



HAL
open science

Comprendre les attentes et perceptions des patients âgés de plus de 70 ans consultant en permanence dans la ville de Marseille

Ophélie Lepagney

► **To cite this version:**

Ophélie Lepagney. Comprendre les attentes et perceptions des patients âgés de plus de 70 ans consultant en permanence dans la ville de Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03507514

HAL Id: dumas-03507514

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03507514v1>

Submitted on 3 Jan 2022

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.

**Comprendre les attentes et les perceptions des patients âgés de plus de 70
ans consultant en permanence médicale dans la ville de Marseille**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 16 Décembre 2021

Par Madame Ophélie LEPAGNEY

Née le 2 décembre 1987 à Colmar (68)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe

Assesseur

Monsieur le Professeur MERROT Thierry

Assesseur

Madame le Docteur BAUDOIN-HALOCHE Aurore

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Pr. GENTILE Gaëtan, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Votre regard critique et pertinent a éclairé l'ensemble de mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Pr. BARTOLI Christophe, vous avez accepté d'être membre de mon jury. Votre soutien et votre bienveillance m'ont été d'une grande aide tout au long de ce parcours. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

A Monsieur le Pr. MERROT Thierry, vous avez accepté d'être membre de mon jury et vous avez accueilli ce sujet avec enthousiasme et intérêt. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

A Madame le Dr. BAUDOIN-HALOCHE Aurore, pour sa confiance accordée, sa bienveillance et sa disponibilité. Pour m'avoir intégré au sein du cabinet familial comme un membre de la famille, je serai éternellement reconnaissante de cette opportunité.

A Madame le Dr. TRIPONNEY-BAUDOIN Odile et Monsieur le Dr. BAUDOIN Jean-Louis pour leur soutien et leur aide.

A nos patients respectifs, qui sont le reflet de notre engagement au quotidien. C'est avec une profonde tristesse que je pars mais je ne doute pas qu'ils ont trouvé la continuité qu'ils espèrent au sein du nouveau cabinet.

A Isabelle FAURE pour sa relecture attentive de ma thèse et ses suggestions pertinentes.

A Madame le Dr. BONARDO-LAGRUE Chloé, on sort parfois transformés des rencontres que l'on fait, notre amitié profonde et ton soutien inconditionnel sont précieux malgré l'éloignement.

A tous les internes en souffrance et à ceux qui nous ont quitté. Le sacrifice est parfois trop lourd à porter. Puissiez-vous trouver la paix. A Pauline Muller, pour nos discussions qui ont inspiré mon retour en Alsace et qui nous a quitté tragiquement.

A ma famille et plus particulièrement à ma mère, pour leur écoute et leur soutien, pour les heures passées à revoir les concepts, les discours et la ponctuation. Merci pour tout.

A mon fils qui, avec son regard imaginatif et créatif, a modifié ma vision du monde.

TABLE DES MATIERES:

INTRODUCTION.....	2
MATERIEL ET METHODE :.....	5
RESULTATS:.....	8
RELATIF A LA STRUCTURE:.....	8
ACCES A LA CONSULTATION:.....	8
LOCAUX:.....	9
RELATIF A LA TECHNICITE:.....	10
CONDITIONS D'ATTENTE.....	13
Tableau récapitulatif 1: Découverte du centre médical.....	15
COVID.....	16
RELATIF AU PATIENT.....	17
ATTENTES.....	17
BESOINS.....	18
Tableau récapitulatif 2: Déterminants à l'utilisation des permanences médicales	19
ECOUTE.....	21
DEFIANCE.....	22
Tableau récapitulatif 3: Qualités recherchées chez un médecin de garde	24
LE MEDECIN EN TANT QUE PERSONNE.....	25
LE MEDECIN TRAITANT.....	26
Tableau récapitulatif 4: Types de profils patients.....	28
PHRASES CHOCS.....	28
RELATIF AU SYSTEME MEDICAL.....	29
SUIVI.....	29
RELATIF AUX TRANSPORTS.....	30
SOS MEDECIN.....	32
DEGRE DE COMPETENCE.....	32
PARTICIPATION A LA PRISE EN CHARGE.....	34
RAPPORT A LA SANTE ET A LA MALADIE.....	35
RAPPORT A L'HÔPITAL.....	37
Récit d'une aventure hospitalière:.....	39
RELATIF AU VECU.....	40
LE PATIENT EN TANT QUE PERSONNE.....	40
Tableau récapitulatif 5: Influence de la personnalité du patient sur la relation médecin-malade	43
Récit d'une ancienne cuisinière à l'internat:.....	44
FACTEURS PSYCHOSOCIAUX.....	47
Récit d'une ancienne réfugiée:.....	47
AUTONOMIE ET DEPENDANCE.....	49
Récit d'un parcours de soin non programmé difficile:.....	49
FACTEURS LIES AU GRAND-ÂGE.....	53
Tableau récapitulatif 6: Caractéristiques communes rencontrées chez les patients	56
DISCUSSION.....	57
ATTENTES:.....	57
PERCEPTIONS.....	58
RESULTATS SECONDAIRES:.....	59
FORCES ET LIMITES.....	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	66

INTRODUCTION

Le concept de permanence médicale est récent. On délivre au sein de ces « cabinets médicaux à horaires élargis » (appellation exacte) des consultations non programmées relevant de la médecine de ville. De nombreux centres médicaux de ce type sont en cours de développement dans les Bouches-du-Rhône.

Leur rôle est double : réduire la charge de travail des médecins généralistes et soulager le système des urgences hospitalières. On estime dans l'article de *Véga et Bl.* (1) que les flux de départs à la retraite (conséquents et inéluctables) et les flux d'entrée sont insuffisants pour assurer le renouvellement à l'identique de l'offre de soin, expliquant ainsi la saturation de la médecine générale libérale en France. Ces centres offrent un relais libéral à la consultation quand le patient estime qu'il y a urgence à son problème sans avoir à négocier un rendez-vous avec un médecin généraliste (2). *Cowing et al.* (3) estime à 26,5% le nombre de patients se présentant aux urgences car ils n'ont pas pu prendre contact avec leur médecin généraliste.

Au Royaume-Uni, des centres de soin non programmé ont été créés dans les années 2000 en réponse à une demande croissante de consultations d'urgence, d'entrées non programmées en hospitalisation, d'accroissement des délais de prise en charge et d'une élévation des coûts de la santé. On y délivre des soins aigus par des médecins généralistes ou des infirmiers (ayant reçu une formation supplémentaire), orientant ensuite le patient vers son médecin généraliste habituel ou vers les spécialistes (4), (5).

On remarque dans les Bouches-du-Rhône que certains cabinets médicaux à horaires élargis ont une double fonction : suivi-consultations programmées et urgence-consultations non programmées. Leur fonctionnement est différent de celui des cabinets de médecine générale : la base du système est constituée par le roulement d'un ou plusieurs médecins de garde par jour; le nombre de présents nécessaires sera estimé en fonction du nombre de passages journaliers. Les médecins se relayent afin qu'un médecin soit présent pour assurer les consultations tous les jours de l'année (week-end et jours fériés inclus). Les horaires de consultation sont élargis, pouvant aller jusqu'à 21h-00h le soir, permettant un accès facilité au soin.

Ces centres paraissent attractifs pour de nombreux médecins. Ils y voient une façon de se regrouper, de partager les connaissances et les charges. L'installation y est facilitée de part les nouvelles formes d'exercice : remplacement, collaboration; l'association y est aisée et réversible. On retrouve dans la littérature l'innovation en matière de passerelles entre les modes d'exercice, il s'agit de permettre le décloisonnement et de favoriser les transitions. (6)

De nombreux médecins généralistes partent à la retraite et cèdent leur cabinet, leur patientèle. Beaucoup ne trouveront pas de successeur souhaitant reprendre leur activité. Pour expliquer ce problème, une étude qualitative explorant les motivations à la cessation de l'activité libérale des médecins généralistes exerçant en cabinet (1) met en évidence de nombreux freins à l'exercice serein de la profession : les conditions réelles d'exercice paraissent contraignantes et difficiles, la charge de travail paraît lourde et les médecins ont des difficultés à assurer le suivi des pathologies chroniques, faisant face à une sur-sollicitation des patients. Ils quittent alors le mode libéral et optent pour de meilleures conditions en termes de travail et de qualité de vie, privilégiant ainsi un rééquilibrage entre vie professionnelle et personnelle.

Ces données ont fait l'objet de mon mémoire de médecine générale *«Retrouve-t-on les motivations à la cessation de l'activité libérale chez les médecins généralistes exerçant en permanence médicale ?»*

Parmi les médecins généralistes exerçant en permanence médicale dans les Bouches-du-Rhône, on ne constate pas d'effet «générationnel». L'exercice y est prolongé et il s'agit de l'activité principale pour la plupart des médecins interrogés. Plus de la moitié est déjà installée ou prévoit une installation en permanence médicale. Les médecins trouvent dans ces centres une façon simplifiée et sécurisante d'exercer la médecine, leur permettant alors de concilier vie professionnelle et vie privée plus aisément.

Mais qu'en est-il des patients?

Lors de mon exercice initial en cabinet libéral familial (remplaçante pour congé maternité à la suite de mon internat de médecine générale), j'ai été témoin de la transformation d'un cabinet familial « classique » en un centre médical à horaires élargis faisant intervenir quatre médecins titulaires et des médecins remplaçants. Si les patients étaient pour la plupart ravis, j'ai pu constater que les personnes âgées avaient de nombreuses interrogations. Elles m'ont paru craintives face à la transformation du centre, qui allait exercer ? Où ce centre se situerait-il? Quels seraient les horaires d'ouverture ?

J'ai pu constater que les personnes âgées étaient déjà habituées à consulter différents médecins, en faisant appel au médecin remplaçant quand leur médecin traitant était indisponible (vacances pour la plupart parfois maladie). Ceci n'est pas une nouveauté pour eux mais il ne s'agissait pas d'un médecin différent par jour. Le médecin était absent quelques semaines par an environ et il était, le reste du temps, présent et disponible. L'abord technique du centre sera au cœur des préoccupations. L'article de *Ventelou* (7) va dans ce sens : il mentionne le fait que les médecins travaillent beaucoup, prennent quatre semaines et demie de vacances par an et travaillent en réseau. Une majorité des médecins interrogés (73%) souhaiterait pouvoir réduire leur temps de travail.

On voit aussi de nouveaux concepts apparaître en accord avec la littérature (8) la volonté de se voir délivrer un conseil médical plutôt qu'un médicament, la volonté de comprendre certaines physiopathologies pouvant mener à la maladie permettant ainsi une participation active à la prise en charge. L'abord de la personne âgée paraît complexe et intriqué avec l'histoire de vie. Ce concept est utilisé couramment en gériatrie lors d'une évaluation gériatrique complète (ECG ou CGA comprehensive geriatric assessment) (9), (10). Il s'agit d'une intervention multidisciplinaire en partenariat avec le patient, sa famille et la collectivité. Pour comprendre la vision de la personne âgée, il faut comprendre sa vie, son rapport à la maladie et au système de santé pouvant parfois faire écho à certains traumatismes. L'enjeu sera bien sûr d'accompagner la personne âgée, confrontée de part son âge au déclin du corps et de respecter au maximum ses besoins pour réaliser, même en situation d'urgence, le meilleur accompagnement possible.

Pour répondre à la question de recherche « *Attentes et perceptions des personnes âgées de plus de 70 ans consultant en permanence médicale* », j'ai utilisé le complexe de réflexivité ou retour réflexif. Ma question a alors été de savoir si les soins que l'on fournissait dans ces centres médicaux d'urgence étaient adaptés à la personne âgée.

On retrouve dans la littérature anglaise (4) une satisfaction élevée concernant les centres de soins non programmés principalement pour des raisons de convenance mais il existe peu d'études concernant la qualité du soin délivré.

Le «good care» tel que décrit par *van Loon* (11) est accessible via la réflexivité.

On recherche alors des exemples de « bon » et de « mauvais » soin pour adapter au mieux la façon de délivrer un soin. En dialoguant avec le patient de façon libre, en comprenant les éléments essentiels pour lui en tant que personne, on aboutit à une compréhension profonde des besoins, un miroir sur ses propres automatismes professionnels. On étudie alors ses propres actions, ses comportements, via la réflexion émise par le patient lui-même sur ces actions: «*consciously reflected thinking and acting*».

MATERIEL ET METHODE :

Recrutement :

L'inclusion des patients s'est déroulée entre le mois d'avril 2021 et le mois de juillet 2021. Critères d'inclusion : avoir plus de 70 ans et avoir réalisé au moins une consultation non programmée au sein du centre médical ; critères d'exclusion : troubles cognitifs ou troubles psychiatriques d'intensité modérée à sévère.

Les patients étaient informés de l'étude via un « Appel à témoin » *Annexe 1* présenté dans la salle d'attente du centre médical. J'ai aussi proposé à toute personne de plus de 70 ans se présentant dans le cadre d'une consultation d'urgence de participer à l'étude en mettant à disposition un dépliant récapitulatif avec mes coordonnées. Je rentrerai alors en contact après une période de réflexion pour convenir d'un entretien. L'appel à témoin a été diffusé dans 5 autres permanences de la ville de Marseille et environs et les informations d'inclusion ont été communiquées aux médecins présents (via mail de présentation et présentation en personne avec installation de l'affiche) cependant aucune demande n'a été enregistrée. Les patients ont été recrutés au sein du même centre : espace médical corderie dans le 7^e arrondissement de la ville de Marseille.

Au total, 17 patients seront inclus dans l'étude mais seulement 14 seront interrogés (un patient perdu de vue, un patient ayant refusé pour raison de santé, une patiente ayant été institutionnalisée dans le même temps). A noter qu'il y a des refus à la présentation du projet (chiffrés à 6 patients ne souhaitant pas communiquer ou être interrogés) et 4 patients qui présentaient des critères d'exclusion : troubles cognitifs ou troubles psychiatriques (anxiété majeure).

Questionnaires et entretiens :

Le lieu des entretiens était laissé libre, ils seront réalisés au centre médical pour 13 entretiens, 1 entretien sera réalisé au domicile d'un patient, à sa convenance. La durée des entretiens était comprise entre une heure et une heure trente minutes. Un entretien sera effectué en présence de la fille de la patiente, à la demande de cette dernière. Les interventions de la fille seront en italique précédées de Fille "..."

Un premier questionnaire visera à établir les attributs (caractéristiques de la population) *Annexe 2, tableaux 1 à 5*: les patients ont entre 71 et 86 ans, moyenne d'âge 71,21 ans, 11 patients sur 14 ont un médecin traitant défini et pour la plupart consultent fréquemment (6 patients consultent plus de 4 fois par an leur médecin traitant et 5 patients entre 2 et 4 fois par an). Un peu plus de la moitié (8 patients sur 14) ont leur médecin traitant qui exerce dans la permanence médicale. Ils ont pour la plupart consulté une seule fois en permanence médicale (10 patients sur 14) et il y a moins d'un mois (7 patients sur 14). Les patients seront alors interrogés à la suite de

leur premier passage au centre médical. Ils viennent seuls en consultation pour la majorité d'entre eux, deux patients étaient accompagnés par leur famille. Le temps de consultation est plutôt long, décrit entre 15 et 30 minutes par 10 patients sur 14. Ils paraissent satisfaits de leur passage au centre médical (9 patients se disent très satisfaits, 4 patients plutôt satisfaits, 1 plutôt insatisfait).

Le deuxième questionnaire présentait 14 questions ouvertes *Annexe 3* et la technique d'entretien choisie était l'entretien semi-directif. Le patient était alors libre de répondre aux questions tel qu'il le souhaitait.

Les données ont été enregistrées via un smartphone avec le consentement des patients et ont été transcrites manuellement le plus tôt possible après l'entretien pour un total de 72 pages.

Les données ont été traitées en agrégat à l'aide du logiciel N Vivo pour analyse qualitative.

Concernant l'analyse qualitative :

Établissement du livre de code :

Une première analyse lexicale a été réalisée à l'aide de la fonction « requête de fréquence de mots résultats » cherchant les 500 mots les plus fréquents à partir de 3 lettres. Une sélection a été faite manuellement (retirer conjonctions de coordination, adverbes) et 295 mots paraissent pertinents.

Une analyse thématique sera effectuée à l'aide d'articles sélectionnés (12), (11), (13), (14), (10) de la littérature afin de mettre en évidence les grands thèmes abordés par les personnes âgées dans le cadre de la consultation en médecine générale. Parmi ces thèmes on retrouve : histoire et valeurs, communication, facteurs liés au grand-âge, biographie, besoins, attentes etc... Les mots clés seront annotés lors de la lecture des articles.

Un regroupement de l'analyse lexicale et de l'analyse thématique aboutira à la création du livre de code utilisé tout au long du codage des entretiens.

On obtient alors 5 nœuds « parents » : Médecin, Patient, Relatif à la structure, Relation médecin-malade, Santé, contenant chacun des nœuds « enfants » (certains ayant été ajoutés à partir de l'analyse lexicale uniquement : SOS médecin, COVID)
Annexe 4, tableaux 1 à 3

Technique de codage utilisée :

Le codage est déductif et établi en relisant un à un chaque entretien, sélectionnant des références (citations) en les attribuant aux nœuds correspondants. Une analyse supplémentaire interprétative sera réalisée à l'aide d'établissement de « mémos » à partir de chaque nœud, qui seront parfois à l'origine d'un dés-encodage/ré-encodage dans une section qui paraît appropriée, ou pour retracer une histoire de vie importante.

Des nœuds supplémentaires attribués à chaque patient seront générés mais non pertinents pour l'analyse qualitative.

RESULTATS:

RELATIF A LA STRUCTURE:

ACCES A LA CONSULTATION:

Découverte du centre :

Lors des entretiens, on prend rapidement conscience que les patients ne connaissent pas le système. A la question «quel est le rôle des permanences médicales selon vous?» (première question de l'entretien), on doit réagir et reformuler la question: «connaissez-vous les permanences médicales?» Le rôle n'est pas connu, pas bien défini. Plusieurs personnes se questionnent alors: «c'est quoi les permanences médicales?»

Interviewé A: Avant que vous me posiez cette question, je ne pensais pas aux permanences. Pour moi les permanences c'était valable en dehors des heures habituelles, à minuit ou voilà (...)

Interviewé C: Je connais pas la permanence, si j'avais un problème, si j'avais un besoin de voir un médecin en urgence, je connais pas. J'ai jamais consulté le week-end.

Ils ont compris pour la plupart que le centre est ouvert 7 jours sur 7 mais certains ne comprennent pas les conditions de passage, ou d'attente. Faut-il appeler le secrétariat pour s'annoncer? Mais le secrétariat le week-end ne travaille pas, faut-il appeler directement le médecin? Répondra-t-il? A la réponse il suffit juste de pousser la porte du cabinet pour s'inscrire et voir le médecin de garde, on retrouvera des questionnements ou des doutes.

Interviewé B: La dernière fois j'ai appelé et j'ai laissé un message. Vers 12h30 je n'avais pas de retour et j'ai appelé le secrétariat qui me dit «elle n'a pas encore pris connaissance du message» J'ai demandé si elle reçoit sans rendez-vous on m'a dit «oui l'après-midi» donc je suis venue. (...) donc il y a toujours quelqu'un? Je n'ai qu'à pousser la porte... Et tous les jours, il y a toujours quelqu'un, c'est pas toujours le même médecin, mais il y a toujours quelqu'un...

Disponibilité :

Le point positif majeur auquel les patients accordent le plus d'importance est l'accès à la consultation. On peut être reçu en urgence par un médecin qui nous connaît parfois. Cette notion dans le contexte de saturation des médecins généralistes de ville (difficulté d'obtenir un rendez-vous en urgence) paraît très appréciable. Ce point là est évoqué par la quasi-totalité des patients: 13 personnes.

Cette notion est retrouvée dans la littérature (15), (4): les patients sont soulagés de pouvoir joindre un médecin facilement en dehors des horaires d'ouvertures (anxiété anticipatoire du week-end) ou si leur médecin de famille ne peut pas programmer de rendez-vous rapidement.

Interviewé A: C'est quand même surprenant qu'on pense dans la ville de Marseille aux patients qui n'arrivent pas à joindre un médecin (...). On sait que quand on a un problème, un samedi après-midi on pourra trouver un médecin à qui parler, si c'est important. Voilà, on peut tomber malade, c'est un week-end, pas de problème, on sait qu'il y a ce cabinet médical qui pourra nous recevoir.

Interviewé M: Très important. Il est très important parce que ça évite de faire le 13 [le 15], d'aller faire la queue. Il est très appréciable là, Ah pour moi c'est vraiment le bon dieu qui est descendu sur terre comme on dit. [sourire]

Interviewé N: Il y a de moins en moins de généralistes qui reçoivent en cabinet ou c'est très compliqué tout ça et donc ces structures sont beaucoup plus faciles d'accès pour les patients, donc c'est beaucoup plus rassurant (...)

LOCAUX:

Agencement du centre :

Les retours sur le cadre, les locaux sont positifs. Dans les éléments importants on retrouve :

- normes d'accessibilité aux personnes handicapées: malgré le fait que toutes les personnes interrogées soient autonomes, elles accordent une importance particulière à l'accès au bâtiment du fait du risque de chute (troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire au niveau des membres inférieurs, fatigabilité). Le fait qu'il n'y ait pas de marches à monter, que la porte s'ouvre et se ferme sans encombre, qu'on puisse se déplacer librement au sein du cabinet sans risquer de trébucher, sans que les salles soient trop éloignées est vraiment un «plus».

Interviewé G: Pour moi je me sens à l'aise, oui...(...) Je trouve qu'on est mieux ici, il y a plus de place... C'est vrai qu'au kiné la porte elle est trop lourde, et il y a 3 marches à monter, c'est ça le plus pénible. Maintenant quand il y a un soignant qui s'installe, il essaye d'avoir quelque chose de plus pratique.

- l'hygiène: une salle bien entretenue, propre, met en confiance.

Interviewé J: J'ai trouvé ça impeccable c'est propre c'est avenant, vous êtes gentils.

Interviewé L: On a été bien accueilli!

Fille: "C'est neuf c'est nickel! Nous on est des maniaques, donc le fait que ce soit neuf, nickel, c'est largement appréciable." (...)

Ah ben oui, c'est sûr que c'est important. Chez nous c'est comme ça aussi.

- l'architecture des locaux: salle vaste et ventilation.

Interviewé M: Oh punaise ça a été beau [rires] Par ce que là-bas il n'y avait pas de fenêtres il me semblait que j'allais m'étouffer mais là dedans je me sentais oppressée tandis que quand je suis arrivée là ah c'était vraiment le... L'espace et le bien être de la place, je trouve que c'est bien.

Interviewé N: (...) la salle d'attente je trouve qu'elle est assez aérée, parce que la porte qui s'ouvre et qui se ferme ben ça fait une aération non ça va.

Absence de secrétariat médical :

L'élément le plus critiqué est l'absence de secrétaire médical sur place. Le manque d'accueil est un point négatif mais pas suffisant pour motiver un changement de cabinet. Ils suggèrent alors des éléments explicatifs synthétisés expliquant le fonctionnement de la permanence, bien visibles et accessibles afin que personne n'en gêne l'accès. L'exemple de l'accueil dématérialisé par un ordinateur est intéressant bien que difficile à mettre en œuvre dans un cabinet médical...

Interviewé A : Non mais on n'est pas accueilli. Et puis je regardais les gens, il y a pas l'accueil et puis il faudrait que ce soit écrit un petit peu plus. On est dérouté (...) C'est assez froid la première impression.

Interviewé E: Alors moi je vais être extrêmement critique [insistance]! tout d'abord il n'y a pas d'accueil, euh... il y a de plus en plus d'information à droite à gauche... il suffit qu'il y ait une personne qui soit assise devant l'affiche on ne peut pas dire à la personne «écoutez, poussez votre tête pour que je puisse regarder» (...) l'accueil peut se faire peut-être pas obligatoirement par une personne physique! moi j'ai déjà été dans des entreprises, vous arrivez et il y a un écran qui vous dit «bonjour»! (...) Et je pense même qu'on peut faire de la reconnaissance faciale! (...) vous arrivez vous avez quelqu'un qui vous reçoit dans le centre c'est ça qui manque...

