



## 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'informerais 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 ».

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Sébastien Faure

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

|                             |  |           |
|-----------------------------|--|-----------|
| ABRAHAM Pierre              | PHYSIOLOGIE                              | Médecine  |
| ANGOULVANT Cécile           | MEDECINE GENERALE                        | Médecine  |
| ANNWEILER Cédric            | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT  | Médecine  |
| ASFAR Pierre                | REANIMATION                              | Médecine  |
| AUBE Christophe             | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE          | Médecine  |
| AUGUSTO Jean-François       | NEPHROLOGIE                              | Médecine  |
| BAUFRETON Christophe        | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE | Médecine  |
| BELLANGER William           | MEDECINE GENERALE                        | Médecine  |
| BELONCLE François           | REANIMATION                              | Médecine  |
| BENOIT Jean-Pierre          | PHARMACOTECHNIE                          | Pharmacie |
| BIERE Loïc                  | CARDIOLOGIE                              | Médecine  |
| BIGOT Pierre                | UROLOGIE                                 | Médecine  |
| BONNEAU Dominique           | GENETIQUE                                | Médecine  |
| BOUCHARA Jean-Philippe      | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE               | Médecine  |
| BOUET Pierre-Emmanuel       | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                  | Médecine  |
| BOURSIER Jérôme             | GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE          | Médecine  |
| BOUVARD Béatrice            | RHUMATOLOGIE                             |           |
| BRIET Marie                 | PHARMACOLOGIE                            | Médecine  |
| CALES Paul                  | GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE          | Médecine  |
| CAMPONE Mario               | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE             | Médecine  |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE          | Médecine  |
| CASSEREAU Julien            | NEUROLOGIE                               | Médecine  |
| CLERE Nicolas               | PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE              | Pharmacie |
| CONNAN Laurent              | MEDECINE GENERALE                        | Médecine  |
| COPIN Marie-Christine       | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES      | Médecine  |
| COUTANT Régis               | PEDIATRIE                                | Médecine  |
| CUSTAUD Marc-Antoine        | PHYSIOLOGIE                              | Médecine  |
| CRAUSTE-MANCIET Sylvie      | PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE             | Pharmacie |
| DE CASABIANCA Catherine     | MEDECINE GENERALE                        | Médecine  |
| DESCAMPS Philippe           | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                  | Médecine  |

|                          |  |           |
|--------------------------|--|-----------|
| D'ESCATHA Alexis         | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                                       | Médecine  |
| DINOMAIS Mickaël         | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION                               | Médecine  |
| DIQUET Bertrand          | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE | Médecine  |
| DUBEE Vincent            | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES                                | Médecine  |
| DUCANCELLA Alexandra     | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE                     | Médecine  |
| DUVAL Olivier            | CHIMIE THERAPEUTIQUE   | Pharmacie |
| DUVERGER Philippe        | PEDOPSYCHIATRIE  | Médecine  |
| EVEILLARD Mathieu        | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  | Pharmacie |
| FAURE Sébastien          | PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE  | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | ANATOMIE   | Médecine  |
| FOUQUET Olivier          | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE                           | Médecine  |
| FURBER Alain             | CARDIOLOGIE  | Médecine  |
| GAGNADOUX Frédéric       | PNEUMOLOGIE  | Médecine  |
| GOHIER Bénédicte         | PSYCHIATRIE D'ADULTES  | Médecine  |
| GUARDIOLA Philippe       | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION  | Médecine  |
| GUILET David             | CHIMIE ANALYTIQUE  | Pharmacie |
| HAMY Antoine             | CHIRURGIE GENERALE   | Médecine  |
| HENNI Samir              | MEDECINE VASCULAIRE  | Médecine  |
| HUNAULT-BERGER Mathilde  | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION  | Médecine  |
| IFRAH Norbert            | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION  | Médecine  |
| JEANNIN Pascale          | IMMUNOLOGIE  | Médecine  |
| KEMPF Marie              | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE                     | Médecine  |
| KUN-DARBOIS Daniel       | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE                          | Médecine  |
| LACOUEILLE FRANCK        | RADIOPHARMACIE   | Pharmacie |
| LACCOURREYE Laurent      | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE   | Médecine  |
| LAGARCE Frédéric         | BIOPHARMACIE   | Pharmacie |
| LANDREAU Anne            | BOTANIQUE/ MYCOLOGIE   | Pharmacie |
| LARCHER Gérald           | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES                                 | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond        | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  | Médecine  |
| LEBDAI Souhil            | UROLOGIE   | Médecine  |
| LEGENDRE Guillaume       | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  | Médecine  |
| LEGRAND Erick            | RHUMATOLOGIE   | Médecine  |
| LERMITE Emilie           | CHIRURGIE GENERALE   | Médecine  |
| LEROLLE Nicolas          | REANIMATION  | Médecine  |
| LUNEL-FABIANI Françoise  | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE                     | Médecine  |
| LUQUE PAZ Damien         | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE   | Médecine  |
| MARCHAIS Véronique       | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  | Pharmacie |

|                              |   |           |
|------------------------------|---|-----------|
| MARTIN Ludovic               | DERMATO-VENEREOLOGIE  | Médecine  |
| MAY-PANLOUP Pascale          | BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION | Médecine  |
| MENEI Philippe               | NEUROCHIRURGIE  | Médecine  |
| MERCAT Alain                 | REANIMATION   | Médecine  |
| PAPON Nicolas                | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE                         | Pharmacie |
| PASSIRANI Catherine          | CHIMIE GENERALE   | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle             | PEDIATRIE   | Médecine  |
| PETIT Audrey                 | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                                | Médecine  |
| PICQUET Jean                 | CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE                  | Médecine  |
| PODEVIN Guillaume            | CHIRURGIE INFANTILE   | Médecine  |
| PROCACCIO Vincent            | GENETIQUE   | Médecine  |
| PRUNIER Delphine             | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                           | Médecine  |
| PRUNIER Fabrice              | CARDIOLOGIE   | Médecine  |
| RAMOND-ROQUIN Aline          | MEDECINE GENERALE   | Médecine  |
| REYNIER Pascal               | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                           | Médecine  |
| RICHOMME Pascal              | PHARMACOGNOSIE  | Pharmacie |
| RINEAU Emmanuel              | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION                                 | Médecine  |
| RIOU Jérémie                 | BIOSTATISTIQUES   | Pharmacie |
| RODIEN Patrice               | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES            | Médecine  |
| ROQUELAURE Yves              | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                                | Médecine  |
| ROUGE-MAILLART Clotilde      | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE                        | Médecine  |
| ROUSSEAU Audrey              | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES                         | Médecine  |
| ROUSSEAU Pascal              | CHIRURGIE PLASTIQUE,<br>RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE       | Médecine  |
| ROUSSELET Marie-Christine    | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES                         | Médecine  |
| ROY Pierre-Marie             | MEDECINE D'URGENCE  | Médecine  |
| SAULNIER Patrick             | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES                              | Pharmacie |
| SERAPHIN Denis               | CHIMIE ORGANIQUE  | Pharmacie |
| SCHMIDT Aline                | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                                   | Médecine  |
| TESSIER-CAZENEUVE Christine  | MEDECINE GENERALE   | Médecine  |
| TRZEPIZUR Wojciech           | PNEUMOLOGIE   | Médecine  |
| UGO Valérie                  | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                                   | Médecine  |
| URBAN Thierry                | PNEUMOLOGIE   | Médecine  |
| VAN BOGAERT Patrick          | PEDIATRIE   | Médecine  |
| VENARA Aurélien              | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE                            | Médecine  |
| VENIER-JULIENNE Marie-Claire | PHARMACOTECHNIE   | Pharmacie |
| VERNY Christophe             | NEUROLOGIE  | Médecine  |
| WILLOTEAUX Serge             | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE                             | Médecine  |

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

|                                  |   |           |
|----------------------------------|---|-----------|
| AMMI Myriam                      | CHIRURGIE THORACIQUE ET<br>CARDIOVASCULAIRE         | Médecine  |
| BAGLIN Isabelle                  | CHIMIE THERAPEUTIQUE                                | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume                | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES                      | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline               | IMMUNOLOGIE   | Médecine  |
| BEGUE Cyril                      | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| BELIZNA Cristina                 | MEDECINE INTERNE                                    | Médecine  |
| BENOIT Jacqueline                | PHARMACOLOGIE                                       | Pharmacie |
| BESSAGUET Flavien                | PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE                           | Pharmacie |
| BERNARD Florian                  | ANATOMIE ; discipline hospit :<br>NEUROCHIRURGIE    | Médecine  |
| BLANCHET Odile                   | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                           | Médecine  |
| BOISARD Séverine                 | CHIMIE ANALYTIQUE                                   | Pharmacie |
| BRIET Claire                     | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES<br>METABOLIQUES | Médecine  |
| BRIS Céline                      | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Pharmacie |
| CANIVET Clémence                 | GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE                       | Médecine  |
| CAPITAIN Olivier                 | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE                        | Médecine  |
| CHAO DE LA BARCA Juan-<br>Manuel | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Médecine  |
| CHEVALIER Sylvie                 | BIOLOGIE CELLULAIRE                                 | Médecine  |
| CHOPIN Matthieu                  | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| CODRON Philippe                  | NEUROLOGIE  | Médecine  |
| COLIN Estelle                    | GENETIQUE   | Médecine  |
| DEMAS Josselin                   | SCIENCES DE LA READAPTATION                         | Médecine  |
| DERBRE Séverine                  | PHARMACOGNOSIE                                      | Pharmacie |
| DESHAYES Caroline                | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE                             | Pharmacie |
| DOUILLET Delphine                | MEDECINE D'URGENCE                                  | Médecine  |
| FERRE Marc                       | BIOLOGIE MOLECULAIRE                                | Médecine  |
| FORTRAT Jacques-Olivier          | PHYSIOLOGIE   | Médecine  |
| GHALI Maria                      | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| GUELFF Jessica                   | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| HAMEL Jean-François              | BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE              | Médicale  |
| HELESBEUX Jean-Jacques           | CHIMIE ORGANIQUE                                    | Pharmacie |
| HERIVAX Anaïs                    | BIOTECHNOLOGIE                                      | Pharmacie |
| HINDRE François                  | BIOPHYSIQUE   | Médecine  |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie        | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE                | Médecine  |
| JUDALET-ILLAND Ghislaine         | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| KHIATI Salim                     | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Médecine  |
| LEGEAY Samuel                    | PHARMACOCINETIQUE                                   | Pharmacie |
| LEMEE Jean-Michel                | NEUROCHIRURGIE                                      | Médecine  |
| LE RAY-RICHOMME Anne-<br>Marie   | PHARMACOGNOSIE                                      | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise                  | CHIMIE GENERALE                                     | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck                 | BIOLOGIE CELLULAIRE                                 | Médecine  |

|                           |   |           |
|---------------------------|---|-----------|
| LIBOUBAN Hélène           | HISTOLOGIE                                    | Médecine  |
| MABILLEAU Guillaume       | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE      | Médecine  |
| MALLET Sabine             | CHIMIE ANALYTIQUE                             | Pharmacie |
| MAROT Agnès               | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE           | Pharmacie |
| MESLIER Nicole            | PHYSIOLOGIE                                   | Médecine  |
| MIOT Charline             | IMMUNOLOGIE                                   | Médecine  |
| MOUILLIE Jean-Marc        | PHILOSOPHIE                                   | Médecine  |
| NAIL BILLAUD Sandrine     | IMMUNOLOGIE                                   | Pharmacie |
| PAILHORIES Hélène         | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                       | Médecine  |
| PAPON Xavier              | ANATOMIE                                      | Médecine  |
| PASCO-PAPON Anne          | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE               | Médecine  |
| PECH Brigitte             | PHARMACOTECHNIE                               | Pharmacie |
| PENCHAUD Anne-Laurence    | SOCIOLOGIE                                    | Médecine  |
| PIHET Marc                | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE                    | Médecine  |
| POIROUX Laurent           | SCIENCES INFIRMIERES                          | Médecine  |
| PY Thibaut                | MEDECINE GENERALE                             | Médecine  |
| RIOU Jérémie              | BIOSTATISTIQUES                               | Pharmacie |
| RIQUIN Elise              | PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE                | Médecine  |
| RONY Louis                | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE     | Médecine  |
| ROGER Emilie              | PHARMACOTECHNIE                               | Pharmacie |
| SAVARY Camille            | PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE                     | Pharmacie |
| SCHMITT Françoise         | CHIRURGIE INFANTILE                           | Médecine  |
| SCHINKOWITZ Andréas       | PHARMACOGNOSIE                                | Pharmacie |
| SPIESSER-ROBELET Laurence | PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE | Pharmacie |
| TEXIER-LEGENDRE Gaëlle    | MEDECINE GENERALE                             | Médecine  |
| VIAULT Guillaume          | CHIMIE ORGANIQUE                              | Pharmacie |

