et je peux vous dire que j'ai appelé hein ! Sur internet, on en a trouvé une mais … Je veux dire, elle avait un agenda de ministre aussi.
25	**- Ça aussi ça avait été important comme problème ?** - Ah oui ! Très. Je peux vous dire qu'on a passé une semaine à chercher et vous savez quand votre enfant il vous demande : "il est où le psychologue ?" vous lui répondez par quoi ? C'est pas que je ne veux pas ! C'est qu'il n'y en a pas ! … Et voilà.
26	**- Il y a peut-être des choses qui ont été plus faciles dans le quartier ?** - Y'a des choses qui ont été plus faciles ! Mais dans le quartier ? Puisqu'il n'y a rien, il y a quoi dans le quartier ?
27	- On a la pharmacie. Ça c'est très bien. Déjà il y a la pharmacie, c'est très important pour les malades déjà. **- Pourquoi ?** - Bah quand vous avez une ordonnance, vous allez où ? Déjà dans le quartier, juste à côté, pour les gens qui n'ont pas de permis, ils ne peuvent pas se déplacer ailleurs. On a la pharmacie du quartier, c'est très bien. Qu'elle y reste. Y'a les kinés, il y a le podologue aussi. C'est tout ce qu'on a dans le quartier.
28	- Dans mon parcours, ne serait-ce que le généraliste, des fois il ne veut pas se déplacer dans le quartier. Maintenant il y a le généraliste, même plusieurs dans le quartier. Alors que avant, il pouvait venir. Et maintenant il le fait plus, même en étant dans une situation comme celle de la nôtre, de mon fils. Alors qu'il était en fin de vie. Il a été appelé à plusieurs reprises. A plusieurs reprises. Et le médecin, il a fallu que la HAD l'appelle pour qu'il puisse venir. Alors que moi quand j'ai passé l'appel, j'étais pas entendue. Vous trouvez ça normal ?
29	**- Ça vous a posé problème ?** - Mais bien-sûr ! Bien-sûr. Moi déjà, impuissante face à la maladie et la douleur de mon fils, il a fallu qu'on appelle un médecin. Et le médecin il se déplace pas. Et même, encore mieux, il nous a fait faux bond : il nous a dit qu'il venait et il est pas venu. Et ça c'était encore pire de dire à l'enfant, comment expliquer à l'enfant que le médecin est pas venu. Alors que le petit il était pas bien, il avait de la fièvre, il fallait qu'il le consulte. … Vous savez pendant toute la maladie de Bilal, le médecin il est venu une fois. Vous trouvez ça normal ?
30	Ou bien le médecin quand même, le médecin de famille, s'il voit qu'un enfant il est très mal, son rôle c'est d'appeler. Comment ça s'est passé le retour. Rien ! Alors que mon fils je le tenais pour marcher, je le tenais. Il a rien remarqué. **- Son rôle c'est d'appeler vous dîtes ?** - Il aurait pu. C'est le médecin de famille quand même. Le médecin de famille, chez nous, il boit le café et tout ça. Pour moi c'est la famille. Alors d'un seul coup, comment on l'appelle si c'est pas le médecin de famille ? **- Vous attendiez qu'il appelle pour prendre des nouvelles, c'est ça ?** - Ouais il aurait dû ! Il a même pas pris après, et pourtant il recevait tous ses comptes rendus. Même pas un appel et ça par contre … C'est beau d'être patient d'un médecin mais que derrière il n'y a pas de suivi …
31	Moi je suis pas médecin, je suis que maman.
32	Je vous explique qu'est-ce qu'ils font les médecins généralistes : vous rentrez dans le bureau, certains, je parle en général, pas tous hein, " vous voulez quoi ? Doliprane ? ", et il vous le marque, il vous consulte pas ! Moi je veux qu'il prenne ma tension, je veux qu'il prend mon cœur est-ce qu'il bat, je veux ça ! Je veux un vrai médecin ! Moi je veux pas un médecin comme un … voilà " vous voulez du doliprane ? Vous voulez quoi ? Vous voulez Aerius ? ". Mais attendez, mais non ! Si je suis là c'est que j'ai quelque chose, je vais pas bien. Ah mais je peux vous jurer qu'il y en a pleins qui font ça. Et moi ces médecins je n'en veux pas ! Par mon expérience, je veux qu'on consulte. Si y'a une prise de poids, je veux savoir pourquoi, s'il y'a une baisse de poids je veux savoir pourquoi.

33	**- Vous auriez voulu que ça se passe comment ?** - En réunion avec le papa, la maman et me le dire, et le petit qui est concerné aussi. Peut-être ils auraient pu me demander mon avis : “est-ce qu’on peut le lui dire ou pas ?”, parce qu’il était mineur à cette époque-là. On aurait pu lui dire autrement, pas lui dire : “voilà t’es en fin de vie, tu vas mourir demain.” mais “ voilà tu as ça, tu as ça “, expliquer qu’est-ce qu’on pourrait faire, qu’est-ce qu’on va faire. Voilà. Vous savez on était débutant dans le cancer, on savait pas !
34	Ça serait bien qu’on ait tous les médecins regroupés. **- Regroupés ?** - Regroupés. Ça c’est idéal ! **- Pourquoi ?** - Bah on n’a pas besoin de faire tous ces … Par exemple, voilà on a besoin d’un rhumatologue, un généraliste, un kiné, psychologue, c’est important les psychologues. Je veux dire voilà, tous ces médecins, podologues, tous ces médecins qu’on a besoin dans la vie de tous les jours, qu’on côtoie. **- Et c’est quoi l’intérêt de les mettre tous ensemble ?** - Ça évite d’aller à gauche, à droite. C’est mieux.
35	**- Et c’est quoi l’intérêt de les mettre tous ensemble ?** - Ça évite d’aller à gauche, à droite. C’est mieux. Et je pense que quand ils sont tous regroupés, le message il passe encore mieux. **- C’est à dire ?** - Je veux dire, ils sont tous regroupés, par exemple vous voilà, moi j’ai une maladie, le médecin rhumatologue, bé quand vous êtes tous regroupés vous allez voir le généraliste, à côté vous avez le rhumatologue …
36	Ça serait pas mal aussi pour tout ce qui est scanners et IRM, pourquoi pas. **- D’avoir des scanner et des IRM dans le quartier** ? - Oui oui !
37	**- Et qu’est-ce que ça engendre ça ? Selon vous hein.** - Oui pour moi ! Moi je la vois comme ça. Vraiment je vois la chose comme ça. C’est mieux, ne serait-ce que pour le patient, il n’a pas besoin d’aller à gauche, à droite, à la polyclinique, à l’hôpital, voir d’autres médecins. Alors quand ils sont tous regroupés c’est encore mieux. **- Donc c’est en termes de temps que c’est bien ?** - Oui. On gagnerait beaucoup de temps.
38	Le généraliste il est à la tête de tout. C’est vous. Après ça part de chez vous tous ces médecins**.** **- Et qu’est-ce que ça veut dire c’est nous la tête, c’est nous les médecins généralistes la tête ?** - Le généraliste, le but c’est quoi ? Quand on va voir un généraliste, c’est lui qui va voir ce qu’on a, après il nous dit : “voilà, moi je soupçonne ça, je préfère vous envoyer là. “ C’est ça.
39	Si vous faites des staffs entre vous, vous allez en parler : “voilà moi j'ai vu telle personne, voilà ça ...” **- Vous pensez que le staff c’est quelque chose d’important ?** - Ah bien-sûr. Ah c’est très important le staff. **- Pourquoi ?** - Mais parce que vous allez parler à plusieurs. Vous allez vous donnez votre avis : “ qu’est-ce que vous en pensez ? Qu’est-ce qu’on pourrait faire ? Qu’est-ce qu’on peut changer ? Où on pourrait envoyer cette personne ? “. C’est important hein ! On avance mieux. **- On avance mieux sur quel plan ?** - Sur la maladie, sur tout ce qui est santé : “ Qu’est-ce qu’on pourrait faire pour avancer ? Qu’est-ce qu’on pourrait changer ? Est-ce qu’on peut changer ce traitement ? Prendre autre chose ? “. C’est ça le staff. C’est les échanges entre médecins.
40	C’est ça le staff. C’est les échanges entre médecins. **- C’est entre médecins ?** - Ah ça peut être bien-sûr avec le psychologue, avec tous.
41	**- Y’a d'autres besoins dans le quartier ? Dans l’idéal j’entends hein.** - En tant que santé ? **- Ouais**

	- Pour tous ces gens qui deviennent obèses. Du jour au lendemain. Ça serait bien d'avoir la nutritionniste juste à côté aussi. Elle n'y est pas. On a du mal aussi à trouver des nutritionnistes. C'est pas qu'il y en a pas, il y en a ! Mais c'est pour avoir tous ces rdv … La nutritionniste c'est important dans le quartier parce que de plus en plus les gens ils sont gros. C'est pas parce qu'on mange bien hein qu'on est gros. C'est parce qu'on a des soucis.
42	Alors ça serait bien ça, une nutritionniste dans le quartier. Parce que je parle en tant que mère. Ma fille à un moment donné elle a pris du poids. Sara. On n'arrivait à comprendre pourquoi elle prenait du poids Sara. Son frère n'était pas malade à l'époque encore.
43	Parce que déjà Sara est très pudique, elle aime pas qu'on entende tout ce qu'on dit sur elle. L'enfant il peut se déplacer tout seul, juste à côté. C'est bien une nutritionniste. **- C'est important que l'enfant puisse se déplacer seul ?** - Oui c'est important.
44	**- Et vous pensez que si elle avait pu aller voir la nutritionniste toute seule ça aurait été plus efficace ?** - Exactement. Plus efficace. Parce que moi quand je l'accompagnais, elle était mal. Elle est comme ça. Chaque enfant, il est comme il est, et moi ma fille elle est comme ça. Elle est très pudique. Elle est toujours sur les mots et tout ça, y'a des mots qu'on doit pas dire, faut pas qu'on parle de son poids, et faut pas dire que " tu as pris un petit poids", et ça, ça l'a beaucoup … Elle a mal vécu ça. Elle a très très très mal vécu.
45	Et aussi, ils ont pas de salle de sport. Y'a rien. Il faut que les enfants à côté ils fassent du sport. Y'a rien.
46	**- Est-ce qu'il y a des travaux, selon vous, un travail sur lequel doit se concentrer l'équipe en premier pour le quartier ?** - Ah d'accord ! Bah déjà aller vers les autres, en parler à tous ces gens. Ils en ont même pas connaissance vous savez.
47	**- Vous parlez de qui ? (Rire)** - Les habitants. Y'en a plein hein ! J'en parlais hier avec une dame, elle était choquée : ' Haaan ! Je suis pas au courant et tout ". Donc déjà, l'équipe, il faut que le message il passe, qu'ils les préparent.
48	**- Et c'est important qu'ils sachent ce qu'il y aura dans le projet ?** - Mais bien-sûr. Il faut qu'ils soient informés. C'est important qu'ils soient informés. **- C'est important pour quoi ?** - Bah déjà de savoir ce qu'il y aura et quels médecins y aura. Déjà ils auront une petite idée. **- Donc ça ce serait la première chose qu'on devrait faire dans la maison de santé ?** - Oui exactement. **- Prévenir qu'elle existe ?** - Exactement. Qu'elle existe et encore mieux : faire une réunion avec tous les habitants. Pourquoi pas ? Ça serait intéressant ça. Chacun posera des questions et ça sera encore mieux.
49	**- Et il y a des choses qui étaient à Palavas que vous voudriez voir être refait ici ?** - Et l'assistante sociale aussi ! Ça c'est important une assistante sociale qui soit dans l'équipe, dans votre équipe. C'est important. Y avait l'assistante sociale, ne serait-ce que pour les paperasses. Y a beaucoup de gens qui n'ont pas les moyens hein dans ce quartier, ils ont besoin des assistantes sociales.
50	**- Y'a d'autres choses peut-être ?** - Qu'on avait ? Voilà c'est tout ce qu'on avait hein. Pas plus que … On avait l'ophtalmo aussi. Ça l'ophtalmo ! J'y avais pas pensé ça ! C'est important l'ophtalmo ! Il est pas dans le quartier. **- Non, il n'y est pas dans le quartier.** - Eh bé vous devriez le rajouter hein !
51	*Hors micro, elle évoque le besoin d'adapter le bâtiment de la MSP aux fauteuils roulant. Elle parle de la vie de son fils qui a eu beaucoup de mal à se déplacer durant la période où il était en fauteuil. Elle conclut simplement : " y'a rien pour les fauteuils roulants".*