Interviewé K: Tout ça pour dire que elle, elle s'était inscrit avec un médecin traitant qui n'était pas le médecin du jour d'urgence et quand en plus elle voyait son médecin référent je suppose, et elle comprenait plus rien! et c'est moi qui lui ai expliqué un moment (...) je crois que certaines personnes ne comprennent pas du tout!

RELATIF A LA TECHNICITE:

Rapport à l'informatique :

De nombreux aspects techniques liés au fonctionnement de la permanence médicale sont abordés: premièrement il faudra s'inscrire à l'entrée sur la tablette SMS in situ (tablette tactile qui réagit à la pression): renseigner son nom, le nombre de personnes présentes et s'il s'agit d'un enfant ou non. Cette tablette créera donc un "ticket" fictif qui annonce l'ordre de passage (il est possible de voir le nombre présent de patients précédents dont les noms sont cryptés) et une estimation du temps d'attente. Le renseignement du numéro de téléphone permettra l'envoi de notifications en temps réel qui indiqueront l'heure du passage actualisée avec le médecin. Ce système a pour but de créer une salle d'attente fictive où le médecin peut voir le nombre de personnes inscrites sur la liste; les patients s'ils le souhaitent, et que l'attente est longue, peuvent revenir avant l'heure de la consultation.

On remarque en pratique que les personnes âgées n'ont souvent pas de téléphone portable, ou en ont une utilisation difficile.

Interviewé H: "Et vous la technologie c'est un peu difficile pour vous?" Oui oui, oui... J'ai que le téléphone et la télé. C'est le principal la télé. Et le téléphone j'ai mes petits-enfants en Whatsapp en vidéo tous les jours, ça fait passer le temps un peu aussi... (...) Ah, excusez-moi je raccroche [le téléphone sonne] ah je sais plus comment raccrocher. Ah ça y est.

Elles ont également du mal à renseigner leurs données personnelles et devront faire appel à une personne présente en salle d'attente pour les aider.

Il y aura donc toujours une forme d'appréhension à cet outil technique, on se sent alors perdu, dépassé.

Interviewé J: J'ai pas attendu longtemps, je m'étais inscrite sur la borne et j'ai attendu 15 20 minutes (...) vous m'avez donné le numéro de téléphone j'appellerai par téléphone c'est mieux... C'est un monsieur quand même qui m'a inscrit. La tablette, les trucs comme ça je sais pas le faire vous voyez? Moi le téléphone portable ça suffit hein, pas plus.

Interviewé M: Qu'il a fallu m'inscrire sur le bidule? [rires] Alors j'ai attendu et puis une dame je vois qu'elle s'inscrit alors je lui dis «Mme si je ne me trompe pas vous écrivez pour quoi?» «Parce que je ne suis pas inscrite» alors j'ai dit «mon dieu mais moi non plus!! mais j'ai dit j'y comprends rien moi là-dessus parce que j'ai beau taper, il y a rien qui sort!

Interviewé N: Il y a beaucoup de gens qui comprennent pas hein quand même le système hein [rires] ils se plantent un petit peu dans le truc et c'est bien souvent des gens qui connaissent qui leur disent «non c'est comme ça, on va venir vous chercher vous avez rendez-vous ou inscrivez-vous sur la tablette» (...) la tablette c'est pas évident bien que ça soit très pratique mais c'est pas évident!

Secrétariats téléphoniques délocalisés:

Les secrétariats téléphoniques délocalisés ainsi que la plate-forme DOCTOLIB (en collaboration avec le centre médical) présentent également une difficulté. On ne sait pas comment prendre rendez-vous, comment avoir une heure de passage sachant qu'en plus, dans le contexte de consultations non programmées, la prise de rendez-vous est impossible.

Interviewé G: Oui mais il faut appeler Docterlive [Doctolib] Mais ils répondent? Mais pour moi c'est pas facile, je commence à m'y mettre avec la tablette, et quand vous avez envoyé la confirmation du rendez-vous c'est mon aide ménagère qui l'a reçu pas moi (...) Parce qu'elle a essayé, elle a eu du mal à me placer Docterlive sur la tablette. Elle y arrivait pas ça prenait pas alors elle a mis son numéro de téléphone [rires]. C'est elle qui s'occupe de certaines choses de toute façon pour me mettre à jour que moi j'arrive pas. Elle me prépare après je suis.

Interviewé N: Maintenant il y a le souci des plates-formes aussi, vu qu'il y a plus de secrétaire, mais bon, je pense que Doctolib ça a vachement facilité le truc! maintenant pour certaines personnes, la tablette, je pense que c'est compliqué, si il y a la secrétaire c'est plus simple. Après si vous attendez qu'il y a un médecin qui est là, qui sort, vous lui posez la question...

Quand venir? Comment venir? Qui voir?

Il sera donc difficile pour les personnes âgées de venir sans rendez-vous et elles chercheront très souvent à demander confirmation au secrétariat pour savoir si elles peuvent passer et parfois pour savoir quel médecin de garde est présent.

Interviewé H: Au bout d'un moment je suis partie on m'a même rien dit. Personne n'est venu me voir. J'étais là j'avais téléphoné et après j'ai vu qu'il [son médecin traitant] était pas là donc je suis partie.

On retrouvera pour finir la notion même de médecin de garde qui pour certains est difficile à maîtriser et on retrouve quelques appréhensions: ne pas savoir avec quel médecin on va passer, avoir peur de ne pas le connaître, ne pas savoir comment se positionner entre son médecin référent et le médecin de garde. On retrouve cette notion de confusion des rôles dans la littérature à l'utilisation d'une nouvelle structure, d'un nouveau concept (5), (14).

Interviewé I: L'autre jour je pensais vous voir, j'ai demandé à quelqu'un de m'aider pour la borne et puis est apparu un autre monsieur très gentil etc vous voyez? Mais c'est pas mal parce que finalement je lui casse pas les pieds, et aujourd'hui je prends mon temps.

Interviewé K: C'était sans rendez-vous! donc non, j'avais pas de nom, je crois pas! Je me suis dit que c'était le principe, de ne pas connaître le nom du médecin qu'on allait voir. (...) mais là au début j'ai dit je savais pas trop comment me situer par rapport à mon médecin référent par rapport à l'autre médecin qui intervient, pour froisser personne mais pour... je me dis à la limite qu'il faudrait un mode d'emploi [rires]

Une personne conclue même à la nécessité d'avoir une structure d'accueil libérale spécialisée pour les personnes âgées qui prendraient en compte les difficultés de chacun:

Interviewé I: J'ai une idée que les urgences sont utilisées de façon aberrante, et que si il existait des plateaux techniques avec la même souplesse que la médecine libérale est installée et notamment pour les personnes âgées ce serait un progrès mais CONSIDERABLE! Parce que l'appréhension de ce type de malade et toutes les technicités qu'on y développe mériterait qu'on y porte une attention particulière.

Les bienfaits de la technologie:

Il y a certaines notions techniques qui sont appréciées: la communication entre confrères via les outils informatiques et la clarté des documents remis.

Interviewé I: J'ai remarqué quand même à votre ordinateur ou je sais pas si vous parlez entre vous parce que j'ai du venir un jour en dépit du bon sens mais il m'a bien écouté et que vous étiez au courant! Donc si vous avez des rapports entre vous c'est parfait [rires]!

Interviewé N: C'est plus clair que quand c'était l'écriture médicale [rires] parce qu'il y avait le côté mystère voilà! [rires] là c'est lisible! j'aime bien aussi que les documents soient gardés en mémoire à chaque consultation! (...) Donc je sais qu'ici il y a l'histoire donc si je vais voir un autre médecin éventuellement c'est possible qu'il ait accès à mon dossier [demande confirmation] donc ça c'est plutôt rassurant quoi, il faut pas tout raconter quoi!

CONDITIONS D'ATTENTE

Temps d'attente:

Les conditions d'attente sont évoquées. La majeure partie des patients (9/14) est plutôt sereine et calme et le temps d'attente n'est pas pris en compte. En effet elles ont tellement l'habitude d'attendre chez leur ancien médecin que l'attente est vécue comme faisant partie de l'accueil.

Interviewé G: Et oui, même d'une fois sur une autre on attend toujours, et il y a facilement 2h d'attente. Je reste toujours, je préfère ne pas repartir. Vous voyez j'arrive à 9h moins 10, il y a déjà 4 personnes devant moi [rires]

Interviewé L: Ben oui, aucun problème... on avait attendu presque une heure.. mais c'est normal c'est partout! mon médecin traitant c'est pareil!

Temps accordé à la consultation et priorisation des passages:

On préfère alors un médecin qui prend son temps plutôt que d'être reçu à la "va-vite". On comprendra l'attention portée à chaque consultation et se mettant ainsi à la place de l'autre patient, que le temps d'attente soit parfois long.

Interviewé G: il faut quand même se mettre à la place du médecin qui est avec un patient, qui discute, qui essaye de résoudre certains problèmes, parce que des fois c'est vite fait la consultation, mais il y a des fois ça demande plus de temps que d'autre.

Interviewé N: Il fallait attendre un peu, elle était bavarde [rires] on passait des après-midi entières à attendre mais bon il vaut mieux que d'être reçu entre deux portes et à toute allure! déjà quelqu'un avec qui on peut échanger un petit peu...

On comprend facilement l'ordre de passage avec la nécessité comme à l'hôpital de devoir prendre un patient en priorité en raison de son état de santé: malaise, altération de l'état général etc...

Interviewé C: Et puis même avant moi, si il faut faire passer quelqu'un en urgence, ça me dérange pas.

Interviewé N: ça m'est même arrivé qu'il y avait quelqu'un qui était vraiment mal en point, elle l'a pris, c'était à mon tour mais c'était normal [rires], la bonne femme qui avait son problème cardiaque je vais pas lui dire «attendez j'étais là avant vous» Il faut espérer que ce soit du bon sens et que ce soit pas lié au fait que j'ai exercé dans le milieu mais c'est pas du bon sens pour tout le monde parce qu'il y a toujours des gens qui gueulent, qui râlent voilà (...) si les gens sont pas bien, ils sont pas bien mais bon d'un autre côté les gens qui sont vraiment pas bien ils ne devraient pas venir ici!

Quand l'attente devient anxiogène:

D'autres patients sont moins tolérants concernant les temps d'attente et l'attente est vécue comme anxiogène. Ceci concerne des personnes qui "stressent" facilement, ne se sentant plus à l'aise et préférant revenir à un autre moment plus calme ou même faire appel à l'hôpital en se disant qu'on sera «plus vite fixé».

Interviewé G: [parlant de son mari]: Nan, il aime pas attendre. Quand il y avait mon ancien médecin, il avait des jours sans rendez-vous, il s'arrangeait, au lieu d'aller en salle d'attente, il se mettait à côté de la porte d'entrée du cabinet comme ça quand il sortait, il allait de suite [rire gêné]

Interviewé E: Si c'est sans rendez-vous peut-être maximum l'heure, mais à ce moment-là je vais aux urgences. Parfois on n'est pas pris plus vite mais si j'attends autant sans savoir si on va pouvoir répondre à ma question c'est... d'autant que à un moment, je me sens envahir par le stress et euh... et puis après je vais me mettre à respirer, je serai plus zen, voilà...

La crise sanitaire participe à ce mécanisme. Si on doit attendre avec plusieurs personnes dans la salle d'attente, on se met à regarder l'un, l'autre, ceux qui toussent et l'anxiété prend le dessus. On fait le choix d'attendre dehors ou de revenir. Et ce malgré la ventilation ou l'aération. Ce n'est que le nombre de personnes et le temps passé dans une même pièce qui est pris en compte. Il faut aussi se souvenir que ces personnes là sont "fragiles" de part leur âge et parfois des problèmes de santé qu'elles présentent.

Technicité du temps d'attente:

La technicité du temps d'attente est aussi abordée: estimation du temps d'attente via la tablette et information du temps d'attente par SMS pour les patients ayant renseigné leur numéro de téléphone. Quelques petits manques sont mis en évidence, principalement liés à l'absence de médiateur (secrétaire) dans la salle d'attente.

Interviewé D: C'est bien la borne, on a déjà l'attente, il nous dit les minutes qui vont s'écouler avant d'être vu par le médecin je pense que c'était très bien.

Interviewé N: quand on arrive, que ça fait vingt minutes et qu'il y a pas eu un mouvement c'est un peu... on se demande où on est quoi... je sais pas comment remédier à ça.

Place de la personne âgée dans la salle d'attente:

Le médecin généraliste est amené à prendre en charge la totalité de la population. Aux deux âges extrêmes de la vie: les personnes âgées et les enfants.

Les parents consultent fréquemment un médecin généraliste en urgence pour leur enfant (fièvre, douleur, diarrhées, vomissements) parfois même pour des consultations de suivi (inscription d'un médecin traitant pour l'enfant pouvant être un médecin

généraliste). Les jeunes adultes et les enfants représentent une part importante de la patientèle dans le contexte de soin non programmé (4). On voit alors certaines personnes se plaindre de l'agitation, du bruit ou du mouvement lié à la présence d'enfants dans la salle d'attente.

Interviewé B: les conditions d'attente, quand je suis venue la deuxième fois, il y avait des enfants partout! des tout-petits, des enfants en maillot [rires] et tout ce petit monde, et les mamans toutes contentes c'était intéressant [pause]...

Interviewé E: la seule chose qui peut être un peu gênante ce sont les enfants, parce que ça fait du bruit, ça peut bouger, ça respecte pas du tout les règles, les distances, bon l'autre fois il y avait un petit gamin ou une petite fille, ça faisait un peu désordre, mais bon euh, j'ai été enfant, j'ai eu ma fille, j'ai mes petits-enfants, je commence à savoir ce que c'est quoi....

La place accordée à la personne âgée dans la salle d'attente est évoquée par une patiente, se disant que plus de choses sont faites pour les enfants que pour les seniors mais sur un fond de bienveillance, la plupart des patients ayant eu des enfants et des petits-enfants.

Interviewé A : Parce que pour l'accueil, on arrive aussi, il y a pas d'accueil pour les 70 ans. On voit sur le côté pour les petits enfants là ils sont contents, mais pour les 70 ans quand ils arrivent, c'est tout blanc, il y a une machine euh bon!... difficile à pianoter (...) je pense pas qu'il y ait des accoudoirs sur les chaises, pour se lever, si on a une canne c'est pas facile. Pour les 70 ans vous voyez? pour se lever... Il aurait fallu penser un coin pour les enfants et un coin pour les personnes de plus de 70 ans. Ne serait-ce qu'un seul fauteuil coque voilà, quand j'ai pensé là pour se lever, c'est que l'accueil il faut mettre quelque chose, le personnaliser un peu plus.

Tableau récapitulatif 1: Découverte du centre médical

CONNU	NOUVEAU		Impact sur le patient
Secrétariat médical contact humain	Secrétariat délocalisés téléphone, site de référencement, tablette tactile	aide nécessaire famille ou salle d'attente difficultés techniques majeures inscription liste d'attente?	-
Soin programmé rendez-vous	Soin non programmé sans rendez-vous	explications du système au 1er passage	+
Suivi médical médecin ami	Médecin de garde	création d'une nouvelle relation de confiance	+
Temps d'attente long	Temps d'attente plutôt court		+
Visites à domicile	Pas de déplacement du médecin de garde	nombreuses inquiétudes	-
Documents papiers	Documents informatisés		+

COVID

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a laissé des marques. Pour certains, elle a modifié leur rapport avec le milieu médical libéral ou hospitalier. On y pensera alors systématiquement en se rendant dans des structures médicales.

Inquiétudes :

On remarque beaucoup d'inquiétudes.

Tout d'abord la crainte de tomber malade en se sachant "fragile".

Interviewé A : J'avais mon gel et j'ai fait le nécessaire, parce qu'à mon âge... il faut être prudent.

Interviewé N: Là c'était un problème d'angine... peut-être que si il y avait pas eu la COVID à l'époque et tout ça j'aurais peut-être attendu le lundi de voir si je pouvais avoir un rendez-vous là j'avais besoin d'être un peu rassuré pour savoir si il fallait que je me teste et tout ça...

Le système médical est donc vu comme potentiellement vecteur de coronavirus car les personnes malades se rendent en consultation. On ne sait pas qui est infecté, qui ne l'est pas. On remarque une légère réassurance quant à la vaccination et à l'utilisation des gestes barrières.

Interviewé A : Tout le monde est masqué, ça va.. Je suis vaccinée...

Locaux adaptés:

Les locaux paraissent importants dans la gestion du risque sanitaire: ventilation, aération, espace entre les patients dans la salle d'attente.

Interviewé M: Dans l'ancien cabinet je ne me serais pas sentie en sécurité autant avec le coronavirus, là oui!

Interviewé N: En cette période là ça fait circuler les gens aussi donc il vaut mieux qu'ils soient assis et qu'ils bougent pas! que de s'approcher... si on est là ben on s'écarte parce que la personne lit le machin... bon voilà en cette période c'est un peu... au niveau situation sanitaire, ça fait un peu circuler les gens dans la salle d'attente.

L'hôpital :

On remarque une appréhension forte par rapport au milieu hospitalier. L'hôpital et les examens complémentaires seront décalés tant que possible. Malheureusement certains dépistages pourtant importants seront alors annulés.

Interviewé F: Ah la COVID-19 ça me gênait de toute façon, là j'ai fait attention.... Ça modifie un peu les comportements... Autour de moi j'ai une personne qui devait passer un examen pour la thyroïde et ben elle a annulé, elle devait aller à l'hôpital et elle a reporté. Le milieu hospitalier, ça freine...

Interviewé I: En période de COVID depuis quelques mois, il y avait les portes qui s'ouvraient qui se fermaient aussi j'ai estimé que si on voulait avoir la COVID on avait qu'à aller à la Timone (...) Par rapport à la COVID, déjà du point de vue contagion déjà j'ai pas fait mes examens mammo/radio [radiographie mammaire/échographie mammaire] je crois que ce sont des appréhensions qu'il faut gérer et pas venir ici pour rien si on risque d'attraper quelque chose et euh... on se protège.

Isolement :

Les personnes âgées sont des personnes souffrant fréquemment d'isolement. Malheureusement, le contexte de crise sanitaire avec la fermeture des activités de groupe et la catégorisation de risque ont eu comme conséquence d'isoler encore plus cette population fragile sur le plan psychologique. On se retrouve seul, démuné, dans le manque de sa famille ou de ses amis.

Interviewé I: Mon mari est décédé, j'ai une amie malvoyante mais on se voit beaucoup moins avec la COVID mais mes centres d'attrait dans Marseille, c'est tout supprimé, ça c'est pour tout le monde

Interviewé J: J'avais un groupe d'amis avant on se voyait à Saint-Julien mais après le COVID, on pouvait plus... j'avais aussi une association (...), j'étais au Portugal j'ai fait des beaux voyages quoi! Et c'est vrai que maintenant avec la crise sanitaire c'est pas rigolo...

Interviewé L: Ce qui m'a manqué le plus c'est de pas voir mes petits-enfants, il m'a dit «Tant pis tu viens quand même à la maison, les enfants ne t'approchent pas, pas de bisous! On est là pour surveiller...»

On évite les regroupements de personnes, ce qui freine les sorties et les loisirs. A noter qu'aucun commentaire n'est fait sur la gestion de la crise sanitaire ou inquiétude par rapport à la composition ou à l'efficacité du vaccin.

RELATIF AU PATIENT

ATTENTES

Spécificité de la consultation en permanence médicale:

Les attentes liées à une consultation sont évoquées par 10 patients. 8 patients sur 10 ont le même discours: que leur problème soit réglé.

En suivi de médecine générale, on évalue le problème de santé, on le met en perspective, on cherche différentes étiologies possibles, on évoque parfois plusieurs stratégies thérapeutiques en faisant participer le patient et on réévalue les décisions prises afin de juger leur efficacité (16).

La spécificité de la consultation en permanence médicale est l'immédiateté, exprimée dans les attentes des patients : trouver le bon diagnostic, du premier coup, rapidement. Pas de révision, pas de stratégies à affiner ni de reconvoction. "Dites-moi ce que j'ai, et vite."

Selon l'article (4), 63% des patients se présentant en centre de consultations non programmées estiment comme délai acceptable d'être reçu par un médecin en moins de 12 heures et expriment peu d'intérêt concernant la continuité des soins.

Interviewé E: Mes attentes c'était qu'on me soigne! (...) qu'on me règle mon problème rapidement.

Interviewé I: Que vous trouviez quelque chose [rires] et voilà! j'aime pas raconter ma vie ni mes... (...) Oui moi pourvu que ce soit rapidement fait. (...) En ce qui me concerne ce dont j'ai envie c'est d'être soignée.

Anticipation du diagnostic:

Il n'y a pas d'anxiété anticipatoire à la consultation. Des inquiétudes sont évoquées, mais elles ne sont pas décrites comme majeures. Les patients paraissent sereins, probablement en lien avec leur grand âge, leur parcours de vie et parfois les problèmes de santé graves qu'ils ont dû traverser.

De plus, la population interrogée consulte fréquemment (*Annexe 1, tableau 3 fréquence de consultation médecin traitant*): 43% des patients consultent leur médecin traitant plus de 4 fois par an et 23% entre 2 et 4 fois par an. La notion de «frequent user» telle que décrite dans l'article (17), montre que les patients consultant fréquemment ont une connaissance plus approfondie du système de santé et qu'ils font appel aux professionnels de santé de façon appropriée en comparaison avec les patients qui consultent rarement.

Interviewé A : Nan je pense pas, j'ai pas d'appréhension pour me dire «Ah ça va être quelque chose de grave»

Interviewé G: Il n'y a aucune appréhension parce que quand je viens je sais pourquoi je viens, comme j'ai pas des pathologies où j'ai peur qu'on me découvre quelque chose non automatiquement, je suis décontractée.

BESOINS

Besoin de consultation en urgence/Réassurance:

Les besoins des patients sont évoqués dans 8 entretiens.

On retrouve comme cité plus haut dans la partie *«accès à la consultation»* le besoin de consultation non programmée. La logistique même du centre est mise en avant: la présence d'un médecin joignable tous les jours, accessible sans rendez-vous et sans négociation est très appréciée.

Elle paraît même pour certains indispensable (lié à la crise sanitaire - besoin d'être rassuré et vite sur l'absence de complication ou sur un doute diagnostique, difficulté croissante d'obtenir un rendez-vous de consultation de suivi avec son médecin traitant).