#### AUTRES ENSEIGNANTS

| <b>PRCE</b>            |                             |           |
|------------------------|-----------------------------|-----------|
| AUTRET Erwan           | ANGLAIS                     | Santé     |
| BARBEROUSSE Michel     | INFORMATIQUE                | Santé     |
| COYNE Ashley-Rose      | ANGLAIS                     | Santé     |
| O'SULLIVAN Kayleigh    | ANGLAIS                     | Santé     |
| RIVEAU Hélène          | ANGLAIS                     |           |
|                        |                             |           |
| <b>PAST/MAST</b>       |                             |           |
| BEAUVAIS Vincent       | OFFICINE                    | Pharmacie |
| BRAUD Cathie           | OFFICINE                    | Pharmacie |
| DILÉ Nathalie          | OFFICINE                    | Pharmacie |
| GUILLET Anne-Françoise | PHARMACIE DEUST PREPARATEUR | Pharmacie |
| MOAL Frédéric          | PHARMACIE CLINIQUE          | Pharmacie |

|                    |                                   |          |
|--------------------|-----------------------------------|----------|
| CHAMPAGNE Romain   | MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION | Médecine |
| GUITTON Christophe | MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION    | Médecine |
| KAASSIS Mehdi      | GASTRO-ENTEROLOGIE                | Médecine |
| LAVIGNE Christian  | MEDECINE INTERNE                  | Médecine |
| PICCOLI Giorgina   | NEPHROLOGIE                       | Médecine |
| POMMIER Pascal     | CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE        | Médecine |
| SAVARY Dominique   | MEDECINE D'URGENCE                | Médecine |
| <b>PLP</b>         |                                   |          |
| CHIKH Yamina       | ECONOMIE-GESTION                  | Médecine |

## Liste des abréviations





## **Plan**

### **RESUME**

### **INTRODUCTION**

### **METHODES**

**1. Type d'étude**

**2. Echantillonnage**

**3. Conception du guide d'entretien**

**4. Réalisation des entretiens**

**5. Analyse des données**

**6. Aspect éthique**

### **RESULTATS**

**1. Caractéristiques de la population**

**2. Des dimensions de l'accessibilité qui s'inscrivent dans le modèle de Levesque**

**2.1 Délai et disponibilité**

**2.2 Moyens de communication pour l'accès à un praticien**

**2.3 Dimension géographique**

**2.4. Dimension financière**

**2.5. Littératie en santé**

**3. Le caractère central du contact humain**

**3.1. Altération du contact humain**

**3.2. L'irruption du numérique dans le domaine de la santé a impacté le contact humain**

**3.3. Difficultés d'orientation dans le système de soins : nécessité de contact humain pour une meilleure compréhension**

**4. Importance du réseau pour se faire accepter par un praticien, a fortiori pour les nouveaux arrivants**

**4.1. Acceptation et refus de nouveaux patients**

**4.2. Le « bouche à oreille », une méthode de réseau pour trouver son praticien**

**4.3. Difficultés pour les nouveaux arrivants dans une ville faute de réseau**

**5. Besoins de soins et accessibilité**

**5.1. Pertinence du recours aux soins et fréquence de consultation**

**5.2. Peur de déranger**

**5.3. Attentes de patients concernant les pratiques médicales**

## **DISCUSSION**

**1. Principaux résultats de l'étude**

**2. Forces et limites de l'étude**

**3. Comparaison avec les données de la littérature**

## **CONCLUSION**

# RÉSUMÉ

## **Introduction :**

L'accessibilité aux soins est un enjeu de santé publique mis en lumière ces dernières années dans le débat public.

Selon Jean-François Lévesque, géographe de la santé, l'accessibilité est « la facilité avec laquelle une personne peut atteindre les services de santé dont elle a besoin dans les délais appropriés à sa condition ». (1)

L'accessibilité aux soins constitue un déterminant de santé et est discutée dans un objectif d'amélioration de la santé de la population. Le modèle de Levesque propose d'ailleurs une définition de l'accessibilité qui englobe cinq dimensions : l'accessibilité géographique (distance et temps de trajet), la disponibilité en offre de soins, l'organisation de la structure de soins (locaux physiquement accessibles, modalités de prise de rendez-vous), l'accessibilité financière et l'acceptation socioculturelle (représentations, littératie en santé). (2)

L'objectif de ce travail était d'explorer les expériences de patients habitant en zone non sous dotée en offre de soins mais rapportant des difficultés d'accès aux soins afin de mieux appréhender les déterminants de l'accessibilité aux soins.

## **Matériels et Méthodes :**

Cette étude qualitative a été menée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients résidant au sein de la ville d'Angers à l'aide d'un guide d'entretien établi à partir de la littérature.

Le recrutement des patients a été effectué avec l'aide de pharmaciens y compris par effet dit « boule de neige » ainsi qu'avec le réseau personnel de la thésarde.

Des lettres d'information ont été communiquées avant la réalisation des entretiens. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits ainsi qu'anonymisés par la thésarde. Les entretiens ont été conduits jusqu'à suffisance des données.

Une analyse thématique avec une première lecture globale a permis de s'imprégnier du texte et du contexte de l'entretien, puis une sélection de verbatim dans le but de réaliser un codage axial a été effectuée afin d'organiser et identifier des thèmes. Enfin, un codage sélectif permettant d'expliquer et construire une théorie notamment grâce à l'appui du modèle de Levesque et également selon une méthode inductive et déductive en plaçant les données et en établissant des liens entre elles a été réalisé.

## **Résultats :**

Les patients déclarent éprouver des difficultés d'accès aux soins au sein de la ville d'Angers alors même qu'il s'agit d'une ville bien dotée en offre de soins selon les APL aux professionnels de santé. Cette discordance questionne la définition des zones médicales sous denses ainsi que l'utilisation des outils actuellement employés pour les caractériser.

En sus des dimensions du modèle de Levesque, les participants de cette étude ont été très nombreux à déclarer manquer de contact humain dans leurs parcours de soins. Il s'agit d'un thème qui a émergé spontanément chez les participants et qui dominait l'ensemble des entretiens quelque soit le moment de l'entretien. La place actuelle de l'information dans le domaine de la santé était l'un des coupables désignés à ce manque de contact humain rapporté.

L'importance du réseau personnel du patient est primordiale pour parvenir à identifier un praticien et se faire accepter comme nouveau patient, en particulier pour les nouveaux arrivants.

Enfin, les patients ont rapporté des difficultés à s'orienter dans le système de soins peu importe leur littératie en santé.

### **Conclusion :**

Au-delà des critères actuels qui placent la ville d'Angers comme une ville bien dotée en professionnels de santé, les discours analysés dans ce travail témoignent d'une expérience tout autre avec une pénurie ressentie par les participants.

Cette étude confirme d'une part que l'accessibilité n'est pas exclusivement dépendante de la quantité d'offre de soins et conforte la plupart des dimensions du modèle de Lévesque. D'autre part, elle met en lumière des problématiques telles que la diminution du contact humain, l'irruption du numérique dans le domaine de la santé ainsi que la difficulté d'orientation dans le système de soins avec une préoccupation particulière pour les nouveaux arrivants.

Cette thèse propose des pistes de réflexion pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins à Angers et ailleurs, en particulier dans les territoires urbains.

## INTRODUCTION

L'accessibilité aux soins est un enjeu de santé publique, mis en lumière ces dernières années lors des débats publics et lors des récents plans santé du gouvernement notamment avec le plan « Ma Santé 2022 » ou la « stratégie nationale de santé 2018-2022 ».

Selon Jean-François Lévesque, géographe de la santé, l'accessibilité est « la facilité avec laquelle une personne peut atteindre les services de santé dont elle a besoin dans les délais appropriés à sa condition ». (1) L'accessibilité représente un potentiel d'accès non mesurable alors que l'accès est lui mesurable et quantifiable notamment par le recours aux soins ou par la consommation de soins. Dans la littérature, l'accès se nomme d'ailleurs parfois également utilisation des services. (1) L'accessibilité aux soins questionne par essence l'égalité d'accès aux soins, cette dernière étant une mission de service public au même titre que les services d'éducation ou de justice. En ce sens, l'article L1110-1 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que « les autorités sanitaires contribuent [...] à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ». (2) L'équité est également un questionnement récurrent, l'équité se référant à un principe de justice distributive là où l'égalité se réfère à un principe de justice commutative. Ainsi, John Rawls, dans son ouvrage théorie de la justice, explique que certaines inégalités peuvent bénéficier aux plus défavorisés : c'est le principe de la discrimination positive. (3) Les difficultés d'accessibilité sont source de renoncement aux soins. (4) Le système de santé n'a cessé de se centraliser avec un objectif de maîtrise des dépenses et de restructuration des

organisations ayant pour conséquence un manque d'ancrage avec les réalités et dynamiques territoriales. (5) (6)

L'accessibilité aux soins est discutée dans un objectif d'amélioration de la santé de la population. (7) Garantir l'accessibilité est l'un des objectifs essentiels d'un système de santé dans sa dimension sociale. (8) L'accessibilité est considérée comme une dimension importante du système de santé, le système de santé étant lui-même un déterminant de santé au sens du modèle explicatif des déterminants sociaux de la santé proposé par Dahlgren et Whitehead. (9) L'étymologie du terme renvoie à une dimension géographique de distance et de temps (du latin ac cedere qui signifie parvenir) (7). Par ailleurs, l'accessibilité renvoie également à une dimension économique et financière.

D'un point de vue strictement économique, l'accessibilité peut se comprendre comme une adéquation entre l'offre de soins en terme de ressources et capacités et la demande de soins. La disponibilité en offre de soins ou la quantité de soins théoriquement disponible pour la population constitue une des composantes de l'accessibilité mais ne représente qu'une condition à l'accès aux soins sans pour autant en déterminer le recours effectif.

Or, il existe, à tort, un raccourci commun entre accessibilité et disponibilité en offre de soins. (10) L'accessibilité entre d'ailleurs dans le débat public le plus souvent au travers de la mise en avant des « déserts médicaux » ou zone médicale sous-dense c'est-à-dire de la disponibilité en offre de soins qui est, dans ce cas précis, jugée insuffisante.

La disponibilité en offre de soins est usuellement mesurée en France par l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), exprimée en en nombre annuel de consultations théoriquement disponibles par habitant sur un territoire donné. La DRESS et l'IRDES ont conçu en 2012 un indicateur synthétique paramétrable, l'indicateur d'Accessibilité

Potentielle Localisée (APL), qui permet de tenir compte de la proximité des professionnels de santé et de leur disponibilité. Le caractère relativement récent de cet indicateur démontre bien que le besoin de pouvoir approcher la disponibilité en offre de soins est devenu prégnant ces dernières années. L'APL est propre à chaque catégorie de professionnel de santé (médecins généralistes, kinésithérapeutes, dentistes par exemple) et illustre l'hétérogénéité de la disponibilité en offre de soins.