Relevé de F5

1	**- Dites-moi, qu'est-ce que vous pensez de la vie dans le quartier, en général ?** - J'y vais pas traîner beaucoup moi. **- Oui ?** - Ah non. Je vais même pas au bureau de tabac là-bas parce que moi je vais aux cigarettes en Espagne. Je vais à la pharmacie, je vais au docteur et puis Laurie, c'est tout. **- Ouais ? Donc vous y allez un petit peu quand même.** - Oui j'y passe en voiture. Voilà je passe en voiture et quand je vais au docteur bon ben. Ce qui me plait pas c'est tous ces(Données anomysées pour mise en ligne)
2	Et puis les flics, bon moi j'ai beaucoup d'amis au commissariat, à la gendarmerie, ils me disent " On n'ose pas y aller.". Ils se sont fait matraquer il y a 3 ans, et depuis ils veulent plus y aller. **- Les policiers ?** - Ah oui, ah oui. Ils avaient fait un casse dans une cave là, et ils se sont fait matraquer. Depuis ils veulent plus traîner. Tu peux les appeler, ils s'en foutent. Y'a des coups de fusils, ils viennent quand la bagarre elle est terminée et qu'il n'y a plus personne. Et oui … Non, ça ne me plait pas ce quartier. Moi j'y vais pas.
3	Ça me plait pas ce quartier. **- C'est quoi qui ne vous plait pas ?** -(Données anomysées pour mise en ligne) Voilà. Même devant votre porte ! Moi l'autre jour quand j'y suis allé, il y avait des seringues par terre. Ecoute ! J'ai été demander au bureau de tabac qu'il me donne des gants pour que je les ramasse pour pas que les gosses les mettent.
4	Moi j'évite d'aller à Leclerc(Données anomysées pour mise en ligne) Quand il y a des trucs qui faut spécial c'est Benoît qui y va. Moi j'y vais pas, moi je vais au Lidl. J'y vais au moment le midi, (Données anomysées pour mise en ligne) bouffent à midi donc je suis tranquille, il y en a pas. Je suis tranquille. Oh mais c'est … je suis casanière hein. Je suis casanière, ah oui, oui, oui. Oui, oui je deviens casanière hein. Ah oui. Ah oui, oui, oui.
5	**- Et du coup, comment vous le voyez le quartier ?** - Aaaah, pas mal mais bon moi j'aime pas toute façon les HLM alors donc il y a ça aussi hein. Tous ces immeubles moi j'ai jamais vécu dans des trucs comme ça, j'ai toujours eu des maisons, j'ai jamais vécu dans des trucs comme ça. Moi je veux être tranquille, mon indépendance. J'ai envie de faire du bruit, je fais du bruit. Voilà c'est tout, moi je veux être comme ça. Et lui il est pareil. Parce que chez sa mère c'était tranquille aussi, sa sœur est devant et puis lui était dans le fond, c'était tranquille. C'est tranquille. On n'est pas des gens à vivre dans les bâtiments et de voir tous ces bâtiments, non c'est pas pour nous ça.
6	**- C'est surtout les bâtiments qui vous gênent ?** - Oui ces bâtiments et puis la population qu'il y a dedans. Bon il y a peut-être des Français mais bon il y a beaucoup d'étrangers.
7	**- Pourquoi ?** - *(Elle prend une posture et un ton dépitée)* C'est le bordel. Moi je trouve que c'est le cirque. Moi j'aimais bien aller au marché hein, de SJSP, j'ai vu une bagarre(Données anomysées pour mise en ligne) Eh bien je peux te jurer mon coco que depuis je n'y vais plus. Je ne vais plus au marché, c'est fini. Deux (Données anomysées pour mise en ligne) hein, et les mecs ont laissé faire, des bonnes femmes se taper ! C'est bon, quand tu vois ça, on était je sais pas combien, moi je sais que j'avais des légumes, j'ai tout laissé et je suis partie. Je suis partie. Et c'est fini, je n'y mets plus les pieds. Ah non.
8	**- Pourquoi ?** - Ah bah si tu vas dans un truc et puis que admettons il y a un mauvais coup dans un … qu'elle se bat avec l'autre et puis que toi tu es là au mauvais endroit au mauvais moment, tu te prends un … Non ! J'ai la trouille ! Non, j'ai la trouille, non. T-T-T-T (Elle fait un bruit de bouche signifiant non). Je vais plus dans ces trucs-là moi. Je veux des légumes, je les achète au Lidl.
9	**- Et vous pensez quoi de la situation du quartier toujours, mais en termes de soins ?** **-** Je suis ravie qu'il y ait tous les docteurs là. Voilà, parce qu'avant on était, on a eu M. C., il est parti à la retraite, donc lui c'était assez facile pour se garer. Après on a eu l'autre … Ah bah de toute façon depuis qu'on est là on a eu que des médecins qui sont partis à la retraite. Ah oui, on a eu J. quand on est arrivé ici, il est parti à la retraite. Bon. Non d'abord on avait G., il est parti à la retraite, on a pris J., qu'on a gardé 5 ans, il est parti à la retraite, de là on a pris … Euh … Comment il s'appelle ? C. ! Il est parti à la retraite.
10	**- Donc ça c'est une facilité ?** - Oui, pour moi c'est la facilité. J'appelle, j'ai pas lieu de me déplacer pour dire " Je veux un rdv.". J'appelle, ils me disent si je peux venir aujourd'hui(Données anomysées pour mise en ligne)

	“Oui, cette après-midi, ce matin à 9h, ou demain après-midi. “ ou des trucs comme ça, pour moi ça me va très bien. J’ai pas lieu de me déplacer pour demander, je l’ai au téléphone, toc tranquille.
11	**- Et en dehors du médecin ? Vous avez des facilités ou des difficultés ?** - Ah non des fois j’ai besoin d’un médicament, j’en ai pas, je vais à la pharmacie, ils me l’avancent. Voilà, et puis quand j’y retourne bah le docteur il me le marque. Voilà, il me le marque, voilà. **- Ça c’est une facilité ?** - Ah oui ça c’est une facilité. Si le docteur admettons que ça tombe … Ça m’arrive hein, ça m’arrive, parce que je suis con hein. Moi je prends du Lyrica 150 matin et soir, d’accord, puis des fois bah le weekend je dis “ Oh bah demain il faut que j’aille au docteur !”, Benoît il me dit “ T’as raison c’est samedi.”, “ D’accord, OK. C’est pas grave, je vais à la pharmacie ils m’avancent une boite, ils le savent. “ et le lundi ou le mardi bah quand j’appelle le docteur il me dit “ Bon passe. “, rien que pour ça, pour une ordonnance. Voilà, c’est tout. C’est tout.
12	**- Et vous me parliez du logiciel qui était partagé, vous me disiez que c’était bien. Pourquoi ?** - Ah j’adore ! Pourquoi ? Bah parce que s’il y a admettons (Données anomysées pour mise en ligne) avait accès aussi bien pour moi, que pour Benoît, que pour ma belle-mère. Il savait exactement ce qu’il y avait : les prises de sang ou les résultats, comme ça, pour ma belle-mère, e(Données anomysées pour mise en ligne) Donc il savait l’ordonnance qui avait été mise par le Dr, et le résultat qu’il en était du laboratoire. Donc j’estime que ça c’est une bonne chose. **- Et quelles conséquences ça a ?** - Eh ben, s’il y en a un Dr. qui n’est pas là bah l’autre il peut mettre les médicaments, mettre le truc qui va exactement, le remède qui va. Pour moi ça c’est bien. **- C’est le remède … C’est le remède qui va. C’est-à-dire que ça permet au médecin, même s’il vous suit pas habituellement, il pourra quand même mettre le bon médicament ?** - Oui voilà ! Il pourra mettre le bon médicament parce qu’on aura confiance en lui. Parce que si le nôtre n’est pas là, il y a l’autre, il sait, il voit exactement ce qu’il en est, donc il saura mettre le bon remède
13	- Bon admettons, vous vous n’êtes pas là, votre femme elle y est, elle a accès au dossier, bah elle saura exactement mettre le même médicament que si vous vous étiez là, elle mettra exactement le même médicament. Pour moi c’est ça. **- Et ça c’est une bonne chose ?** - Ah oui ! Ah bah oui. T’as confiance en elle. T’as pas besoin de rappeler ton docteur après pour dire “ Elle m’a mis ce médicament, est-ce que je peux, est-ce qu’on peut le prendre ou est-ce qu’on peut pas ? “. Si elle l’a donné, c’est que vous vous l’auriez donné ce médicament-là. C’est tout, c’est tout.
14	**- Et dans l’idéal, sur le plan médical et en termes de soins en général, j’insiste parce que le soin ça va plus loin que le médecin, de quoi vous auriez besoin dans le quartier ?** - Alors une piscine, un truc pour moi, moi j’ai une piscine bon il faut que je la nettoie hein, je suis partie il y a de la poussière dedans, faut que je la nettoie, mais de la balnéo. Parce que ça on me l’a conseillé pour mon genou, tout ça, le kiné il arrête pas de me le dire.
15	**-** Voilà, c’est les kinés, voilà c’est ça. Comme ça si je peux quitter mon kiné, bah j’irais dans ce kiné-là. Eh oui ! Tant qu’à faire il vaut mieux tout avoir regroupé. On est d’accord ? Que d’aller là et que lui il vienne là ou que j’aille dans un autre truc. Non … Parce que lui il veut monter un truc vers … Mon kiné, il veut monter un truc vers … le truc de bricolage là. Il veut monter un truc là. Mais moi si je peux l’avoir avec mes docteurs, désolé j’irai là, pour moi c’est mieux. Pour moi c’est mieux de tout regrouper, s’il m’arrive quelque chose il y a le docteur sur place. Il y a les infirmières sur place. On est d’accord. **- C’est l’intérêt pour vous de regrouper ?** - De regrouper tout le monde, oui. D’avoir tout sur place. Voilà, il m’arrive quelque chose, bah il y a mon docteur qui est là, il y a les infirmières qui sont là, il y a tout le monde. Voilà c’est tout. Oui. **- D’accord.** - Pour moi, oui. **- Il y a d’autres conséquences, pour vous, à être regroupés ?** - Bah t’as plus de confiance. T’as plus de confiance, moi je sais que je me sentirai en confiance**.**
16	**- Alors comment vous voudriez qu’elle vous aide ?** - Alors là … je sais pas. Je sais pas, j’ai jamais vécu ça. **- Vous pouvez avoir des idées même si vous ne l’avez jamais vu.** - Oui, bah que vous vous entendiez tous bien déjà. Déjà qu’il y ait une bonne entente entre vous tous. Ne pas vous tirer dans les pattes, ça c’est primordial.
17	**- Quels projets cette équipe elle pourrait mener pour vous aider ?** - Ah bah qu’elle soit dispo quand on en a besoin. Voilà. Je crois que c’est le seul truc que je vois. **- C’est la disponibilité la question la plus importante ?** - Pour moi, oui. Pour moi, oui. **- Et la disponibilité c’est quoi ?**