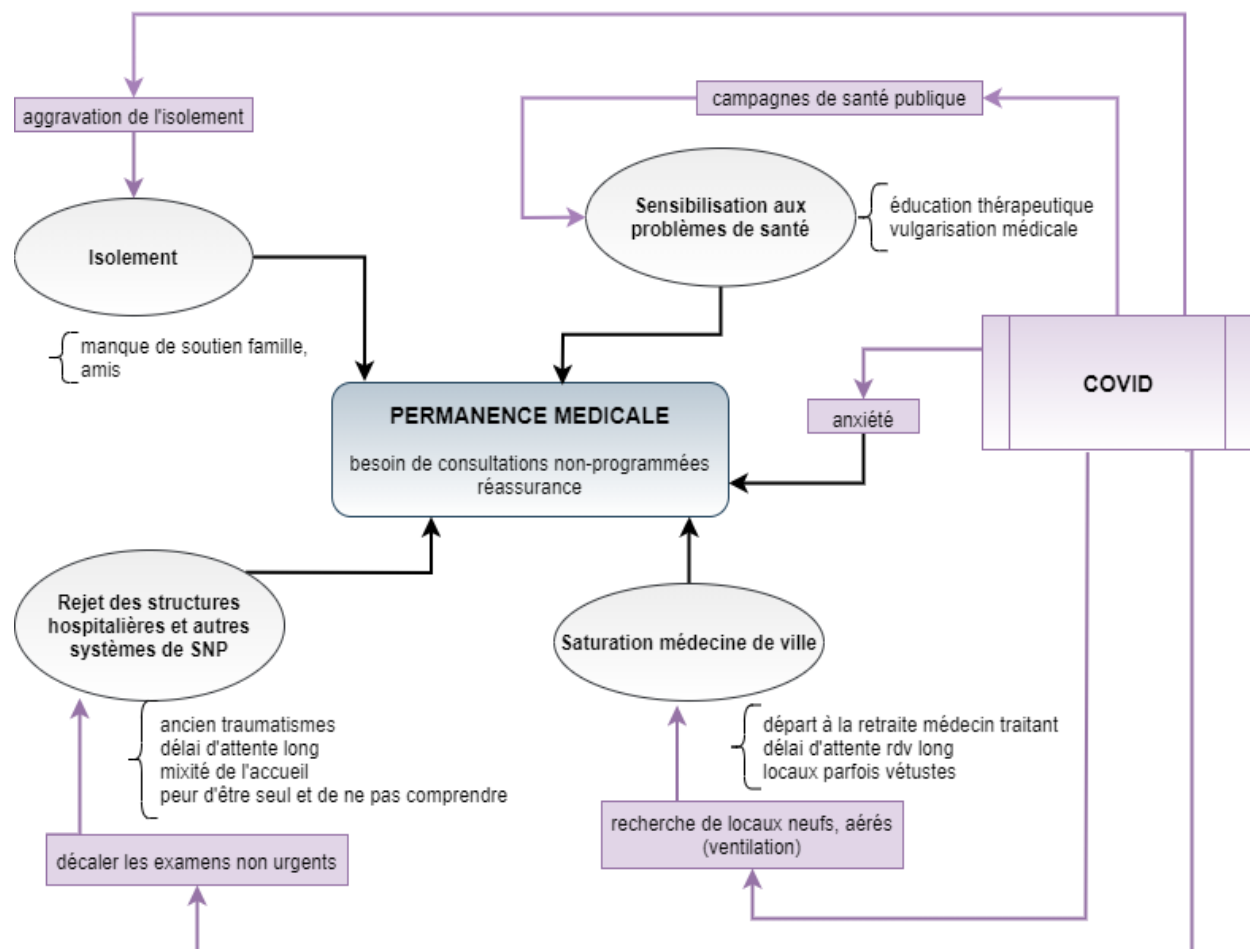
Les professionnels de santé s'accordent à dire qu'il est important, dans la prise en charge de certaines pathologies chroniques, de permettre un accès rapide au soin non programmé (exacerbations de pathologies chroniques: BPCO) et que l'anxiété joue un rôle important dans la perception de l'urgence (15).

Selon l'article (5), le besoin de consultations non programmées serait d'origine multifactorielle en lien avec la population vieillissante, l'isolement social et la sensibilisation aux problèmes de santé.

Interviewé K: (...) moi ce qui me rassurait ben je suis seule, mon mari est décédé, bon avant c'était lui mon médecin généraliste et que ... que vraiment ce qui m'a fait venir ici aussi, c'est que si j'avais un problème le week-end qui n'est pas suffisamment grave pour que j'appelle le SAMU les pompiers (...) je pense que je serais venue en me disant il faut que ce soit vu!

Interviewé N: Et puis il y avait ce problème d'indisponibilité [insistance] hein! Moi ce que j'apprécie maintenant dans les cabinets médicaux c'est que premièrement c'est toute la semaine et que si on a un soucis on peut être reçu.

Tableau récapitulatif 2: Déterminants à l'utilisation des permanences médicales



Dérive des permanences médicales:

L'utilisation détournée de ce type de centre est évoquée par un patient, ancien infirmier spécialisé en addictologie. Il critique l'utilisation excessive de ce type de centre et l'immédiateté du besoin qui n'est parfois pas justifiée, créant ainsi des tensions dans les temps d'attente.

L'article (5) décrit des comportements de consommation avec des patients présentant de plus en plus d'exigences en terme de rapidité de prise en charge et d'adressage qui seraient liées à un défaut d'éducation thérapeutique.

Interviewé N: Ils arrivent ils veulent être pris avant les autres! Ils consomment du médecin comme ils consomment voilà quoi, donc il faut qu'ils soient reçus.

Que recherche-t-on chez un médecin de garde?

Certaines qualités du médecin sont recherchées, parmi celles retrouvées dans les entretiens: le contact, l'écoute et l'empathie qui constituent des piliers fondamentaux pour certains patients.

Interviewé E: Mais on a besoin d'un réconfort ou tout bêtement d'un remède et puis d'une écoute, ça peut être ça aussi tout simplement!

Interviewé K: Par rapport au médecin de garde j'avais pas trop d'appréhension, j'attendais déjà un avis médical mais en général oui ce que je trouve important c'est l'empathie, qu'on puisse se sentir écouté et compris.

Le besoin d'être suivi par le même médecin est évoqué par un seul patient; son expérience au centre médical suite à un problème de santé aigu est décrite comme traumatique et sera détaillée dans la partie «*autonomie et dépendance*».

Interviewé I: (...) besoin d'un soutien plus important ça oui, et toujours avec la même personne.(...) Il y a des petits manques: dire ce que j'ai déjà complètement! [rire gêné] et peut-être à la même personne aussi! J'ai pas été maligne, j'étais trop paniquée (...) il se trouve que si j'avais eu un interlocuteur pendant ces 3 mois, quelqu'un en qui j'aurais eu confiance, là je me suis rendue compte que j'avais besoin. Mais ça ne concerne que moi. (...) J'aurais eu besoin d'avoir la même personne mais c'est de ma faute hein si je sais pas me servir des trucs et je pose pas de question mais j'aurais eu besoin d'avoir plus de confiance mais c'est pas que vous inspirez pas confiance, c'est moi qui me suis sentie perdue.

ÉCOUTE

L'écoute comme besoin fondamental:

Les qualités d'écoute sont évoquées dans la majorité des entretiens (12 entretiens sur 14).

"Se sentir écouté" est considéré comme vital, élément fondamental d'une alliance thérapeutique réussie. Les patients se sentent écoutés, compris et peuvent alors s'exprimer de façon libre, comme ils le souhaitent, tels qu'ils en ont besoin. L'article (12) mentionne l'importance de l'écoute accordée au patient lors d'une consultation gériatrique.

Interviewé A : Tout le monde ici prend son temps, j'allais dans d'autres cabinets avant, c'était 5 minutes. C'était pas des permanences, c'était des cabinets. Ça dépasse pas le quart d'heure, c'est quand on vous connaît «Ça va?» et voilà, tandis que là, il y a des questions qui sont posées et ça dépasse j'en suis sûre!

Interviewé G: Après je vous ai parlé de mon mari [rires] vous voyez? je sens que je suis écoutée et en confiance sinon je ne vous en aurais pas parlé. Pour moi, il n'y a pas de réserve en un médecin en qui j'ai confiance. C'est très important parce que le médecin il a pas la science infuse: si vous ne lui parlez pas, il ne peut pas deviner! il n'a pas le petit pendule qui décèle.

Quand l'écoute vient à manquer:

On remarque très peu de critiques sur la qualité d'écoute en dehors de celles qu'on retrouvera dans le thème de la «*défi*ance», liée probablement à un médecin "un peu pressé" ce jour là.

Le médecin n'est pas parfait, il peut avoir des mauvais jours ; malheureusement son comportement affecte la relation de confiance. Ceci peut engendrer certaines appréhensions de la part du patient: la peur de ne pas trouver l'écoute qu'on cherche tant.

Interviewé F: J'ai toujours un peu du mal à voir quelqu'un que je connais pas, à me confier, dans la qualité de relationnel oui. Qu'on m'écoute, qu'on me comprenne, même pour un problème simple. Je préfère que les gens soient plutôt à l'écoute et avenants, plutôt que froids.

Quand le médecin fait de son mieux:

Certains patients sont conscients que l'écoute nécessite parfois des efforts de la part du médecin et sont reconnaissants de l'attention particulière accordée.

Interviewé C: Oui, oui non mais je le sais qu'on est à l'écoute! je le vois! on fait pour le mieux, pour que je sois bien!

Quand ça ne suffit pas:

Parfois malgré l'effort du médecin pour que la personne se sente libre de parler, on n'y arrive pas tout à fait. Certains blocages ancrés dans l'éducation ou dans la personnalité rendent la parole difficile voire impossible. On préfère alors se tourner vers sa propre famille.

Interviewé I: D'autant plus que j'adore parler si... si on m'en demande pas trop euh et voilà... et si vous voulez cet espèce d'anonymat me convient parfaitement, parce que j'ai une pudeur un peu... un peu bête (...) mais je reste dans mes questions et j'en pose pas assez... et après je suis rassurée et puis je suis bête «est-ce que c'est parce que vous n'osez pas?» C'est ma personnalité... [silence]

DEFIANCE

A quel moment la confiance qu'on a pour son médecin se délite? Peut-on rester en consultation avec un médecin si on ne lui fait pas entièrement confiance?

Le médecin prescripteur:

On peut retrouver une appréhension particulière à se rendre en consultation, liée à sa propre personnalité: une patiente exprime sa crainte de se voir prescrire trop de médicaments et ses inquiétudes quant à leur délivrance par le pharmacien.

Interviewé A: Je ne prends pas de médicament, je suis contre les médicaments parce que souvent (...) je préfère qu'on me donne soit un complément alimentaire, soit un produit à base d'herbe. Vous voyez? Je suis la génération qui était habituée au médicament mais j'aime pas les médicaments. Je n'osais pas poser n'importe quelle question au médecin (...) parce que je sais le médecin vous avez ça «toc» [mime la rédaction d'une ordonnance] voilà!

L'ordinateur, ce tiers qui dérange:

Des critiques sont émises sur l'utilisation des appareils électroniques, modifiant l'interaction entre le médecin et son patient. En étant obligé de faire appel à l'ordinateur et l'aide à la prescription informatisée on inclut un tiers présent lors de la consultation. Le patient peut alors se sentir exclu de la conversation, le médecin accordant parfois trop d'importance à l'informatique.

Interviewé N: Déjà que maintenant c'est l'ordinateur, bon on peut plus se parler quoi! (...) Ça change le rapport qu'a le médecin avec son patient par rapport à ce tiers qu'est l'ordinateur quoi... parce qu'il y a les médecins qui vous regardent pas et qui sont sur l'ordinateur... donc ils vous font parler et puis [mime claquement de doigts sur le clavier] donc je trouve qu'il faut trouver un entre-deux avec ça. C'est inévitable maintenant d'avoir l'ordinateur mais c'est quand même intéressant pour le médecin d'avoir cette relation avec le patient quoi.

Défaut de communication:

Concernant les réelles pertes de confiance, celles qui sont immuables, elles semblent être pour la plupart liées à un défaut de communication avec le patient: défaut d'écoute, défaut d'explications. Le médecin doit prendre son temps s'il veut qu'une consultation se passe pour le mieux, ne pas couper son interlocuteur et accorder de l'importance au langage du corps afin de décoder les moments vécus comme négatifs et se réajuster.

Interviewé B [en parlant d'un spécialiste qu'elle consultait pour une échographie]: (...) et au bout d'une heure je le croise dans le couloir. Il me dit «Je suis le Dr A. je vous attends depuis une heure. Je vous ai laissé des messages.» Je lui ai dit «Écoutez, on demande au patient d'éteindre son portable, j'ai éteint mon portable.» (...) Et puis il était pas content, j'ai pas vérifié sur la porte. Et puis surtout, il avait été désagréable. De taper du point sur la table. Et puis je prenais ma canne pour m'en aller, c'est tout juste si il ne m'a pas ouvert la porte.. C'était vraiment pas sympa. (...) Non mais enfin ce monsieur, très beau gosse, prétentieux! et puis il a été agressif! C'était tout juste il disait bonjour... (...) J'aurais pu être fragile psychologiquement, je sais pas... mais j'ai trouvé que c'était un rustre. C'est dommage...

Interviewé N [en faisant allusion à son ancien médecin traitant]: il n'y avait pas de lien qui s'établissait, c'était froid, il n'y avait pas de relationnel et bon voilà quoi. (...) j'essayais de dire 2 mots, il me demandait la carte vitale quoi... les types qui prennent leur retraite qui ont je sais pas combien de patients... j'arrivais pas pour des trucs pas très graves mais enfin je voulais lui expliquer des trucs, il me disait «non non attendez je vais voir moi» ça ça m'a pas bien plu [rires]! très bien sûrement par ailleurs mais bon il m'avait quand même un peu prévenu en me disant «vous venez un peu en surplus»

Comment inverser la tendance:

Une simple aide: un regard, une parole est parfois suffisante pour inverser le vécu. La bienveillance paraîtra alors plus qu'essentielle et permet le respect de l'autre. Encore faut-il ne pas être trop pressé...

Interviewé D: Ah peut-être le jeune homme était moins à l'écoute [rire gêné] (...) Mais enfin je l'ai trouvé, peut-être qu'il était pressé ce jour là, je sais pas [rires] mais pour la déglutition il m'avait dit «Allez voir un ORL» sauf que l'ORL je l'avais consulté avant alors voilà (...)

Interviewé K (en parlant de son ancien médecin traitant): les dernières fois où je l'ai vu c'était «L'heure, l'heure» [mime doigt sur la montre] donc moi j'attendais plus de relationnel, et de confiance aussi.

Prendre son temps en consultation non programmée:

En permanence médicale il n'est parfois pas aisé de prendre son temps quand on voit la liste de patients défiler tel un TU (*Terminal Urgences, outil informatique*) aux urgences du CHU. Il faudra alors faire l'effort, prendre sur soi et considérer chaque personne comme une personne à part entière et non comme un nom inscrit dans une liste «patient 1, patient 2». Si l'effort n'est pas fait, c'est toute la fondation de l'alliance

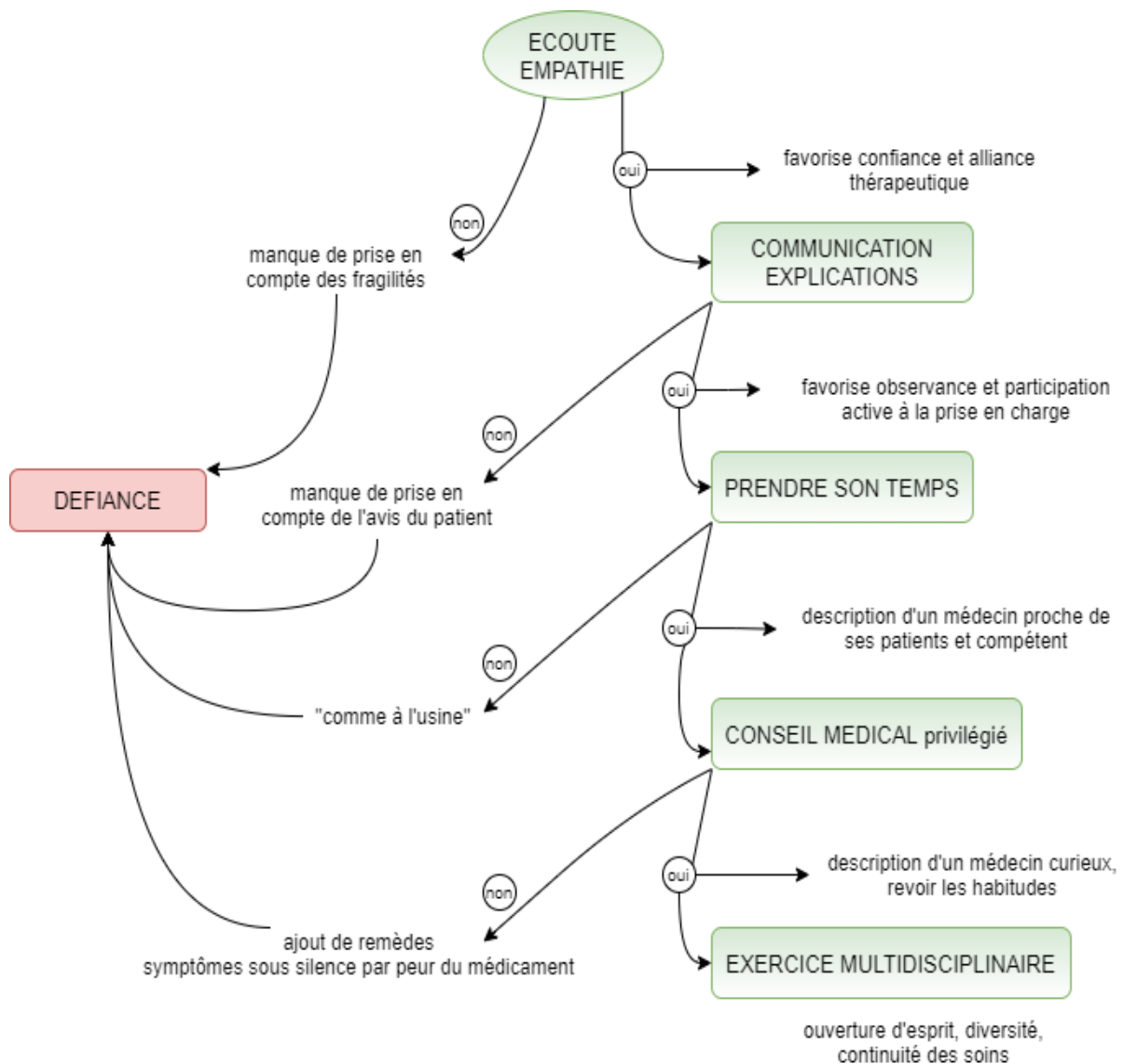
thérapeutique qui s'écroule. On devient alors un «mauvais médecin», un médecin à «ne surtout plus revoir».

L'article (5) montre l'influence que le comportement du médecin peut avoir sur le comportement du patient.

Interviewé H: La dernière fois avec le médecin c'était peut-être 5-10 minutes il a marqué [les médicaments] et je lui ai dit «Vous regardez même pas le dos?» il m'a dit «non non, pourquoi faire». J'ai pas franchement, j'ai pas aimé.

*Interviewé L: Fille: "Après vous êtes super agréables aussi, vous mettez en confiance! quand on va voir un médecin ronchon, on n'a pas envie d'y aller!" [rires]
Et puis là moi je peux plus rien sortir! alors là si ça va pas je parle plus! On peut me poser des questions, je sortirai plus rien du tout!*

Tableau récapitulatif 3: Qualités recherchées chez un médecin de garde



LE MEDECIN EN TANT QUE PERSONNE

Appréhension d'un nouveau médecin:

On retrouve une certaine réserve à la rencontre d'un médecin qu'on ne connaît pas, qu'il y ait des informations présentes dans le logiciel ou non (patient connu ou inconnu du cabinet).

Pour expliquer ce phénomène: les patients paraissent attachés pour la plupart à leur médecin traitant ou à leur ancien médecin traitant qui exerçait, jusque là, la fonction d'urgence également.

On est donc confronté à une nouvelle organisation, qui interroge:

Interviewé A: Tout dépend de ce que j'ai, je préférerais savoir avec quel médecin je passe mais si il y a une urgence, je verrai quel est le médecin de garde.

Interviewé M: Et le peu que je l'ai vu le Dr. il a l'air d'être gracieux, d'être gentil mais maintenant je le connais pas...

Au final la rencontre d'un nouveau médecin, à l'issue de la consultation, sera vécue comme positive et permettra une transition vers un système plus moderne. Ceci témoigne d'une certaine ouverture d'esprit : le patient est tourné vers l'autre et n'a pas de préjugés.

Interviewé B: C'est-à-dire que j'attendais mon médecin, et j'ai vu un autre médecin qui m'a dit «C'est à vous» je n'étais pas prévenue, mais ce n'est pas grave, ils sont très gentils.

Interviewé L: Là j'étais en confiance, ma fille connaissait le cabinet donc ça a dû jouer. Quand je connais pas c'est vrai mais bon, si je vais chez un médecin, que c'est un remplaçant, ça ne me gêne pas du tout! maintenant que je commence à vous connaître je pense que ça ira!

Certains patients recherchent une nouvelle vision:

Interviewé A: [ancienne comptable pour l'hôpital public]: J'ai confiance complètement dans le monde médical, puisque j'étais agent hospitalier. Après j'étais satisfaite quand j'avais un autre point de vue, quelqu'un d'autre qui a une autre vision.

Interviewé I: Et c'est grâce à sa jeunesse et sa méconnaissance de mes comportements que ça a marché, vous voyez donc que dans les inconvénients, les avantages y sont aussi.

Le médecin, une personne comme les autres :

La personnalité du médecin est souvent évoquée lors d'entretiens. Les mots les plus fréquemment rencontrés sont : gentil, doux, bienveillant, rigolo, sympa, curieux, gracieux, jeune, dynamique.

Interviewé I: Ça s'est très bien passé justement avec un de vos collègues qui m'a fait remarquer que justement, avec son humour, il était pas prescripteur de drogues (...) il m'a fait réagir!

Interviewé M: Moi je croyais que c'était un monsieur n'importe lequel alors je dis «Vous tombez bien Monsieur!» il ne m'a même pas dit qu'il était médecin il a été là-dessus vraiment simple hein, il m'a dit «Madame, je vais tout vous faire pour vous» alors je lui ai dit mais moi je suis tellement vieille que j'y comprends rien.

L'ancien médecin traitant, cet ami irremplaçable:

La relation médecin-malade est souvent considérée comme une relation amicale voire familiale.

L'ancien médecin traitant devient alors un confident, un ami, un soutien pour les épreuves difficiles et on vieillit avec lui, partageant parfois des centres d'intérêts ou des connaissances communes qui intensifient le lien d'attachement.

La perte du médecin traitant (retraite, maladie, décès) est alors brutale. Son souvenir sera fréquemment évoqué lors de consultations, à base d'anecdotes essentiellement et de «phrases chocs»: ces phrases dont on se souvient des années plus tard avec leurs mots exacts.

Interviewé G: (...) C'est-à-dire qu'il avait même pas fini, il était encore interne qu'il me soignait déjà! et jusqu'à l'âge de 60 ans il a été obligé de s'arrêter... Pour moi c'était comme mon fils! (...) On avait des très bons contacts. Il venait manger toutes les semaines (...) et il avait des amis comme C. lui il m'appelle «Tante A.». J'ai connu des amis à lui des médecins qu'on connaît bien aussi (...)

Interviewé J: (...) J'ai toujours bien été avec mes médecins, celui qui est décédé il y a un an il était rigolo, on rigolait bien avec. Les autres je les connaissais quand ils étaient internes, sa femme je la connaissais c'était mon amie. J'avais un médecin aussi pendant très très longtemps et c'est vrai que j'ai toujours eu des bons docteurs, enfin! C'était des amis!

LE MEDECIN TRAITANT

Médecin traitant versus médecin d'urgence:

Les anciens patients se retrouvent confrontés à la nouveauté: nouveau médecin pour la plupart (suite au départ à la retraite de leur ancien médecin traitant), nouveau cadre, nouveau fonctionnement.

Certains patients comprennent bien les enjeux du fonctionnement de groupe et l'exercice multidisciplinaire: ils s'adaptent très vite aux locaux, à la logistique et profitent pleinement d'une expérience riche de diversité, sans crainte particulière.

Parmi les personnes concernées certains n'ont pas de médecin traitant et attachent peu d'importance à la fidélisation de la patientèle (3 patients sur les 14 interrogés).

Les autres sont "fidèles" mais curieux et arrivent alors à jongler entre un suivi médical avec un médecin attitré et des médecins de "dépannage".

Interviewé D: (...) Il peut y avoir plusieurs avis c'est bien aussi moi je trouve, parce que parfois quand on connaît bien ses patients [rires] parfois les médecins se disent «oh elle vient tous les mois pour ça» (rires)

Interviewé E: et j'ai été voir deux, trois fois le médecin de garde (...) mais ça me dérange pas du tout d'aller voir quelqu'un d'autre tout en restant fidèle à mon médecin.

Gérer la perte de son médecin traitant:

Pour les patients très attachés à leur ancien médecin traitant la situation est délicate. Certains ont eu du mal à consulter à nouveau, à engager une nouvelle relation de confiance avec un autre médecin.