En ce qui concerne les médecins généralistes, l'APL moyenne sur le territoire français est de 3,9 consultations par an et par habitant en 2021 mais de nombreuses disparités extra et intra territoriales existent. (11) En 2021, 8 % de la population française réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes au sens d'une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant tel que le définit l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes. (12)

Dans la région des Pays de la Loire, l'APL moyenne en 2021 était de 3,7 consultations par an et par habitant chez le médecin généraliste soit légèrement en deçà de la moyenne nationale. Cependant, la ville d'Angers, préfecture du Maine-et-Loire, présente à contrario une APL proche de 6 de 2015 à 2021 en moyenne avec une APL à 5,37 en 2021. (11) (13)

Selon l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire, « Angers se distingue comme une des grandes communes les mieux pourvues de France ». (11)

Pour référence, en 2021, les départements limitrophes tels que la Mayenne et la Sarthe font état d'une APL concernant la médecine générale à 2,1 consultations par an et par habitant en moyenne. (14) Cependant, des patients angevins ont rapporté des difficultés d'accessibilité aux soins qui ont fait l'objet d'une parution d'article dans la presse en 2023. (15)

Face à ce qu'on pourrait nommer le paradoxe angevin, on peut donc s'interroger sur les facteurs pouvant générer un défaut d'accessibilité aux soins alors même que la disponibilité théorique en offre de médecine générale ne semble pas déficiente. L'APL est un indicateur qui présente plusieurs limites notamment parce qu'il relève d'un choix arbitraire en ce qui concerne les maillages de territoires définis. (16) Par ailleurs, cet indicateur ne prend ni en compte les différences socio-économiques des populations qui engendrent des besoins de soins différents ni les différences de pratiques des professionnels, qui, pour un même nombre de consultations, peuvent offrir un « service » très différent. L'APL n'offre donc qu'une vision quantitative et partielle de la problématique d'accessibilité aux soins. (17) (18)

Le modèle de Levesque propose lui une définition de l'accessibilité qui englobe la disponibilité en offre de soins mais ne s'y limite pas, suggérant que l'accessibilité ne peut pas être réduite à un unique problème de répartition de médecins sur le territoire. Jean-François Levesque suggère cinq dimensions à l'accessibilité : l'accessibilité géographique (distance et temps de trajet), la disponibilité en offre de soins, l'organisation de la structure de soins (locaux physiquement accessibles, modalités de prise de rendez-vous), l'accessibilité financière et l'acceptation socioculturelle (représentations, littératie en santé). (19) En ce qui concerne l'organisation de la structure de soins, les prises de rendez-vous en ligne ainsi que le développement de la télémédecine par exemple majorent la fracture numérique entre les patients. (20) La pandémie de Covid-19 a constitué un véritable tremplin pour l'essor des solutions numériques en santé mais l'accès à l'outil numérique représente à lui seul une dimension de ce qu'on pourrait qualifier d'«accessibilité virtuelle». Les outils

numériques modulent l'accessibilité selon les catégories de population en favorisant les classes urbaines et aisées. Or, comme le souligne le docteur Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, :« Il est paradoxal de constater que les personnes dont les compétences numériques sont limitées ou inexistantes sont souvent celles qui ont le plus à gagner des outils et des interventions de santé numérique, comme les seniors ou les populations rurales. Il est nécessaire de pallier ce déséquilibre pour assurer la transformation numérique du secteur de la santé. (21) Les déterminants de l'accessibilité incluent notamment l'organisation des soins qui renvoie aux modifications des conditions d'exercice des professionnels de santé avec l'essor du salariat, la féminisation de la médecine de manière générale et l'aspiration à davantage de qualité de vie se traduisant notamment par une diminution du temps de travail. (18) (22) (23) Le regroupement des professionnels de santé et le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) influent également sur l'organisation ainsi que sur la coordination des soins sur un territoire. Interroger l'organisation des soins à travers le concept de coordination des soins permet d'envisager les inégalités selon une rupture de continuité. (24)(25)(26) Les déterminants de l'accessibilité renvoient également à l'orientation dans le système de protection et dans la bonne compréhension des démarches à effectuer.

La notion d'accessibilité financière questionne d'une part les ressources du patient et d'autre part le coût des soins et les taux de remboursements décrétés par le système de santé.

Si comme l'écrit Jean-François Levesque, l'accessibilité représente la facilité avec laquelle une personne accède aux soins dont elle a besoin, le besoin de soins n'est pas tant abordé dans le modèle proposé. Or, les représentations du patient concernant sa

santé influent sur sa perception de besoin de soins et donc son éventuelle nécessité à un recours aux soins et enfin sur la notion d'accessibilité-même. Les besoins de soins ne se limitent pas à la conception de santé publique d'un écart à la norme ou d'un écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité. (27) Cette vision normative du besoin de soins demeure en effet insuffisante : les besoins de soins de la population ne sont pas forcément couverts par une majoration de la démographie médicale et donc ne suivent pas un mécanisme de marché. Le philosophe Bradshaw a ainsi établi une taxonomie des besoins en différenciant plusieurs types de besoins dont le besoin normatif, le besoin comparatif, le besoin ressenti et enfin le besoin exprimé. Un besoin de soins est donc un choix éthique, politique et philosophique. La question de la modélisation du besoin de soins se pose puisqu'elle renvoie par extension à la modélisation des dispositifs de régulation déployés par les pouvoirs publics. Il s'agira lors de ce travail d'interroger l'évolution de la demande de soins à travers les changements sociétaux et de s'enquérir de la manière dont les patients envisagent la norme du recours aux soins et selon quelle antériorité.

L'axe de ce travail s'intéressera particulièrement aux soins primaires puisqu'ils constituent la porte d'entrée dans le système de santé mais s'intéressera également aux soins dans leur globalité, l'accessibilité aux soins n'étant pas perçue comme l'accès à une unique profession de santé mais à un ensemble de services. (28)(29) Le modèle de Levesque appuie d'ailleurs cette vision en soulignant que l'accessibilité est représentée par l'accès aux soins dont une personne a besoin, indépendamment du fait que les soins reposent sur une base mono ou pluriprofessionnelle. Dans ce travail, le choix de l'échelle locale permet une exploration des expériences et des déterminants ancrés dans un territoire. La question de l'échelle la plus adéquate pour le déploiement des

politiques publiques de santé représente un enjeu majeur encore débattu et récemment, le modèle des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) a mis en avant l'échelle du territoire. (30) Un territoire est bien plus qu'un simple élément géographique : c'est un groupe social formé par l'action de ses habitants. (31) L'hypothèse de ce travail est que les difficultés d'accessibilité aux soins peuvent être perçues quelque soit le lieu de résidence du patient, que celui-ci soit en zone médicale sous dotée ou non car l'accessibilité et les perceptions sont animées par d'autres déterminants que la seule disponibilité théorique en offre de soins.

L'objectif de cette étude est d'explorer l'expérience de patients résidant au sein de la ville d'Angers rapportant des difficultés d'accès aux soins afin d'identifier les déterminants de l'accessibilité aux soins.

# **MÉTHODES**

## **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés de patients.

## **2. Echantillonnage**

Les participants ont été sélectionnés avec les critères d'inclusion suivants

- résider à Angers
- déclarer expérimenter des difficultés d'accès aux soins
- être majeur non protégé
- parler le français
- consentir à participer

Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné théorique en variabilité maximale. Les variables d'échantillonnage portent sur des facteurs pouvant être déterminants sur la question de l'accessibilité : l'âge, le sexe, la profession, la situation familiale, le fait d'être en Affection Longue Durée (ALD) ou non et la disposition ou non d'une Couverture Maladie Universelle (CMU), le niveau de santé globale auto-rapporté.

Le recrutement des patients a été effectué par réseau personnel ainsi qu'avec l'aide de pharmaciens y compris par effet dit « boule de neige ». Les pharmaciens sont les professionnels qui sont le plus en contact avec la population générale. (32)

Il était initialement prévu de compléter le recrutement avec l'aide des médecins généralistes et des infirmiers mais ce processus de recrutement s'est avéré être un échec malgré le démarchage de nombreux praticiens.

### **3. Conception du guide d'entretien**

Un guide d'entretien initial a été réalisé après analyse des données de la littérature et l'élaboration d'hypothèses initiales. (34) (35) (36) (37) Les présupposés de recherche ont été rédigés à l'aide du guide d'initiation à la recherche qualitative en santé et sont retranscrits ci-dessous :

Présuppositions du chercheur :

1. Quelle est ma question initiale ? Pourquoi les patients résidant en zone médicale non sous dotée peuvent-ils ressentir des difficultés concernant l'accessibilité aux soins ?
2. Comment en suis-je venue à me poser cette question ?

Le thème des zones médicales sous denses m'intéressait tout particulièrement puisque il s'agit d'une préoccupation majeure de l'actualité. Cependant, je voulais l'aborder sous un angle nouveau. Un article de presse publié dans Ouest France au mois d'avril 2023 a ainsi éclairé cette question sous une lumière nouvelle : il était question de difficultés d'accessibilité aux soins rapportés par les patients résidant à Angers. Or, Angers, étant une ville dite non sous dotée selon l'ARS, il importait donc de comprendre comment et pourquoi certains patients pouvaient ressentir des difficultés ou non.

3. Si j'étais moi-même interrogée quelle serait ma réponse ?

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins dans la ville d'Angers, pour le cas de ma situation personnelle, je séparerai la question entre l'accès à la médecine générale et

l'accès aux autres spécialités. Ma réponse sera bien évidemment biaisée, étant moi-même interne de médecine générale et pouvant m'auto diagnostiquer et auto prescrire ou disposant de bonnes relations dans mon entourage pour le faire. En revanche, pour ce qui est de l'accès aux autres spécialités, étant nouvellement arrivée sur Angers depuis un mois, je dirais que cet accès est très difficile, tellement difficile que je consulte ailleurs que dans la ville d'Angers car la plupart n'acceptent pas de nouveaux patients. Ainsi, comme beaucoup d'étudiants, je consulte encore dans ma région d'origine ou je ne consulte pas et procrastine à cause de l'éloignement.

#### 4. Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

La problématique de l'accessibilité aux soins est un enjeu majeur et profondément actuel ainsi tout apport sur la question est pertinent afin de mieux appréhender les éléments liés.

Par ailleurs, la présentation de mon projet de thèse devant une table ronde de médecins généralistes membres du département de médecine générale d'Angers a suscité de nombreux débats, les différents médecins présents ont conversé spontanément sur le sujet que je venais d'aborder. A un moment, l'un des médecins a interrompu la conversation pour dire « vous voyez cela fait un quart d'heure que nous parlons spontanément de votre sujet. C'est cela qui montre que c'est un bon sujet ».

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

Je m'attends à ce que les participants rapportent des difficultés d'accessibilité aux soins, notamment parce que tout au long de mon internat, j'ai fait face à des patients qui témoignaient de leurs difficultés à obtenir rendez-vous auprès de médecins.

#### 6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Je ne m'attends pas forcément à ce que l'un des participants me rapporte ne jamais avoir ressenti de difficultés pour obtenir un rendez-vous, ne serait-ce qu'une fois dans sa vie.

## 7. Quelle est finalement ma question de recherche ?

Quels sont les ressentis des patients résidant à Angers concernant l'accessibilité des soins ?

## 4. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par la thésarde.

Il était demandé aux patients de prévoir un créneau de trente à soixante minutes pour l'entretien. L'entretien se déroulait dans un lieu communément choisi par le participant et la thésarde : la grande majorité des entretiens s'est déroulée au sein de la Faculté de santé d'Angers ainsi que dans un bureau de la pharmacie des Justices à Angers.

Certains entretiens ont eu lieu dans un café du centre-ville d'Angers. Tous les entretiens ont été réalisés en face à face. Le moment était choisi par le patient en fonction de ses disponibilités sur un créneau horaire de trente minutes minimum. Le chercheur se présentait en tant qu'interne à la faculté de médecine d'Angers.

Avant chaque entretien, les patients ont été informés de façon claire, loyale et appropriée du projet de thèse ainsi que de l'enregistrement, la retranscription de l'entretien et l'utilisation des données pour l'analyse sous couvert d'anonymat. De plus, il était rappelé au participant la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Il était proposé à chaque participant de recevoir la retranscription de son entretien. Durant l'entretien, l'investigateur a adopté une attitude d'écoute active en effectuant des relances sur certains points abordés par l'interviewé.