	- Ben en tout. En tout. C'est à dire, bon vous êtes là tous les 4 mais bon on aura … Comme je vous dis, que vous soyez 4 docteurs ou pas je veux quand même qu'on ait un médecin d'attitré. Qu'on ait plus de facilité à lui parler. Bon, si vous n'êtes pas là, on en prend un autre d'accord, automatiquement, mais on sait qu'on l'a dans la journée le rdv.
18	Bon, si vous n'êtes pas là, on en prend un autre d'accord, automatiquement, mais on sait qu'on l'a dans la journée le rdv. **- Dans la journée.** - Voilà. On l'a dans la journée. Voilà. **- Du matin pour l'après-midi ?** - Du matin pour l'après midi ou l'après-midi pour le lendemain matin. Voilà qu'on l'ait dans la journée. C'est la disponibilité là. Pas attendre 24h ou 48h. Qu'on l'ait, si on appelle le matin, l'après-midi. Ou si on appelle le soir admettons, qu'on l'ait le lendemain matin. Voilà. Bon, se déplacer pour elle, ça il n'y a pas de soucis parce qu'elle a 93 ans se déplacer … Parce que nous la mettre en voiture c'est plus la peine. Elle peut plus monter, tout ça, elle peut marcher un peu mais monter elle ne peut pas. Voilà. (Son mari parle à sa mère de mettre un ventilateur). [...] Voilà c'est la disponibilité moi je trouve.
19	**- Et selon vous, sur quoi devraient se concentrer les travaux de l'équipe ? Qu'est-ce qui est prioritaire ?** - Médecins, infirmières. Les kinés ça passe après. **- Ça passe après ?** - Oui, pour moi oui. C'est les médecins, si t'es malade, qu'ils aient une infirmière à te dire sur place : "Bah voilà, je vous envoie l'infirmière là.". **- Sur place ?** - Oui, sur place. Voilà. Un médecin il peut te dire " Bah voilà j'ai une infirmière-là qui peut venir, il y a pas de soucis, pas de soucis." **- Qui peut venir chez vous ?** - Voilà. Chez nous ou qu'on aille là-bas, sur place. Voilà.
20	**- Mais ça apporte quoi qu'elle puisse faire la prise de sang tout de suite, sur place ?** - Bah si on en a besoin de la faire de suite, eh ben au moins on voit le résultat de ce qu'il y a, ce qu'il y a qui va pas. Si admettons, je sais pas on est anémié un truc … Un exemple, on est anémié, on va vous voir, vous me dites " Oh, il y a un problème là, il faut faire une prise de sang, il faut voir l'infirmière.", et bien vous avez l'infirmière, qu'elle me fasse la prise de sang, elle emmène le truc, 1h après vous avez le résultat de la prise de sang. Voilà. Donc vous savez nous rappeler pour dire "Bon, faut prendre ça, faut prendre ça.".
21	**- Et sur ce thème de la maison de santé, il y a quelque chose que vous voudriez ajouter ?** - Non. **- Des attentes que vous avez ?** - De bien vous entendre tous, c'est un souhait que j'ai. Que ce soit réalisable.
22	**- Ça a quelles conséquences qu'on s'entende bien tous ?** - Eh ben, les docteurs, les infirmières, les kinés, les orthophonistes pour les enfants ou pour les adultes c'est primordial. Hein, parce qu'il y a des adultes qui ont des maladies où on trouve plus la parole hein. Donc on a besoin de faire tout ça, que vous soyez une famille. **- Une famille ?** - Voilà, que vous soyez une famille. **- Et quelles conséquences ça a qu'on soit une famille ?** - Ah bah ça ferait un plaisir de … On en parlerait aux voisins. Ah oui. **- (Rires) C'est-à-dire ?** - Bah moi je dirais " J'ai un très bon docteur, il s'entend avec tout le monde, il a monté un truc, allez-y je vous le conseille." **- Vous pensez que ça change quelque chose ?** - Ah bah ça changerait tout. Tu serais pas obligé de courir après qui que ce soit. Ah oui, tu serais pas obligé de courir, Là on a une infirmière, mais du jour où elle est plus là est-ce qu'on aura encore une infirmière de disponible ? Que là, s'il y en a une sur place … **- Quand vous dites qu'il n'y a plus besoin de courir après qui que ce soit, c'est à dire ?** - Bah admettons là … bon pas le docteur, mais le docteur il nous dit " Bon, vous avez besoin d'une infirmière." ou "Vous avez besoin d'un kiné.", bon j'en ai un pour l'instant, mais les infirmières on l'a grâce à elle maintenant. Bon c'est ma copine hein, donc il n'y a pas de soucis, mais bon admettons un jour qu'elle soit pas disponible Manu et puis que l'autre non plus, comment je fais ? Je vais m'amuser à faire la plaque tournante ? Alors que si de chez vous vous me dites " Ah bah il y a telle et telle infirmière.", tu peux la prendre, tu peux y aller en toute confiance. Avoir la confiance du docteur en nous conseillant des personnes. Voilà, c'est tout. Voilà. Je sais pas, moi c'est mon point de vue.

Relevé de H1

1	**- Tu le vis comment ce quartier en fait ?** - Bah on l'a choisi donc c'est … c'est … On le vis plutôt bien. Bah c'est un quartier plutôt central donc ça me permet d'accéder à la gare facilement pour aller au boulot. Euh ..; Donc non je le vis bien sans problème hein ouais nan.
2	**- Y'a d'autres raisons qui t'ont fait choisir ce quartier ?** - Euh nan la raison principale c'était à la base c'était être proche enfin pouvoir être proche de la gare pour avoir accès à l'extérieur facilement sans avoir à trop … Puis ne pas être forcément être à la campagne 'fin je voulais pas être forcément loin d'un centre-ville. Donc euh … voilà. Donc ouais ouais on le vis bien dans le sens. (Rire) **- C'est un quartier que vous avez choisi ?** - Ouais c'est un quartier qu'on a choisi ouais ouais, donc on est content voilà. **- Donc vous l'avez choisi que pour la proximité avec la gare ?** - Euh ... Pour le fait que ça soit en centre-ville. Disons que la proximité avec la gare ça faisait 40% du choix je pense. **- Donc y a 60% dont tu me parles pas ?** - Euh si les 60% c'est dans le fait que ça soit central dans cette ville qu'il y ait des commerces facilement accessible et euh … que c'est joli. Oui ! Effectivement le fait qu'on soit proche du centre historique c'est un quartier qui esthétiquement nous plait. C'est effectivement important.
3	**- Y'a des choses qui te pose problème dans le quartier ?** - *(Blanc)* Des choses qui me posent problème humm …. Ouais ! y'a un truc qui me pose problème ! (Petit rire). Nan j'avais envie de dire une connerie. **- Bah vas-y hein !** - Euh … Nan ce qui me pose problème ce qui est chiant c'est les voitures qui se prennent pour des karts. Je trouve ça abusé.
4	**- Et toi du coup tu penses quoi de la situation médicale du quartier ?** - Euh bah à priori y a quelques médecins qui ont l'air un peu implanté depuis un certain temps euuuuh donc c'est un peu tranquille. Je sais pas pourquoi j'ai envie de dire ça, j'ai envie de dire c'est un peu tranquille. Au niveau médecine j'ai l'impression que c'est tranquille (sourire) c'est ça l'impression que j'ai.
5	**- Tu trouves que le quartier il a des facilités ou des difficultés en termes médicaux ? Quand j'entends médical, j'entends au sens large hein y'a pas que le médecin.** - De facilités non je crois pas mais après je suis peut-être pas la bonne personne parce que j'ai pas énormément de problèmes de santé mais en tout cas j'ai pas eu de problème à avoir un médecin. J'aurais tendance à dire comme ça que c'est plutôt facile.
6	Ouais au niveau des pharmacies y'en a pas mal je crois que là-dessus on est pas mal euhhhh dans le centre-ville y'en a genre 3 sur le même pâté de maison et sur la rue aussi et puis de l'autre côté. Et euh … donc ouais carrément. C'est plutôt pas mal.
7	**- Donc au final c'est un quartier plutôt facile ?** - Plutôt facile ouais d'un point de vue médical je pense que c'est un quartier plutôt facile. Alors après est-ce que y'a pas besoin de plutôt de spécialité je sais pas. Parce que je sais pas si j'étais un vieux papi j'aurai peut-être besoin d'autre chose qu'un médecin général.
8	**- Donc toi t'as besoin de quoi ?** Moi j'ai juste besoin d'un médecin général qui écoute mes petits problèmes ... au moment où j'en ai besoin. Qui puisse écouter pas forcément … juste écouter ouais. Pas forcément être pris à la légère. Je pense que c'est le besoin basique. **- Que toi tu définis comme basique ?** - Ouais **- Et basique c'est quoi ?** Euh … ben parce que quand t'as une maladie ou que t'as quelque chose et que t'es pas forcément médecin donc tu peux pas définir ce que tu as donc t'as un peu besoin d'être rassuré des fois. Donc si t'as pas le sentiment d'être écouté ça va pas t'aider à guérir enfin je pense que ça va pas t'aider à te sentir mieux en général. Donc quand tu te sens mal tu vas voir un médecin t'attends qu'il t'écoute quoi après t'attends des réponses.