Le nouveau médecin est alors vu comme un "autre" avec lequel il faut recréer un lien, qui sera souvent comparé au vécu antérieur.

Interviewé L: Moi j'appelle toujours mon docteur traitant... Mon médecin ça fait au moins une vingtaine d'années que je le connais. (...) J'ai parfois du mal à voir un autre médecin. Moi j'habite la campagne.

Fille: "Là il part à la retraite donc elle a un attachement au Dr L."

C'est vrai qu'on est bien avec, on parle facilement... J'aime pas changer [rires].

Interviewé N: Mon généraliste il était rue St Fé et je le connaissais depuis 25 ans quoi et puis il a pris sa retraite il m'a dit «voilà quoi, moi j'ai personne à t'adresser!» son médecin ça dépasse un peu le rôle du médecin hein... on se connaissait depuis longtemps, on se faisait confiance quand il a dit ben je pars à la retraite il a fallu gamberger pendant quelques mois hein... (...) Donc cette catégorie-là de médecins se sont arrêtés et puis nous il a fallu qu'on...

Quand le médecin traitant ne correspond plus aux attentes:

Pour ceux qui étaient moins attachés à leur médecin traitant la transition est plus aisée. On ressent une forme de soulagement dans le discours, de quitter un fonctionnement qui ne convient plus. Parmi les éléments mentionnés: temps d'attente long, accès à la consultation difficile (parfois plusieurs semaines d'attente pour un rendez-vous), contact parfois froid.

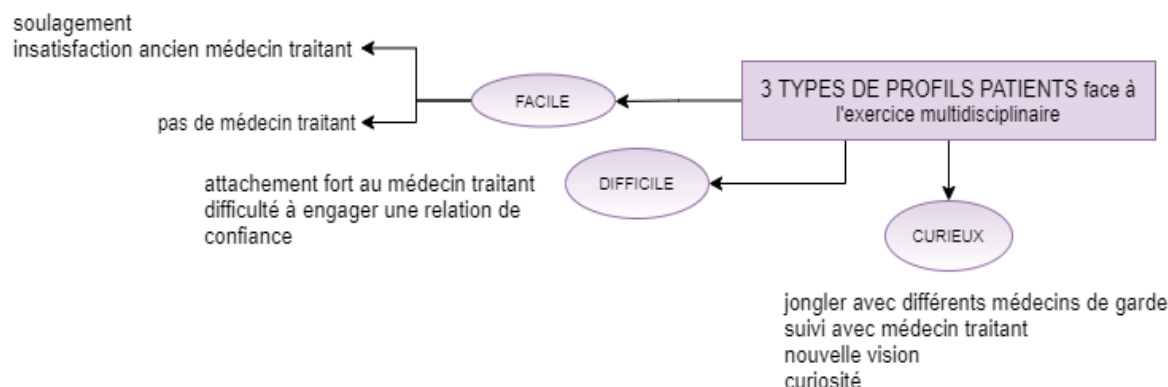
On constate selon l'article (5) des patients insatisfaits de la prise en charge de leur médecin généraliste (écoute, horaires) cherchant ainsi au sein de ces centres de soins non programmés une nouvelle vision, une nouvelle logistique.

Interviewé D: Par contre mon médecin traitant c'est pas comme ça, vous arrivez à 19h30 et vous passez à 22h ah c'est horrible! tandis qu'ici non non j'y pense même pas.

Interviewé E: J'y suis resté jusqu'à un moment où ça correspondait plus à mes attentes (...) Je pense que c'était un manque d'attention, un manque de curiosité, c'était un médecin qui n'avait malheureusement plus envie de savoir... (...)

Interviewé K: J'ai quitté mon ancien médecin parce que je trouvais... Je pense que les médecins qui finissent leur activité ils sont un peu débordés. J'avais essayé de joindre mon médecin traitant qui n'était pas disponible (...) j'étais venu en me disant que ça ne pouvait pas attendre une semaine un rendez-vous.

Tableau récapitulatif 4: Types de profils patients



PHRASES CHOCS

Certaines phrases marquent les patients. Elles restent en mémoire pendant des années parfois vingt, trente ans. Elles deviennent des citations auxquelles la personne se référera en évoquant son passé.

Annonce diagnostique:

Parmi celles-ci on trouve celles concernant les diagnostics importants de maladie: annonce de cancer, annonce d'opération chirurgicale avec les doutes et les craintes que ces affirmations suscitent.

Interviewé B [ayant souffert d'occlusion intestinale opérée à deux reprises]: Il m'a dit «Écoutez madame, nous faisons notre possible pour vous éviter l'opération». Je me suis dit «Bon!...», je me suis rendormie en me disant «Je suis entre de bonnes mains (...))»

Interviewé K [cancer de l'endomètre opéré]: Il m'a appelé de chez lui parce qu'il avait la grippe il m'a dit «Si tu veux je t'opère le 26! parce que... c'est grave!» et c'est là qu'il m'a dit «Tu as des métastases à l'endomètre» Ça, ça a été un coup de... de massue... et tous les docteurs que je connaissais sont venus me voir.

Méconnaissance de certaines fragilités :

D'autres font allusion à la sensation d'être perdus, de ne pas avoir trouvé la réponse ou l'écoute qu'ils espéraient, d'avoir vu leurs craintes se réactiver (10).

Interviewé I: Je crois aussi qu'il y a eu une réponse je lui ai dit «Et si je suis encore en crise qu'est-ce que je fais?», il m'a dit «Vous retournez à l'hôpital» ça m'a PFFIITT vous voyez?

Interviewé D: Le laboratoire m'avait dit «Rien dans les analyses mais vous manquez de fer.» Je lui ai demandé et il m'a dit «Non non ça va». Et après je suis allée chez mon médecin généraliste, je lui ai porté et il m'a dit «Oui oui le fer est bas» et il m'a donné un médicament (...) j'étais étonnée mais c'est vrai que je suis pas retournée tout de suite voir mon généraliste!

Quand le médecin ne prend pas de pincettes:

Certaines phrases font écho au vécu de la personne: certaines sont prises avec légèreté et d'autres sont parfois vécues comme des critiques personnelles.

Interviewé C (en parlant de son ancien médecin traitant): Mais il m'avait dit «R, si tu commences à faire le con, je vais te mettre à l'insuline». Je lui ai dit «Maintenant on bringue, qu'est-ce que tu veux que je te dise...»

Interviewé G [en parlant de son mari] : Il y a quelques années je lui donnais un peu de Xanax. Il le savait pas parce qu'on avait un ami qui était oto-rhino, qui s'est suicidé il y a 20-30ans et il me disait «il est trop nerveux il faut qu'il prenne du Xanax!» mais lui, il voulait pas le prendre alors je le mettais dans la tisane le matin! [rires] (...) il me disait toujours «il est insoignable lui!» c'est vrai! [insistance]

Interviewé K: Quand j'ai revu l'autre médecin à un moment elle m'a demandé «Mais qui est votre médecin référent?» et j'ai dit «Ben vous!» du coup je me suis dit que j'avais peut-être outrepassé, je sais pas!... [silence]

Citations de vie :

Certaines phrases deviennent une source d'inspiration au quotidien:

Interviewé M: «Vaut mieux faire les choses doucement» comme disait mon médecin, «on peut pas aller contre l'être humain.»

RELATIF AU SYSTEME MEDICAL

SUIVI

La nécessité de suivi:

La majorité des patients sont à la recherche d'un suivi médical.

Certains ont du mal à trouver un médecin qui "inscrit" encore des patients dans sa patientèle ; ils essaient d'avoir une recommandation par leur médecin traitant ou par la pharmacie. Pour les plus courageux, ils pousseront la porte du cabinet afin de découvrir s'il est possible d'être inscrit dans une patientèle.

Interviewé L: Il aura sans doute un successeur mais à 75 ans... je sais pas si il y a beaucoup de docteurs qui prennent de nouveaux patients, il y en a trop...

Interviewé N: Il y a toute une génération de généralistes qui part à la retraite et qui ne sont pas remplacés, et les gens qui se retrouvent sans [médecin traitant]... notamment nous, notre génération, plus âgés qui sont suivis...

Pour ceux dont le médecin traitant exerce dans la permanence médicale, ils chercheront avant tout à réaliser un suivi avec celui-ci. Selon l'article (15), les médecins exerçants dans des centres de soin non programmé décrivent des prises en

charges présentant plus de risque, en lien avec un manque de connaissance des patients et de leurs fragilités. Il paraît donc adapté de chercher l'avis d'un médecin que l'on connaît et qui a accès au dossier médical.

Interviewé E: Pour moi la notion de suivi par son médecin est quand même importante mais de temps en temps s'il faut faire différemment on fait différemment.

Interviewé M: Non je suis très bien suivie rien à dire. Je mens pas, c'est clair net et précis. Je changerais pas pour tout l'or du monde... Non mais c'est vrai! [insistance] parce que on se sent à l'aise.

Interviewé N: Je connais les horaires donc à priori si c'est un moment où mon médecin est pas là je vais descendre... sinon je vais essayer d'avoir un rendez-vous avec le médecin qui me suit (...) ça c'est la priorité!

Organiser son suivi en permanence médicale:

Ils se retrouvent alors malheureusement dans un système complexe à maîtriser, horaires de consultation, jours de présence...

Sentiment probablement exacerbé par la logistique d'un centre de grande ampleur : temps d'attente parfois longs sur place et incohérences au niveau de la prise de rendez-vous, site internet, secrétariat téléphonique délocalisé, informations contradictoires...

Interviewé I: Je suis revenue parce que j'avais besoin d'avoir un médecin traitant, d'avoir confiance et d'avoir un certain dialogue, un certain suivi. J'ai senti que vous étiez complémentaires, disponibles et si j'avais été moins bête j'aurais pris les jours, les noms, les numéros de téléphone mais je crois que j'étais un peu confuse, j'étais vraiment fatiguée.

Interviewé K: Moi c'est vrai que je suis un petit peu déroutée, je me dis jusqu'où va le partage entre ces médecins? (...) quand on voit un médecin comme ça qui n'est pas notre médecin traitant (...) c'est sûr qu'on établit un lien aussi mais après le suivi on retourne chez l'autre ou... C'est ça que je sais pas par exemple...

RELATIF AUX TRANSPORTS

Réassurance par la proximité:

Certains patients habitant le secteur se sentent rassurés par leur proximité au centre. Ils pourront venir à condition qu'ils puissent se déplacer.

Interviewé A: Alors, c'est qu'il faut se déplacer dans un centre, moi j'ai de la chance c'est qu'il est pas très loin (...)

Interviewé M: Si je peux marcher je viendrai à la permanence, tandis que là je ne pouvais pas marcher. chaque fois je me dis heureusement qu'il y a un cabinet juste en face.

Mais est-ce qu'un médecin pourra se déplacer?

On retrouve néanmoins l'inquiétude concernant l'absence de visites à domicile. Comment faire en cas de problème de santé aigu si on ne peut pas se déplacer? Ceci suscite de nombreuses craintes.

Interviewé G: Il n'y a pas un médecin qui se déplace le dimanche? (...) Venir oui je sais, mais parfois le week-end on a besoin que quelqu'un se déplace. Ça, c'est pas possible...

Certains patients n'envisagent pas l'absence de visites à domicile à l'avenir et espèrent que le centre évoluera.

Interviewé I: Ah oui l'absence de visite aussi mais c'est la faute à qui? C'est la faute à personne! c'est la structure qui est comme ça. La visite à domicile je sais pas comment vous allez la voir à l'avenir mais pour moi ça aurait enlevé je sais pas combien de... d'inquiétude (...)

Interviewé L: Fille: "A terme ça serait bien que les médecins de ce type de cabinets se déplacent pour les problèmes urgents des patients qui ont des difficultés pour se déplacer..."

Le travail à l'ancienne:

L'ancien médecin traitant est perçu comme celui qui faisait le "travail à l'ancienne", qui était proche de ses patients et se déplaçait en cas d'urgence, finissant parfois très tard le soir.

Interviewé H: J'avais le Dr R. pendant des années, il venait à domicile lui! Il venait quand je tombais, je suis tombée plusieurs fois. Il m'auscultait et il me donnait des médicaments et tout. "Pour vous c'est indispensable d'avoir un médecin qui se déplace?" Oui oui... (...) Ah oui quand on peut pas marcher, il faut! obligé!

Interviewé G: (...) et puis même maintenant il me téléphone, il me dit «Tu as besoin de quelque chose?» Je lui dis «Non non! Ça va!» Il est toujours présent quand même, si j'ai besoin je sais que je peux lui téléphoner.

Une étude récente (18) au Royaume-Uni présente des avancées pertinentes: il s'agit d'une collaboration médecin généraliste/infirmière dans le contexte de soin non programmé. Un patient présentant un problème de santé aigu et étant dans l'impossibilité de se déplacer fait appel à un médecin de garde qui demande à une infirmière (ayant reçu une formation supplémentaire et ayant au minimum 10 ans d'expérience «Advanced Nurse Practitioners, ANP») de réaliser une visite à domicile. Le patient sera pris en charge à son domicile dans un délai court et l'infirmière prendra l'avis du médecin généraliste si besoin. Les retours des patients ayant participé à l'étude sont positifs; aucune critique n'est émise sur le système hormis le fait que celui-ci perdure à l'avenir ou soit saturé. Ceci permettrait de réduire le pourcentage de visites de 60%, de réduire la charge du médecin de garde et d'améliorer la prise en charge des patients.

Ce concept est intéressant et permettrait de répondre à la demande et aux inquiétudes des personnes âgées sans alourdir la charge de travail des médecins généralistes. Le décret n°2019-835 du 12 août 2019 et la création d'IPA «Infirmier en pratique avancée» pourrait permettre la transposition de ce concept en France (19).

SOS MEDECIN

Les numéros d'urgence:

Les demandes de consultation en situation d'urgence connues et maîtrisées sont l'appel du 15 et SOS médecins.

Interviewé B: Mon médecin était toujours très présente sauf le jour où j'ai appelé et il n'y avait personne. Alors là, dans ces cas là, ben il y a le 15 hein! et ça marche très bien le 15!

Interviewé E: Moi pendant très très longtemps, je n'ai été soigné que par SOS médecin et ça marchait très très bien. (...) C'était pratique, vous appeliez, ils venaient.

Freins à l'utilisation des numéros d'urgence:

Certains patients évoquent des freins à l'utilisation des numéros d'urgence notamment en raison du contexte de saturation des services tels que SOS médecins avec de l'attente qui peut aller jusqu'à plusieurs heures voire des refus catégoriques en s'entendant dire «non le médecin ne pourra pas se déplacer».

Interviewé A: Donc ça correspond à une demande, parce que avant, on faisait SOS médecin et ils arrivaient. C'est fini ce temps là.

Interviewé I: J'étais obligée d'ailleurs d'appeler SOS médecins qui sont ni mieux ni bien etc puis partir aux urgences, surtout dans les conditions actuelles de COVID ça m'a pas reconforté (...) j'ai fait venir deux fois SOS médecin mais je me suis pas sentie confortée par toutes ces personnes (...)

DEGRE DE COMPETENCE

Il est évoqué dans 11 entretiens: tous les retours sont positifs, aucun critique n'est émise. La prise en charge médicale est évaluée par le patient : on évoque les diagnostics, les techniques mises en œuvre (outils), la rédaction d'ordonnances.

L'âge du médecin comme déterminant:

Les jeunes médecins paraissent curieux, sont décrits parfois comme ayant des prises en charges plus complexes en comparaison avec «l'ancienne génération» qui «envoyait plus facilement au médecin spécialiste». On se sent alors en confiance du fait d'avoir un médecin compétent. «Il cherche la cause, je me sens alors en sécurité.»

Interviewé K: Ce qui m'attirait c'était le côté 7 jours sur 7 et puis les jeunes. Alors les jeunes (...) sont peut-être plus au fait de certaines nouveautés, moi ça me faisait plus confiance.(...) je me suis sentie en confiance avec tous les examens, je me suis dit «on recherche la cause» et si on trouve quelque chose tant pis mais je me suis sentie en confiance.

Évocation de l'alliance thérapeutique:

La participation à la prise en charge est évoquée. Il s'agit d'un cercle vertueux: confiance partagée entre le patient et son médecin et bienveillance de la part du médecin lui-même renforçant alors la confiance qu'un patient éprouve envers son médecin (5).

Interviewé G: Non il faut se mettre à la place du médecin, il a fait des études, il connaît la pathologie, mais si on le met pas sur la voie il ne peut pas la trouver.

Modification des habitudes:

Le patient accepte la vision du médecin qui peut aller à l'encontre de ses habitudes ou de ses principes. Il aime parfois être dérangé dans sa routine; une nouvelle consultation sera l'occasion de faire le point, de revoir les indications ou les bien-fondés de certaines thérapeutiques. On ouvre alors d'autres portes, d'autres perspectives; on apprend à faire les choses différemment avec un nouveau regard.

Interviewé I: Le monsieur qui m'a dit que mon médicament il ne voulait plus me le prescrire et m'en a prescrit un autre et bien je dois dire qu'il a très bien fait [rires] parce que je dors aussi bien avec ce qu'il m'a donné et je vais même peut-être essayer de passer à autre chose.

Réseau de professionnels:

La collaboration entre professionnels est vue comme un pilier à la relation de confiance:

Interviewé I: [en parlant de son ancien médecin traitant]: Il aime bien qu'on aille voir les spécialistes avec lesquels il a l'habitude de travailler et moi j'avais un ORL que je trouvais bien mais c'est vrai qu'il m'a envoyé voir celui qu'il connaissait et il m'a fait un examen plus approfondi aussi!

Fidélisation de la patientèle:

La compétence contribue au bien-être et fidélisation de la patientèle:

Interviewé A: Tout le monde fait bien son boulot, si je reviens c'est parce que je pense que c'est bien.

PARTICIPATION A LA PRISE EN CHARGE

La participation à la prise en charge est un concept relativement "récent" qui s'intitule "la décision médicale partagée" (10).

Autrefois on allait voir son médecin, on attendait qu'il nous communique son savoir sur un sujet, sur des résultats et on le laissait prendre les décisions en lui faisant entièrement confiance.

Le médecin, détenteur du savoir:

On remarque que certaines personnes restent dans ce schéma (6 patients sur 14). Pour expliquer ceci: l'habitude à un type de raisonnement et le manque d'accès à l'information (accès internet). La télévision est le seul relais de l'information médicale qui est contesté parce que pouvant contenir des informations publicitaires.

Interviewé F: Il a écouté ce que je lui ai raconté, il a tout de suite vu, il m'a donné des explications, voilà: «Je vais faire ceci, cela».

Interviewé G: C'est sûr que si je prends une analyse il y a beaucoup de choses que j'arrive pas à comprendre, alors je me fais expliquer on me dit «Non, ça c'est rien, laissez de côté» parce que tous ces médicaments qu'on vous fait la publicité, il faut se méfier vous savez, c'est pas des médicaments miracles.

Le partage d'avis:

Pour les autres (8 patients sur 14), le savoir est maintenant partagé. La population est de mieux en mieux informée sur le plan de la santé et veut prendre part à la consultation. Les décisions médicales seront alors l'union d'un médecin et de son patient. On ne décide plus pour le patient, il a une responsabilité dans le parcours de soin. Il s'agit alors de respecter son choix, de le faire "adhérer" à la décision médicale et si désaccord il y a, de le prendre en compte évidemment.

Interviewé E: J'aime qu'on me demande mon avis et si on me le demande pas et que j'ai envie de lui donner, je le donne. [rires]

Interviewé J: Je comprends pas tout comme vous bien sûr mais j'avais vu les gamma GT ce genre de choses... J'ai jamais voulu qu'on me passe du sang par contre comme il y avait le sida...

Interviewé N: J'avais l'impression d'être un peu considéré comme «Bon voilà, cause toujours mais moi je suis médecin!» (...) j'interrogeais quand même sur pourquoi cette direction tout ça, j'avais l'impression que ça lui plaisait pas beaucoup, qu'il avait pas trop l'habitude de ce genre de trucs (...)

Éducation thérapeutique:

Il ne s'agit plus de «délivrer des remèdes» uniquement mais aussi d'éduquer son patient (8). On aborde une nouvelle forme de consultation, moins attachée à l'examen clinique et la prescription de médicaments et tournée vers une compréhension de ses propres mécanismes, une discussion partagée.

Interviewé A: Je pose mes questions mais j'ai eu mes réponses... Ah, il faut que je change un petit peu mon alimentation, que je boive un peu plus d'eau... disons c'est un apport, une satisfaction.

Il se sent décisionnaire et peut alors changer de cap, voire annuler des examens qui ont été prescrits s'ils ne lui paraissent pas "pertinents".

Interviewé C: Les ordonnances, c'est très bien, j'ai fait tous mes examens. Par contre, j'ai annulé la radio pour la hanche, ils m'ont reporté mais ça sert à rien. J'ai pas de douleur... c'est passé.

On remarque aussi une volonté de comprendre : quel médicament pour quelle indication.

Interviewé A: Non mais des instructions plus claires, c'est ce qui me manque... pour une pommade par exemple, une application où déjà? parce que nous dans le temps, c'était écrit! [rires]

RAPPORT A LA SANTE ET A LA MALADIE

Inventaire des pathologies rencontrées:

Parmi les problèmes de santé évoqués on trouvera:

- le diabète:

Interviewé C: (...) Maintenant que j'ai le diabète qui a baissé, je me sens bien, et puis je mange normalement. (...) Bon, c'était compliqué, avec mon diabète au début et moi aussi, je faisais pas attention...

- l'hypertension artérielle:

Interviewé H: Pour la tension déjà, pour l'épaule et pour marquer les médicaments.. Et pour me peser [rires]

- les rhumatismes:

Interviewé J: (...) j'ai fait 4 cures pour mes rhumatismes pour ma maladie de DUPUYTREN (...) et c'est vrai que les cures ça vous fait du bien 1 mois 2 mois après c'est fini.

- les problèmes d'ordre urologique:

Interviewé L: J'avais une infection urinaire. (...) Je ne pouvais pas attendre, et puis j'étais vraiment gênée... il fallait que ça parte vite... (...) ça m'arrive, c'est de famille les infections urinaires... mon père il avait assez jeune des problèmes de vessie, il avait du sang dans ses urines aussi et comme moi il était atteint de la maladie de CHARCOT aussi...

- les troubles du sommeil

Interviewé I: J'étais pas malade, je faisais juste du renouvellement des produits pour dormir, aller aux toilettes etc ben ça présentait pas de difficulté majeure.

- la petite traumatologie:

Interviewé F: J'avais une douleur tout au bout d'un doigt et je ne comprenais pas de quoi il s'agissait. Quand on appuyait dessus ça faisait mal on sentait qu'il y avait quelque chose dedans mais à l'œil nu on ne voyait rien du tout. Donc c'est pour ça que j'ai choisi d'aller là bas. (...)

En accord avec la littérature (4), on constate des motifs de consultation concernant des pathologies courantes. On constatera néanmoins des motifs concernant des pathologies chroniques sans réel facteur de décompensation, destinés à être prises en charge avec le médecin traitant.

Événements traumatiques:

Certains problèmes de santé laissent une trace dans la personnalité de chacun, une forme de stress post-traumatique: grand-prématuré, accident, agression...

Interviewé E: D'autant que moi j'ai été entre la vie et la mort pendant à peu près un an. J'étais prématuré et pendant ma première année de vie j'étais 15 jours à la maison, 15 jours à l'hôpital... Et à cette époque-là il n'y avait que des hôpitaux avec des bonnes sœurs et puis à hauteur de mes 1 an il y a la bonne sœur qui a dit à mes parents «Écoutez à priori, le bon dieu n'en veut pas et le diable en a peur il devrait vivre!» et je suis toujours là...

Interviewé I: Quand j'ai passé presque 3 ans handicapée par ces chutes, je ne pouvais plus marcher, j'étais abandonnée. Abandonnée de moi-même. Je n'avais que la solution de faire ce qu'on me disait.