## **5. Analyse des données**

Les entretiens ont été conduits jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire lorsque les données recueillies et leur analyse n'ont plus fourni d'éléments nouveaux pour l'analyse.

L'obtention de la suffisance des données a été validée par deux entretiens supplémentaires n'apportant plus de nouvel élément d'analyse.

Tous les entretiens ont été retranscrits mot à mot en respectant le langage oral et ce dans leur intégralité, à l'aide du logiciel NVivo. Les silences, les rires, les hésitations ont également été notés.

Les entretiens ont été analysés dans l'ordre du recueil des données. Le logiciel NVivo a été utilisé pour l'analyse des données. Une analyse thématique avec une première lecture globale a permis de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien, puis une sélection de verbatim dans le but de réaliser un codage axial a été effectuée afin d'organiser et identifier des thèmes. Enfin, un codage sélectif permettant d'expliquer et construire une théorie notamment grâce à l'appui du modèle de Levesque et également selon une méthode inductive et déductive en plaçant les données et en établissant des liens entre elles a été réalisé.

La grille Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) établie en 2007 a été utilisée pour guider la réalisation de l'étude et la rédaction des résultats. Un journal de bord a été tenu en parallèle du travail pour noter les impressions, remarques ou pistes de réflexions soulevées lors du travail.

## **6. Aspect éthique**

L'étude réalisée ne s'apparente pas aux « recherches impliquant la personne humaine » au sens de la loi Jardé.

L'avis d'un comité d'éthique a été sollicité et a reçu un avis favorable.

Premièrement, il s'agit de soumettre la stratégie de recrutement envisagée pour l'avenir.

L'avis du comité d'éthique concernant ce travail a permis de mettre en œuvre un processus de recrutement dans un cadre éthique satisfaisant et a apporté de la légitimité auprès des professionnels acceptant de proposer l'étude ainsi qu'auprès des patients susceptibles de participer.

Chaque participant a reçu une information loyale claire et éclairée sur le déroulé de l'étude afin qu'un consentement éclairé puisse être recueilli.

De plus, chaque participant a été informé de son droit de retrait de l'étude à tout moment ainsi que de sa possibilité d'avoir accès aux retranscriptions de l'entretien.

Ce projet a fait l'objet d'une inscription auprès du registre des traitements de données de l'université d'Angers sous le numéro 2023-12.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des participants

Quinze entretiens ont été réalisés au total entre août 2023 et mars 2024. La suffisance des donnés a été estimée atteinte au treizième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont par la suite été réalisés.

Les entretiens ont duré entre 20 et 55 minutes pour une moyenne de 32 minutes. L'âge moyen de la population d'étude était de 49,6 ans.

Sur 15 participants, 10 étaient des femmes.

La population interrogée était diversifiée mis à part ce qui concerne la variable Couverture Maladie Universelle.

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau I suivant :

**Tableau I.**

| Caractéristiques des participants | âge | sexe | enfants | Situation familiale | Présence sur le territoire | profession         | Premier professionnel cité      | État santé auto-déclaré   |
|-----------------------------------|-----|------|---------|---------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1                                 | 27  | F    | 0       | célibataire         | 1,5 A                      | Ingénieur études   | Médecin généraliste             | bon                       |
| 2                                 | 22  | F    | 0       | célibataire         | 2 A                        | Étudiante Master 2 | Je n'ai pas de médecin traitant | bon                       |
| 3                                 | 62  | F    | 2       | divorcée            | toujours                   | secrétaire         | Médecin généraliste             | « travailleur handicapé » |

|    |    |   |   |             |  |  |                             |           | reconn<br>ALD |
|----|----|---|---|-------------|--|--|-----------------------------|-----------|---------------|
| 4  | 33 | H | 0 | célibataire | 3A   | doctorant                                | Médecin généraliste déclaré | bon       |               |
| 5  | 28 | F | 0 | concubinage | 5A   | Assistante de recherche                  | kiné                        | bon       |               |
| 6  | 25 | F | 0 | célibataire | 1,5A   | designer                                 | Médecin traitant            | bon       |               |
| 7  | 27 | F | 0 | célibataire | 2A   | designer                                 | Médecin généraliste         | bon       |               |
| 8  | 63 | H | 3 | séparé      | toujours   | Ancien teinturier                        | Assistante sociale          | bon       |               |
| 9  | 62 | F | 3 | veuve       | 2,5 A ( y a habité les 20 premières années de sa vie ) | Ancienne infirmière et ancien professeur | Médecin généraliste         | Moyen ALD |               |
| 10 | 86 | H | 2 | marié       | toujours   | Retraité mécanicien                      | dentiste                    | bon       |               |
| 11 | 66 | F | 2 | mariée      | Plus de 30 ans   | Retraitee pépiniériste                   | Médecin traitant            | bon       |               |
| 12 | 46 | F | 2 | mariée      | Plusieurs décennies                                    | Employée de banque                       | Médecin de famille          | bon       |               |

|    |    |   |   |        |          |                              |                  |                                   |
|----|----|---|---|--------|----------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| 13 | 71 | H | 2 | marié  | 60 A     | Retraité juriste             | dentiste         | « can en ph de chimiot apie » ALD |
| 14 | 82 | F | 2 | mariée | toujours | Divers métiers dont nourrice | généraliste      | Bon ALD                           |
| 15 | 44 | H | 2 | marié  | toujours | Professeur espagnol          | Médecin traitant | bon                               |

Dans ce travail, nous détaillerons dans un premier temps les dimensions de l'accessibilité aux soins décrites dans la littérature : il s'agit des délais et disponibilités, de l'accessibilité géographique , des moyens de communication mis à disposition et enfin de l'accessibilité financière.

Dans un second temps, notre attention se portera sur un thème qui a émergé spontanément lors des entretiens et qui s'est révélé pour le moins surprenant puisque le travail porte sur l'accessibilité aux soins : il s'agit du contact humain.

Enfin, il semble exister un questionnement spécifique concernant l'accessibilité aux soins pour les nouveaux habitants de la ville d'Angers que nous étudierons dans un troisième temps.

L'ensemble de ces différentes dimensions de l'accessibilité questionne finalement le besoin de soins des populations dont nous rapporterons l'expérience à la fin de ce travail.

## 2. Des dimensions de l'accessibilité qui s'inscrivent dans le modèle de Levesque

### 2.1 Délai et disponibilité

Les participants disposant déjà d'un médecin traitant expliquent que le délai pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin généraliste est de l'ordre de quelques jours voire dans la journée s'il y a urgence et de l'ordre de deux à trois semaines s'il s'agit d'une consultation pour un renouvellement d'ordonnance.

De manière générale, les participants estiment être plutôt satisfaits des délais et disponibilités pour la médecine générale lorsqu'ils bénéficient déjà d'un médecin traitant.

Patient 12 :

*j'ai pas me plaindre ils sont très très efficaces ils sont ils seront là quoi parce que je vous avais dit que le médecin traitant il travaille je crois jusqu'à 21h va avoir 21h30 tous les jours donc effectivement ils ont une grande disponibilité*

Les participants sont conscients du fait que cette disponibilité est en lien avec une restriction du nombre de motifs lors d'une seule et même consultation et ce dans le but de ne pas avoir des consultations excessivement longues.

Le Patient 7, une jeune femme de 27 ans a compris que son médecin peut la recevoir fréquemment mais pour une durée limitée :

*j'ai l'impression que pour mon médecin généraliste c'est une consultation une thématique [...] elle a de la disponibilité mais pas beaucoup de temps de consultation*

Pour les patients ne disposant pas de médecin traitant, la question des délais et disponibilités est tout autre, conduisant parfois les patients à un renoncement aux soins.

Les conséquences de l'allongement des délais pour un rendez-vous médical sont nombreuses, les premières évoquées par les participants concernent l'abandon de soins et la remise à plus tard du suivi médical.

Patient 4 :

*je suis là pour une période de 3 ans je me suis dit que je verrai ça plus tard en fait parce que la perte de temps pour chercher un médecin surtout que lorsqu'on tombe malade en fait c'est dans l'immédiat en fait donc j'ai laissé tomber j'ai abandonné après plus de 2 ans j'en ai eu marre*

Cette absence de prise en charge de symptômes existants occasionne un isolement et repli sur soi.

Patient 4 :

*- mais justement quand vous tombez malade là du coup vous faites comment ?  
- je m'isole à la rigueur je vais prendre des médocs à la pharmacie puis c'est tout*

En ce qui concerne les autres spécialités médicales, les délais rapportés sont de l'ordre de quelques semaines à quelques mois et s'allongent sans cesse selon les participants.

Patient 15 :

*je devais passer une radio de l'épaule et j'ai j'ai mis plus de 3 4 mois à obtenir un rendez-vous trois quatre mois trois quatre mois et finalement donc voilà c'était quand même un délai excessivement long*

Certains participants soulignent l'absurdité d'un système qui accorde davantage de moyens à l'administratif plutôt qu'à l'embauche de nouveau personnel médical.

Patient 13 :

*j'ai pas de baguette magique pour créer des médecins en leur donnant un coup sur la tête et puis finalement il faudrait aussi donner les moyens alors ça il y a un gros problème parce qu'au niveau de l'hôpital [...] il y a trop d'administratifs [...] je suis allé voir le détail l'organigramme d'une ARS euh c'est*

*incroyable impensable de voir qu'il y a que des directeurs des chefs des sous chefs des sous directeurs 800 personnes qui servent à quoi ? ils comptent le nombre de couches culottes qui sont utilisés dans un service ? le nombre de seringues ? alors qu'on devrait payer des soignants pour ça alors que les infirmières j'ai regardé l'autre jour elles sont combien à sortir ? elles sont 47 [...] c'est affligeant de voir qu'il y a autant d'administratif [...] c'est inacceptable on est dans l'administration et on est dirigé et géré par ce côté administratif qui est épouvantable*

Le tableau II en annexe résume les délais d'obtention d'un rendez-vous suivant les spécialités mais également les spécialités médicales auxquelles les participants n'ont pas accès malgré un besoin clairement exprimé.

Si l'accessibilité aux soins compose avec la disponibilité des professionnels de santé, elle compose également avec celle des participants.

Lorsque les participants encore en activité prennent rendez-vous, ils cherchent pour la plupart à composer avec leurs horaires de travail.

Patient 15 :

*pour mon médecin traitant c'est souvent en soirée j'essaie de prendre rendez-vous après le les horaires de travail dentiste un petit peu la même chose alors oui oui c'est souvent plutôt à partir de 17h 18h quoi fin de soirée de prendre le rendez-vous pour pas empiéter sur le sur le travail*

## 2.2 Moyens de communication pour l'accès à un praticien

Parmi les moyens de communication utilisés pour première prise de contact avec praticien, la jeune génération aura tendance à préférer l'utilisation d'outils numériques tels que Maps et Doctolib pour la première prise de contact un praticien.

Le Patient 5, une jeune femme de 28 ans décrit ainsi le logiciel :

*doctolib c'est un peu ma base [...] déjà doctolib pour moi c'est une révolution enfin après c'est un peu délicat parce qu'on prend des rendez-vous sans que le médecin enfin le médecin il a pas la main dessus quoi je trouve ça un peu déroutant mais c'est très pratique pour nous*

La génération plus âgée a bien souvent un praticien depuis plus d'une décennie et n'a pas été confrontée au problème initial de trouver un praticien.

En ce qui concerne la prise de rendez-vous une fois le patient inscrit dans la patientèle d'un praticien défini, la jeune génération utilise des moyens mixtes (outils numériques, téléphone et présentiel) là où la génération plus âgée se tourne vers le téléphone et le présentiel.