9	**- Donc tu me disais que le médecin devrait te rappeler, mais t'évoques le rappel au moment de la consultation ?** **-** Ah oui ! Moi j'attends pas que le médecin me dise " Eh ! Tu as pris ta ventoline ? ". C'est pas forcément ça, mais parce qu'il a aussi autre chose à foutre que penser à moi. Tu vois. Il a plein de choses à voir. Donc c'est pas … Enfin … Pourquoi pas après ! S'il est capable de faire ça mais faut pas qu'il … Il peut pas rappeler tous ses patients en faisant " Eh monsieur est ce que vous … ". Enfin, peut-être qu'il pourrait le faire pour les plus pathologiques effectivement. Par exemple la mère de Julie, c'est sûr que c'était quelque chose qui était bien. Son médecin l'appelait de temps en temps pour savoir comment elle allait, mais parce qu'elle avait une pathologie lourde. Dans le cas de quelque de chose de la vie de tous les jours, je suis pas sûr qu'il y ait un intérêt. **- C'est quoi que tu appelles la vie de tous les jours ?** - Un rhume, un petit bobo, un petit truc. Un truc qui est pas … Un truc pour lequel le diagnostic vital n'est pas engagé.
10	**- Et par rapport à ton asthme, dans le quartier, sur le plan des soignants, tu en penses quoi ?** - Je pense que c'est pas trop mal. Alors déjà j'ai la pharmacie qui est en bas là, donc je pense que dans le pire des cas … Imaginons j'ai une énorme crise d'asthme, ils vont m'aider. Enfin, je ne sais pas du tout si c'est dans leurs obligations ou pas, mais quand devant eux ils ont un asthmatique, ils vont lui donner une bouffée je pense. Ça m'était déjà arrivé quand j'étais ado, j'étais dans une grosse baraque où il y avait de la moquette aux murs, classique, et je fais une grosse crise d'asthme dans la nuit. Mon père m'avait emmené … alors c'était une pharmacie de garde, n'empêche que c'était quand même une pharmacie et ils m'avaient donné, comme ça, direct, de la ventoline sans que j'aie à en acheter.
11	Donc je pense que dans le quartier je suis pas trop mal desservi. J'ai mon pneumologue qui est dans la Polyclinique, donc qui n'est pas très très loin en voiture C'est sûr que je ne vais pas y aller en courant si j'ai de l'asthme ou je mettrais un peu de temps. mais c'est pas si loin que ça. Ou alors si je les appelle, l'ambulance peut venir vite. Sinon je pense qu'il y a d'autres petits médecins partout, enfin je veux dire d'autres appels que je peux faire. Niveau infirmières j'en sais rien.
12	**- Donc c'est la proximité qui prévaut à ton sens ?** - Oui. D'être au cœur du centre-ville tu vois, d'être au cœur d'à peu près tout, pharmacie de proximité, que tout soit proche ... **- Cette proximité, c'est un élément qui t'apporte quoi ?** - J'allais dire utile ! Parce que "rassuré", je me sens pas encore en danger, donc on ne peut pas dire que je sois rassuré. Mais c'est cool, c'est bien. Donc ce n'est pas rassurant … enfin si c'est rassurant quand tu y penses, mais ce n'est pas la première chose que je pensais. C'est bien que ça ne soit pas loin. On peut vieillir ici, on peut rester 90 ans ! Je suis optimiste (Rires communs).
13	**- Tu te considères malade de ta position assise ?** - Non, mais je me dis … En fait récemment, il y a une personne un peu âgée qui est en reconversion qui est arrivée dans mon job. Et elle a eu la totale niveau ergonomie, écran bien relevé, le fauteuil nickel, clavier parfait, souris adaptée. Donc je me dis si cette personne est comme ça, parce qu'on est souvent plus jeune dans l'informatique, je me dis peut-être qu'il faut faire attention plus à la position que tu prends tous les jours. Après pour le coup je suis pas médecin donc je ne sais pas quelle position il faudrait que je prenne. Enfin si je sais un peu. **- Et donc ça, ça passe par le médecin ?** - Je pense que oui, je pense que ça doit passer par le médecin. Après, là il y a 2 ans je me suis acheté un clavier, en crowdfunding, et celui-là il est splittable. celui-là je l'ai pris vraiment pour l'ergonomie. Pour pouvoir être comme ça, au lieu d'être comme ça où tu es bloqué (Il me montre les positions de poignet des claviers cassés) Mais c'est vrai je sens c'est un peu tendu des fois, là (*il me montre les tendons des poignets*) Parce qu'effectivement la crispation de la souris, quand tu joues aussi tu as une crispation, c'est pas quelque chose de très grave mais pendant 20 ans peut-être que ça peut abîmer. Dans un monde parfait, tu évites sans te prendre la tête ce genre de problèmes. **- Tu les évites parce que … ?** - Tu les évites parce que tu as des bonnes habitudes. Et les bonnes habitudes viennent des informations qu'on te fait parvenir. **- Ces informations elles viennent d'où ?** - Elles viennent des médecins.

14	**- Tout ce que tu me dis là est vraiment intéressant. Et du coup, fin 2018 on va monter une MSP dans le quartier, une MSP c'est une maison de santé pluriprofessionnelle, et dans cette maison de santé il va y avoir au moins 4 médecins généralistes, il va y avoir 4 kinésithérapeutes, des infirmières, d'autres paramédicaux et on va travailler en équipe en ville. On va pouvoir notamment beaucoup discuter entre nous comme une équipe, au même endroit, concentré sur les mêmes problèmes. Et cette équipe-là, comment on pourrait t'aider ?** - Eh ben … comment elle pourrait m'aider ? Il faudrait qu'elle se mette en équipe, qu'elle fonctionne comme une équipe. Donc là où il faudrait … faudrait qu'elle puisse répondre à toutes les problématiques qui puissent se présenter à ma maladie. **- Par exemple ?** - Alors là j'en sais rien. Je ne sais pas si un kiné peut m'aider moi. Pour mon asthme. Mais en tout cas s'il peut m'aider, eh bien je peux faire disons une après-midi par exemple où je fais un bilan, je vais faire les massages ou je ne sais pas quoi, je vais faire des exercices … Là j'essaye de l'appliquer, je ne sais pas exactement ce qu'il est possible de faire pour l'asthme. Mais si y'a des exercices qui sont faisables, les faire avec un kiné, peut-être avec une infirmière aussi. Des sortes de bilan avec chacune des professions pour qu'ils me disent quand je dois venir les voir.
15	**- Qu'est-ce que tu entends par bilan ?** **-** Je pense que ça serait possible. Bah on parlait qu'ils soient tous au fait de ce qui s'est dit les uns aux autres, les uns avec les autres. Je ne sais pas si c'est possible ou pas, mais si c'est possible, mais dans la limite du possible en tout cas. **- Imaginons que tout est possible.** - Tout est possible ? Ben disons que tout est fluide et que tout le monde sait de quoi on parle. Quand je passe de mains en mains. Donc oui ça serait quelque chose d'intéressant.
16	**- Quels projets pourraient t'aider dans cette équipe ? Puisque tu parles justement du fonctionnement d'équipe où tout le monde sait quels sont tes problèmes, quand justement tu dis que tu passes de mains en mains.** - Que tu n'aies pas de point mort où t'attends pas … enfin, pas que tu attendes mais disons que t'es pas de questionnement en permanence à chaque fois. Que tu refais pas le diagnostic 3 fois si tu vas voir. Il faudrait que tout le monde soit au fait, comme un truc continuel, comme si tu avais à faire à la même personne. **- Où tu n'aurais pas besoin de répéter la même histoire ?** - Où tu n'aurais pas besoin de répéter la même histoire. Ou la répéter si tu te sens mieux avec une personne, c'est des trucs qui arrivent. Mais dans l'idéal, t'as pas besoin de tout redire.
17	**- Oui. Quels travaux, quels projets, elle pourrait mener qui permettrait, selon toi, de t'aider ?** **-** Je pense que … Déjà faudrait pouvoir m'impliquer dans toute la discussion du soin. De savoir ce qu'on pense, vers quoi on devrait aller, "qu'est-ce que tu en penses", "si tu faisais ça, si tu pratiquais ces exercices même chez toi", et puis qu'on me revoie plus tard pour faire le bilan. Ça c'est le genre de truc qui je pense pourrait m'aider. Là quand je le dis j'ai vraiment l'impression que c'est de la médecine traditionnelle, mais dans le cadre d'une équipe ça peut être pas mal. Ça peut être encore plus rassurant pour le coup que d'avoir un seul médecin en face de toi.
18	**- Donc pour toi c'est plus efficace ?** - Je pense que ça serait plus efficace ouais. C'est le terme d'efficacité que je cherchais. **- Et cette efficacité … Par ce que tu évoquais le fait qu'on te donne des informations …** - Bah que je sois du coup au courant de la maladie que j'ai. Connaître vraiment tous les tenants et aboutissants, tout ce qu'on sait là-dessus. Ça c'est vraiment quelque chose d'important je pense. Et une personne en face de moi peut le dire, mais disons qu'il peut y avoir une discussion plus évoluée avec 3 personnes. **- Quand tu dis 3 personnes c'est ?** - Je dis 3 personnes parce que je m'inclus dedans. Donc moi, et 2 soignants.
19	**- Si tu as des exemples en tête tu peux en donner hein.** **-** Ouais ouais. Par exemple, c'est peut-être pas un truc que j'aurai eu avant mais que maintenant j'aurai plus … Par exemple pour la maladie de la mère de Julie, ils ont tout le temps reformulé ce que disait le docteur. Donc ça a permis de vraiment bien comprendre ce qui se passait. Et ça a permis surtout de rassurer. Donc dans ce cas-là tu vas un peu mieux, tu participes à ton rétablissement. Donc je pense que c'est quelque chose, face à une équipe, encore plus importante sur les vrais sujets graves, qui sont fondamentales en fait.

20	**- Qu'est-ce qu'une équipe peut faire pour t'aider ?** - Alors qu'est-ce qu'elle peut faire ? Alors du coup, pouvoir être disponible pour discuter ensemble. Avoir une disponibilité d'écoute. Et après en conséquence, de rediriger … Parce que je pense qu'on se fait plein d'idées, surtout au niveau de la santé. Donc au lieu d'aller voir Doctissimo, moi je préfère aller voir des gens (Rire). De toute façon, on le voit bien sur internet le nombre de gens qui se posent des questions. Donc c'est fondamental (Sourire).
21	**- Et ce transfert d'informations, il se passerait comment ?** **-** Il se passerait … Moi je le vois le plus fluide possible. Pas forcément être assis derrière un bureau. Peut-être comme au boulot, comme tout à l'heure tu faisais référence au boulot, des fois on se fait des miniréunions en se croisant, sur un sujet, sur un truc " ah au fait, machin ". Alors c'est pas l'idéal tout le temps, parce que je pense que quand tu es en consultation, quand quelqu'un est en consultation, il faut bien qu'il y ait des absents et tu ne peux pas tout le temps croiser quelqu'un. Après, l'idéal c'est de se prendre des minirendez-vous, entre 2 consulte et de parler ensemble avec le patient d'un sujet, que ça soit dans un bureau, mais il faudrait que ça soit convivial. C'est comme ça que je l'imagine dans un monde parfait. Donc quelque chose d'assez convivial et de proche. Comme maintenant par exemple. Ça c'est cool. J'ai déjà eu un médecin comme ça, ça m'est arrivé, où le médecin il sort de derrière et il arrive devant toi. Ça c'est quelque chose de très sympa. D'important. Je trouve que c'est quelque chose de très … Il y a une proximité qui se fait et du coup ça te rassure je pense. Et donc si on est 3 et qu'il y en a un qui est toujours derrière son bureau, et qu'il y a le pneumo, le je-sais-pas-quoi, le kiné qui vient et qui dit "non mais on pourrait faire ça, machin, pas de problèmes". Pas forcément un truc trop formel, mais qu'il y ait une discussion à un moment donné qui dure 5 minutes, 10 minutes, ça c'est quelque chose qui pourrait m'aider. Forcément.
22	**- Donc c'est des discussions comme ça, et qui seraient menées par plusieurs professionnels de disciplines différentes ?** - Oui voilà. Déjà ça serait un premier pas. Pour bien ancrer peut-être, peut-être que je suivrais mieux ce qu'on me donne à faire si il y avait à faire s'il a comme un genre de consensus collégial. **- Et ce consensus il est forcément devant toi ?** **-** Je pense pas qu'il puisse y avoir forcément la solution dedans, mais dans l'idéal oui il est devant moi. Ouais ouais. **- Et ça tu disais que c'était un premier pas pour t'aider ?** - Je pense que c'est un premier pas pour m'aider ouais. **- C'est quoi le deuxième pas alors ?** - Eh bien le 2ème pas c'est que je fasse, que j'applique, ce qui avait été décidé ensemble. Ça c'est le 2ème pas mais c'est plus personnel. Enfin je veux dire ça me concerne moi si je veux guérir ou pas. Si je fais confiance hein ! Parce que si je fais pas confiance pour moi c'est pas ça qui me fera guérir. Et du coup voilà.
23	**- Donc tu penses que ça pourrait t'aider d'avoir des consultations sur la thématique de ton asthme sans que tu sois malade ? Ou sans que tu sois en crise ?** **-** Ouais sans que je sois en crise. Ouais ça aiderait à soigner je pense parce que du coup je prendrais probablement plus conscience régulièrement de ma problématique. Clairement. Oui oui clairement. En fait on y pense pas assez mais quand on est plus malade ou qu'on n'est pas malade, peut-être que sur des sujets où tu sais que es sensible, il faudrait plus faire ce genre de consultations "pas malade".