Interviewé J: J'ai toutes les marques de l'arabe qui m'avait... Il m'a tiré sur 40 mètres, il m'a cassé 2 côtes, l'ilio-pubien et le genou. (...) j'avais un sac qu'il m'a pris et comme j'ai pas lâché il m'a tiré sur 40 mètres heureusement qu'il y avait le bar ils se sont tous mis comme ça, mais je suis allée porter plainte, seulement c'était au faciès, c'est tous les mêmes hein! Je pouvais pas travailler parce que je pouvais pas marcher! Je suis restée 3 mois avec les béquilles! tout ce côté j'étais... Ça a jamais été reconnu par l'administration parce que c'était mon jour de repos! quand je suis allée me présenter à l'administration parce que c'est des vaches! il m'a dit (parce que je suis divorcée) il m'a dit «C'est peut-être votre mari qui vous a frappé!» j'ai dit «pétard il était peut-être mauvais mon mari mais il m'aurait pas mis dans un état pareil!»

Évocation des déserts médicaux:

Le système de santé «à la française» est souligné avec son accès au soin qui, dans les Bouches-du-Rhône, est particulièrement développé. Selon l'article (6) la région PACA se différencie par une très forte concentration de médecins en zone urbaine (82%).

Interviewé N: D'ailleurs quand j'entends des gens dans d'autres régions, c'est pas comme ça hein! Nous on n'a pas à se plaindre niveau possibilité de rendez-vous....

Apport du centre médical en cas d'urgence:

On remarque que la consultation est décalée, même dans une situation d'urgence, pour voir son propre médecin ou éviter de se rendre à l'hôpital. Le centre médical paraît salvateur puisque, en cas d'urgence, on pourra trouver quelqu'un de disponible sans avoir à faire le 15 ou à appeler SOS médecin.

Interviewé C: Je suis jamais allé aux urgences pour un problème médical. La dernière fois j'ai eu l'accident c'est tombé un samedi, je suis venu lundi au médecin. Les pompiers sont venus et ont voulu m'envoyer aux urgences, ils m'ont dit «Vous allez attendre 4 heures», j'ai pas voulu. Je suis rentré chez moi me reposer, lundi je suis allé consulter. J'ai pas voulu consulter, j'avais rien de cassé, c'était douloureux mais j'ai attendu.

Interviewé J: Bon, j'aurais du rentrer à l'hôpital mais comme je venais de perdre mon père...

L'occasion de découvrir le centre:

On profite parfois d'un problème de santé mineur pour prendre contact avec le centre médical, ce qui permet de se mettre en confiance. En cas de problème plus sérieux, on sera alors en terrain familier avec moins de craintes à se rendre au centre médical.

Interviewé A: J'étais venu(e) pour un petit truc, je me suis dit je vais voir le centre. J'avais 10 jours avant mon opération [de la hanche] et on m'a dit que ça n'allait pas pour le vaccin [COVID-19].

Interviewé N: Un jour je suis venu voir comment ça fonctionnait et puis je suis tombé sur un médecin qui m'a expliqué (...) j'étais venu en repérage.. j'étais venu voir comment ça fonctionnait.

RAPPORT A L'HÔPITAL

Un souvenir désagréable:

Le rapport à l'hôpital est mitigé pour la plupart des patients. Les expériences ne sont pas positives.

Interviewé C: Ouais parce que les urgences, j'y suis allé il y a à peu près 9 ans à la Conception, j'avais un abcès. (...) ils m'ont gardé 2 ou 3 heures, ils m'ont donné des cachets ça m'a rien fait. Mais attendez, vous pouvez crever aux urgences! Il y a pas de dentiste, ça sert à rien d'aller aux urgences, on te fait rien!

On se souvient, enfant, des conditions inhumaines de prise en charge de certaines pathologies.

Interviewé J: J'ai jamais eu d'appréhension mais petite oui! Parce que quand j'étais petite on m'avait opéré des amygdales, on vous rentrait le ciseau comme ça sans endormir sans rien alors on vous attachait sur une chaise j'avais 6 ans (...) Mais alors là quand je revois ce ciseau... c'était quand même bizarre à cette époque... et vous aviez cette serviette pleine de sang ça avait une drôle d'odeur en plus et j'étais deuxième j'avais vu la première qui était passé(e) comme ça...

Un adressage du médecin généraliste indispensable:

On attend du médecin généraliste qu'il nous adresse aux urgences, comme si on redoutait ce passage obligé pourtant, concernant certaines pathologies.

*Interviewé L: Fille: "Moi je vais pas facilement aux urgences, il faut que ce soit le médecin qui nous dise d'y aller. Parfois il y a des gestes que le médecin traitant peut faire, les sutures et tout ça, donc pourquoi aller engorger les urgences alors que le médecin peut remplir le rôle?"
Moi quand j'étais allée le voir et que j'étais tombée, il m'avait envoyé passer les radios à l'hôpital. Pour nous, les urgences c'est pas à côté non plus, c'est à 25km.*

Interviewé M: La dernière fois que j'ai été hospitalisée j'y suis allée à 13h et j'ai été reçue à 20h10 aux urgences avant de voir un médecin, parce que je m'étais cassée le tibia et la malléole. Le temps d'attente était trop long et j'avais mal. J'étais assise sur une chaise! [insistance] Ce sont les pompiers qui m'ont amené. J'ai appelé mon médecin il m'a dit «F, s'il y a cassure, moi je ne peux rien faire donc appelez vite les pompiers.»

On a peur d'être isolé, de ne pas comprendre.

Interviewé A : Aux urgences, on arrive rapidement, et puis après on attend. Et puis comme vous arrivez aux urgences toute seule, on peut pas dire...

Vision positive du milieu hospitalier:

Pour certains le rapport est plus simple. On sait alors quelle pathologie peut être prise en charge en médecine de ville et on n'hésitera pas à faire appel à l'hôpital en cas de nécessité.

Interviewé H: La dernière fois je suis tombée à la maison chez moi j'étais seule. Et doucement doucement je suis allée chercher le téléphone, j'ai appelé ma fille et elle m'a envoyé les pompiers. Et après j'étais à l'hôpital. C'était pas cassé mais la douleur y était.

Interviewé J: Justement quand je suis allée à Nord voir le Pr G. pour mon œil qui coulait, il a du m'opérer. Je voulais voir comment ça se passait alors il m'a donné la glace [rires] et il m'a dit si vous voulez vous voir je vous la mets là!

Récit d'une aventure hospitalière:

Un patient a eu une expérience particulièrement pénible avec le milieu hospitalier (*interviewé N*). Il s'agit pourtant d'un ancien infirmier connaissant bien le circuit, ce qui l'a probablement aidé à résoudre certains blocages.

Il a présenté une diplopie soudaine. Inquiet de risquer de présenter un AVC, il compose le 15.

Le système des urgences c'est compliqué... La seule fois où je pense je serais pas venu ici c'est par rapport à ma diplopie soudaine et là je me suis dit «il y a un problème il faut appeler le 15.»

Les pompiers se rendent sur place: son état clinique était stable et en dehors de la diplopie, pas d'autre symptôme. Ils lui proposent alors de se rendre à l'hôpital Nord (sachant que celui-ci dépendait de son secteur). Il refuse en disant qu'il connaît le circuit et que la «Neuro, ça se passe à la Timone.»

(...) sont arrivés les pompiers, j'allais pas si mal que ça... «On nous a dit, on vous emmène à Nord» je leur ai dit «Je vais pas à nord, écoutez c'est comme ça! Je prends ma bagnole et j'y vais [rires]» donc j'ai dit à ma femme «Allez ça va, je suis plus près de la Timone, je vais faire un circuit, je vais rester à Nord» (...) et donc du coup ils ont quand même appelé le médecin régulateur en disant que je venais par mes propres moyens. Je suis arrivé à la Timone et j'étais assez bien pris en charge tout de suite!

Arrivé à l'hôpital il est rapidement pris en charge (hors filière Stroke Center) mais s'en découle un dédale de prise en charge neurologique aux urgences. Son scanner cérébral a été réalisé rapidement et il doit maintenant attendre l'IRM. Il attendra jusqu'au lendemain midi (arrivé l'après-midi de la veille) sans avoir réalisé l'IRM, à jeun, sur un brancard. Il perd patience. Il demande justification au personnel sur place expliquant ainsi qu'il est un ancien infirmier. Il finira par avoir une IRM dans l'heure en témoignant par vidéo, à la demande du personnel, des dysfonctionnements de l'hôpital.

Je suis allé voir une infirmière je lui ai dit «Je suis un ancien collègue tout ça, qu'est-ce que c'est que ce trafic que vous faites? il y a tout le monde qui passe» et du coup, tout s'est débloqué d'un coup [rires] là aussi je suis tombé dans un sketch! Ils étaient en grève, ils sont venus me faire une vidéo pour montrer les dysfonctionnements des urgences, pour m'interviewer. Donc d'un seul coup je me suis retrouvé sur un chariot avec une infirmière un médecin machin je suis monté immédiatement à l'IRM, le mec de l'IRM il m'a dit «Ben on foutait rien quoi» Je serais monté à pied faire l'IRM il le faisait hein, donc j'ai attendu pour que dalle!

Il faut ensuite prendre l'avis de l'ophtalmologue mais il est trop tard, l'ophtalmologue n'est plus présent à la Timone et il faut se rendre à Nord, où le matériel est défectueux. A la suite de cette consultation il faudra retourner à la Timone (attendre les ambulances pendant plus d'une heure) et repasser par la zone d'attente.

L'Ophthalmo il avait fermé il était 16h30 et il fallait monter à nord! Ambulance! J'arrive à nord là bas c'est 20h, j'étais à l'hôpital depuis la veille pas manger pas rien, j'arrive à l'Ophthalmo l'appareil il marche pas [rires soutenus] Elle m'a dit il y a pas de soucis je vais remonter à l'étage! c'est terrifiant le soir! silence total on monte à l'étage, elle me fait l'examen et me dit bon l'ambulance va venir vous rechercher, pour vous emmener à la Timone. Là je commence à craquer, l'ambulance je l'ai attendu une heure.

Ce n'est plus possible pour lui. Il en parle au senior sur place qui finira par lui fournir son plateau repas.

On descend à la Timone, à la Timone il fallait refaire le circuit comme si j'étais sortant, rentrant, là j'ai dit «Non non c'est pas possible» en connaissant un peu et en étant du métier on y arrive mais en étant un autre... J'ai un peu craqué et j'ai eu un senior qui m'a dit «Je vous donne à manger» il m'a donné son plateau et j'ai dit «Là je m'en vais à pied, là c'est fini» en plus ils savaient pas trop.

Il refuse alors l'hospitalisation de principe expliquant qu'il sera pris en charge rapidement par ses médecins habituels ophtalmologue, cardiologue et médecin traitant.

SI!!! Ils voulaient me foutre... Ils voulaient me faire une angiographie je sais pas quoi [rires] il m'a dit «On vous a réservé une chambre au 12e» [rires] J'ai dit «Non non non! là je m'en vais il y a rien» et puis après j'ai été voir mon cardiologue, j'ai surtout été voir l'Ophthalmo qui m'a dit c'est un problème de convergence ça va passer et puis un mois après ça avait passé.

Il en garde une expérience amère bien que le dénouement soit très positif concernant son état de santé.

RELATIF AU VECU

LE PATIENT EN TANT QUE PERSONNE

Des personnalités tranchées:

Certains aspects de la personnalité sont évoqués de façon très libre. On devient alors très critique sur ses réactions, son comportement, ses convictions. Pas d'excuse ou de volonté de changement mais une justification de ses propres automatismes. «Je vous explique comment je vois les choses, comment je fais les choses.»

L'une est critique:

Interviewé A : Avant j'étais comptable puis j'ai fini contrôleur de gestion à l'hôpital public de Marseille. [rires] toujours en train de critiquer [rires] c'est que j'étais payée pour dire ce qui n'allait pas [rires] (...) mais je me suis jamais affolée par rapport au médecin parce que j'étais dans le milieu médical! j'allais les voir hein!

L'autre est curieux:

Interviewé E [en évoquant la salle d'attente et la personnalité du médecin]: D'un ordre général, je ne m'ennuie jamais et au pire je regarde les gens c'est toujours intéressant.(...) vu que je suis quelqu'un de curieux (...) si je suis face à quelqu'un de totalement différent, voire de bizarre, et ça, ça m'arrivait souvent dans ma carrière professionnelle, au contraire la personne peut m'intéresser. A la limite si la personne est trop lisse, c'est pas ce qui va me passionner.(...) C'est pour ça qu'on est ensemble à parler. Pour moi il est important que vous finissiez vos études, moi, l'autre m'intéresse. Vous pouvez pas vous imaginer le nombre de personnes que j'accompagne. (...) je n'ai pas fait que des choses bien dans ma vie, j'ai des travers, euh... je peux aborder mes travers sans que ça me pose un problème particulier.(...)

Des personnalités discrètes ou affirmées:

On retrouve aussi des personnalités très discrètes, pour lesquelles s'exprimer est difficile (pudeur ou barrière de langue), il faut alors chercher l'information, questionner, requestionner, mettre en confiance pour faire parler l'autre:

*Interviewé H: «Y a-t-il des points négatifs?» Non
«Pourtant vous avez eu des expériences qui ne sont pas forcément super? Et quand même vous avez des commentaires qui sont quand même positifs.» Je dis ma foi , quand on est obligé, on n'a pas d'autre choix.
«Ça c'est la résilience aussi» Oui oui, c'est ma personnalité (...) Je veux pas faire des histoires...*

D'autres au contraire sont plus affirmés, ont une personnalité plus marquée. Si quelque chose les gêne, ils n'hésiteront pas à en faire part. Le rapport au médecin est plus direct. Le patient n'aura alors aucune crainte de dire son ressenti ou de faire valoir ses opinions. Si quelque chose va mal, le médecin en sera informé.

Interviewé C: Moi j'aime ou j'aime pas, je suis comme ça. (...) Si j'ai quelque chose à dire, je suis capable de le dire. Je vais pas le garder, parce que moi il faut que ça sorte naturellement. Moi je suis pas un hypocrite! Devant ça va et par derrière [rires] beaucoup de gens sont comme ça, mais malheureusement, on change pas le monde...

Ce qui n'est pas le cas pour des personnalités plus effacées ou plus fragiles avec lesquelles il faut tâtonner pour savoir ce qui convient. Quand arrivera un problème, une incompréhension ou une déception, le médecin n'en sera malheureusement pas informé; le patient n'ira tout simplement plus le voir en consultation.

Interviewé H: Là par contre l'autre médecin Oh la la... excusez-moi mais franchement... Je lui ai dit «mais vous regardez pas le dos» comment qu'il était, il avait toutes les couleurs. C'est pas possible c'est pas normal. Et il y avait des cachets, des forts, ma fille elle m'a dit «non tu prends pas ça!» et après j'ai attendu de revoir mon médecin. (...) «Par rapport au problème avec l'autre médecin vous avez pu lui dire?» Ben je lui ai dit, «vous m'auscultez pas?» Je me suis dit, ah non c'est pas un médecin. Je l'ai plus revu. Ne lui dites pas [rires]

Les anciens professionnels de santé :

Certaines personnes ayant travaillé dans le milieu de la santé verront le cabinet, les locaux, la logistique à travers leur propre spectre. Elles ne sont alors plus spectatrices de leur accueil ou de leur consultation. Elles ont un avis et aiment le communiquer. Le rapport médecin-patient est modifié du fait de leur expérience professionnelle; elles s'identifient au médecin et peuvent le comprendre en cas de difficulté.

Interviewé K: enfin moi je suis une ancienne assistante sociale, d'ailleurs je me suis déjà fait braquée au pistolet au travail donc ce que j'avais envie de vous dire déjà le B.A.BA c'est d'être toujours plus proche de la sortie que la personne que vous recevez [rires] Il ne faut jamais être là [montre une place loin de la porte] parce que la personne elle pourrait vous empêcher de sortir. (...) J'ai travaillé en tant qu'assistante sociale pour le conseil général et je recevais aussi le tout-venant et on avait des gens qui sautaient sur le bureau (...) c'est pour ça que j'ai pensé au problème de clé et j'ai vu qu'il y avait des caméras.

Elles comprennent alors parfaitement le circuit et ne se plaindront que rarement du temps d'attente ou des problèmes que le médecin peut rencontrer, informatiques ou logistiques.

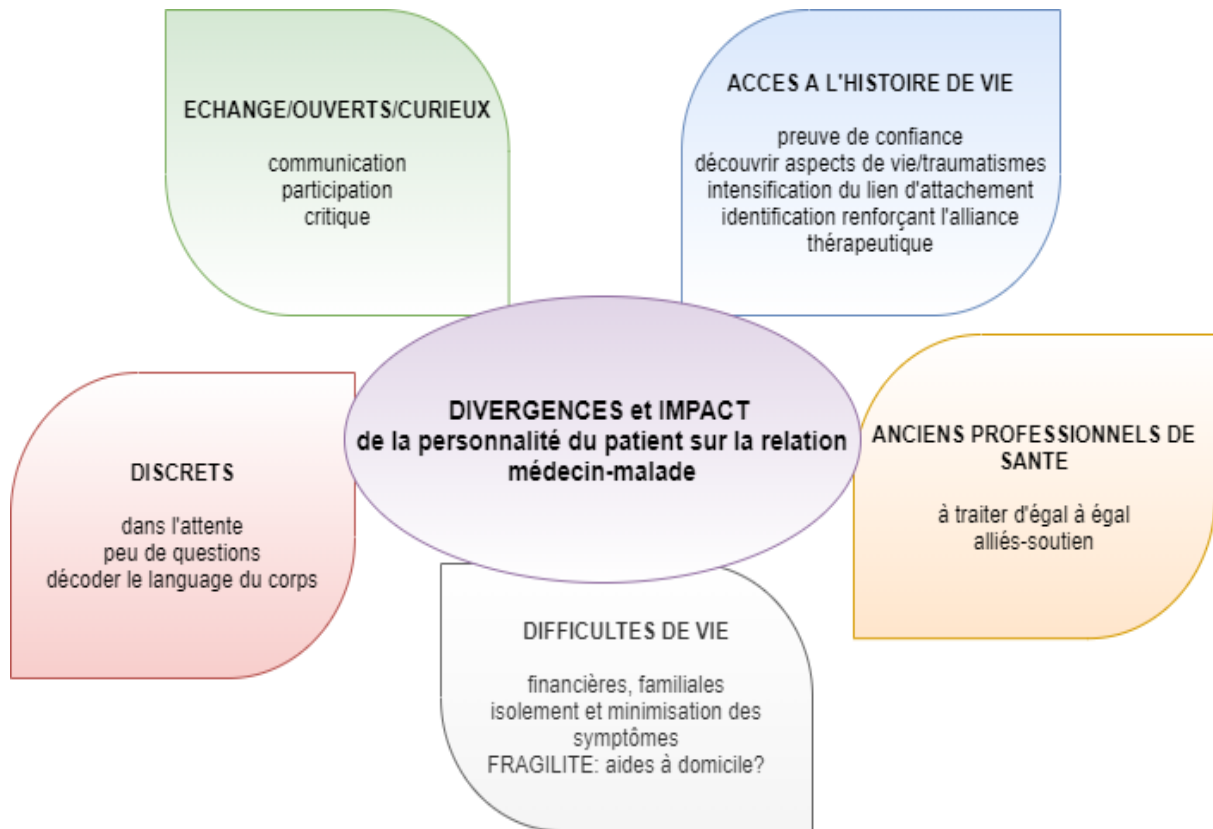
Interviewé N: par contre pour prendre un rendez-vous, court-circuiter ou aller au plus près je pense que ça aide un peu quand même... moi j'ai suffisamment emmené les patients et fait la queue dans les endroits pour savoir qu'à un moment donné il vaut mieux aller voir celle-là que celle-là quoi (...)

Elles ont des capacités d'analyse qui leur permettent d'intervenir en cas de tension dans la salle d'attente ou de conflit. Elles deviennent un soutien au médecin présent et peuvent décoder des comportements dont elles ont été témoin: recadrer quelqu'un dans la salle d'attente qui gêne les autres patients, réorienter un patient en situation de détresse rapidement ou encore expliquer les conditions de passage.

Interviewé K: il y avait une dame, elle parlait fort au téléphone elle avait enlevé son masque (...) et moi je me suis dit quand même dans un cabinet médical ça se fait pas!! elle m'a demandé je lui ai dit «si si ça me dérange» j'ai fait exprès, elle en revenait pas [rires] (...) il y a eu son fils qui l'a appelé, elle lui dit «je vais devoir arrêter tu te rends compte? il y a une dame que ça dérange!» [rires] alors je me suis dit ça c'est fait! parce que même s'il y avait pas eu l'histoire du masque! faire du bruit comme ça alors qu'il y a des gens qui attendent je trouve que c'est un manque de respect!

Interviewé N: (...) La femme qui est venue ici pour son problème de cœur, elle aurait jamais du se retrouver ici hein! (...) C'est vrai qu'elle était un peu atypique et qu'elle pouvait faire illusion de quelque chose mais le pharmacien il n'avait pas à se préoccuper de ça, il l'assoit sur la chaise, il appelle les pompiers et c'est vite vu hein. (...) Cette personne est arrivée, essouffée, pas très cohérente en disant (...) «J'ai mal là [en montrant son cœur]» on a dit «Écoutez, le médecin est en consultation» c'est vrai que j'allais pas frapper aux portes en disant il y a quelqu'un... (...) j'ai dit «moi je peux pas rester là en face de vous sans faire quelque chose! Donc j'appelle les pompiers» et après ça s'est enclenché (...) je connaissais un peu la configuration des lieux je savais pas où elle [le médecin de garde] était! Je vois pas ce que ça aurait fait de taper à la porte. (...) On m'a passé le médecin régulateur et il a tout de suite envoyé quelqu'un!

Tableau récapitulatif 5: Influence de la personnalité du patient sur la relation médecin-malade



Récit d'une ancienne cuisinière à l'internat:

Une patiente (*interviewé J*) a été cuisinière à l'internat pendant des années. Elle a vu grandir de nombreux chefs de service et s'en souvient avec émotion. Elle gérait la cuisine, le ménage. Elle organisait des repas de fête quand ceux-ci le lui demandaient avec la «caisse noire». De nombreux excès et folies dont elle était témoin au quotidien. Elle ne prenait pas de pincettes avec eux et ils n'en prenaient pas avec elles. Elle était un peu comme la «maman des internes». Elle a été invitée à de nombreuses thèses de médecine ce qui lui a probablement donné envie de participer à la mienne.

Je suis restée quand même 9 ans aux cuisines des internes, c'est pour ça que je les connais, j'ai été invitée à plusieurs thèses. A l'époque ils avaient une caisse noire, qu'ils n'ont plus d'ailleurs, ils faisaient ça à Sainte marguerite. Et cette fois là ils avaient fait le toréador, ils avaient amené un taureau, il lui a déchiré son pantalon et j'ai recousu toute la nuit son pantalon à l'internat.

Mais ils en faisaient des bêtises. Dans le lit quand ils faisaient venir les sages-femmes pour passer la nuit, ils avaient mis les plats que je faisais, ils les mettaient dans le lit, ils se couchaient c'était plein de sauce de tout, elles étaient contentes les filles ma foi... J'avais dit à l'ancien «Vous mettrez une pièce à chaque fois qu'il monte une fille je gagnerais peut-être ma vie hein! (...) C'était une vie de famille, c'était une famille; il y avait que les externes qui me faisaient de la peine parce qu'ils les traitaient comme des chiens. Quand il y avait quelque chose à faire c'était les externes qui les faisaient (...) Il y en avait un, tous les chats qui avaient mal aux pattes il lui faisait le plâtre alors t'entendait tac tac tac tac, je me disais «Mais qui est-ce qui a encore fait ça?» Il me dit c'est moi, je m'entraîne pour les plâtres, je lui dis «Y'en a pas marre de ces chats qui traînent les pattes?» ça faisait du bruit quand même.