A noter que chaque participant a fait spontanément référence au logiciel Doctolib, que ce participant utilise ou non Doctolib ou que le participant dispose ou non d'une connexion d'internet, signe de la prépondérance actuelle de ce logiciel. Ainsi, étonnamment le logiciel Doctolib est même cité par les participants qui ne disposent ni d'un ordinateur ni d'une connexion Internet.

La prise de rendez-vous par Doctolib est décriée par nombre de participants qui estiment que le logiciel constitue un intermédiaire supplémentaire inutile comme l'explique le Patient 13, un ancien juriste de 71 ans :

*Ah oui oui je passe pas par le système doctolib qui est épouvantable parce que c'est eux qui fixent les rdv j'ai fait les essais pour des analyses en laboratoire avec Doctolib on va avoir des rdv à plusieurs jours après tandis que lorsqu'on appelle on a un rdv pour le jour-même c'est quand même différent [...] et puis passer par un tiers c'est quand même encore voilà je trouve ça inutile*

S'ils considèrent Doctolib comme un intermédiaire supplémentaire, il s'agit également d'un intermédiaire qui les éloigne davantage de leur lien avec la société.

La prise de rendez-vous en présentiel demeure encore un moyen efficace de prise de rendez-vous pour les patients parce qu'il est plus direct.

Le tableau III en annexe résume les différents moyens de communication employés par les participants.

### **2.3. Dimension géographique**

Les solutions alternatives en cas d'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical proposées aux patients sont parfois trop complexes à mettre en place car elles nécessitent de se déplacer dans une autre ville qu'Angers, ce qui implique à la fois des contraintes de disponibilité, de transports et de moyens financiers.

Patient 4 :

*elle m'a demandé d'aller voir un spécialiste qui était pas disponible sur Angers et moi ça me demandait de prendre un train sur sur Nantes et je suis pas allé au final trop loin trop de temps c'est des frais cumulés ça demande de payer un train pour aller là-bas et en plus c'est même pas un spécialiste qui dans le centre de Nantes c'était une journée complète qu'il fallait prendre pour aller le voir donc j'ai laissé tomber*

La jeune génération se tourne vers des transports plus écologiques tels que les transports en commun et le vélo tandis que les plus de 50 ans se tournent vers l'automobile. Cette situation est également rendue possible parce qu'Angers est une zone urbaine bien desservi en transports en commun. Cependant dès qu'il s'agit de rejoindre une commune avoisinante, le réseau de transports communs montre ses limites.

Le tableau IV résume les différents moyens de transports employés par les participants.

### **2.4. Dimension financière**

Les difficultés financières éprouvées par les patients les plus fréquemment rapportées concernent les soins d'optique et dentaire, connus pour être les plus onéreux et les moins bien remboursés y compris par la sécurité sociale et les mutuelles.

Le Patient 8, ancien teinturier de 63 ans explique ses difficultés :

*non les dentistes (ouvre la bouche et me montre son absence de dents) j'ai plus de dents ça serait bien que je puisse avoir un dentier parce que c'est vrai que moi je me dis que le problème qui se pose c'est que quand je mâche ça abîme l'estomac quand on a plus de dents ; c'est vrai que c'est pas l'idéal de plus avoir de dents mais bon ça coûte cher tout ça*

Il est également question notamment de l'absence de remboursement des consultations chez le psychologue comme l'explique le Patient 5, une jeune femme de 28 ans :

*c'est un coût enfin vraiment ça a été un budget dans mon quotidien ça pour le coup que j'ai mis parce que j'ai pris enfin c'est la meilleure chose que j'ai fait de ma vie en vrai pas que pour ce que j'ai traversé avec ma mère pour bien plus de choses mais c'est un budget effectivement qu'il faut être prête à mettre quoi elle était à 45 € la séance ça fait quand même presque 100 € par mois*

Ensuite, des participants émettent une critique concernant l'intérêt pécunier de certains praticiens et notamment de l'hyperspecialisation ou de la concentration des praticiens sur des pratiques rentables en expliquant que ces pratiques avaient une incidence directe sur leur prise en charge. Les participants prennent notamment l'exemple des kinésithérapeutes apparentés à des salles de sport ou des dentistes qui se tournent vers l'implantologie ou la réalisation d'examens d'imagerie coûteux.

Patient 12 :

*j'ai l'impression désagréable qu'il veut amortir son matériel donc c'est systématique il veut faire des radios panoramique et alors c'est pareil aussi il ne parle que d'implants alors avant bah c'était couronne Bridge et j'ai l'impression qu'il y a un marché là qui doit être juteux au niveau de tout ce qui est implant*

Certains participants critiquent également le report de tâches autrefois réservées aux médecins et désormais élargies aux pharmaciens et infirmiers de pratique avancée. Ainsi, les participants expriment leur nette préférence pour que ces actes restent l'apanage des médecins expliquant qu'ils prennent ce partage de compétences pour de l'attrait financier de la part des pharmaciens et infirmiers.

A contrario, les participants considèrent par exemple qu'un acte de vaccination effectué par un médecin demeure plus humain notamment en raison du bas prix de la consultation chez un médecin généraliste.

Patient 12 :

*ils expliquent que les pharmaciens peuvent faire tel acte que des infirmiers aussi enfin bon je dirais que j'aurai moins confiance parce que bon quelque part le médecin avant de procéder à l'acte il nous pose des questions quand même [...] j'aurai l'impression [...]faut que ça rapporte*

*- d'accord et vous auriez pas cette impression forcément avec votre médecin ?*

*- ah bah pas du tout puisqu'il est payé 26,5 là pour nous écouter donc*

Des participants interrogent la pertinence du recours aux soins et ont exprimé spontanément leur souhait de responsabilisation du patient en majorant la participation financière de ce dernier, en augmentant le reste à charge. Certains patients estiment que le prix de la consultation en médecine générale n'est pas assez élevé. Ils comparent par exemple le prix d'une coupe de cheveux chez le coiffeur qui est plus élevé que le montant d'une consultation pour une durée égale et à niveau d'études et de responsabilités bien inférieures. Au vu des remboursements actuels importants de la sécurité sociale concernant les consultations de médecine générale et de la faible

tarification de la consultation de médecine générale, certains participants déclarent estimer juste de payer un reste à charge plus conséquent.

Patient 12 :

*on a l'impression que certaines personnes c'est vrai qui vont chez le médecin pour l'impression pour pas grand-chose pour un rhume etc bon moi je crois que justement s'il y avait un reste à charge bon bah bien sûr faut pas qu'il soit trop élevé non plus faut pas de 5 € ça dissuaderait peut-être certains de d'y aller pour un rhume et ça désengorgerait un peu ça laisserait de la place pour vraiment ceux qui ont besoin d'être soignés [...] je pense tout le monde peut payer 5 € hein c'est rien 5 € il y en a ils ont tout la nouvelle technologie ils payent des forfaits de téléphone je pense que c'est c'est bien plus cher que 5 €*

## **2.5. Littératie en santé et orientation dans le système de soins**

L'orientation dans le système de soins est parfois complexe pour certains patients.

Les participants expriment leur désir de vulgarisation du fonctionnement du système de soins afin de parvenir à un « langage » commun entre les professionnels de santé, les administratifs et les patients.

Patient 7 :

*j'ai su récemment par une amie qui travaille à CPAM qu'on peut se faire un récap gratuit de tout le corps niveau santé et les Français elle me disait mais personne ne sait ça en France surtout la vulgarisation des informations de la santé on essaie de faire des liens entre la ville et l'hôpital mais on parle des langages différents on essaie de s'approcher des patients mais on parle des langages différents déjà je pense qu'on gagnerait beaucoup voilà déjà restaurer les dialogues mais en vulgarisant la manière de parler et les informations et pour l'accès aux soins*

A titre d'exemple, le réflexe d'appeler le SAMU pour avoir accès à un professionnel de santé dans les situations d'urgences les plus graves n'est pas forcément ancré chez tous les participants.

Le Patient 10, un mécanicien à la retraite de 86 ans explique s'être retrouvé dépourvu:

*- ben déjà on a téléphoné aux pompiers non non c'est le contraire je me suis renseigné comment faire et on m'a indiqué qu'il fallait téléphoner au samu aux urgences il a fallu attendre au téléphone pendant au moins 20 minutes pour avoir quelqu'un qui nous répond déjà pour moi ça va pas du tout*

### 3. Le caractère central du contact humain

#### 3.1. Altération du contact humain

En premier lieu, un résultat qui peut sembler surprenant dans un travail portant sur l'accessibilité aux soins est l'émergence spontanée de la notion de contact humain. Le contact humain apparaît comme la préoccupation centrale des participants lors des entretiens.

Ce manque de contact humain est décrit dans plusieurs relations et notamment dans les relations médecin-patient : les participants expriment en effet leur sentiment d'être de simples « numéros », apparentent parfois les consultations à une production à la chaîne en reprenant le champ lexical de l'usine.

Ainsi le Patient 9, une femme de 66 ans emploie le terme « numéro » à plusieurs reprises :

*ça veut dire que je ne suis pas qu'un numéro et malheureusement je trouve qu'on est quand même des numéros alors le pire c'est les dentistes je reviens toujours au dentiste c'est tellement touc touc touc si vous avez une carie vous reviendrez on va pas la soigner aujourd'hui alors que dans le temps le dentiste il voyait une carie il disait je vais en soigner une aujourd'hui puis vous reprenez rendez-vous [...] on est des numéros c'est un peu dommage*

La préoccupation du rapport au temps semble majeure dans les discours des participants qui estiment que la durée de consultation a diminué chez certains de leurs praticiens.

Patient 9 :

*le médecin généraliste il prenait le temps de regarder vos vaccins [...]c'est la catastrophe une catastrophe parce que il y a plus il y a plus ces relations qu'il y avait avec le médecin les médecins ont plus le temps*

Certains participants relatent une altération de la qualité des interactions humaines entre les professionnels de santé et les patients par un manque de communication et d'écoute.

Patient 10 :

*un suivi lorsque quelqu'un tombe malade que quelqu'un renseigne les comment ça se passe si ça va bien comment que ... le jour qu'elle va arriver la personne et l'heure en principe plus de renseignements et d'écoute*

### **3.2. L'irruption du numérique dans le domaine de la santé a impacté le contact humain**

Concernant l'altération du contact humain, le développement du numérique dans le domaine de la santé ou du tout moins son utilisation actuelle est l'un des coupables désignés. L'informatisation occupe en effet une place centrale dans le domaine de la santé, à l'image finalement de nombreux autres domaines, écartant de fait le patient de sa relation avec son professionnel de santé, ce que réprouvent certains participants.

Patient 9 :

*j'aurai situé la France presque en numéro un en matière de suivi médical et maintenant je pense qu'on a perdu un grand nombre de places je pense qu'on est là c'est peut être mon côté mémére mais on a trop*

*informatisé finalement moi j'aimais bien la feuille de température au bout du nez maintenant tout est sur des tablettes et tout ça manque d'humain*

La question de l'ergonomie de l'informatisation est également mise en avant, face aux avancés promises de toutes parts, certains participants interrogent le réel gain de temps dégagé par l'informatique et de manière plus large, interrogent le pouvoir par le devoir.

Patient 9 :

*que le médecin traitant pendant la consultation soit sur son clavier vous regarde plus c'est limite pas un progrès mais bon.... tout est noté...[...] c'est devenu un boulot de d'informatique de paperasse et plus aucun lien avec le patient et aujourd'hui je suis bien heureuse de ne plus être dans le milieu parce que je serai malheureuse de pas pouvoir prendre le temps avec les patients donc je trouve que ça s'est dégradé*

Enfin, certains participants se sentent exclus de cette montée en puissance de l'informatisation et parlent de « fracture numérique ». Lesdits participants rapportent un sentiment d'exclusion de la société, que cette fracture tienne au fait de leur absence de connexion internet ou de leur absence d'enclins à se servir des outils informatiques.

Les participants aimeraient conserver le choix de ne pas avoir à se servir des outils numériques s'ils le désirent, afin de demeurer libres.