Relevé de H2

1	**- Qu'est-ce que tu penses du quartier dans lequel tu vis, même si j'ai compris que ça ne fait que 3 mois que tu y vis ?** - C'est un bon quartier, on a de bons commerçants pas loin. On s'y plait vraiment. Ça nous change du quartier où on était, sans garage, 3 étages sans ascenseurs, et aujourd'hui être dans une maison dans un quartier assez sympa c'est cool. **- Et tu le vis comment ton quartier ?** - Après comme tu l'as dit c'est récent, mais on le vit plutôt bien. Moi pour mon travail c'est facile d'accès autoroute au final, après Narbonne c'est une petite ville, c'est pas une grosse ville non plus. Et après le quartier, on le vit très bien. On a tout à portée de main,

	on a pas besoin de faire 40km pour aller faire des courses, on a tout à côté. Et puis les voisins sont sympas pour l'instant même si on les connaît pas forcément.
2	**- Il a des forces ? Des faiblesses ?** - Des forces, des faiblesses dans le quartier ? … **- Des choses qui te plaisent beaucoup et que t'apprécies et qui du coup te font vivre ici à Narbonne.** - Ce qui est appréciable c'est qu'on a des parcs pas loin. On a le canal qui n'est pas loin non plus donc pour se balader c'est plutôt cool. Après en faiblesses, y'en a je dirais pas beaucoup, si ce n'est le train qui peut être perturbant de temps en temps mais c'est pas énervant dans le sens où on est quand même assez loin.
3	**- La rue Anatole France c'est ça ?** - Ouais tout à fait. Où tu as un opticien, coiffeur, bar, tabac, t'as un Leader Price, t'as une pharmacie au bout de la rue, franchement on peut tout faire à pied c'est nickel. Donc Nickel. Quartier super.
4	**- Et sur le plan médical, tu penses quoi du quartier ?** - Sur le plan médical, je sais qu'on a, je sais pas si on va se tourner vers eux, mais on a un médecin qui est un peu plus loin après le Leader Price. Après sur le plan médical, l'hôpital est pas loin, la pharmacie elle est bien située aussi. Après sur le plan médical, y'a rien à dire sur le quartier quoi.
5	**- D'accord. Et tu as des difficultés ou des facilités dans le quartier sur le soin justement ?** - Alors, sur le plan du soin non. Après c'est juste que sur Narbonne c'est très compliqué pour avoir un rdv chez les médecins quand on est nouvel arrivant dans la ville si on connait pas quelqu'un. Parce que la ville est tellement petite et je pense qu'il y a très peu de médecins que quand tu demandes un rdv c'est pas avant 3 mois sur certains. Avant d'avoir trouvé le Dr. M. par exemple, j'avais des rdv à 3 mois quand j'ai fait 5 médecins … **- Chez tous types de médecins ?** - Non essentiellement des médecins généralistes. Essentiellement des médecins généralistes. Et Camille c'est pareille, pour tout ce qui est … Je crois que c'était … Camille aussi elle a eu pas mal d'attente sur un médecin
6	Donc du coup comme elle travaille à Béziers, elle le faisait sur Béziers mais après on a eu pas mal d'attente, ouais. Et c'est vrai que nous avant quand on était en face de l'hôpital, du coup on sollicitait pas mal les urgences quand on avait un problème régulier ou rapide. Au lieu d'aller chez le médecin, on peut être pris en 1h à l'hôpital.
7	**- Et qu'est-ce qui vous faisait solliciter les urgences ?** - C'était plus pour Camille que pour moi, mais elle avait eu des aphtes sur la lèvre et qui lui collait. On n'avait pas un rdv avant 2 mois, du coup on est parti aux urgences. Et après il y avait la maison médicale de nuit juste à côté des urgences, où on est allé, et effectivement on a été pris assez rapidement. Mais après sur les urgences, on les a sollicitées 2 fois ouais. 2 fois. Après moi c'était (Rire), après j'avais le doigt qui avait gonflé, j'avais l'alliance du coup pour couper l'alliance j'ai pas cherché à comprendre, je suis parti direct aux urgences et en fait ce que j'avais trouvé de bien aux urgences, parce que contrairement … Parce que tu sais on arrive de Toulouse, nous les urgences de Toulouse c'est saturé quoi. Et on avait trouvé que les urgences de Narbonne pour le coup était pas super saturée, donc franchement en 1h tout était fait quoi. Donc ça on avait apprécié, et dès qu'on avait un souci, pas de mal de tête ou de rhumes, parce qu'on sait qu'aller engorger les urgences pour ça c'est débile. Mais quand on avait un souci un peu plus grave, on savait pas trop ce que c'était, et au lieu d'appeler un généraliste pour attendre 3 mois, on partait aux urgences.
8	**- Quand tu me racontes ton histoire, tu m'expliques que 2 fois vous avez sollicité les urgences. Et spontanément, une des premières choses dont tu me parles avant que vous ne déménagiez, c'était que le fait d'avoir les urgences en face de chez vous c'était un atout. Pourtant vous l'avez sollicité peu de fois.** - C'est un atout parce qu'en fait on descendait de l'appartement, on traversait la rue et on y était. Et que comme je te dis, on sait pertinemment que solliciter les urgences pour un rhume … C'était vraiment parce qu'on savait pas trop ce que c'était et que voilà. Et c'est vrai qu'on n'a pas tant de problèmes que ça. On n'est pas malade à des points où on sait pas vraiment ce que sait. Ça a dû arriver 2 fois sur 4 ans et c'est vrai que le fait d'avoir les urgences en face, au lieu de se dire " on va appeler un généraliste parce qu'on sait pas trop ce qu'on a et on aura un rdv le surlendemain ou le lendemain voir même plus

	tard “, bah le fait d’avoir les urgences en face, on a la réponse de suite. C’est le fait d’avoir une réponse rapide.
9	**- D’accord. Donc c’est la rapidité ?** - Oui voilà. Tu sais qu’aux urgences tu as tout. Si tu dois faire une radio, tu peux faire la radio directement, si tu dois voir un spécialiste, tu peux avoir le spécialiste assez rapidement. Au final aux urgences tu as vraiment tout; Si tu as un problème et que tu ne sais pas ce que c’est, bah le fait d’aller aux urgences tu sais qu’ils vont résoudre ton problème parce qu’ils ont tout, tout à disposition. Contrairement à un généraliste qui va t’analyser, qui va te dire : “ouais je pense que c'est ça mais va falloir que vous alliez passer des radios là-bas.”, donc toi tu te trimballes tu vas faire les radios là-bas, tu vas revenir chez lui pour analyser, et puis il va te dire : “ ah ouais non je sais pas.” donc il va te renvoyer sur un truc, donc voilà c’est … Au final, c’est une option de facilité et de rapidité. **- C’est la rapidité ou c’est la tranquillité que ça t’apporte ?** - Non la rapidité. La rapidité parce que la tranquillité c’est pas sympa d’aller aux urgences.
10	**- D’accord, d’accord. C’est intéressant. Donc du coup, tu assimiles l’hôpital au quartier parce que … ?** - J’assimile l’hôpital au quartier parce que pour moi il n’y a qu’un seul hôpital. parce dans Narbonne, il est dans le centre-ville. Contrairement à d’autres villes où les hôpitaux sont généralement assez loin. Et l’hôpital au quartier parce qu’en étant nouvel arrivant, l'hôpital c’est un lieu de … pas sécurisant … un lieu visible et facilement repérable. Et puis tu as un parking généralement à côté, même s’il est souvent bondé, mais t’as quand même un parking à côté, t’es pris en charge quand même assez rapidement. C’est pour ça que j’assimile l’hôpital au quartier ouais.
11	**- Et tu aurais le même raisonnement si les délais d’attentes étaient par exemple de 3h ?** - Ah je pense pas. Ah si c’était 3h je pense pas. Je suis pas sûr.
12	**- Y’a rien d’autre qui pourrait t’aider ?** - Non. Pour moi non. Et pour le même principe que tout à l’heure, c’est à dire que tu vas voir un généraliste, généralement …. Pour moi le généraliste c’est général, du coup ils peuvent pas tout savoir. C’est mon état d’esprit hein. Pour moi un généraliste ne peut pas tout savoir, c’est à dire pour moi un médecin généraliste, vous faites une médecine générale : vous touchez à tout, vous regardez tout, vous avez une connaissance sur tout, mais pas vraiment sur des cas spécifiques. Et à l’hôpital, du coup y’ a la généraliste devient aussi une spécialité, c’est à dire que à l’hôpital y’a des spécialistes de partout qui sont de garde ou qui sont voilà. Et c’est ces spécialités, cet ensemble de spécialités font de l’hôpital que au final c’est intéressant parce que tu sais que quand tu y vas si tu as le problème en question et que tu as le spécialiste qui est là, il va te prendre et d'analyser de suite. Et tu as un système de radiologie aussi, je sais pas si tu te casses une jambe, typiquement je vais pas chez un généraliste, je vais partir directement aux urgences parce que je sais très bien que le généraliste va m’amener certainement soit dans un cabinet de radiologie s’ils en ont pas à côté, soit à l'hôpital. Donc au final je suis déjà à l'hôpital. **- Donc c’est la facilité d'utilisation si je résume ?** - Ouais la facilité d’utilisation et la rapidité d’avoir toutes les spécialités réunies en une.
13	**- D’accord, oui c’est vrai c’est ce que tu m’avais dit, tu as raison.** - Même à 1 jour d’attente. Même à 1 jour d’attente. Parce qu’au final, tu vas dans un endroit et t’es pris en charge de A jusqu'à Z. Au pire t’attends. Alors que là si je vais chez un généraliste, faut que je prenne la voiture, faut que j’aille chez vous, faut que vous m’analysiez ce que j’ai : “ ah ouais mais là faut aller chez le radio”, faut que je reprenne ma voiture pour que je parte. Tu vois, y’a du trajet en plus, y’a du temps d’attente en plus et au final mis bout à bout peut-être qu'à la radiologie je vais pas pouvoir l’avoir de suite, va falloir que j’attende le surlendemain, donc … C’est très rare d’attendre 3 jours dans un hôpital. De mon point de vue je pense pas qu’aux urgences, allez même au pire des cas si vous êtes débordés, si y’a un problème, qu’il y a un attentat, je pense pas que je vais passer 3 jours d’attente à l’hôpital.
14	**- Qu’est-ce qu’il aurait dû faire alors ?** - Je pense qu’il aurait dû, même s’il savait pas, même s’il avait un doute, peut-être plus prendre le truc, le sujet comme s’il savait : “ ouais c’est bon, je suis persuadé que c’est