J'ai fait la cantinière mais j'étais pas payée en tant que cantinière j'étais payée en tant qu'ASH pour faire le ménage mais alors j'étais patronne, il y avait personne qui m'embêtait. Et l'autre peuchère il est mort aussi, il m'amenait sa chatte qui était enceinte, je lui disais «Tu es gynécologue et tu me l'amènes à moi?» J'en ai vu, j'en ai vu, j'en ai vu... parce que tous les 6 mois ça changeait! J'ai eu un grand costaud aussi, il faisait de l'avortement. Il avait des idées de gauche et il me disait toujours «Pourquoi tu prends pas des livres comme ça et comme ça» j'ai dit «Moi je suis pas à la faucille et au marteau qu'est-ce que je m'en fous de tout ça!»

Elle a fini par quitter l'internat à la suite d'une altercation avec un des internes qu'elle trouvait «infect» et elle a alors perdu le sens de son travail. Elle a préféré partir et a passé le concours d'aide soignante.

(...) Et après il y a un interne qui m'a balancé un verre à la figure parce qu'il voulait que je le serve de suite. Je suis partie et j'ai dit à la directrice «Je veux me présenter au concours d'aide soignante» (...) mais lui, il était infect. Il avait des mains il disait [mime en tapant sur la table] «J'ai soif, j'ai soif!» Je lui disais «Mais vous avez des mains servez-vous, je suis pas votre bonne, c'est l'APM [APHM] qui me paye c'est pas vous» «Ah oui?» [TAK, mime un verre jeté à la figure] maintenant il doit être à la retraite aussi.

En tant qu'aide soignante, elle travaillait principalement à la maternité où elle créait une relation toute particulière avec les patientes et représentait celle qui faisait tout: celle qui donnait les recettes de cuisine, qui rabrouait certains comportements, qui faisait les prises de sang quand l'infirmière ne le pouvait pas, qu'on attendait pour retirer les points de suture...

Avant j'étais à la maternité à la belle de mai il y avait beaucoup de gitans qui accouchaient, ils portaient les poules avec la glacière, le parasol, un jour je leur disais «Il y a des malades aussi» ils me disaient «Notre femme elle accouche» tu entendais bam bam! C'était plus un hôpital quoi c'était... (rires) Je sortais moi mes produits pour faire les soins, l'alcool tout ça, je sortais il y avait plus rien. Un jour il vient toute la famille dans une chambre et je vois la grand-mère assise sur le bidet je lui dis «Qu'est-ce que vous faites?» «Je fais caca, je fais caca» je lui dis mais c'est pas un cabinet ça oh! Je lui ai dit «vous allez la ramasser votre merde!»

J'étais de garde ce jour là j'étais seule j'avais 25 malades et même je faisais les prises de sang je faisais tout parce que quand il y a personne comment on peut faire (...) C'est plus pareil l'hôpital maintenant...

Moi, c'était les recettes de cuisine les malades me disaient «Vous m'apporterez la feuille de recette?» Il y en avait une, une infirmière elle disait «Tenez vous au lit je vais vous lever les points!» Tu parles elles avaient peur les femmes alors elles venaient me voir à moi elles me disaient «Tu veux pas me les enlever les points? Je t'attends je t'attends» [rires]

Elle n'a pas supporté les conditions de travail de la maternité dans laquelle elle travaillait:

(...) Il y avait les petits morts et on faisait le tour et il y avait des rats à la Conception maintenant c'est tout neuf mais il y a toujours des rats hein! Vous aviez ce petit, vous sonnerez et il fallait mesurer le cercueil pour mettre le petit dedans. Alors on le mettait dans le cercueil, j'ai pensé aux miens... les miens ils avaient 7 ou 8 ans et on résonnait... et le petit il partait, il fallait le faire quand il y avait pas les parents. Là ça a été... je faisais que pleurer, c'est pour ça que j'ai voulu partir de la Conception parce que je pensais aux petits qu'il y avait. Et on faisait des lavages d'estomac, ça on le fait plus maintenant. Après ça vous fait de la peine, vous êtes maman! C'est pour ça que j'ai pas pu...

Pendant de nombreuses années elle trouvait chez ses anciens amis ses référents en médecine jusqu'au jour où on lui a diagnostiqué un cancer de l'endomètre qu'il a fallu opérer et débiter la curiethérapie. S'en suit alors une descente aux enfers. Douleur insupportable, isolement, dépression sévère. «Tout sauf ça, tout sauf la curiethérapie».

La curiethérapie c'est horrible, je la souhaite à personne! Personne personne... une fois il y avait une dame qui me disait ça «C'est pas bon je vais faire la curiethérapie» Je lui ai dit mais si, il faut y aller avec plein de force! Mais je savais pas ce que c'était avant. Quand elle est sortie elle m'a dit «Tout sauf ça» et quand j'ai du y aller là j'avais le cœur qui ... surtout qu'il vous fermait la porte et il y avait ce courant électrique qui montait ça faisait pff je me disais «j'ai mon cœur qui va lâcher» je me sentais partir. Mais enfin je suis sortie de l'aubaine...

Elle a tenu bon, parfois jusqu'à perdre 11kg en 96h et poser l'appareil sans anesthésie car les anesthésistes étaient en grève. Un exemple dont elle ne se vante pas. Elle voulait juste en finir au plus vite, ne pouvant être en contact avec personne: «ça me faisait perdre des heures».

(...) on vous mettait l'appareil là et quand on le débranchait ça me donnait des décharges électriques! Je l'ai eu pendant 96 heures... on mange du riz, des biscottes, de la confiture... c'est tout. On peut pas aller au cabinet parce qu'on vous bouche le trou de balle et la sonde aussi. Continuellement comme ça sur un lit attachée, et on mettait les bottes pour faire circuler le sang des jambes... je m'en rappellerai toute ma vie c'était atroce! Maintenant ils le font plus ça! (...) Alors j'y étais allée, ce jour là il y avait la grève des anesthésistes... quand ils m'ont mis l'appareil, ils m'ont dit «Vous partez, vous reviendrez» je leur ai dit j'y suis j'y reste! Ils me l'ont mis ça a duré une heure, j'étais sur la table d'opération et ils me mettaient ces espèces de tube je suis sortie j'étais rouge... ma mère elle me disait «Mais tu es bien rouge». Je lui ai dit maintenant c'est fini, je lui ai dit dans cette chambre je ne voyais qu'un petit oiseau, personne ne pouvait venir me voir je ne voulais voir personne, ça me faisait perdre des heures! Parce que chaque fois qu'on ouvrait la porte, on enlevait l'appareil... j'ai passé quand même... j'ai perdu 11 kilos en 96 heures [insistance]... Quand ma fille est venue me chercher elle m'a dit «AAHH!!! on dirait une sorcière...» j'avais une robe longue noire... il me manquait plus que le balai!

On est alors témoin d'une femme qui a tout donné, sa confiance et son énergie dans le corps médical, pour survivre, pour voir ses petits-enfants grandir.

On m'a donné des cachets, des cachets et ça me faisait passer un peu... et puis j'avais tellement peur de mourir parce que j'avais quand même 53 ans, j'avais un petit-fils qui venait de naître, je voulais vivre! Et j'ai pris tous ces cachets mais c'est vrai (...) je pleurais tout le temps ça a duré... quand même 7 ans... (...) puis c'est vrai que c'est dur... les petits ils me voyaient dépérir, ils en pouvaient plus... maintenant je suis 5 fois arrière-grand-mère.

Évolution des mœurs:

Sont évoquées également une critique des habitudes antérieures, ce qu'on faisait à l'époque qu'on ne fait plus maintenant pour des raisons de santé (exemple sur la cigarette):

Interviewé B: Mais la cigarette, c'était pas un plaisir! c'était UNE DROGUE. Je fumais 3 paquets par jour pendant des années et des années, j'ai commencé à fumer à 17 ans et je me suis arrêtée en 78 (...) j'avais une très bonne amie, on lui a trouvé une tumeur au poumon, inopérable... et elle s'en est aperçu en juin et elle est morte à pâques suivant. Son mari était un ami d'enfance et il me disait au téléphone «Promets-moi d'arrêter de fumer». Je lui ai dit en pleurant «Promis promis» J'ai promis j'ai tenu.(...) Avant on disait aux gens de fumer, en disant que c'était la liberté. Les tuberculeux fumaient, on leur interdisait pas de fumer. Moi je me souviens quand ma mère était hospitalisée en pneumologie à l'hôpital saint Joseph. Ils étaient sur le pallier du service entrain de fumer! des oncologues...(...) J'étais hospitalisée à la Timone, j'étais seule dans ma chambre et je fumais. Le médecin arrive il me disait «Vous fumez?» j'ai dit oui. Il n'a pas insisté.(...) mon médecin quand je l'avais rencontré, c'était une amie qui me l'avait conseillé, il fumait dans son cabinet. Et puis il avait la cigarette en bouche et puis la cendre lui tombait dessus. Et puis comme il avait soigné mon amie, je me suis dit bon on va essayer. Mais j'avais été choquée, moi, grande fumeuse, de voir un médecin fumer dans son cabinet.

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Récit d'une ancienne réfugiée:

Le seul élément environnemental/familial/personnel perturbant l'équilibre psychique est retrouvé chez une personne.

Cette femme de 86 ans (*Interviewé G*) est arrivée à l'âge de 13 ans dans un camp de réfugié dans les Pyrénées françaises pendant la guerre d'Espagne.

Vous savez moi, j'ai pas eu une vie tellement facile, puisque je suis un ancien sans papier (...). Je suis arrivée en France en 48, la frontière était fermée avec l'Espagne et j'avais mon père qui était avec son frère ici en France. Avec la guerre d'Espagne ils avaient été obligés de partir, ils étaient réfugiés dans un camp à côté de Perpignan. Et il y avait des gens ici qui avaient des fermes où les hommes avaient été réquisitionnés pour la guerre, il leur fallait des hommes pour travailler et mon père et mon oncle ont trouvé une famille qui les ont accueilli dans une ferme. Après quand les hommes sont rentrés, il est allé en montagne pour travailler dans les barrages, dans les lacs, et tous les 15 jours il descendait dans cette ferme, ils lui lavaient le linge, il était nourri, il dormait, le lundi il repartait, il travaillait et après l'hiver, il passait tout l'hiver avec eux, il était pas payé mais enfin il était nourri logé. Vous voyez? il avait été accueilli comme s'il était de la famille.(...)

Elle a surmonté énormément d'épreuves dans sa vie. Elle a dû apprendre le français de façon intensive et a commencé un apprentissage dans la couture et l'ameublement.

J'avais 13 ans et demi, l'instituteur il a dit «J'ai pas beaucoup d'élèves, il faut me l'envoyer. Moi, je vais lui faire apprendre le français.» Et en 18 mois il m'a fait passé le certificat d'étude. Il m'a demandé une dispense jusqu'à 15 ans parce que l'école à 14 ans il fallait la quitter et après j'ai fait mon apprentissage quoi... et pour mon nom vous voyez? Mon nom en réalité il y a un «a» à la fin, mais c'est en fait ici qu'ils ont francisé mon nom. (...)

Elle a travaillé 6 jours sur 7 pendant des années jusqu'à 60 heures par semaine tout en gérant son domicile, le ménage, la lessive, les courses et les repas.

J'ai beaucoup travaillé, j'ai fait six mois d'habillement (...) et j'ai appris le métier d'ameublement, c'est un peu la même chose. C'était beaucoup plus diversifié et on avait beaucoup plus de travail, je ne regrette pas. Et maintenant c'est fini l'habillement c'est du prêt-à-porter. Maintenant avec mes doigts je peux plus! Je faisais presque 60 heures par semaine (...) J'avais que le dimanche, il fallait faire le ménage, la lessive...

"C'est pour ça que vous avez autant d'arthrose dans les mains alors"

Oui c'est l'usure... Les hernies discales je me les suis faites en portant des rouleaux de tissu, autrefois il fallait vous baisser les soulever, il y avait des gestes qu'il ne fallait pas les faire, on savait pas. (...)

il y a un tas de trucs maintenant, avant il y avait rien.

Des fois on faisait des séries de 1000 rideaux, il y avait d'autres moments c'était plus tranquille... et les épaules, elles viennent toutes devant, vous voyez comment elles sont abîmées? [silence] Et oui, épaule coude poignet il y a tout qui prend... J'ai tellement travaillé que vous voyez ici [montre son bras] ça pend pas! [rises] Je faisais des leçons d'aquagym, les gens ils me disaient «il y a rien en dessous» je leur disais «moi j'ai pas travaillé avec un stylo! Je me suis musclé les bras!»

Elle a mis de l'argent de côté tous les mois afin de pouvoir acheter une maison, dans laquelle elle vit toujours. Elle présente quelques difficultés financières mais est très organisée. Elle garde les comptes de tout, passe des coups de fil, gère les informations administratives et techniques comme elle peut avec parfois l'aide de son aide-ménagère.

Je m'occupe des papiers, des courses, de toute la maintenance, toute la paperasse c'est toujours moi qui les ai faites, lui il réalise pas si il y a de l'argent, si il y a pas d'argent, si on arrive, si on y arrive pas...et je pense que toutes les contractures que j'ai eu jusqu'à présent, c'est par rapport à ça, c'était tout contracté, mon organisme était plein de nœuds...

Elle vit avec un mari affectueux mais pour lequel elle se fait beaucoup de soucis.

Je suis toujours très fatiguée, le fait que j'ai pas un sommeil récupérateur quand je me lève le matin je suis fatiguée. Je sens que je suis (...) Je manque de sommeil! Je prends un Xanax tous les soirs parce qu'autrement je dormirais pas du tout (...)

Elle doit aussi s'occuper de la santé de son mari, chercher les médicaments à la pharmacie, gérer le renouvellement d'ordonnance, faire en sorte qu'il prenne ses médicaments...

Je voulais lui demander des renseignements pour mon mari, parce qu'il est un peu... il perd un peu la tête il a des pertes de mémoire et à un moment donné il s'énervait beaucoup et là depuis! Il s'énervait plus... Dès qu'il y avait quelque chose qui le contrariait, pour... il s'énervait il devenait presque violent...bon je sais pas jusqu'à quand il va le prendre... et je pense que c'est lui qui me fatigue le plus parce qu'il faut toujours être derrière (...)

La crainte de "laisser l'autre seul" devient alors un défi au quotidien, préparer son départ pour que l'autre soit bien.

Même à la maison je suis obligée de lui rappeler... bref j'ai beau lui dire «Tu sais je risque de partir avant toi, essaye de comprendre, essaye de faire tout seul» Il me dit «Oh ça y est, nous y sommes...» C'est sûr que ça, ça me donne beaucoup de...

De son expérience de vie elle ne retient que les bonnes choses. Elle n'a pas de regrets particuliers, ne referait pas les choses différemment. Elle s'est endurcie et s'est toujours sentie capable d'appréhender la vie. Elle se sent à sa place en France, en ayant travaillé dur, avec une certaine satisfaction d'avoir pu trouver une vie meilleure avec l'aide de ses parents à l'époque.

Je ne suis pas quelqu'un qui a des regrets, parce que là-bas, on avait une vie qui était pas facile, c'était ma mère qui travaillait la propriété, l'hiver il fallait aller ramasser les olives, parce qu'on avait beaucoup d'oliviers, en automne on avait les amandes à ramasser, ma mère elle a beaucoup travaillé, elle allait moudre le blé parce qu'elle faisait le pain. On avait quelques légumes mais c'était pas beaucoup, c'était les pois-chiches, les haricots, les lentilles. Les légumes verts, les fruits il y en avait pas à part un peu de raisin, mais on avait beaucoup de figes et des amandes. On mangeait ça, après on est arrivé en France. Vous savez qu'on s'éclairait avec la lampe à l'huile? à l'huile d'olive on s'éclairait c'était du luxe [rires]. On est arrivé en France c'est vrai que ça n'avait rien à voir... le

lait, le fromage, le beurre, on connaissait pas! C'est tout des choses qu'on n'avait jamais vu, on habitait en pleine montagne, il y avait quelques bourricots qui venaient mais c'est tout.(...) Oui c'est dur mais je vais vous dire je me plains pas parce qu'on apprécie après quand on a quelque chose. Et mon père quand il était ici il travaillait dur, après quand on est arrivé on manquait de rien! On n'avait pas du superflu mais on manquait de rien. C'est peut-être ça qui m'a habitué à être économe. Je pense que c'est ça, c'est la base... enfin...

AUTONOMIE ET DEPENDANCE

La section autonomie-dépendance a été fusionnée en raison du contenu faible et des propos similaires. Elle est évoquée par 3 patients dont 2 en perte d'autonomie temporaire liée à un problème de santé aigu.

Récit d'un parcours de soin non programmé difficile:

La première personne (*Interviewé I*) a présenté une diverticulite aiguë. Elle a fait face à plusieurs problèmes. Elle présente une appréhension majeure dans son rapport à l'hôpital et a préféré être prise en charge au domicile. Elle a fait appel au cabinet puis à SOS médecins à plusieurs reprises.

Les difficultés pour venir, prendre un taxi, tenter de venir à pied, être fatiguée (...) Et quand j'ai demandé que quelqu'un vienne à domicile, on m'a dit non! Et à plusieurs reprises! J'ai même appelé SOS médecin qui n'est pas venu non plus et puis voilà, même après l'hôpital. Donc en allant aux urgences, c'est une manière de répondre mais dans mon esprit peut-être pas correcte. Peut-être une implantation comme la vôtre avec un plateau technique mais avec des proximités... et puis j'avais vraiment des difficultés pour me déplacer aussi... Là avec votre centre et l'absence de visite à domicile, on aurait un intérêt à avoir une approche qui soit plus humaine et peut-être un peu plus technique par rapport à l'âge des gens.

L'intervention de SOS médecin n'était pas complète (infection présente au bilan sanguin, absence d'imagerie en urgence, état général en voie de dégradation et léger syndrome confusionnel). Elle a finalement été obligée de se rendre à l'hôpital.

J'étais profondément choquée par les installations des urgences de la Timone et alors 2h de retard mais ça je comprends! Il y avait les SDF qui, à partir de 16h, arrivent pour essayer de se faire hospitaliser, vous imaginez? J'ai rien contre les [sans] domiciles fixes mais c'est la mixité de la réception et l'accueil qui en effet a compliqué le... si vous voulez... l'appréhension que j'avais d'aller aux urgences pour au fond quelque chose qui n'était pas si grave que ça! C'est d'ailleurs ce qu'on m'a fait remarquer «Pourquoi vous venez?» J'ai dit «parce que personne ne peut répondre à ma demande, ne se déplace... voilà»

Malgré sa difficulté majeure à se rendre à l'hôpital, l'expérience était finalement positive car elle s'est sentie satisfaite de la prise en charge.

On m'a fait scanner et prise de sang, c'est eux qui ont diagnostiqué la diverticulite et puis ça s'est dégradé avec les prises de médicaments. Maintenant quand même, j'ai un peu mes repères, j'ai vu que l'hôpital de la Timone m'a fait mes examens correctement, j'étais bien reçue enfin bon sur le plan de la santé... notre pays... on est bien équipés.

Elle a pu après une surveillance hospitalière courte (quelques heures) rentrer à son domicile mais elle a rapidement présenté une intolérance à un antibiotique à type de douleur abdominale/nausées majeures avec anorexie/diarrhées. A partir de ce moment là, ça a été l'escalade. Elle a essayé de joindre le centre médical, de trouver un des médecins du centre qui se déplace au domicile, en vain.

J'avais déjà cette grande peur de tomber malade ici et j'ai vu que ben non... les médecins qui sont installés comme vous, ne viendraient pas à domicile, et j'ai même eu une deuxième confirmation par un des messieurs (...)

Elle a du se rendre au cabinet et a été confrontée à de multiples difficultés: le trajet pour lequel elle a du se faire aider d'un membre de sa famille (ce qu'elle a vécu comme un échec et comme une perte d'autonomie) et les informations communiquées (consignes de surveillance, horaires et jours de présence des médecins) qu'elle n'avait pas à intégrer, en lien probablement avec le syndrome confusionnel qu'elle présentait.

Mon petit-fils m'avait accompagné, c'était pas un soutien médical ni affectif, c'était juste pour me prouver que j'y arriverai puis j'y suis pas arrivée. Je sais pas me servir des moyens techniques modernes, j'étais obligée de toujours compter sur quelqu'un et c'est ce que je redoutais parce que dans mon schéma, on n'est jamais libre et autonome mais je pensais que ça serait plus facile que ça et je dois même dire que ça m'a perturbé. Même bon c'était très bien «Vous allez là, vous allez là!» Mais moi personnellement j'ai eu des périodes un peu confuses qui ont été en rapport avec ce que j'ai vécu.

Elle a donc consulté trois médecins différents, cependant, aucun n'est rentré en contact avec un membre de sa famille afin d'obtenir le soutien d'un proche et de faciliter la compréhension d'informations ou n'a mis en place le passage d'infirmiers à domicile. Elle vit seule et n'a aucune aide médicale ou paramédicale présente sur place; jusque là, elle ne présentait pas de problème de santé majeur, elle n'avait pas de médecin traitant.

Et dans le cadre du vieillissement, tous ces aspects mis bout à bout contribuent au moins pour moi à une déstabilisation assez importante mais ce qui est peut-être dû à mon caractère.(...) qu'il y aurait un intérêt à avoir des coordinations déjà si elles étaient possibles parce que je dois dire que même pour prendre mes propres rendez-vous... Même si j'ai eu une période un peu confuse avec des angoisses et ben c'est arrivé que ben je n'arrivais plus à réagir toute seule. (...)

Elle présente un manque de confiance global envers le corps médical dont je ne suis pas arrivée à retracer l'origine. Cependant, sa personnalité paraît complexe et il s'agit de quelqu'un de solitaire et on voit certaines tensions apparaître avec sa famille, ses amis.

«Est-ce que vous avez l'impression qu'on n'a pas assez anticipé..??»

Mon âge! Ma dépendance parce que je peux tromper mon monde facilement et quand on me pose des questions, j'ai tendance à tout minimiser et c'est peut-être cet apport supplémentaire vous voyez? de compréhension. Là, je me suis sentie désemparée, j'ai pris conscience... Ben j'ai pas demandé, j'ai fait «non non ça va, tout va bien...» Et puis même pour arriver jusqu'ici quand j'étais en crise pour me faire accompagner et tout ça... Ça a été terrible pour moi. Mais c'était stupide je sais, je pense que c'est une question de ma personnalité voilà... Tout ce qui est trop spécialisé pour les personnes âgées, les jeux de carte, courir ensemble, tout ça c'est très bien mais il y a tellement de délitement dans notre propre société que c'est peut-être une forme d'égoïsme, mais je crois que je veux me

protéger maintenant, de tout ça voilà mais par contre, il y a beaucoup à faire pour tout ce qui va être accompagnement. Est-ce que les gens savent taper aux bonnes portes, sont accompagnés dans la durée vous voyez?

Aurait-elle été d'accord de faire participer un membre de sa famille? Puisqu'elle dit elle-même que si elle venait à perdre son autonomie dans le futur, elle ferait appel à une association justement pour ne pas avoir à dépendre de sa propre famille et que même pour des éléments simples, elle n'arrive pas à se confier totalement.

J'ai exagéré ce que j'avais un peu anticipé en disant «ça y est tu vas plus être autonome» et je me suis sentie perdue. (...) Si jamais ça se reproduit ou si je devenais plus dépendante, je prendrai quelqu'un carrément d'une association qui ne va pas passer par aucun de mes enfants ou de mes petits enfants mais j'espère que ça va pas se passer comme ça. J'ai toujours pas bien compris les noms les jours, j'ai été traumatisé par mon petit bonhomme «Mais allez mamé il faut taper là» Non non non non! Voilà!!

Il y a une conclusion positive à cet épisode. Une prise de conscience qu'il faut que ça change, qu'il faut s'ouvrir et ne pas rester dans ses incompréhensions, ses interrogations. Faire confiance et ne plus mentir, ne plus mettre ce masque qu'elle portait au quotidien. On retrouve une forme d'apaisement après cet épisode qui a été pour elle difficile à vivre.