Patient 14 :

*ça s'améliore pas pour nous à notre âge pas du tout maintenant dans beaucoup de domaines on sent qu'il y a plus d'humanité c'est machine et ....ouais c'est ....c'est pas drôle non*

Les patients considèrent les consultations en visioconférence comme une solution de dernier recours et rappellent leur préférence pour une consultation plus classique, avec du contact humain qu'ils estiment plus rassurante et plus fiable.

La visioconférence est souvent promue comme un gain de temps et un moyen de promouvoir l'accès aux soins dans tous les espaces mais pour autant, ce gain de temps et d'accès n'est pas forcément souhaité par les participants pour qui le service rendu est bien différent.

Patient 1 :

je déteste enfin moi je préfère le contact humain je trouve que c'est froid et puis comment il peut m'ausculter si on est en visio enfin je préférerais qu'il me voit

Les participants rappellent la nécessité de conserver des relations humaines qui selon eux sont les seules à pouvoir résoudre leurs problèmes a contrario des outils numériques.

Le Patient 12, une femme de 46 ans explique qu'elle préfère le contact humain par désir de simplicité et qu'elle n'apprécie pas le numérique.

*j'aime bien le contact humain quelquefois justement c'est plus facile s'il y a une urgence de s'expliquer devant la secrétaire et elle peut quelquefois prendre contact avec l'ophtalmo et c'est lui qui va dire bon bah on va vous prendre alors que ... qu'est ce que vous voulez faire devant une machine ? On peut pas s'expliquer le ressenti et puis quelquefois physiquement ils voient bien qu'on a un problème*

### **3.3. Difficultés d'orientation dans le système de soins : nécessité de contact humain pour une meilleure compréhension**

Certains participants, en évoquant des difficultés d'orientation dans le système de soins, expriment la nécessité d'avoir un interlocuteur physique et a fortiori humain pour les guider dans leurs démarches. Cette revendication concerne bien évidemment les

participants plus âgés exclus du numérique mais plus surprenant des patients plus jeunes et disposant de tous les outils numériques actuels, dotés d'un certain bagage culturel et issus d'une classe sociale plutôt aisée, qui malgré tous ces avantages ne parviennent pas à s'orienter dans le système de santé actuel et sont demandeurs d'une aide humaine.

Ainsi, le Patient 7, une jeune femme de 27 ans, designer et disposant d'un bac +5 explique se sentir perdue :

*la dame a tout expliqué cette partie va être remboursée cette partie par la sécurité sociale moi j'ai besoin de ça quelqu'un qui m'explique vraiment genre ok c'est parti vous inquiétez pas [...] c'est ça qui rassure c'est ça qui me rassure le plus d'avoir une personne en face qui m'explique toutes les démarches*

L'absence de personne ressource vers qui se tourner à la recherche d'informations pour s'orienter dans le système de soins et la complexité des démarches administratives conduit les plus précaires à recourir à des organismes non missionnés par l'État qui ne sont pas censés remplir ce rôle, montrant ainsi les déficiences du service public dans l'accompagnement de tous.

Le Patient 8, ancien teinturier à la retraite et dans une situation précaire explique qu'il pourrait probablement bénéficier de la CMU mais ne sait vers quel organisme se tourner. Les restaus du cœur représentent alors pour lui la seule alternative pour des conseils sur les démarches administratives à effectuer :

*je pourrais avoir peut-être gratuitement la CMU parce que je ne l'ai pas pour le moment il faudrait que je vois ça avec les restaus du cœur [...] ils m'ont dit vous venez jeudi avec tous vos papiers retraite et on va voir qu'est-ce qu'on peut faire c'est bien parce que dans ces milieux là on parle un petit peu de tout*

Les difficultés d'orientation dans le système de soins s'appliquent également aux situations d'urgence où les conduites à tenir pour avoir accès à un professionnel de santé en cas d'urgence sont également méconnues.

#### **4. Importance du réseau et difficultés à intégrer une patientèle, a fortiori pour les nouveaux arrivants**

##### **4.1. Acceptation et refus de nouveaux patients**

L'accès à un professionnel de santé nécessite tout d'abord que le patient puisse être admis dans la patientèle d'un médecin, dentiste, kinésithérapeute etc. Cette tâche est estimée comme l'une des plus difficiles par les participants, conscients du fait que nombre de patientèles sont déjà closes, y compris à Angers.

Patient 4 :

*j'aurais voulu voir un dentiste dès la première année et en fait j'ai dû attendre janvier dernier donc plus de 2 ans pour pouvoir avoir un rendez-vous parce que pour prendre un rendez-vous faut passer par doctolib et tous les créneaux étaient pris en fait et ils refusaient une nouvelle patientèle*

Dans la structure narrative en effet, si les patients trouvent un nouveau praticien c'est toujours parce que ce dernier « venait d'arriver » et donc de s'installer dans la région.

Certains participants souhaitent que les médecins ne soient plus affiliés à une patientèle fixe et ce afin de résoudre le manque d'acceptation de nouveaux patients par les praticiens installés depuis longtemps.

Cette difficulté à trouver un praticien contraint bien souvent les gens à rester avec leur professionnel de santé, que ce dernier leur plaise ou non et engendre la crainte chez les participants de ne pouvoir changer de praticien.

Les départs en retraite de certains praticiens occasionnent également des craintes voire de la peur chez leurs patients qui se voient obligés de former un nouveau réseau, même si les patients sont compréhensifs de la nécessité du départ en retraite de leurs médecins.

Patient 12 :

*je dois avouer que j'ai la crainte que mon médecin de famille parte à la retraite alors je sais que c'est égoïste de ma part parce que je me dis il pourra quand même enfin profiter de la vie*

#### **4.2. Le « bouche à oreille », une méthode de réseau pour trouver son praticien**

Face aux difficultés évoquées pour trouver un professionnel de santé, certains participants se tournent vers le bouche-à-oreille, qui est devenue selon eux une pratique indispensable, davantage finalement pour simplement trouver un praticien plutôt que pour en chercher un avec une bonne réputation même si cette pratique perdure.

Cette méthode, si elle est parfois choisie pour sa simplicité, l'est surtout parce qu'elle apparaît aux yeux des participants comme la seule solution viable tel que le décrit le Patient 13 :

*c'est pas possible faut être introduit sinon c'est compliqué alors sinon on est lambda on est un numéro et ce numéro bon ben fait que selon l'humeur du moment lors de la prise de rendez-vous on a ou non un rdv rapide*

Le recours à cette pratique est décrié par les patients eux-mêmes qui utilisent à regret le recours à leur réseau.

*Ils n'hésitent pas non plus à employer le terme à connotation négative de « piston », estimant que le bouche à oreille n'est pas une pratique « correcte ».*

Patient 9 :

*cette dame m'a pistonné auprès de son médecin généraliste en la suppliant de plus jamais faire ça et qu'elle me prenait quand même et puis voilà du piston pour le coup c'était du piston*

#### **4.3. Difficultés pour les nouveaux arrivants dans une ville faute de réseau**

La difficulté majeure soulevée par les participants est celle des nouveaux habitants d'Angers qui n'ont pas encore établi de liens sociaux dans la ville et se retrouvent donc dépourvus de réseau pour les guider.

Patient 5 :

*de ce que j'ai vécu je trouve que c'est le moment où c'est le plus dur quand on arrive dans une nouvelle ville et qu'on a pas encore de médecin ou d'autres praticiens de d'en trouver qui nous acceptent et du coup c'est au début c'est très dur je trouve le temps que ça se mette en place faut appeler beaucoup de différents endroits*

Pour remédier aux difficultés éprouvées par les nouveaux habitants, les participants estiment qu'il faudrait mettre en place des aides pour les guider.

Patient 6 :

*je pense peut-être trouver quelque chose pour aider les gens qui arrivent dans une nouvelle ville à savoir les orienter vers des praticiens qui pourraient les prendre parce que c'est quand on a pas déjà son réseau j'ai l'impression qu'il est dur à faire à rencontrer*

### **5. Besoins de soins et accessibilité**

#### **5.1. Pertinence du recours aux soins et fréquence de consultation**

Les participants interrogés estiment avoir un recours aux soins dans les normes et disent ne consulter que « lorsqu'ils en ont besoin ». Aucun n'a estimé avoir un recours

abusif aux soins. En revanche, certains participants estiment que c'est le cas pour d'autres membres de la société.

Patient 12 :

*on a l'impression que certaines personnes c'est vrai qui vont chez le médecin pour l'impression pour pas grand-chose pour un rhume etc bon moi je crois que justement s'il y avait un reste à charge bon bah bien sûr faut pas qu'il soit trop élevé non plus faut pas de 5 € ça dissuaderait peut-être certains de d'y aller pour un rhume et ça désengorgerait un peu ça laisserait de la place pour vraiment ceux qui ont besoin d'être soignés*

## 5.2. Peur de déranger

Dans un contexte connu de pénurie médicale que rapportent les participants, ces derniers pointent du doigt l'insuffisance de moyens et la nécessité évidente d'une augmentation du nombre de médecins comme le relate le Patient 15 :

*la première condition effectivement ça paraît évident c'est donc augmenter le nombre de médecins*

Certains patients s'autocensurent et n'osent pas franchir la porte des hôpitaux de peur de déranger, estimant leurs besoins comme non légitimes.

Patient 4 :

*surtout je veux pas déborder ces systèmes là c'est justement je suis pas le premier à courir vers les urgences et encore moins vers les systèmes comme la médecine de garde des choses comme ça quoi pareil pour les pharmacies de garde les choses comme ça*

Certains participants rapportent que leur entourage éprouve également cette « peur de déranger ».

Patient 7 :

*j'ai beaucoup de mes collègues par exemple qui connaissent aussi la réalité de l'hôpital qui disent je me suis cassée la jambe ce matin mais j'ose pas trop aller aux urgences parce que je vais déranger et c'est pas bien urgent du coup il y a une sensation de dire je veux pas trop déranger*

### **5. 3. Attentes de patients concernant les pratiques médicales**

Par rapport à un besoin de soins, un patient peut avoir une attente précise et en ce qui concerne les participants interrogés, il n'est pas observé de tendance à la réduction des attentes malgré le contexte médical actuel.

Ainsi, de même que pour un établissement ou un restaurant, la jeune génération regarde les avis et les notations disponibles sur Internet concernant un praticien. Ce résultat peut être perçu comme surprenant dans le sens où il apparaît quelque peu la médecine à une pratique commerciale.

Patient 1 :

*je regardais enfin sur maps et je regardais pas mal aux avis les notes avis et je sais pas ça devait pas me convenir sur Angers il devait pas être bien noté*

Certains patients ont des exigences spécifiques et cherchent notamment à pouvoir choisir le sexe de leur médecin.

Patient 5 :

*en fait je voulais une femme et après je me suis dit pff c'est bête je me résigne*

Les participants demandent à pouvoir choisir leur praticien en fonction de leur réputation ainsi que l'explique le Patient 3, une secrétaire de 63 ans :

*qu'on puisse choisir son médecin pas en fonction de la place qu'il reste mais en fonction de la réputation dont on nous a parlé*

## **DISCUSSION**

### **1. Principaux résultats de l'étude**

Les patients déclarent éprouver des difficultés d'accès aux soins au sein de la ville d'Angers alors même qu'il s'agit d'une ville bien dotée en offre de soins selon les APL aux professionnels de santé. Cette thèse conforte donc que l'accessibilité n'est pas exclusivement dépendante de la quantité d'offre de soins. D'après les patients interrogés, les difficultés d'accessibilité aux soins à Angers émanent en partie d'un manque de disponibilité des praticiens pour les nouveaux habitants et de délais extrêmement longs pour certaines spécialités médicales. Cette discordance questionne la définition des zones

médicales sous denses ainsi que l'utilisation des outils actuellement employés pour les caractériser.