	ça", me donner peut-être des médicaments basiques, c'est à dire pas des antibiotiques mais quelque chose qui peut peut-être soulager rapidement, lui peut-être faire des recherches au préalable avec les tests salivaires qu'il a fait etc. et comme on donne nos numéros de téléphones, peut-être me rappeler un peu plus tard en me disant : "bah écoutez, j'ai fait une analyse après sans vous le dire etc., y'a ça, faudrait que vous repassiez au cabinet pour qu'on en rediscute, votre traitement il est pas forcément adapté mais on va adapter plus comme ça", tu vois évoluer, peut-être plus un suivi … ouais un suivi de client. tu vois ? Un suivi, voir comment ça se passe. Y'a ça aussi qui manque, c'est à dire qu'aujourd'hui tu vas voir un médecin mais il n'y a pas de suivi derrière. C'est que tu vas voir un médecin, par exemple tu as une otite, après on se voit régulièrement donc tu m'as posé la question quand on s'est vu jeudi, mais c'est vrai que généralement quand tu vas voir un médecin, tu fais ton rdv, il te donne le truc, il te donne des médicaments, généralement moi je trouve que chaque médecin, chaque médecin donne trop de médicaments, y'a la majeure partie que j'utilise pas parce que je trouve que c'est des fois trop lourd. Et après je suis pas médecin hein, mais c'est mon impression. Mais après je comprends aussi que vous vous couvrirez parce qu'il y a certaines choses où vous pouvez pas savoir ce que c'est exactement. Mais par la suite, il n'y a pas un coup de fil, mais c'est compliqué, c'est compliqué, il y a pas un coup de fil derrière disant : " est-ce qu'avec le traitement ça va mieux ? Comment ça se passe ? ". En fait c'est au patient de savoir si son état évolue en mieux ou en moins bien. Et si ça évolue en moins bien après être venu voir le médecin, il faut qu'il revienne voir le médecin. Ça je trouve ça … Alors je pense que tu as un suivi derrière, généralement les traitements ça dure 5 jours, 5 jours après t'as quelqu'un qui t'appelle : " bon écoutez est-ce que ça va mieux ? vous avez vu le docteur à telle date, ça va mieux ? ". "Oui", c'est classé, "Non" : "Ah bah va peut-être falloir revenir, regarder ça", et ça permet aussi de fidéliser je pense les clients. Moi j'ai un service comme ça, je pense que je vais voir plus régulièrement ce médecin parce que je sais derrière qu'il y a un suivi et que t'es pas juste un pion : "ok, c'est coché, je l'ai fait. Terminé.". Parce qu'en fait en plus, généralement la majeure partie des médecins vous avez devant votre liste de patients qu'il y a à voir sur la journée, et tu le vois c'est coché : "23€, 23€, 23€ ", tu vois moi c'est … Ouais un suivi derrière ça peut être pas mal.
15	**- Et dans le suivi dont tu parlais, c'est pourtant toujours le patient qui juge de son état ? Alors qu'au début, juste avant, tu disais que c'était un peu ambigu que ça soit le patient qui jauge s'il s'améliore ou pas.** - Dans un premier temps quand tu as la maladie qui débute, c'est effectivement le patient qui juge de son état ça c'est normal. Le médecin il ne peut pas t'appeler : "Vous allez bien ? Vous allez pas bien ?". Ça c'est normal. Mais à partir de ce moment où le patient décide d'aller voir un médecin, je pense que par la suite, puisqu'il donne un traitement, il donne un produit, il donne une souscription pour acheter des produits pour que tu ailles mieux, ben c'est plus derrière pour savoir est-ce que mon traitement que j'ai donné, même pour vous ça peut être plus rassurant de dire : "bon bah j'ai donné ce traitement à ce patient qui avait ça, ça, ça. Ça a marché, par contre là ça n'a pas marché, il est revenu 5 jours après. Pourquoi ?". Ça peut recouper certains patients. Et donner plus un médicament qu'un autre que vous donniez avant parce que ça a marché sur 6 patients. Tu vois ça vous permet de voir sur plusieurs patients comment évoluent vos médicaments que vous prescrivez, parce que je ne sais pas pourquoi et comment vous prescrivez tel médicament et pas ce médicament. Est-ce que c'est les laboratoires qui vous disent : "bah il faut prescrire ce médicament parce que vous êtes rémunéré de telle façon ". Tu vois ? Donc non je trouve pas ça bizarre. Que ça soit le geste du patient de venir c'est normal parce qu'il a un besoin mais après de savoir ce qui se passe après, je pense que c'est le rôle du médecin de savoir si ça évolue ou pas.
16	C'est peut-être une responsabilité aussi de la part du patient de se dire " je sais qu'il y a un suivi, donc j'ai intérêt plus à prendre le médicament parce que voilà ". Après c'est normal, c'est logique. **- Ça joue sur la prise de médicaments ? C'est intéressant ce que tu racontes là.** - Bah …. **- Imagine, tu es malade.** - Je pense que ça peut jouer ouais. Je pense que ça peut jouer.
17	Et c'est vrai que si tu avais un suivi par derrière, je pense que ça pourrait ouais conforter certaines personnes, même si y'a rien. Mais réconforter ou … ouais réconforter certaines

	personnes, consolider même certain traitements que les gens prennent en faisant ça. C'est important.
18	Au final je pense que c'est pour ça que les urgences sont aussi pleines. C'est que les gens dès qu'ils ont une question subsidiaire ou autre ils partent aux urgences parce que c'est là qu'ils vont avoir la réponse rapidement. Contrairement à son médecin traitant. **- Parce que les médecins traitants ils auront pas la réponse rapidement ?** - Moi je pense pas. **- À cause de quoi ?** - À du fait qu'il ait de nombreux rdv et … Ouais à force qu'il ait de nombreux rdv et qu'il va te rappeler peut-être le surlendemain, et encore … Ouais que tu peux pas l'avoir de suite quoi. Alors que même si tu vas aux urgences et que tu attends une heure, bah tu vas avoir la réponse de suite.
19	Alors que même si tu vas aux urgences et que tu attends une heure, bah tu vas avoir la réponse de suite. **- C'est la réponse qui compte ?** - Ah oui ! Oui. Pour un patient c'est la réponse. **- La réponse c'est quoi ?** - Alors ça peut être le diagnostic, ça peut être sur une question … ça peut être une question bête hein, une question toute conne, ça peut être sur tout. Ça peut être vraiment sur tout. Ça peut être ne pas être obligé de se déplacer chez le médecin où il faut prendre un rdv, recaler un autre … On revient sur la discussion d'avant, mais de tout recaler alors qu'au final comme je te dis aux urgences t'as tout de suite, t'as les réponses assez rapidement quoi. Ouais je suis assez fan des urgences ! (Rire)
20	- Si j'ai un questionnement, je ne sais pas, par exemple je prends un médicament, j'ai des effets secondaires, je sais pas, je chie mou par exemple, c'est bizarre, ça m'est jamais arrivé pourtant je prends ce médicament depuis des années … J'appelle mon médecin, je l'ai pas forcément au téléphone, je tombe sur l'assistante, ça prend des heures. Je pars aux urgences et je dis : "voilà, j'ai pris ce médicament, j'ai ça, qu'est-ce qu'il se passe ?". Et en 1h, 2h c'est réglé quoi. Contrairement au médecin.
21	**- Et le suivi en ville, il devrait être différent ?** - … Non, à part un suivi patient téléphonique comme je te disais, pour moi le suivi en ville il doit rester comme il est. Aujourd'hui quand tu vas voir un médecin, de temps en temps … quand tu vas le voir un mercredi, jour des enfants, tu peux être sûr que la majeure partie des salles de médecin sont surbondés. Mais après, après non, généralement quand t'as prévu un rdv, ils ont pas trop de décalage, ils ont peut-être 1h d'attente donc c'est pas, pour moi c'est pas dérangeant, parce que si tu es là c'est que tu as vraiment quelque chose et que tu vas pas bien donc tu peux attendre 1h. Mais non après c'est …
22	Non aujourd'hui un médecin de ville c'est correct. le suivi est correct. C'est juste de faire peut-être un suivi un peu plus approfondi comme je te disais avec les coups de téléphone peut-être à la fin du traitement. Je sais pas si c'est possible, mais je trouve que ça peut être intéressant.
23	Et après peut-être aussi faire une pré-évaluation, c'est à dire que tu as une application internet, tu es sur ton appli, tu décris les symptômes que tu as, t'envoies à ton médecin, ton médecin il calcule à peu près ça, et dès que tu arrives il sait à peu près ce que tu as. Parce que je pense qu'il faut toujours la relation médecin-patient. Tu peux pas la déconnecter, il faut toujours que le médecin voit le patient. Mais peut-être une appli de pré-rencontre qui permet peut-être d'éliminer certains cas ou d'orienter les cas vers ailleurs directement.
24	**- Ça t'apporterait quoi ?** - Une rapidité. Une rapidité. Et puis je pense que du coup ça peut aussi aider le médecin, je te parle sur la rapidité, c'est à dire que vous avez cette application, vous prévoyez votre rdv, et sur ce rdv tu sais que ce patient il va pas durer 30 minutes comme vous faites avec chaque patient mais il va durer 1h. Du coup, ce rdv, au lieu de prendre la personne à 16h30, tu la prends à 17h, parce que tu sais que 16 à 17h tu vas être avec un patient. Et ça évite aux personnes d'attendre dans la salle d'attente et de se présenter vraiment à 17h. La personne elle sort, et tu vois c'est de la rapidité, t'attends pas avec tous les gens qu'il y a dans la salle qui sont malades, à essayer d'éviter de choper l'autre virus de l'autre. Et voilà cette rapidité qu'il peut y avoir, ça peut diminuer l'attente en salle d'attente.