Là j'étais contente, ça fait deux ans que je suis dans un appartement absolument seule et j'ai eu pendant quelques temps mes petits enfants et je l'ai admis QUE depuis deux mois! me reposer... Je vais essayer de parler un petit peu plus de toutes ces angoisses, je vais voir une fois que je serais diagnostiquée parce que c'est mélangé là aussi par le fait que j'ai changé de maison, que j'ai toujours peur d'embêter mes enfants, et que j'ai coupé toutes mes relations!

«le fait d'avoir eu un problème de santé un peu important, ça ne vous a pas forcément poussé à vous dire allez on met cartes sur table maintenant?»

Ben je le mets avec vous tranquillement, je le mets aussi avec le premier spécialiste qui m'a vu. Là c'est une prise de conscience et je crois que j'ai poussé un peu loin le bouchon...

Une attention particulière doit être portée aux patients se présentant de façon répétée en consultation. Selon Mills et al. (20), une présentation fréquente en centre de soin non programmé devrait alerter les cliniciens à revoir les besoins du patient et sa prise en charge globale.

Récit d'une perte d'autonomie transitoire en période de crise sanitaire:

Une patiente (*Interviewé B*) a présenté une occlusion digestive opérée à plusieurs reprises.

J'ai eu des gros problèmes de santé avec mon ventre, (...) Du pubis vers le haut, horriblement douloureux. Mon cousin avait un médecin traitant qui m'a reçu sans rendez-vous mais je ne pouvais plus marcher! tellement c'était douloureux... donc il m'a emmené à l'hôpital faire un scanner en urgence, on a dû me shooter parce que je n'ai aucun souvenir(...) C'était au réveil, ça avait été très difficile. J'étais déchaînée, j'avais des hallucinations et je m'entends dire «Je vois des fantômes» et quelqu'un qui répond «LES FANTOMES CA N'EXISTE PAS!!» J'ai dit «Ah bon!» et je me suis calmée.

Dans les suites immédiates de la deuxième opération: légère perte de confiance avec besoin de réassurance pour les gestes de la vie quotidienne. Elle vit seule et a passé quelques jours en maison de repos dans un contexte de crise sanitaire avec interdiction de visite de la part de ses amis ou de membres de la famille et déplacements restreints.

«Tout va bien mais vous allez en maison de repos.» Mais je voulais y aller parce que ça suffit... J'étais encadrée, j'avais mes 3 repas par jour. Mais je n'avais plus les journaux, je n'avais plus les visites etc. et puis au bout de 8 jours je suis allée voir le médecin je lui dit «Bon bah ça va j'ai récupéré» et depuis je suis sortie et je mène une petite vie tranquille [sourire] voilà!

Elle en garde un bon souvenir cela dit à peine a-t-elle retrouvé son autonomie qu'elle a préféré rentrer à son domicile sous couvert d'une présence infirmière quotidienne qu'elle a gardé depuis pour l'aide à la toilette et la présence.

L'infirmière, je l'ai depuis que je suis sortie de l'hôpital la première fois. J'avais peur de me casser la figure. J'ai des points d'appui, j'enjambe la baignoire, l'infirmière est là, elle me rassure... Elle peut m'aider pour la toilette, mais tant que je peux me savonner le dos... J'attends toujours qu'elle soit là pour faire la toilette.

Quand l'arthrose limite les mouvements:

La troisième personne (*Interviewé G*) présente un âge avancé et a également besoin de réassurance. Elle est atteinte d'arthrose sévère et la mobilité et motricité fine de ses membres supérieurs et de ses membres inférieurs est altérée, elle ne peut plus réaliser les gestes simples de la vie quotidienne tels que l'habillage, la toilette...

«Et l'aide ménagère elle vous aide un peu?» Oui, elle vient 3 fois par semaine et puis tous les matins j'ai les infirmières qui viennent pour aller à la douche. (...) Ils viennent juste pour la toilette, me mettre les orthèses parce que les bas de contention, c'est pas facile à mettre! et pour les enlever c'est mon mari qui les enlève. Moi je peux pas parce que j'arrive pas à toucher les doigts de pied.

Étant assez isolée bien que vivant avec son mari dont elle doit s'occuper entièrement, elle investit beaucoup d'énergie physique et mentale dans la gestion de la vie à deux et étant atteinte de troubles du sommeil importants, elle n'a plus l'énergie de tout faire

seule. Elle se fait aider par le corps paramédical pour la présence, le soutien et les choses de la vie quotidienne. Elle a aussi une aide ménagère qui s'occupe de la gestion du domicile, du linge et qui l'aide pour les démarches informatiques sur son temps libre. Ces personnes apparaissent alors vitales pour son équilibre et son bien-être au quotidien.

FACTEURS LIES AU GRAND-ÂGE

Vieillir est inéluctable:

La notion de vieillissement est fréquemment abordée: les "problèmes de vieux", petits maux de l'âge, sont tolérés et font à présent partie de la vie. Certaines prises en charge sont exclues, trop de risques, pour quel bénéfice... on apprend à vivre différemment.

Interviewé C: On m'a dit pour l'épaule on voulait m'opérer mais je crains! C'est pas une nécessité, je vais pas me faire opérer pour ça...(...) Il arrive un âge où il faut se gérer...

Interviewé G: En ce moment, je cherche des noms de personnes que je connais bien, que j'ai connues et ça me vient pas, et après d'un coup pffoouu! ça vient! Il faut pas oublier que quand on arrive à un âge plus que certain, la mémoire c'est obligé que... je suis pas sénile! [rires]

Préserver une qualité de vie:

La notion de mort est très présente dans le discours et dans la façon d'appréhender la vie. Les attentes ne sont plus les mêmes. On est alors résigné à mourir, tout en espérant avoir la meilleure qualité de vie jusqu'à la fin. Le médecin sera un soutien pour les épreuves difficiles.

Interviewé B: C'est ce qu'on reproche souvent au médecin, et oui d'une seconde à l'autre le corps lâche. Moi j'espère juste que ça arrivera vite et qu'on ne s'en rendra pas compte. C'est tout le mal que je me souhaite (rires).

Interviewé E: Mais j'ai bien profité de la vie donc je peux mourir demain matin même si je préfère mourir dans 20 ans.

Interviewé M: On sait très bien qu'à mon âge on peut plus rien faire! On fait le minimum tout en faisant le maximum. Parce que comme je le répète et je le répéterai cent fois: on ne peut plus rien faire contre l'âge c'est impossible, on peut pas faire l'impossible, on fait ce qu'on peut avec les moyens du bord.

«C'est à nous de nous adapter»

Les difficultés présentes au quotidien sont acceptées: difficultés à se déplacer, fatigue excessive. On doit «faire avec». On ne cherche pas les arrangements, les bancs de repos, être prioritaires dans les files d'attente. «C'est à nous de nous adapter et pas aux autres.» Il n'y a pas d'attente particulière au niveau de l'organisation de la société, de la ville.

Interviewé G: Là c'est pareil il faudrait que j'aille aux galeries en ville, ça fait six mois que je n'y suis pas allée mais j'irai à l'ouverture à 10h vous voyez? Parce que je peux pas rester longtemps debout, mais c'est pas la faute des autres, c'est la mienne (...) Vous savez, il faut faire aussi en fonction des possibilités qu'on a, il ne faut pas demander l'impossible. (...) surtout quand vous arrivez à un certain âge, vous avez votre temps.

Interviewé L: A notre âge déjà, on peut pas aller comme une personne jeune... il faut penser à ça aussi...

Organiser son temps:

La vie paraît alors derrière soi. Les préoccupations seront de profiter de la famille, d'organiser sa routine au quotidien et de «faire passer le temps»

Interviewé H: J'ai mes petits-enfants en Whatsapp en vidéo tous les jours, ça fait passer le temps un peu aussi... Et dans une maison on a toujours à faire.

Interviewé J: Mais même le coup de rouge, ça me dit plus rien, ça m'attriste... Là j'ai plus grand monde à profiter... A mon âge!

L'âge avancé, âge de confiance:

Il n'y a plus vraiment de notion de stress, de préoccupations excessives. Une certaine forme de sagesse est souvent évoquée.

Interviewé A : Mais je pense qu'il y a une confiance quand on est senior, on est sur un quatrième âge... on se pose pas de question. On a une certaine sagesse (rires), concentrés sur l'essentiel.

Une confiance très forte est accordée au médecin, une forme de confiance inconditionnelle.

Interviewé A: Les personnes de 40 ans peut-être mais nous, nous avons un certain recul, on se pose pas de question quand on fait confiance. On sait très bien qu'elles connaissent leur boulot. C'est une question de génération.

Interviewé L:

Fille: "On arrive de la campagne hein! pour nous c'est toujours le médecin qui décide. Avant on était dans une petite commune de 1500 habitants. C'était le médecin de campagne avec toute l'affection qui va avec, on avait le Dr P, il m'a vu naître..." (...)

Face au changement de la société:

Le "temps d'avant" est évoqué. Les changements au niveau de la société forcent les personnes âgées à se réadapter, parfois sur un fond de regrets:

Interviewé G [en parlant de son père accueilli en tant que réfugié dans les Pyrénées par une famille au temps de la guerre d'Espagne] : Il allait chez eux, si il voulait boire il allait se servir (...) il était chez lui... c'était des personnes qui étaient formidables... et malheureusement maintenant, les gens deviennent trop personnels... c'est ça que je comprends pas. Ça, ça me...

Interviewé L: (...) et puis mon médecin c'est pas toujours facile de le joindre! il répond au bout d'un moment, il a un secrétariat à distance aussi... Autrefois c'est vrai, les médecins de campagne on les contactait plus facilement, on avait leur numéro de téléphone direct. C'est vrai qu'on vit avec le temps qu'il y a, il faut bien aussi se dire ça...

Interviewé M: Maintenant avec les ordinateurs je n'y comprends plus rien. Je suis partie nous on avait les terminaux, on emmenait tout à LUMINY le soir; les disquettes (...) Le clavier ne me faisait pas peur mais le coup de la souris, qu'il fallait aller de droite de gauche, il y a rien à faire! J'y arrivais pas (...) je prends ma petite L. 3 ans, elle prend [le téléphone] «Je vais téléphoner» elle fait [mouvement de doigt pour mimer un swipe] «Ça y est je l'ai le numéro!» [étonnement et rires] même pas 3 ans! mais Bon sang!!

Les défis face à une maladie dégénérative:

Une patiente (*Interviewé L*) présente une maladie dégénérative: le syndrome de CHARCOT-MARIE-TOOTH. Elle est en bon état général et très autonome mais elle présente déjà des troubles de la motricité fine et de l'équilibre ainsi qu'une importante fatigabilité à l'effort.

Elle est en visite chez sa fille, chez laquelle elle reste parfois plusieurs mois. Elle a donc découvert le centre médical via l'aide de sa fille et s'y sent bien à présent (2 ou 3 consultations pour des motifs de cystite). Elle évoque ses difficultés croissantes tout en prenant conscience que la société a évolué et qu'elle ne parvient pas à maîtriser les nouvelles techniques qui lui seraient pourtant bien utiles. Elle reste néanmoins positive et très agréable.

Non moi je suis toujours gracieuse, les infirmiers aussi ils m'ont dit «C'est un plaisir de venir chez vous, tout le monde est pas comme vous!» Mais non mais pourquoi? (...) J'ai toujours été comme ça. J'ai toujours tout fait, les papiers pour les enfants, c'était moi qui faisait tout, il y en a eu des démarches et des démarches à faire... (...) Moi je sais que si j'avais beaucoup de feuilles à remplir, je voulais les ramener à la maison, les remplir tranquillement et revenir après. De plus en plus je fais comme ça, avec le syndrome de CHARCOT-MARIE-TOOTH ça n'aide pas... au bout d'un moment ça ne veut plus écrire hein.

«Et taper à l'ordinateur vous avez essayé?»

Je sais pas! et j'ai jamais essayé! Et je voudrai jamais essayer! [rires] Même mes petits-enfants! «Mais mamie tu veux pas essayer?» «Je veux pas!» «T'es têtue mamie!» «Oui mamie elle est têtue!»

«Il y a les commandes vocales aussi... ça se développe de plus en plus... si vous avez l'occasion de tester un peu quelque chose d'électronique je vous conseillerai quand même ça en priorité. Juste une touche, on appuie et on parle.» Fille: «Il faudrait que tu aies une petite tablette à la maison, j'en ai parlé avec mon frère aussi. Parce que même quand tu téléphones, comme ça tu peux voir les enfants ou nous voir. Ou même les SMS comme tu essayes de taper, c'est pas évident avec tes doigts alors que là t'as une commande vocale tu dis OK et ça écrit en lettres... »

«Oui c'est très utile, c'est pas évident à prendre en main, ça peut prendre un certain temps...» (rires) Oui oui! notre génération on avait pas... la difficulté elle est là aussi... c'est pas facile non non...

Tableau récapitulatif 6: Caractéristiques communes rencontrées chez les patients

POPULATION VIEILLISSANTE: POINTS COMMUNS



DISCUSSION

ATTENTES:

Concernant les locaux: Les patients accordent une importance à l'architecture et à l'entretien des locaux: avoir un centre neuf et accessible, propre et spacieux.

La présence d'un secrétariat est souhaitée: la nécessité de trouver un interlocuteur est toujours présente, malgré le fait que les cabinets ou les centres de soin non programmé font souvent appel aux secrétariats délocalisés. Ils recherchent un contact humain.

Les différents temps retrouvés:

Le temps d'attente: Contrairement à l'article de *Moore* (14) où les patients apprécient un temps d'attente court, on constate dans les entretiens que les patients s'accommodent bien d'un temps d'attente aléatoire, par habitude d'attendre parfois longtemps. Ils n'expriment pas d'exigence à être reçus rapidement.

Le temps accordé à la consultation: on attend du médecin qu'il prenne son temps en consultation, quitte à rallonger le temps d'attente. L'écoute, l'empathie et la bienveillance du médecin seront des qualités recherchées voire indispensables.

Un temps restreint accordé à la consultation pourrait mener à une perte de confiance; une bonne écoute permet quant à elle d'améliorer la prise en charge globale (10).

Les patients sont également sensibles au temps accordé à l'examen clinique (ciblé sur leur problématique) et à l'échange, il faudra alors veiller à délaissier l'électronique au profit du patient.

Ils recherchent une approche moderne et une ouverture d'esprit : le médecin doit faire preuve d'efficacité et de rapidité, tout en restant à l'écoute.

Le besoin de consultation non programmée est majeur, surtout quand l'ancien médecin traitant ne correspond plus aux attentes du patient (délai d'attente pour avoir un rendez-vous, contact plutôt froid)

Les patients expriment également un besoin de réassurance: il faudra être vigilant face aux pertes d'autonomies même transitoires et tenter d'accompagner au mieux la personne âgée (intervention de para-médicaux si besoin), maintenir un contact et s'assurer que l'information soit comprise et transmise à l'entourage afin de limiter les expériences négatives ou la désorientation.

Les patients nécessitent un suivi médical et le recherchent parfois au sein des centres de soin non programmé (jeune médecin inscrivant des patients dans sa patientèle). Ils présenteront malheureusement des difficultés techniques à l'appréhension de la logistique souvent moderne (emploi du temps, présence, contact direct, secrétariat délocalisé, tablette tactile).

Conformément à la littérature, les patients accordent une importance à la flexibilité qu'a le médecin à se rendre au domicile du patient si besoin (14). Ceci est retrouvé dans les entretiens malgré l'absence de visites organisées par le centre. En cas d'urgence, il faudra malheureusement contacter SOS médecin ou le 15.

Éducation thérapeutique: les patients évoquent une forme de modernité au sein de la consultation. Ils sont à la recherche d'un conseil médical ou d'explications techniques (physiopathologie d'une maladie/mécanisme d'action des médicaments).

Concernant le vieillissement: il est attendu et accepté. Ils n'attendent pas du médecin de guérir tous les maux mais souhaitent des soins adaptés à leur état de santé, en fonction de leurs possibilités. Au cœur des préoccupations: maintien qu'une qualité de vie la meilleure possible, contact avec la famille. Ils ne présentent pas d'attentes particulières face à leurs difficultés croissantes (fatigabilité, risque de chute); on remarque aussi une forme de résilience face aux changements de la société.

PERCEPTIONS

Le centre médical est une découverte. Le concept n'est pas connu, ils sont demandeurs d'explications concernant l'organisation du centre.

L'accès à la consultation est le point positif majeur du centre: on peut s'y voir délivrer une consultation en cas d'indisponibilité de son médecin traitant et on se réfère au médecin de garde afin de déterminer si un adressage au service d'urgence hospitalier est nécessaire.

Les patients émettent des critiques à propos d'une déshumanisation de l'accueil par l'absence de secrétariat présent sur place et d'un manque de prise en compte des difficultés techniques des personnes âgées. Ce point pourrait être amélioré par l'appel systématique du secrétariat en cas de besoin de consultation et l'inscription à distance du patient sur la borne à l'accueil rassurerait ainsi le patient, lui communiquant une heure de rendez-vous et le nom du médecin de garde.

L'interaction avec un nouveau médecin de garde est délicate par manque d'habitude (le médecin traitant exerçait jusque là la double fonction suivi/urgence): les patients découvrent une nouvelle logistique et on retrouve conformément à la littérature (14) des difficultés dans la définition des rôles et des responsabilités médecin traitant/médecin de garde rendant le patient parfois confus. Ils profitent alors d'un

problème de santé mineur pour découvrir le centre et se mettre en confiance mais chercheront en priorité à reconstruire un professionnel qui les connaît en cas de besoin. Les patients apprécient une communication collégiale entre les professionnels de santé et la transparence des documents informatisés remis. Cette donnée est également retrouvée dans l'article (14).

Des constats sont émis concernant la «jeunesse» de l'équipe: nouveau regard, modifications des habitudes ou des traitements habituels. Le médecin paraît alors curieux et compétent.

Le rapport de la commission d'enquête du sénat (21) interroge sur l'impact de la focalisation du système de santé sur la COVID-19 au détriment des autres pathologies. Une crise sanitaire «en cache alors une autre» et de nombreux suivis de pathologies chroniques/dépistages seront décalés en réponse au message du gouvernement «restez chez vous». On retrouve au sein des entretiens une appréhension nouvelle à se rendre dans un cabinet médical, vu comme un lieu potentiel de contamination et on décale voire on annule à tort des dépistages de santé publique (mammographie, dépistage du cancer colo-rectal).

RESULTATS SECONDAIRES:

Connaître ses besoins et pouvoir les exprimer: Une infirmière coordinatrice d'un EPHAD (11) ayant participé à l'élaboration d'un système de soin centré sur le patient (interrogation du patient sur son retour réflexif des soins prodigués) explique la difficulté qu'ont les personnes âgées à choisir, à s'exprimer sur des sujets sur lesquels jusqu'à présent, on ne leur avait pas demandé leur avis.

On remarque au sein des entretiens qu'il est difficile de connaître et de faire valoriser leurs besoins ou leurs difficultés au quotidien. Ceci complique alors le retour immédiat d'un patient concernant la prise en charge thérapeutique et justifie alors le choix de la méthodologie sur la nécessité du retour réflexif et explique les difficultés de recrutement.

Défiance: Des étudiants ayant pris part à un jeu de rôle (personne âgée/médecin) (12) insistent sur la nécessité de se concentrer sur les besoins et les valeurs des patients, adaptant alors leur prise en charge à une prise en charge individuelle. Ils se sentent désarmés quand leurs attentes sont ignorées, ce qui leur fait alors perdre leur indépendance.

Cette notion est retrouvée dans les entretiens: un manque de prise en compte des valeurs, un manque d'écoute ou de communication aboutit à un manque de confiance. Un réajustement rapide est nécessaire pour préserver l'alliance thérapeutique.

L'article de *Kiselev et al. (10)* retrouve des éléments communs et divergents:

L'alliance thérapeutique y est décrite comme un partenariat: compréhension mutuelle et confiance. Les patients interrogés quant à eux mentionnent ici une relation amicale voire filiale. Le deuil de l'ancien médecin traitant est à faire et l'abord d'un nouveau médecin sera difficile.

Participation à la prise en charge : Selon l'article, les patients âgés expriment un désir de participer à la décision médicale d'autant plus qu'ils sont jeunes et qu'ils présentent des problèmes de santé mineurs. Au sein des entretiens on ne fera pas de distinction d'âge ou de problématique de santé mais un accès à l'information paraît déterminant. 60% des patients expriment le désir de participer activement à la prise en charge.

Biographie: L'attention portée au patient et à son histoire de vie, le contexte socio-éducatif dans lequel il a grandi paraît, tout comme dans l'article, essentiel. Il est important de laisser le patient s'exprimer: on aboutit alors à une meilleure compréhension de la personne, on peut s'identifier parfois à elle renforçant ainsi le lien, comprendre de façon plus précise son rapport avec la maladie ou l'hôpital et respecter ainsi la personne dans sa globalité, améliorant le rapport médecin/malade. Les récits de vie présentés dans l'étude seront volontairement laissés bien que digressifs: ils ont permis au patient d'être en confiance pendant l'entretien favorisant ainsi le partage d'idées, ils m'ont permis également de mieux comprendre leur rapport avec «le monde d'avant» et ce sont des histoires touchantes et drôles qui je l'estime, ont leur place dans ce texte.

FORCES ET LIMITES

Les forces de l'étude sont liées au recueil : la sauvegarde sonore et la transcription manuelle des entretiens reproduit un corpus fiable.

Le contenu est dense : 1093 citations (références) seront codées dans les différentes catégories (nœuds), et 778 citations (références) seront utilisées pour la construction des résultats (avant sélection lors de la relecture).

Elle comporte une double analyse: première lecture des entretiens avec sélection des références et encodage au nœud correspondant. Deuxième lecture avec établissement de mémos pour chaque catégorie (code) et interprétation des résultats.

Limitation du biais affectif par exclusion de 4 patients présentant une anxiété forte ou des troubles de l'humeur pouvant affecter les propos émis.

Les limites de l'étude :

Le recrutement est difficile : de part l'observation, l'effectif de la population cible est réduit. Il y a peu de personnes âgées qui consultent en permanence médicale, entre 0 et 2 par jour en moyenne, compliquant ainsi le recueil des patients. On estime dans la littérature à 15 % les patients de plus de 50 ans consultant au sein de ces centres (4).

Existence d'un biais de recrutement: le recueil de patients est fait à partir d'un seul centre médical.

Tentative de limitation du biais de recrutement : 8 patients sur 14 ont été reçus par un autre médecin du centre en consultation d'urgence (recrutement fait par l'affiche en salle d'attente et information du patient en consultation).

Du fait des difficultés à connaître ses besoins et à les exprimer (cf *«discussion, résultats secondaires»* ci-dessus) le recrutement a été impossible dans les autres centres: il paraît trop difficile pour les patients ne connaissant pas le médecin de garde de communiquer avec lui concernant un sujet à propos duquel parfois, ils ne se sentent pas légitimes d'échanger.

Il existe aussi un biais méthodologique lié au recueil d'information: trop de questions ouvertes rendant une exploitation des données plus difficile (recueil important et histoires de vie détaillées)

Comme énoncé plus haut dans *«discussion, résultats secondaires, biographie»* : ce choix est volontaire et lié à la nécessité de comprendre la personne pour évaluer au mieux ses besoins et la mettre en confiance pendant l'entretien.

De plus, en laissant un temps de parole important, j'ai limité ainsi le biais de confirmation: les patients confient des éléments intimes de vie, sans la crainte d'être jugés et s'expriment librement (remarque: on notera que certains propos rapportés peuvent avoir des connotations racistes ou xénophobes pouvant heurter la sensibilité).