L'expérience des habitants angevins s'inscrit dans la littérature et globalement dans le modèle de Levesque : l'accessibilité géographique, l'organisation de la structure de soins, l'accessibilité financière et l'acceptation socioculturelle ont en outre été abordées. En sus des dimensions du modèle de Levesque, les participants de cette étude ont été très nombreux à déclarer manquer de contact humain dans leurs parcours de soins. Il s'agit d'un thème qui a émergé spontanément chez les participants et qui dominait l'ensemble des entretiens quelque soit le moment de l'entretien. Une diminution de la durée de consultation et une hausse constante de l'informatisation dans le domaine médical sont des causes avancées par les participants. Les avis concernant l'informatisation croissante du monde médical sont divers mais, dans l'ensemble la population plus âgée y est opposée tandis que la population plus jeune sans y être pour autant favorable s'en accommode.

L'importance du réseau personnel du patient est primordiale pour parvenir à identifier un praticien et se faire accepter comme nouveau patient, en particulier pour les nouveaux arrivants.

Enfin, les patients rapportent des difficultés à s'orienter dans le système de soins peu importe leur littératie en santé.

## **2. Forces et limites de l'étude**

Cette étude est originale car elle cherche à caractériser l'accès aux soins dans une zone a priori non déficitaire en offre de soins.

Par ailleurs, le choix de la méthode qualitative est adéquat car il permet le recueil d'expériences singulières et contextualisées.

Le recrutement était diversifié grâce à des contacts en face à face en pharmacie, par réseau de connaissances et par téléphone.

Lors du processus de recrutement, les six premiers participants provenaient du réseau de connaissances de la thésarde, ce qui a pu introduire des biais en termes de diversité des participants, ces premiers participants étant plus jeunes et ayant tous réalisé des études supérieures. Ce biais a été atténué par un recrutement ultérieur visant des profils plus variés.

Le recrutement de patients bénéficiaires de la CMU s'est avéré complexe car ces derniers, malgré l'organisation de rencontres, n'ont pas recontacté la thésarde pour l'étude.

En revanche, deux des participants se sont révélés être en situation de précarité mais ne bénéficiaient pour autant pas de la CMU car les démarches administratives n'avaient pas été effectuées.

Ainsi, l'expérience d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité a pu être explorée au travers de ces deux participants.

L'échantillon regroupait donc des patients d'âge et de classes sociales variées.

Concernant la réalisation des entretiens, des entretiens tests ont été menés au préalable afin de minimiser les potentiels biais liés au manque d'expérience de la thésarde pour le déroulé des entretiens futurs

Concernant l'analyse, l'utilisation du logiciel NVIVO, reconnu pour l'analyse qualitative des données, a permis une gestion rigoureuse et systématique des informations recueillies.

L'analyse des données a été effectuée avec deux approches complémentaires : une approche déductive basée sur la littérature existante pour faire appel à des concepts déjà consolidés et une approche inductive ouverte à l'émergence de nouveaux concepts.

Par ailleurs, les données n'ont été codées que par la seule thésarde, ce qui a pu entraîner des biais dans l'analyse. Une codification par plusieurs chercheurs aurait pu renforcer la fiabilité des résultats. Cependant, l'analyse des données ayant été effectuée par deux personnes, la thésarde et sa directrice, cela a permis une confrontation de perspectives.

### **3. Comparaison avec les données de la littérature**

Les résultats de cette thèse, centrée sur l'accessibilité aux soins des patients angevins, révèlent plusieurs aspects cruciaux et parfois inattendus. Les différentes dimensions proposées par le modèle de Levesque (19) ont été retrouvées dans les discours des participants mais avec quelques nuances. Tout d'abord, les participants rapportent des difficultés liées à la disponibilité des praticiens pour les nouveaux habitants et à des délais d'attente extrêmement longs pour certaines spécialités médicales. Cette observation contraste avec les affirmations de l'APL d'Angers. Cependant, les constats sont nuancés car la plupart des participants différencie la situation de la médecine générale des autres spécialités où les disponibilités sont estimées beaucoup plus contraignantes comme le souligne un rapport d'enquête sur les pratiques et perceptions des patients de 2017. (48)

Par rapport à la dimension géographique d'accessibilité, Angers appartient à un cadre urbain et donc les problématiques de mobilités sont difficilement applicables aux territoires ruraux.

L'accessibilité financière quant à elle n'était pas au cœur des préoccupations des participants au sens de difficultés propres éprouvées. Par ailleurs, l'accent a été mis sur

les difficultés d'orientation dans le système de soins davantage que sur l'acceptabilité socioculturelle en ce qui concerne la dimension « littératie en santé ».

En sus du modèle de Levesque, le premier concept émergent est le manque de contact humain rapporté avec les professionnels de santé. Il s'agit d'une observation particulièrement notable car elle a émergé spontanément des entretiens. Cette thématique a dominé l'ensemble des discussions, bien qu'aucune question spécifique sur ce sujet n'ait été posée initialement. Ce manque de contact humain est d'autant plus significatif qu'il reflète un besoin essentiel et non satisfait des patients, qui comparent souvent leur expérience actuelle à des situations antérieures où les interactions humaines étaient plus prégnantes selon eux.

Cette observation rejoint les conclusions de plusieurs études antérieures qui ont souligné l'importance de la relation patient-médecin dans la satisfaction des patients et la qualité des soins perçus (38). Cette étude de 2022 en Chine montre que l'absence de connexion humaine peut entraîner une diminution de la confiance et de l'adhésion aux traitements.

La relation médecin-patient et la qualité des soins perçue peuvent aussi conduire le patient à contourner les logiques de proximité en fonction de la réputation du praticien comme l'explique Apolline Nguyen-Khac dans un rapport d'enquête sur les pratiques des patients de 2017. (48)

La qualité de l'interaction humaine est cruciale, particulièrement dans des contextes où l'informatisation des soins est en hausse. Ainsi l'un des facteurs avancés par les participants à ce sentiment d'altération de la qualité des relations humaines est le développement à outrance des systèmes informatiques et numériques. Ce

développement engendre une transformation de la médecine et des rapports médecin-patient comme le relate Marie-Eve Rougé Bugat dans son travail de 2021. (40) Il s'agit de prendre garde à ce que l'ordinateur ne devienne pas une tierce personne du colloque singulier comme l'exprime l'Académie Nationale de Médecine dans son rapport sur la relation médecin-malade de 2021. (41)

Le thème de l'informatisation croissante, notamment l'omniprésence du logiciel Doctolib a été spontanément abordé par tous les participants, qu'ils en soient utilisateurs ou non ? Les avis sur Doctolib varient mais il est clair que son utilisation est perçue comme une composante incontournable du système de santé actuel. Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne peuvent améliorer l'efficacité et la gestion des rendez-vous mais également standardiser et déshumaniser les soins. Les participants rapportent un sentiment de perte de contrôle et une diminution de l'aspect personnel des soins. Dominique Boulier explique que les plateformes numériques ne peuvent pas « traiter la singularité ». (45)

Une divergence importante parmi les participants réside dans la perception de l'informatisation. Les participants ont exprimé une inquiétude plus profonde face à la perte de contact direct et à la complexité croissante des outils numériques. Cette inquiétude, tandis que les plus jeunes s'y accommodent sans pour autant y être favorables est particulièrement marquée chez les patients plus âgés, qui y voient une barrière significative.

Ce travail apporte une vision nouvelle concernant la fracture numérique. Les études ont principalement lié cette fracture aux populations âgées et précaires comme c'est le cas

d'une étude sur la transformation digitale de 2021. (46) Or, les résultats de notre travail montrent que cette fracture touche également une part de la population qui souhaite avoir le choix de ne pas recourir aux services numériques. Cette population, bien qu'éduquée et souvent économiquement stable, ressent une exclusion due à la numérisation forcée des services de santé. Cela suggère que les stratégies d'informatisation doivent être plus inclusives et offrir des alternatives non numériques pour répondre aux préférences diversifiées des patients.

Ainsi, la recommandation du Défenseur des droits s'inscrit en faux contre le déterminisme technologique. Par exemple, en ce qui concerne le déploiement de la 5G – ce n'est pas parce qu'elle permet de faire plus de choses et plus vite que son adoption est nécessairement automatique comme le rappelle l'ouvrage « soigner l'humain » dans le chapitre « le temps, une dimension indispensable du soin ». (47)

L'évolution du rapport au temps est un autre facteur explicatif avancé par les participants concernant la diminution du contact humain. Ils estiment en effet que le rapport au temps s'est accéléré ce qui confirme la thèse de Harmut Rosa. (42)

L'importance du réseau personnel et du bouche-à-oreille dans l'accès aux soins est un autre thème récurrent dans cette étude. Les réseaux sociaux et les recommandations personnelles jouent un rôle crucial dans l'accès aux soins. Ce travail confirme cette observation mais va plus loin en montrant que cette dépendance au réseau personnel est perçue comme un marqueur d'inégalité profonde. Les patients estiment que cette pratique favorise ceux qui sont bien intégrés socialement, créant ainsi une barrière supplémentaire pour les nouveaux arrivants ou les personnes socialement isolées. Cette situation peut être perçue comme un échec de la mission de service public d'égalité d'accès aux soins.

Les difficultés à s'orienter dans le système de soins, rapportées indépendamment de la littératie en santé des patients, révèlent un défi majeur. La complexité du système de santé peut être un obstacle significatif, particulièrement pour ceux qui ne sont pas familiers avec les parcours de soins. Cependant, notre étude montre que même les patients des catégories sociales les plus aisées et les plus éduquées trouvent le système trop complexe et opaque. Cette observation suggère que les difficultés d'orientation dans le système de soins sont un problème transversal affectant toutes les strates de la société. Des interventions systémiques pour simplifier les parcours de soins et améliorer la transparence et l'accessibilité des informations pourraient être bénéfiques.

Par rapport à un besoin de soins, un patient peut avoir une attente précise et en ce qui concerne les participants interrogés, il n'est pas observé de tendance à la réduction des attentes malgré le contexte médical actuel. La notion d'alliance thérapeutique décrite par Paul Ricoeur (43) évolue avec un risque de dérive vers des demandes consuméristes avec une exigence d'immédiateté de la part de certains patients décrite par Gilles Finchelstein dans *La dictature de l'urgence*. (44)

## **CONCLUSION**

Ce travail de thèse fournit une perspective approfondie et nuancée sur l'accessibilité aux soins expérimentée par des habitants d'Angers.

Au-delà des critères actuels qui placent la ville d'Angers comme une ville bien dotée en professionnels de santé, les discours analysés dans ce travail témoignent d'une expérience tout autre avec une pénurie ressentie par les participants.

Cette étude confirme d'une part que l'accessibilité n'est pas exclusivement dépendante de la quantité d'offre de soins et conforte la plupart des dimensions du modèle de Levesque. D'autre part, elle met en lumière des problématiques telles que la diminution du contact humain, l'irruption du numérique dans le domaine de la santé ainsi que la difficulté d'orientation dans le système de soins avec une préoccupation particulière pour les nouveaux arrivants.

Cette thèse met en évidence des défis cruciaux et propose des pistes de réflexion et d'action pour améliorer l'accès aux soins dans des quantités contraintes ainsi que l'accessibilité et la qualité des soins à Angers et ailleurs, en particulier dans les territoires urbains.