25	**- Et cette rapidité, ça t'apporte quoi ?** - Bah plus vite entré, plus vite sorti et plus vite guéri. Et plus vite reposé chez toi, et plus vite moins KO parce que tu as attendu 1h debout dans une salle avec 3 chaises et des gens qui toussent, des bébés qui pleurent, qui te mettent une tête encore plus large que ce que tu avais avant. Et puis c'est … Eviter d'être confronté à d'autres maladies. Parce que pour moi, je sais pas comment sont désinfectées vos salles, pour moi les salles d'attentes c'est des nids à bactéries. Du coup mieux la salle est organisée, moins t'attends dans la salle, plus t'as de chance d'être moins malade.
26	**Et une équipe comme ça, selon toi, sur quoi elle devrait se concentrer pour pouvoir t'apporter une réponse qui corresponde le mieux à ce dont tu as besoin ?** - Alors moi je connaissais déjà les maisons de santé comme ça parce que j'en avais une sur ma commune avant. … J'ai plus l'impression que c'est un regroupement de toutes spécialités sur un même site qu'une adéquation avec les différents services qu'il y a autour. Je t'explique juste c'est que j'avais eu ... Alors dans cette maison de santé j'y étais allé, j'avais besoin de rééducation et ils m'ont pas envoyé là où il y avait la rééducation dans le centre, ils m'ont envoyé ailleurs (Sourire). Alors qu'au final, ils avaient tout à portée de main. Après est-ce qu'après il y a pas possibilité lors de, comme vous savez tout, tout en même temps, de dire … le patient il te dit "j'ai mal au genou, ça va pas très bien", de faire intervenir directement le professionnel en même temps que le médecin : "Ouais bah là Ok faut prescrire des trucs". On revient sur la spécialité au final. Si tu as un psychologue, si tu as un kiné et que t'as mal au genou, hop il vient voir vite fait, il te prend 2 minutes, il regarde : " ouais bah là il faut que tu prescrives 4 séances de rééducation". T'as le spécialiste qui est là au final. Ça c'est intéressant. Ça, ça peut être intéressant d'interagir, de faire interagir les professionnels qui sont à côté.
27	**- Et ça se concrétise du coup sur un avis ponctuel qui est pris au cours de la consultation ?** - Oui parce mine de rien je pense que chacun à son planning. Vous avez chacun votre planning, le kiné a son planning aussi. Tu peux faire intervenir 2 minutes pour voir vraiment s'il y a besoin de rééducation, le patient ça le rassure parce qu'il va voir que le kiné se déplace parce qu'il est à côté et dire " ouais là il faut une rééducation" ou " non y a pas besoin de rééducation parce que c'est juste un blocage " et là tu prescris ce que tu as besoin, mais au moins tu as ce spécialiste. En fait, vous créez de miniurgences. Tu crées des minipôles d'urgences, c'est à dire que tu as le spécialiste qui regarde vite fait en 2 minutes. Il met son patient en pause pendant 2 secondes, il passe, il regarde, et tu prescris des séances par la suite. Tu vois ? Ouais ça serait idéal. **- En fait, tu retrouves dans le schéma dont tu parles, ce que tu apprécies aux urgences ?** - Ouais. Ouais c'est le pôle de compétence que tu peux avoir sur un seul rdv et pas sur plusieurs rdv. Et ça, c'est appréciable.
28	**Mais l'interaction, elle doit se faire forcément pendant la consultation ? C'est ça que j'essaye de comprendre.** - Pour moi oui. Pas après. **- Y'a pas d'intérêts après ?** - Bah, pour moi y'a pas d'intérêts après. si tu veux le faire aller … Donc on part toujours sur le même principe, si tu veux le faire aller chez … Tu finis ta consultation, peut-être tu vas lui prescrire des choses, tu vas le faire aller chez le kiné et au final il en a pas besoin. Alors que durant la consultation, moi je trouve qu'il y a un intérêt vraiment. Y'a un intérêt, parce que sur le pôle que vous avez je pense pas que tous vos patients aient besoin d'un kiné. Peut-être sur la journée tu vas avoir besoin qu'une fois d'appeler ton kiné, donc il peut venir, d'une fois un psychologue, donc il peut venir, et durant la consultation bah ouais pour moi c'est important durant et pas après. Et puis pour le patient c'est plus pff (il mime un soufflement de la bouche). Tu sais que tu as vraiment des spécialistes en face qui te voient en 1 seul et même coup et on revient sur la rapidité quoi. Sur la rapidité. Y'a pas de revenir, reprendre rdv, c'est toujours le même truc. Et du coup effectivement, ouais, ma vision c'est un même pôle d'urgence. Les urgences c'est le mec il ne sait pas, il va appeler le spécialiste, là c'est pareil. T'as tes spécialités autour, tout interagit en même temps sur une même consultation.
29	**- Pourtant aux urgences, quand tu prends l'avis d'un spécialiste, tu attends.** - Ouais mais tu attends sur place. Tu attends sur place. Ton spécialiste, il peut ne pas être disponible dans la journée. Donc du coup tu vas revenir le lendemain. Alors que là, même si tu attends aux urgences, tu attends 1h, t'es quand même sur place.

	- Et si le scénario il est similaire ? Tu es stocké quelque part … - Si le scénario est similaire très bien ! Très bien ! Oui dans ce cas tu n'es pas obligé de le faire dans la consultation. Tu peux le faire après. Moi je te parlais plus effectivement : " on fait ça, il va falloir que vous alliez voir un kiné", faut revenir, faut prendre rdv, etc., tu vois ? **- C'est la multiplication des déplacements ?** - Ouais ! Ouais. Le bordel qu'il y a dans chaque truc comme ça. Demain tu veux un truc, tu me dis " ouais là il faut que vous alliez voir un kiné, mais mon kiné, vous attendez 1h et il peut vous voir après pour voir exactement ce que vous avez et après vous recalerez des rdv ", ouais pourquoi pas !
30	**- Y'a d'autres choses que ce genre d'équipe peut faire pour t'aider ?** - Vous avez pas de machine à café. **- Y'a pas de machine à café … c'est vrai ! (Rire commun)** - C'est vrai que dans la majeure partie des salles d'attentes. C'est la seule salle d'attente au monde, où t'as que des Paris-Match etc., mais t'as pas de café. T'as pas de café ou de distributeur à boisson. C'est con hein ! Mais t'attends 1h … Alors sur certains t'as des fontaines à eau quand même. C'est juste le seul … C'est con, mais c'est vrai que les salles d'attentes, t'attends 1h et t'as pas de distributeurs.
31	- Et du coup les ophtalmos, tu vois pas l'ophtalmo directement. Tu vois une personne avant qui te fais tous les tests, tout ça. Est-ce qu'aujourd'hui, tu vois, ce personnel de santé ne pourrait pas faire comme ça ? C'est à dire que tu arrives dans la salle d'attente, tu es pris en charge directement par cette personne, elle regarde un peu ce que tu as, elle te prépare un dossier, elle te refait aller dans une 2ème salle d'attente et en fait t'as l'impression d'être pris en charge directement. Et pas d'attendre 1h.
32	**- Ça pourrait être qui ce personnel de santé ?** - Une assistante médicale, une infirmière. Une infirmière ouais, une infirmière qui fait tout le checkpoint avant : "vous avez mal à la tête ? Ok. Vous venez voir le docteur pourquoi ?", " Bah y'a ça, y'a ça, y'a ça", "ok très bien". Elle crée un dossier, elle crée le dossier, elle prend ta carte vitale, elle prend tout, elle fait déjà toute la paperasse avant, et puis toi tu vas juste avec le médecin et le médecin il t'ausculte et il fait ce qu'il fait aujourd'hui. Mais au final, au préalable, tu as déjà eu une préconsultation. Un peu comme quand tu vas à la médecine du travail. Je sais pas si vous c'est pareille, mais la médecine du travail c'est vrai que c'est très rapide. Tu as ton rdv à 14h30, allez 10 minutes après tu es pris en charge par un assistant, l'assistant il fait un peu tout, il te fait les contrôles, et à la limite c'est ce que vous pouvez faire aussi, faire un contrôle au préalable. Parce que vous pouvez déceler des choses qu'aujourd'hui on peut peut-être passer à côté. Peut-être qu'aujourd'hui, un peu comme le médecin du travail, tu as cet assistant qui te fait tester un peu tout. Lui il a pas l'impression d'attendre, il a l'impression de passer sur autre chose, vous vous regardez tout, ça vous permet de faire une étude un peu approfondie du patient et pas que sur l'état de quand il vient vous voir. Et après quand il est avec vous, voilà …
33	**- Tu dis pas que sur l'état sur lequel il vient voir ?** - Ouais. À la limite la personne qui te prend avant le médecin, peut te faire un test un peu basique : sur les yeux, sur …. qu'est-ce que …. un peu comme la médecine du travail. Un test préalable. **- C'est du dépistage en fait ?** - Ouais du dépistage. Il pose des questions basiques. Aujourd'hui, vous posez pas forcément : "Ouais je vois que vous avez 40 ans, est-ce que vous avez fait les trucs du côlon ? ". Cette assistante elle peut peut-être prendre préalablement, hop tu poses toutes les questions, " ah je vois que vous avez 20 ans, vous avez fait ça, ça, ça, ça. Au niveau de vos vaccins vous êtes à jour.". Tu vois ça peut être aussi … Bah c'est pareil, on revient dans le suivi, le suivi préalable qui fait que quand tu passes chez le médecin, tu as cette fiche et tout est correct. T'es focalisé effectivement sur pourquoi il vient te voir, mais tu peux aller plus loin parce qu'on a vu qu'il y avait ça et ça et ça ...

Relevé de H3

1	**- Dîtes moi ce que vous pensez de la vie en générale dans le quartier de SJSP ?** - Pouf, c'est calme.