BIBLIOGRAPHIE

1. Véga C, Bl in. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. 2008;15.
2. O'Cathain A, Knowles E, Munro J, Nicholl J. Exploring the effect of changes to service provision on the use of unscheduled care in England: population surveys. *BMC Health Serv Res.* 27 avr 2007;7:61.
3. Cowling TE, Harris M, Watt H, Soljak M, Richards E, Gunning E, et al. Access to primary care and the route of emergency admission to hospital: retrospective analysis of national hospital administrative data. *BMJ Qual Saf.* juin 2016;25(6):432-40.
4. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* janv 2003;53(486):53-9.
5. Greenfield G, Ignatowicz A, Gnani S, Bucktowonsing M, Ladbrooke T, Millington H, et al. Staff perceptions on patient motives for attending GP-led urgent care centres in London: a qualitative study. *BMJ Open.* 14 janv 2016;6(1):e007683.
6. Aulagnier O, Paraponaris S-S, Ventelou V. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. :8.
7. Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux J-C, et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;1(1):127.
8. Etingen B, Miskevics S, LaVela SL. Assessing the Associations of Patient-Reported Perceptions of Patient-Centered Care as Supplemental Measures of Health Care Quality in VA. *J Gen Intern Med.* avr 2016;31 Suppl 1:10-20.
9. Ferrat E, Bastuji-Garin S, Paillaud E, Caillet P, Clerc P, Moscova L, et al. Efficacy of nurse-led and general practitioner-led comprehensive geriatric assessment in primary care: protocol of a pragmatic three-arm cluster randomised controlled trial (CEpiA study). *BMJ Open.* 12 avr 2018;8(4):e020597.
10.Kiselev J, Suija K, Oona M, Mellenthin E, Steinhagen-Thiessen E. Patient Involvement in Geriatric Care – Results and Experiences from a Mixed Models Design Study within Project INTEGRATE. *Int J Integr Care.* 28 févr 2018;18(1):12.
11. van Loon E, Zuiderent-Jerak T. Framing Reflexivity in Quality Improvement Devices in the Care for Older People. *Health Care Anal.* juin 2012;20(2):119-38.
12. Yang S, Chaudhary Z, Mylopoulos M, Hashmi R, Kwok Y, Colman S, et al. Using simulation to explore medical students' understanding of integrated care within geriatrics. *BMC Med Educ.* déc 2019;19(1):322.
13. Nieuwboer MS, van der Sande R, van der Marck MA, Olde Rikkert MGM, Perry M. Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *Eur J Gen Pract.* 2 janv 2019;25(1):7-18.
14. Moore A. Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. août 2012;58:436-41.
15.Drinkwater J, Salmon P, Langer S, Hunter C, Stenhoff A, Guthrie E, et al. Operationalising unscheduled care policy: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2013;63(608):e192-

199.

16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 1 sept 2000;15(3):259-67.

17.Backman A-S, Blomqvist P, Lagerlund M, Adami J. Physician assessment of appropriate healthcare level among nonurgent patients. *Am J Manag Care.* mai 2010;16(5):361-8.

18. .Leask CF, Tennant H. Evaluation of an unscheduled care model delivered by advanced nurse practitioners in a primary-care setting. *J Res Nurs JRN.* déc 2019;24(8):696-709.

19. Direction générale de l'offre de soins. L'infirmier en pratique avancée: améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants. [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

20. .Mills S, Buchanan D, Guthrie B, Donnan P, Smith B. Factors affecting use of unscheduled care for people with advanced cancer: a retrospective cohort study in Scotland. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2019;69(689):e860-8.

21. Santé publique: pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 - Rapport [Internet]. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-1.html>

22. Guthrie E, Afzal C, Blakeley C, Blakemore A, Byford R, Camacho E, et al. CHOICE: Choosing Health Options In Chronic Care Emergencies [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2017 [cité 21 oct 2021]. (Programme Grants for Applied Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442393/>

23. Edwards M, Cooper A, Davies F, Sherlock R, Carson-Stevens A, Price D, et al. Emergency department clinical leads' experiences of implementing primary care services where GPs work in or alongside emergency departments in the UK: a qualitative study. *BMC Emerg Med.* 14 août 2020;20(1):62.

24. .Oberlin M, Andrès E, Behr M, Kepka S, Le Borgne P, Bilbault P. [Emergency overcrowding and hospital organization: Causes and solutions]. *Rev Med Interne.* oct 2020;41(10):693-9.

25. Cooper S, O'Carroll J, Jenkin A, Badger B. Collaborative practices in unscheduled emergency care: role and impact of the emergency care practitioner--qualitative and summative findings. *Emerg Med J EMJ.* sept 2007;24(9):625-9.

26. Wiseman CE, Baker R. Exploration of population and practice characteristics explaining differences between practices in the proportion of hospital admissions that are emergencies. *BMC Fam Pract.* 21 mai 2014;15:101.

27. Cowling TE, Ramzan F, Ladbroke T, Millington H, Majeed A, Gnani S. Referral outcomes of attendances at general practitioner led urgent care centres in London, England: retrospective analysis of hospital administrative data. *Emerg Med J EMJ.* mars 2016;33(3):200-7.

ANNEXES

Annexe 1: Appel à témoin

APPEL A TEMOIN :



Vous avez plus de 70 ans et avez déjà consulté un médecin en permanence médicale dans la ville de Marseille ? Votre avis nous intéresse.

Répondez à des questions concernant votre ressenti, vos attentes, vos inquiétudes ou suggestions et permettez-nous ainsi d'améliorer notre accueil des séniors dans ces nouveaux cabinets de médecine générale.

Les réponses feront l'objet d'un sujet de thèse et seront traitées de façon anonyme.

ECOUTER POUR MIEUX SOIGNER



Vous avez des questions ?

Contactez : LEPAGNEY Ophélie
Remplaçante en médecine générale,
lepophelie@gmail.com

06 45 49 00 31

Un entretien téléphonique ou présentiel vous sera proposé

Annexe 2: Caractéristiques de la population

tableau 1:

Interviewé	AGE	BIAIS DE DECOUVERTE	DATE DE LA DERNIERE CS
A	76	Via médecin traitant	Moins de 6 mois
B	79	Via médecin traitant	<1 mois
C	75	Via médecin traitant	Moins de 6 mois
D	71	Proximité	<1 mois
E	74	Via médecin traitant	Moins de 6 mois
F	72	Bouche à oreille	Plus de 6 mois
G	86	Via médecin traitant	<1 mois
H	74	Bouche à oreille	<1 mois
I	78	Bouche à oreille	<1 mois
J	83	Proximité	<1 mois
K	71	Proximité	<1 mois
L	75	Bouche à oreille	<1 mois
M	82	Via médecin traitant	Moins de 6 mois
N	72	Via médecin traitant	Moins de 6 mois

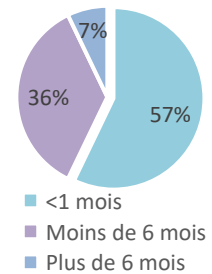
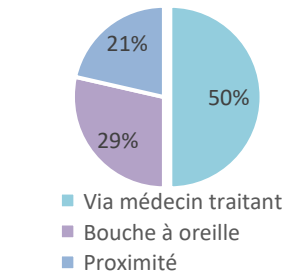
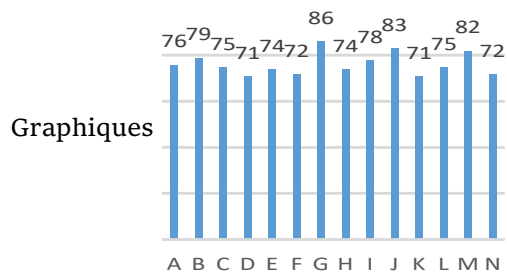
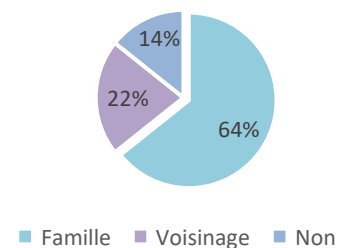
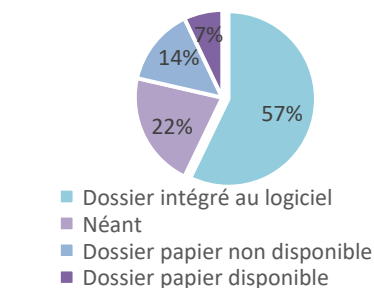
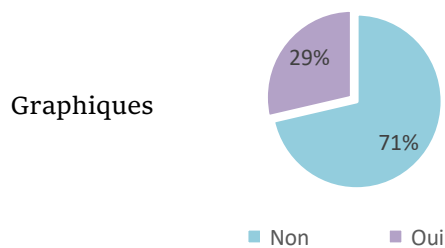


tableau 2:

Interviewé	DIFFICULTES FINANCIÈRES	DOSSIER MEDICAL	ENTOURAGE
A	Non	Dossier intégré au logiciel	Non
B	Non	Dossier intégré au logiciel	Non
C	Oui	Dossier intégré au logiciel	Famille
D	Non	Néant	Voisinage
E	Non	Dossier intégré au logiciel	Famille
F	Oui	Dossier papier non disponible	Famille
G	Oui	Dossier intégré au logiciel	Famille
H	Oui	Dossier intégré au logiciel	Famille
I	Non	Néant	Famille
J	Non	Dossier papier non disponible	Famille
K	Non	Néant	Voisinage
L	Non	Dossier papier disponible	Famille
M	Non	Dossier intégré au logiciel	Voisinage
N	Non	Dossier intégré au logiciel	Famille



Annexe 2: tableau 3:

Interviewé	ENTOURAGE PRESENT LORS DE LA CONSULTATION	FREQUENCE CONSULTATION MEDECIN TRAITANT	MEDECIN TRAITANT
A	Non	2 à 4 fois par an	Oui
B	Non	2 à 4 fois par an	Oui
C	Non	>4 fois par an	Oui
D	Non	2 à 4 fois par an	Oui
E	Non	2 à 4 fois par an	Oui
F	Non	2 à 4 fois par an	Oui
G	Non	>4 fois par an	Oui
H	Non	>4 fois par an	Oui
I	Famille	<1 fois par an	Non
J	Non	<1 fois par an	Non
K	Non	1 à 2 fois par an	Oui
L	Famille	>4 fois par an	Oui
M	Non	>4 fois par an	Oui
N	Non	>4 fois par an	Oui

Graphiques

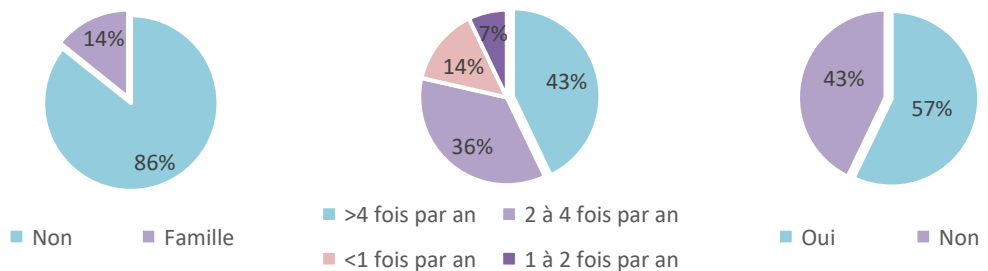
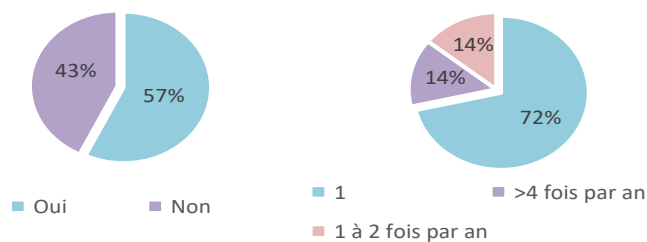


tableau 4:

Interviewé	MED. TRAITANT DANS LA PERMANENCE	NBRE CS. EN PERMANENCE	RETRAITE PROFESSION
A	Oui	1 à 2 fois	Santé
B	Oui	1	Administratif
C	Oui	1	Commerce
D	Non	>4 fois	Administratif
E	Oui	1	Recrutement
F	Non	1	Administratif
G	Oui	1	Textile
H	Oui	1 à 2 fois	Agent de service
I	Non	>4 fois	Social
J	Non	1	Santé
K	Non	1	Social
L	Non	1	Agent de service
M	Oui	1	Administratif
N	Oui	1	Santé

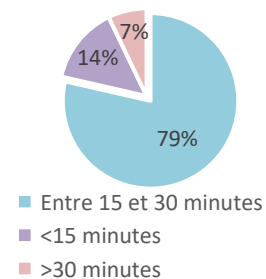
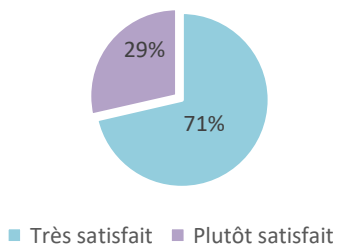
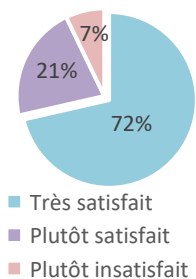
Graphiques



Annexe 2: tableau 5:

Interviewé	SATISFACTION GLOBALE	SEXE	TEMPS MOYEN DE CONSULTATION
A	Très satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
B	Très satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
C	Plutôt satisfait	Homme	Entre 15 et 30 minutes
D	Très satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
E	Plutôt satisfait	Homme	<15 minutes
F	Très satisfait	Femme	>30 minutes
G	Très satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
H	Très satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
I	Plutôt insatisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
J	Plutôt satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
K	Très satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
L	Très satisfait	Femme	Entre 15 et 30 minutes
M	Très satisfait	Femme	<15 minutes
N	Très satisfait	Homme	Entre 15 et 30 minutes

Graphiques



Annexe 3: Questionnaire

1. *Quel est le rôle des permanences médicales selon vous?*
2. *Quelle a été votre première impression en entrant dans le centre?*
Avez-vous été accueilli?
Les conditions de passage (ordre de passage) vous-ont-elles été expliquées?
3. *Comment décrieriez-vous les conditions d'attente?*
Le temps d'attente était-il acceptable?
Vous êtes-vous senti en sécurité?
4. *Concernant le/les médecin(s) de garde: son/leur nom était-il affiché? le(s) connaissiez-vous?*
5. *Pour quel(s) motif(s) consultiez-vous?*
6. *Quelles étaient vos appréhensions, vos attentes par rapport à la/aux consultation(s)?*
7. *Comment s'est/se sont déroulé votre/vos consultation(s)?*
8. *Vous êtes-vous senti écouté lors de cette/ces consultation(s)? Avez-vous pu poser des questions librement?*
9. *Quel était votre ressenti quant aux documents remis lors de la/des consultation(s), aviez-vous des incompréhensions?*
10. *Suite à cette/ces consultation(s), vous êtes-vous senti en confiance?*
11. *Quels sont les points positifs des permanences médicales selon vous?*
12. *Y a-t-il des points négatifs?*
13. *Consulteriez-vous à nouveau au sein de ces centres médicaux?*
14. *Souhaiteriez-vous aborder un sujet qui vous paraît important concernant les permanences médicales?*

Annexe 4: Livre de code 1/3

Médecin											
Degré de compétence				Le médecin en tant que personne, capacités de communications				Médecin traitant			
capable	7	4	0,05	aborder	7	8	0,10	généraliste	11	7	0,09
faute	5	3	0,04	abord	5	5	0,06	médecins	8	22	0,29
								traitant	8	13	0,17
								médicaux	8	9	0,12
								médicale	8	3	0,04
								médecin	7	121	1,57
								médecine	8	5	0,06
								médical	7	6	0,08
								visite	6	4	0,05
								garde	5	11	0,14
								médicales	9	22	0,29
								clair	5	7	0,09
								rôle	4	10	0,13
								chercher	8	5	0,06
								commence	8	5	0,06
								trouver	7	6	0,08
Propos chocs				SOS médecins				Suivi			
				sos	3	13	0,17	accompagnement	14	3	0,04
								accompagner	11	4	0,05
								suivi	5	6	0,08
								consulté	8	7	0,09
								méso	4	3	0,04
								rdv	3	5	0,06
Patient											
Attentes				Autonomie				Besoins			
souhaiteriez	12	7	0,09	seule	5	9	0,12	besoin	6	24	0,31
senti	5	20	0,26	seul	4	8	0,10	sentie	6	9	0,12
répondre	8	4	0,05					manque	6	5	0,06
attentes	8	13	0,17					préfère	7	8	0,10
attente	7	48	0,62					voulait	7	6	0,08
demande	7	11	0,14					voulais	7	5	0,06
question	8	11	0,14					envie	5	7	0,09
demandé	7	6	0,08					veux	4	10	0,13
								donner	6	4	0,05
								facile	6	4	0,05
								servir	6	4	0,05
								normal	6	4	0,05
								pareil	6	3	0,04
								voulais	7	5	0,06
								envie	5	7	0,09
								veux	4	10	0,13
								donner	6	4	0,05
								facile	6	4	0,05
								servir	6	4	0,05
								normal	6	4	0,05
								pareil	6	3	0,04
Dépendance				Facteurs liés au grand-âge				Facteurs psycho-sociaux			
fatiguée	8	4	0,05	habitude	8	6	0,08	mère	4	5	0,06
Le patient en tant que personne, biographie											
personnalité	12	4	0,05								
connaissais	11	8	0,10								
connaissiez	11	8	0,10								
particulier	11	3	0,04								
remarqué	8	5	0,06								
souviens	8	5	0,06								
convient	8	4	0,05								
rappelle	8	4	0,05								
savaient	8	4	0,05								

Annexe 4: Livre de code 2/3

connais	7	14	0,18								
savais	6	14	0,18	aujourd'hui	11	4	0,05	père	4	4	0,05
savoir	6	11	0,14	maintenant	10	31	0,40	ami	3	3	0,04
crois	5	18	0,23	longtemps	9	9	0,12	mec	3	3	0,04
gêne	4	3	0,04	toujours	8	28	0,36	orgueil	7	3	0,04
idée	4	3	0,04	période	7	6	0,08	humour	6	3	0,04
mens	4	3	0,04	changer	7	3	0,04	peur	4	7	0,09
personnes	9	14	0,18	époque	6	6	0,08	bête	4	5	0,06
personne	8	32	0,41	ancien	6	5	0,06	dieu	4	5	0,06
enfants	7	9	0,12	change	6	5	0,06	gêné	4	5	0,06
famille	7	7	0,09	années	6	4	0,05	retraite	8	9	0,12
curieux	7	3	0,04	changé	6	4	0,05	filles	5	10	0,13
gentil	6	4	0,05	jamais	6	19	0,25	fil	4	5	0,06
vue	3	6	0,08	temps	5	38	0,49	milieu	6	4	0,05
ressenti	8	8	0,10	âge	3	9	0,12	niveau	6	4	0,05
contraire	9	3	0,04	jeune	5	5	0,06	maison	6	7	0,09
soucis	6	13	0,17	mort	4	3	0,04	études	6	4	0,05
simple	6	4	0,05	ans	3	17	0,22	métier	6	3	0,04
beau	4	3	0,04	vie	3	9	0,12				

Relatif à la structure											
Accès à la consultation				Conditions d'attente				Locaux			
consultation	12	42	0,54	conditions	10	13	0,17	pharmacie	9	4	0,05
consulteriez	12	7	0,09	nouveau	7	8	0,10	cabinet	7	10	0,13
permanences	11	22	0,29	place	5	7	0,09	centres	7	10	0,13
permanence	10	11	0,14	prise	5	6	0,08	circuit	7	6	0,08
consultiez	10	7	0,09	froid	5	3	0,04	centre	6	20	0,26
consulter	9	4	0,05	attendait	9	3	0,04	accueil	7	7	0,09
dimanche	8	5	0,06	installée	9	3	0,04	secrétaire	10	5	0,06
affiché	7	8	0,10	attendre	8	11	0,14	assistante	10	3	0,04
appeler	7	5	0,06	sécurité	8	9	0,12	portes	6	4	0,05
appelle	7	5	0,06	minutes	7	7	0,09	lieu	4	5	0,06
appelez	7	3	0,04	attends	7	4	0,05	ouvert	6	5	0,06
accueilli	9	5	0,06	heures	6	7	0,09				
appelé	6	5	0,06	attend	6	3	0,04	Relatif aux transports			
essaye	6	3	0,04	chaise	6	3	0,04	proximité	9	5	0,06
fonction	8	4	0,05	salle	5	18	0,23	ambulance	9	3	0,04
facilité	8	3	0,04	ordre	5	6	0,08	ailleurs	8	10	0,13
essayer	7	6	0,08	attendez	8	6	0,08	domicile	8	12	0,16
fermé	5	3	0,04	instant	7	5	0,06	arrivais	8	5	0,06
gérer	5	3	0,04	demain	6	4	0,05	arrivent	8	4	0,05
facilement	10	3	0,04	samedi	6	4	0,05	rentrent	8	4	0,05
				jours	5	17	0,22	accident	8	3	0,04
				heure	5	9	0,12	passage	7	11	0,14
				vite	4	5	0,06	arrivée	7	5	0,06
				long	4	4	0,05	arriver	7	4	0,05
				lundi	5	3	0,04	marcher	7	4	0,05
				mois	4	11	0,14	arrivez	7	3	0,04
				reste	5	9	0,12	emmener	7	3	0,04
								partent	7	3	0,04
								arrivé	6	17	0,22
								arrive	6	12	0,16
								passer	6	10	0,13

Annexe 4: Livre de code 3/3

plateau	7	5	0,06
panneau	7	4	0,05
moyens	6	3	0,04
actes	5	3	0,04
borne	5	3	0,04

venais	6	6	0,08
venait	6	6	0,08
partir	6	5	0,06
rester	6	5	0,06
départ	6	4	0,05
accès	5	4	0,05
parti	5	6	0,08
venue	5	6	0,08
venu	4	18	0,23
loin	4	3	0,04

Relation médecin-malade											
Alliance thérapeutique, relation médecin-malade				Confiance				Défiance			
patients	8	7	0,09	acceptable	10	6	0,08	hésitation	10	3	0,04
médicaments	11	4	0,05	confiance	9	21	0,27	tension	7	5	0,06
ordonnances	11	4	0,05	compris	7	8	0,10	dérange	7	6	0,08
ordonnance	10	5	0,06	content	7	9	0,12	importe	7	6	0,08
médicament	10	4	0,05	bonne	5	7	0,09	confuse	7	4	0,05
documents	9	8	0,10	bien	4	117	1,52	crains	6	3	0,04
patient	7	7	0,09	vrai	4	12	0,16	dépend	6	3	0,04
dossier	7	4	0,05	sens	4	9	0,12				
complètement	12	3	0,04	aime	4	8	0,10				
commencé	8	3	0,04								
concerne	8	3	0,04								
Ecoute				Participation à la prise en charge, décision médicale				Prévention et éducation thérapeutique			
expliquées	10	5	0,06	comprends	9	6	0,08	importante	10	3	0,04
questions	9	13	0,17	impression	10	15	0,19	important	9	22	0,29
librement	9	7	0,09	intéressant	11	3	0,04				
attention	9	6	0,08	intéresse	9	3	0,04				
expliquées	10	5	0,06	possible	8	4	0,05				
écoutez	7	5	0,06	agréable	8	3	0,04				
écoute	6	12	0,16	pense	5	35	0,45				
parler	6	11	0,14	partagée	8	3	0,04				
écouté	6	10	0,13	accord	6	3	0,04				
				décision	8	3	0,04				
				rapport	7	22	0,29				
								Temps accordé à la consultation			
								rapidement	10	6	0,08
								entretiens	10	3	0,04

Santé											
Covid				Examens complémentaires				Rapport à la santé et à la maladie			
covid	5	12	0,16	examen	6	4	0,05	crise	5	4	0,05
				irm	3	13	0,17	douleur	7	5	0,06
				examens	7	4	0,05	malade	6	6	0,08
				scanner	7	4	0,05	grave	5	4	0,05
				laboratoire	11	3	0,04	santé	5	8	0,10
Rapport à l'hôpital											
urgences	8	38	0,49								
pompiers	8	9	0,12								
dentiste	8	4	0,05								
ophtalmo	8	4	0,05								
urgence	7	14	0,18								
hôpital	7	13	0,17								
timone	6	12	0,16								
opérer	6	3	0,04								

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.