## ANNEXES

**Tableau II.**

| Délai moyen d'obtention d'un RDV | Pour un généraliste                 | Pour un autre spécialiste             | Spécialiste (s) au(x)quel(s) le patient n'a pas accès malgré besoin exprimé |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Patient 1                        | 2 semaines                          | 1 an ophtalmo                         | Dentiste dermatologue   |
| Patient 2                        | n'a pas de médecin traitant         | 6 mois podologue                      | Médecin traitant dentiste ophtalmo  |
| Patient 3                        | Ça dépend                           | Plusieurs mois                        |   |
| Patient 4                        | n'a pas accès à un médecin traitant | n'a pas accès à d'autres spécialistes | Médecin traitant dentiste   |
| Patient 5                        | Quelques jours                      | Plusieurs mois                        | Dentiste dermatologue   |
| Patient 6                        | Quelques jours                      | Plusieurs mois                        | Dentiste dermatologue   |
| Patient 7                        | 3-4 jours                           | Quelques semaines                     |   |
| Patient 8                        | 3-4 jours                           | n'a pas accès                         | Dentiste faute d'argent cardiologue   |
| Patient 9                        | Quelques jours                      | Plus de 6 mois                        | rhumatologue  |
| Patient 10                       | 3 semaines pour renouvellement      | 6 mois pour ophtalmo                  |   |
| Patient 11                       | 2 semaines pour renouvellement      | Plusieurs mois                        |   |

|            |                                  |                                     |              |
|------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Patient 12 | 10 jours                         | 9 mois ophtalmo 1,5 an dermatologue |              |
| Patient 13 | Dans la journée car c'est un ami | 6 semaines ophtalmo                 | dermatologue |
| Patient 14 | 3 semaines pour renouvellement   | Plus de 6 mois pour cardiologue     |              |
| Patient 15 | 8-10 jours                       | 6 mois pour radiographie épaule     |              |

**Tableau III.**

| Moyens de prise de rdv chez un professionnel de santé | sexe | Âge | Moyen utilisé pour trouver le professionnel de santé la première fois | Moyen utilisé pour prendre rdv         |
|---|------|-----|---|--|
| Patient 1   | F    | 27  | Maps et Doctolib  | Doctolib, appel si absence de doctolib |
| Patient 2   | F    | 22  | Doctolib  | En ligne                               |
| Patient 3   | F    | 62  | Bouche à oreille  | Mails et téléphone                     |
| Patient 4   | H    | 33  | n'a pas trouvé  | Non applicable                         |
| Patient 5   | F    | 28  | Doctolib  | appel                                  |
| Patient 6   | F    | 25  | Maps et Doctolib  | Doctolib et appel                      |
| Patient 7   | F    | 27  | Se promène sur place  | appel                                  |
| Patient 8   | H    | 63  | Se promène sur place  | appel                                  |

|            |   |    |                                       |                   |
|------------|---|----|---------------------------------------|-------------------|
| Patient 9  | F | 62 | Bouche à oreille                      | Doctolib et appel |
| Patient 10 | H | 86 | Praticiens depuis des décennies       | appel             |
| Patient 11 | F | 66 | Praticiens depuis des décennies       | appel             |
| Patient 12 | F | 46 | Bouche à oreille                      | appel             |
| Patient 13 | H | 71 | Relations d'amitié                    | appel/SMS         |
| Patient 14 | F | 82 | Praticiens depuis plusieurs décennies | appel             |
| Patient 15 | H | 44 | Par l'intermédiaire de sa femme       | appel             |

**Tableau IV.**

| Moyens de transport pour se rendre chez son professionnel de santé | sexe | âge | profession            | Moyen de transport utilisé |
|--|------|-----|-----------------------|----------------------------|
| Patient 1  | F    | 27  | Ingénieur études      | pied/vélo/bus              |
| Patient 2  | F    | 22  | Étudiante M2 tourisme | pied/vélo/bus              |
| Patient 3  | F    | 62  | secrétaire            | voiture                    |
| Patient 4  | H    | 33  | Doctorant sciences    | pied/vélo/bus/ tram        |
| Patient 5  | F    | 28  | Assistante de         | voiture                    |

|            |   |    | recherche                        |                        |
|------------|---|----|----------------------------------|------------------------|
| Patient 6  | F | 25 | designer                         | pied/vélo/bus/<br>tram |
| Patient 7  | F | 27 | designer                         | pied/vélo/bus/<br>tram |
| Patient 8  | H | 63 | Ancien teinturier                | pied/vélo/bus/<br>tram |
| Patient 9  | F | 62 | Ancien professeur de<br>français | train/bus/tram         |
| Patient 10 | H | 86 | Ancien mécanicien                | voiture                |
| Patient 11 | F | 66 | Ancienne pépiniériste            | voiture                |
| Patient 12 | F | 46 | Employée de banque               | voiture                |
| Patient 13 | H | 71 | Ancien juriste                   | voiture                |
| Patient 14 | F | 82 | Ancienne nourrice                | pied/voiture           |
| Patient 15 | H | 44 | Professeur espagnol              | voiture                |

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1) Paré-Planté A., l'accessibilité aux soins de première ligne : les caractéristiques organisationnelles liées à une meilleure accessibilité de premier contact. Mémoire présenté à la faculté de médecine et des sciences de la santé. Université de Sherbrooke. Québec 2018.
- 2) République Française. Code de la Santé Publique . Article L1110-1 relatif à la protection des personnes en matière de santé modifié par la loi N°2022-217 du 21 février 2022
- 3) Rawls J, théorie de la justice, 1971
- 4) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques (DRESS) Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres N°1200 Juillet 2021
- 5) Gay, Renaud et Steffen M « une gestion étatique centralisée et désordonnée » Chronique internationale de l'IRES vol 171, N3, 2020 pp122-13
- 6) Marrot, Bernard « administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ? « Revue Française d'administration publique vol 174, n2, 2020, pp 443-458

7) Coldefy M, Lucas-Gabrielli . Mesurer l'accessibilité spatiale aux soins primaires en France. Paris : Collège International des Sciences du Territoire (CIST) 2011. pp 89-92 ;

8) Bonnet P, le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, étude bibliographique, dossier de Diplôme d'études approfondies. Montpellier. 2002 : 25p.

9) Dahlgren G, Whitehead M, politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) . Copenhague 1992

10) Lucas-Gabrielli V, Mangeney C, Les enjeux des mesures d'accessibilité spatiale pour cibler les zones déficitaires en offre de soins. Collège International des Sciences Territoriales (CIST) Rouen 2018 pp 210-214.

11) Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques ( INSEE). L'accès aux soins se dégrade dans les zones rurales. INSEE Flash Pays de la Loire n°137. Mars 2023.

12) Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France 2022 [Internet]. CNOM 2022. [consulté le 20/01/2023]. Disponible sur :  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)

13) Agence Régionale de Santé (ARS ) Pays de la Loire, zonage médecins pour les Pays de la Loire 2018.

14) Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire (ORS Pays de la Loire).

Démographie des médecins en pays de la Loire situation et évolution depuis 2022.

Février 2023.

15) Pasco A, « Angers : pourquoi le manque de médecins généralistes risque de durer « Ouest France 09 janvier 2022

16) Silhol J, Julien B. Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ?. Revue française des affaires sociales, no. 2, 2019 : pp. 213-249.

17) Lucas-Gabrielli V, Guillaume C.« Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ?. Médecine sciences. 2018 : 599-603.

18) Lucas-Gabrielli V, Guillaume C, Mouques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. Dans L'Espace géographique. 2018 : tome 47

19) Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. Févr 1981;19(2):127-40.

20) Boussebissi S, Téléconsultations du médecin généraliste et «désert médical » rural : attentes et appréhensions des patients. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Rouen. 2022

21) Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « la fracture numérique en santé : en Europe et en Asie Centrale , seul 1 pays sur 2 dispose de politiques publiques visant à

améliorer la littératie en santé numérique, laissant ainsi de côté des millions de personnes « 5 septembre 2023

22) Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. DRESS rapport mars 2021

23) Babinet O, Isnard Bagnis C. Les déserts médicaux en question. Paris : Hygée éditions. 2021. 142 p.

24) Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 686 (2016-2017) – 26 juillet 2017.

25) « Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Études et Résultats n°101, Drees, mai 2017

26) Emeline Nys. Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2008.

27) Cases C, Baubau D peut-on quantifier les besoins de santé ? Paris : solidarités et santé N°1 2004

28) Giusti I. Changer d'angle de vue pour concevoir autrement l'action publique ? Le cas des déserts médicaux au prisme des parcours de soins[thèse]. Paris : université PSL. 2020 : 331 p.

29) Hartmann, Laurence, Philippe Ulmann, et Lise Rochaix. « L'accès aux soins de premier recours en Europe. Éléments de présentation », *Revue française des affaires sociales*, no. 2-3, 2006, pp. 121-139.

30) République Française. Loi N°2016-41 de modification de notre système de santé. 26 janvier 2016.

31) Raynaud J. L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable thèse en vue d'obtention du titre de docteur en géographie 2013.

32) Ameli. Les missions du pharmacien d'officine[en ligne]

<https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien> consulté le 20 juin 2023.

33) Busnel C, Ludwig C, Goreti M. « la complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers ». *Recherche en soins infirmiers*. Vol 140. 2020.

34) Blanchet A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin. 2007.

35) Combessi JC. *La méthode en sociologie*. Paris : La découverte. 2007

36) Kivits J, Balard F, Fournier C. *Les recherches qualitatives en santé*. Paris : Armand Colin, « Collection U », 2016

37) Aubin-Auger I, Cadwaller JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A.

Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris : Global Media Santé . 2021

38) Nguyen-Khac A. Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients Revue française des affaires sociales 2017/12017/1, pages 187 à 195

39) Wu Q, Jin Z, Wang P. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. J Gen Intern Med. 2022 May

40 ) Rougé-Bugat, Marie-Ève, et Jérôme Béranger. « Évolution de la relation médecin généraliste-patient à l'heure de la médecine digitale. Cas de la prise en charge du patient atteint de cancer », Les Tribunes de la santé, vol. 68, no. 2, 2021, pp. 105-113.

41) Académie nationale de médecine rapport sur la relation médecin-malade 22 juin 2021

42) Vairet F. Comment Doctolib change notre façon de consommer la médecine journal les échos 18 janvier 2021

43) Verhoef et al Digital transformation: A multidisciplinary reflection and research agenda. J Bus Res.jbusres10.1.2019

44) Barrier, Jacques, et al. « Le temps, une dimension indispensable du soin », Claire Georges-Tarragano éd., Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût. Presses de l'EHESS, 2015, pp. 95-110.

45) Hartmut Rosa Accélération : critique sociale d'une accélération du temps édition La découverte 2013

46) Ricoeur Paul. Les trois niveaux du jugement médical, Le Juste 2, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 227-243.

47) Finchelstein Gilles. La dictature de l'urgence. Edition : Fayard 2011.

# TABLE DES MATIÈRES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>   | <b>9</b>  |
| <b>PLAN</b>   | <b>12</b> |
| <b>RÉSUMÉ</b>   | <b>14</b> |
| <b>INTRODUCTION</b>   | <b>17</b> |
| <b>MÉTHODES</b>   | <b>24</b> |
| <b>RÉSULTATS</b>  | <b>30</b> |
| <b>1. Caractéristiques de la population</b>   |           |
| <b>2. Des dimensions de l'accessibilité qui s'inscrivent dans le modèle de Levesque</b>                                       |           |
| <b>2.1 Délai et disponibilité</b>   |           |
| <b>2.2 Moyens de communication pour l'accès à un praticien</b>  |           |
| <b>2.3 Dimension géographique</b>   |           |
| <b>2.4. Dimension financière</b>  |           |
| <b>2.5. Littératie en santé</b>   |           |
| <b>3. Le caractère central du contact humain</b>  |           |
| <b>3.1. Altération du contact humain</b>  |           |
| <b>3.2. L'irruption du numérique dans le domaine de la santé a impacté le contact humain</b>                                  |           |
| <b>3.3. Difficultés d'orientation dans le système de soins : nécessité de contact humain pour une meilleure compréhension</b> |           |
| <b>4. Importance du réseau pour se faire accepter par un praticien, a fortiori pour les nouveaux arrivants</b>                |           |
| <b>4.1. Acceptation et refus de nouveaux patients</b>   |           |
| <b>4.2. Le « bouche à oreille », une méthode de réseau pour trouver son praticien</b>   |           |
| <b>4.3. Difficultés pour les nouveaux arrivants dans une ville faute de réseau</b>  |           |
| <b>5. Besoins de soins et accessibilité</b>   |           |
| <b>5.1. Pertinence du recours aux soins et fréquence de consultation</b>  |           |
| <b>5.2. Peur de déranger</b>  |           |

### **5.3. Attentes de patients concernant les pratiques médicales**

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| <b>DISCUSSION</b>    | <b>51</b> |
| <b>CONCLUSION</b>    | <b>58</b> |
| <b>ANNEXES</b>       | <b>59</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> | <b>63</b> |