	- C'est calme ? - Oh ! On n'entend rien ici. On entend que des voitures qui passent de temps en temps et après rien. Là je veux dire, si les chats ! (Rire commun) C'est tout ce qu'on entend ici hein.
2	Il y a que là où vous êtes que … Tiens ça fait quelques jours que je les vois pas. Je sais pas s'il y a eu un coup de balai. C'est vrai que … **- À l'endroit du cabinet ? Qu'est-ce qu'il s'y passe pour vous, dites-moi ?** - Bah quand on voit tous (Données anomysées pour mise en ligne) devant la porte, c'est vraiment pas … J'espère que ça va foutre le camp tout ça.
3	**- Ça vous provoque quoi comme sentiment ?** - Un dégoût. **- Un dégoût ?** - De voir cette jeunesse qui pourrit maintenant … C'est incroyable.
4	**- Et vis-à-vis du contexte du quartier ?** - Ça va. Tout le monde s'entend bien. Sans être les uns chez les autres. "Bonjour, bonsoir". On a besoin, on est là tous, ce qui est intéressant et important. Alors après, je vois pas.
5	**- Et à propos des dealers qui sont à proximité du cabinet, vis-à-vis du contexte du quartier vous en pensez quoi ?** - Ça fait pas du bien à l'image. **- À l'image ?** - On en a qui viennent là le soir hein ! *(Il désigne la rue devant chez lui)* **- Ici dans l'impasse ?** - Oui, sur le parking là, le petit parking qui est là. Tous les soirs ils viennent hein, mais c'est pas des petites voitures. Là c'est … Bon, il reste 1h, 2h, et puis ils se cassent. *(Rire)* **- Et ça affecte uniquement l'image ?** - Bah oui, bah ça c'est SJSP hein. SJSP on a regroupé tous ces maghrébins, marocains, … on les a tous groupés là au lieu de les disséminer dans la ville, qu'ils soient éparpillés. Non, on les a massés tous. Et dans toutes les villes je crois que c'est un peu pareil hein, donc c'est pas très … c'est pas très sain. Ils peuvent pas s'intégrer. Ils restent entre eux et puis il n'y a rien à faire.
6	**- Et du coup vous vous sentez comment dans ce quartier ?** - Bien ! Bien oui. Pour ça, très bien. Nous on mène notre vie tranquille là, on est pratiquement tout le temps derrière de ce côté (il désigne le fond de son jardin, sans vis-à-vis), donc on voit pas ce qu'il se passe dans la rue, on regarde pas ! *(Rire)*.
7	**- D'accord. Et en terme de soins, de soins en général donc ça va plus loin que le médecin, vous pensez quoi de la situation du quartier ?** **-** Pour nous ça va. Maintenant pour les autres, je ne sais pas. Moi je sais que j'ai pas de problèmes, quand j'ai besoin d'être soigné : un coup de fil et en rentrant, il s'arrête. (Rire commun) (Il fait référence à son médecin traitant, qui est son voisin direct).
8	**- Vous, vous avez des difficultés ou des facilités en termes de soins dans le quartier ?** - Non. **- Ni difficultés, ni facilités ?** - Non, ça va, c'est impeccable. **- C'est impeccable. Sur tous les champs ?** - Ouais. Sur tous les champs, oui. **- Que ça soit le médecin, le kiné, l'infirmière ?** - Bé les infirmières, elles passent plus. Donc c'est le laboratoire qui vient quand j'ai une prise de sang à faire à domicile ou autre. Donc … Les kinés, je ne les vois pas parce que chaque année je m'en vais à Lamalou. Bon, là il va falloir que je change, sûrement que j'aille à la Polyclinique. Comme ils sont en train de faire un tas de travaux là-haut, ils refont tout le service, je crois que cette année je reviendrais à Narbonne. Après on verra. L'avenir nous le dire. (Rire commun)
9	**- D'accord. Et ça, vous le vivez comment le fait que l'encadrement en terme de soins soit bon dans le quartier ?** **-** C'est chouette, c'est super ! (Données anomysées pour mise en ligne) à Lamalou, on aurait peut-être pu être pris en charge plus rapidement et tout. Donc c'est quand même bien d'avoir le médecin sous la main.
10	Parce que nous, celui qu'on avait, il habite Marcorignan, il avait le cabinet à Cuxac, et aucun de ses collègues ne se déplacera pour le remplacer. Il en a trop, il est trop bien comme médecin donc on l'écarte. Vous voyez ce que je veux dire. C'est la génération des vieux médecins qui sont jaloux qu'un jeune s'implante. Ils en ont fait partir je ne sais pas combien de médecins. C'était pas évident quoi. **- C'était pas évident ?**

	- Bah oui parce qu'il passait … Vous l'appeliez, s'il n'était pas parti de chez lui, il était averti, il passait avant d'aller au cabinet, sinon il ne passait que le soir, en rentrant. Parce que c'était plus sur son secteur. **- Et donc, c'était les horaires qui n'étaient pas évidents si je comprends bien ?** - Quand vous souffrez, vous aimez bien que le médecin vienne rapidement. Hein, et là c'était pas évident. **- Parce qu'il ne passait que le matin ou que le soir ?** - Voilà. Des fois il arrivait à passer à midi s'il avait quelqu'un d'autre à voir sur le coin. Parce qu'il va partout lui. Lui il rentre au cabinet sans avoir mangé à 4h de l'après-midi. Vous voyez, pour vous dire les visites à domicile qu'il fait le matin. Ce que vous, vous ne faites plus.
11	**- Y'a rien qui permettrait de faire les choses mieux ? Je ne sais pas ?** - Bé disons que ce serait chouette si dans votre future centre, vous faisiez un cabinet de kinésithérapie avec piscine et tout le tralala, je n'aurais pas besoin d'aller loin. (Rire) **- C'est le fait de vous déplacer qui vous pose problème ?** - Bah disons que j'y vais parce que ça me fait du bien à Lamalou, mais je suis bien à la maison. C'est pour ça que je dis que … Qu'est-ce qu'il y a ? *(Il regarde son amie. Elle secoue la tête et part*). C'est pour ça que s'il y avait pas loin un truc qui me fasse les mêmes soins, parce que bon pour faire de l'aquagym et des étirements, des trucs comme ça, si on avait des kinés qui soient … (*Il fait un mouvement de tangage avec sa main, ouverte et les doigts écartés*)
12	**- Et une balnéothérapie, ça pourrait vous aider si je comprends bien ?** - Ah oui ! Ouais ! Moi c'est ce qui me faisait le plus de bien l'aquagym hein !
13	L'aquagym avec un bon kiné ! On avait une kiné à l'aquagym, elle voyait tout. On était 15, chacun dans ses bas, elle voyait tout. (Rire)
14	**- Et donc, par rapport à cette équipe, vous avez des attentes particulières ?** - Ah bah oui, ça sera bien parce (Données anomysées pour mise en ligne) ou à vous, je luis dis " Voilà, il y a ça qui se passe là, je peux pas … ", ça vous permet vous de faire la réflexion ou autre et que tout s'arrange. Que ça marche mieux ! **- Qu'est-ce qui marche mieux ?** - Donc si jamais il y avait des problèmes, par exemple je sais pas moi comme un kiné qui fait pas son boulot comme il faut ou autre, bon eh bien : " Tu m'as mis ce kiné ". Entre vous après, vous êtes une équipe, et automatiquement " Tiens il faudrait faire attention quand même " et d'arranger les choses.
15	**- Comment on devrait interagir les uns avec les autres ?** - Bé, comme … Je sais pas moi. Un cabinet médical qui fonctionne bien, c'est des réunions de temps en temps : " Bon alors ce patient, il y a ça, y'a ça, y'a ça. Donc … ".
16	Que si jamais il y a un problème avec un médecin, que l'autre puisse prendre la suite, vous voyez, sans tâtonner si rien voilà. **- Donc c'est prendre la suite ? D'accord.** - Parce que je vois, par exemple à Cuxac, avant d'avoir le dernier médecin qu'on avait là, on en avait un autre dans le haut là, il ne marquait absolument rien !
17	**- Et cette expérience que vous me racontez, vous pensez que l'équipe de la maison de santé pourrait y faire quelque chose ?** - Si, s'il y a un groupe qui s'entend bien, il ne faut pas qu'il y ait de jalousie entre médecins et tout ça, ça ne peut que marcher. Ça ne peut que marcher.
18	**- Donc si on reprend l'exemple dont vous me parliez, où il n'y avait rien, où le médecin ne marquait pas d'informations dans l'ordinateur, pour vous l'équipe de la maison de santé devrait marcher comment sur cette question-là.** - Il faut que les médecins, vous allez en voir un, qu'il puisse savoir ce que vous avez : vos antécédents, vos … Qu'il n'ait pas à tâtonner ou vous poser un tas de questions pour savoir si vous avez mal au foie ou à la rate. Vous comprenez ?
19	**- Donc ce qui compte, si je résume, que l'équipe prenne en charge les patients les uns des autres quand il y a …** (*Il m'interrompt)* - Quand il y a la nécessité ! (Données anomysées pour mise en ligne) Il y en ait un qui puisse nous prendre.
20	**- C'est ça qui est le plus important ?** - Ouais, ouais, ouais ! Que ça soit tout réuni, qu'on n'ait pas à courir toute la ville pour un ci, un ça. Parce que des fois c'est loin. Et puis il faudrait qu'il y en ait, comme ça. **- Il faudrait que ?** - Qu'il y en est beaucoup plus des maisons de santé.
i	**- Et d'après vous, nos travaux en équipe, ils devraient se mettre en priorité sur quoi ? Si on devait donner une priorité.**

	- Oh bah … Non, mais qu'on puisse y aller n'importe quel médecin et ça sera très bien. **- N'importe quel médecin ?** - Voilà. Je suis malade, (Données anomysées pour mise en ligne) il y a quelqu'un qui peut prendre le relais. Moi c'est ce qui compte le plus. **- Ça c'est le plus important ?** - Ah oui ! Oui, oui, oui. Que le gars que je vais aller voir n'ait pas à chercher. Il tape dans l'ordinateur, il voit qui je suis, qu'est-ce que j'ai.
22	**Et par rapport à ce thème de maison de santé, dans le quartier, il y a des choses que vous voudriez ajouter ? Vous avez peut-être d'autres idées ?** - Non. Du moment qu'il y a des infirmiers, des kinés, qu'il y a tout ce qui est nécessaire. On va pas vous faire mettre un laboratoire. (Rire) **- Et pourquoi pas ?** - Ah ouais ! Y'en a déjà pas mal en ville. **- Un laboratoire, pour vous ça serait une bonne idée ?** - Non, non. On en a un là où se sert, Fabre il en fait, ça marche très bien. Je veux dire, on les appelle, elles arrivent. **- Mais alors pourquoi vous me parliez d'un laboratoire au début ?** - Non. (Rire) Ce serait idéal ! Tout ensemble ! (Rire)
23	**En tous cas, ce que vous me dites c'est que la possibilité de réaliser les prises de sang dans la maison de santé ça serait une bonne chose ?** - Bah oui ! Parce que là ici les infirmières elles ne se déplacent plus. Je ne sais pas si vous êtes au courant ? **- Si, un petit peu.** - Bon eh bien elles veulent plus se déplacer. Une fois il a fallu faire une prise de sang, on a appelé les infirmières qu'il y a à côté de la poste : " Ah non, non on se déplace pas. ". C'était trop loin.
24	**- Vous voulez évoquer autre chose par rapport à cette maison de santé ?** - Non moi ça va. Moi du moment que vous faites tout ça avec la balnéo et tout, c'est impeccable !

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, 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 (e) 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 (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : les populations des quartiers de Politique de la Ville (QPV) présentent des caractéristiques spécifiques : plus pauvres, moins mobiles et se déclarant plus souvent en mauvaise santé. Ces spécificités engendrent de probables attentes sans réponse, car les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont pensées par les professionnels de santé sans impliquer les habitants. L'objectif était d'explorer les attentes des habitants quant à la création d'une MSP. Il s'intégrait dans le projet de santé de la MSP de Narbonne Ouest pour influencer sa rédaction.

Méthode : analyse qualitative thématique sous forme d'entretiens semi-dirigés retranscrits intégralement et construction d'un arbre thématique.

Résultats : huit entretiens avec des habitants, suivis dans le cabinet du quartier, ont été réalisés, soit 8h48 minutes d'enregistrement. Les attentes s'articulaient autour des axes suivants :
L'accès aux soins, qui se concentrait sur les besoins humains, l'imagerie et l'organisation interne de l'équipe pour faciliter cet accès.
Relationnelles qui insistaient sur le lien avec le médecin traitant et la nécessité de communication avec l'équipe.
La temporalité du soin pour réduire les délais de prise en charge et la sensation d'attente.
La coordination dans l'équipe, pour étoffer l'éventail de compétences et assurer la circulation des informations de santé.
La prévention, pour laquelle une méthodologie était proposée avec de nombreuses thématiques attendues.

Conclusion : Ce travail a permis de dresser un tableau des attentes des habitants pour faciliter la rédaction du projet de santé de la MSP du QPV Narbonne Ouest et y répondre.

Mots clés :

1. Médecine générale
2. Attentes des habitants
3. Maison de santé pluriprofessionnelle
4. MSP
5. Projet de santé
6. Quartiers de Politique de la Ville
7. QPV