



HAL
open science

Évaluation par le médecin généraliste de la médiation en santé pour l'accès aux soins des populations précaires de la Haute Vallée de l'Aude : étude qualitative par entretiens semi dirigés

Marine Duforest

► To cite this version:

Marine Duforest. Évaluation par le médecin généraliste de la médiation en santé pour l'accès aux soins des populations précaires de la Haute Vallée de l'Aude : étude qualitative par entretiens semi dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02868069

HAL Id: dumas-02868069

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02868069v1>

Submitted on 15 Jun 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Marine DUFOREST

Le 13 juin 2019

TITRE

Evaluation par le médecin généraliste de la médiation en santé pour l'accès aux soins des populations précaires de la Haute Vallée de l'Aude : étude qualitative par entretiens semi dirigés.

Directeur de thèse : Dr Cyril JAUME

JURY

Président: Pr Philippe LAMBERT, PU-médecine générale

Assesseurs: Dr Béatrice LOGNOS, MCU-médecine générale

Dr David COSTA, MCU-Médecine générale

Dr Emmanuelle DUPONT, Médecin généraliste

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Marine DUFOREST

Le 13 juin 2019

TITRE

Evaluation par le médecin généraliste de la médiation en santé pour l'accès aux soins des populations précaires de la Haute Vallée de l'Aude : étude qualitative par entretiens semi dirigés.

Directeur de thèse : Dr Cyril JAUME

JURY

Président: Pr Philippe LAMBERT, PU-médecine générale

Assesseurs: Dr Béatrice LOGNOS, MCU-médecine générale

Dr David COSTA, MCU-Médecine générale

Dr Emmanuelle DUPONT, Médecin généraliste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX
 Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE
 LAVIT Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER
 Hélène
 SANY Jacques
 SEGARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques
 MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

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

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophthalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophthalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline-Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

A l'ensemble de mon jury

A Monsieur le Professeur Lambert, vous me faites l'honneur de présider le jury et de juger mon travail . Vous mon maitre de stage de SASPAS, merci pour votre réactivité dans nos échanges.

A Madame le Docteur Lognos Folco, Madame le Docteur Dupont et Monsieur le Docteur Costa, vous avez tous accepté sans condition de participer à mon jury de thèse, merci profondément.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jaume Cyril. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail sur la précarité, toi qui est très impliqué dans ce domaine avec ton dévouement pour Médecins du monde.

A Monsieur le Professeur Bourrel, vous avez accepté de m'aider dans l'analyse de mon étude, vos conseils avisés ont été d'un grand secours, merci beaucoup.

A l'ensemble des médecins qui ont participé à cette étude, pour leur implication et leur réactivité. Merci pour ces moments de partage.

A l'équipe de Médecin du monde de Quillan en particulier Flavienne et Guy qui m'ont aidé tout au long de ce projet, merci pour votre temps et vos conseils précieux.

A ma famille

A mes parents, difficile de résumer, vous m'avez soutenu depuis le début. Mam, la courageuse qui a relu toute ma thèse, tu es parfaite, j'aimerais tellement ressembler à toi plus tard. Mon Papa, toujours disponible, toi qui m'a encouragé à descendre merci pour tout.

A mes sœurs et mon frère passionné de médecine qui je suis sûr ne manqueront pas de s'occuper pendant la soutenance. Aujourd'hui grâce à vous, toutes ces années de colocation à supporter mes tenues à base de pyjama et casquette sont enfin récompensées. Vous êtes géniaux !

A mes grands-parents, Bon Pap merci pour ces petites pauses saucisson pendant mes révisions, Mamina tellement de bons moments partagés et ce n'est sûrement pas fini tu peux me croire. Merci bonne maman pour toutes les recettes que tu m'as confiées et toi Bon papa toujours sur son trente et un qui est parti beaucoup trop tôt.

A mon parrain, promis un jour nous irons en Corse.

A mon papi Stani, merci pour tous tes conseils sur les PTH qui m'ont permis de réaliser ce travail. Toi et tes talents de bricoleur ont eu raison de moi pourvu que ça continue. Il ne nous reste plus qu'à s'entraîner à la pêche pour notre prochaine traversée en bateau !

A la belle famille Marouby pour m'avoir appris les bases de la rénovation et du jardinage.

A ma copine Constance, je ne sais par où commencer, une des plus belles rencontres de ma vie, à nous deux on peut refaire le monde comme refaire le programme de P2 en 1 mois. Il y a quand même une question que je me pose toujours : est-ce que le pain est mou ?

A Julie, mon point de chute dans le sud. J'espère être aussi généreuse en amitié que toi. Vivement que la crevette pointe le bout de son nez.

A Philou qui me donne envie de remonter à Lille à chaque fois que je le vois.

A mes coloc, Sich et Olive, colocation improbable mais inoubliable. Après les soirées caps endiablées sur maitre gims maintenant je vous mets la misère au poker. Et oui les gars !

A Boubour et Mahaut, vous comptez parmi mes amis c'est du bonheur à l'état pur. Mahaut je sais que notre future maison sera un concept. Boubour toi qui a toujours le goût pour tout : ne change rien !

Aux nordistes, Diane ma soeurette brésilienne, Anne la vedette bientôt mariée, Guigui mon futur mais très futur mari, Pia Portas, Alice, Camille, Maxence, Matbraz et toi Pénélope qui aurait été un bien meilleur médecin que moi.

Aux Narbonnais, merci Nico et sa Ju pour les samedis matin, Lisa et Méryl pour m'avoir nourrie, Djoulay, Sarah la maniaque, Solene et ses blacks out et enfin la chef Laure.

Aux sudistes, merci Aurélie et son rhum pays, lulu l'urgentiste, Morgane qui supporte Sichan, Elise et son granola, Martin matin et Guigui, Claire de Nouvelle Calédonie, Mimoune, Laure et Cassandre adeptes du petit bouchon, Manu le motard du dimanche, Sarah et Quentin les investisseurs immobiliers, Nathou et sa légendaire bonne humeur, Professeur Prin fan incontestable de Larusso, Chloé pour notre coloc improbable qui nous a unis, Guillaume mon partenaire de squash. Marie et val la frite pour nos réunions presque mensuelle et tous les autres que je n'ai pas cités. Et pour finir en beauté, merci Anne ju pour supporter le long côté et mes idées farfelues.

Table des matières

REMERCIEMENTS	10
ABREVIATIONS	13
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	14
INTRODUCTION	15
I. PREAMBULE:	15
II. ETAT DES LIEUX :	16
METHODE	28
I. OBJECTIF DE L'ETUDE :	28
II. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE :	28
III. ENTRETIENS INDIVIDUELS:	28
IV. POPULATION ETUDIEE :	29
V. DEROULEMENT DES ENTRETIENS :	29
VI. GUIDE D'ENTRETIEN :	29
VII. ANALYSE DES DONNEES :	29
RESULTATS	31
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION :	31
II. PREAMBULE :	32
III. LA REPRESENTATION DE LA PRECARITE CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DE LA HVA EN PERSPECTIVE DE SPECIFICITES TERRITORIALES :	32
IV. UN CADRE STRUCTUREL DES SOINS PEU ADAPTE AUX SITUATIONS PRECAIRES :	34
V. POUR GERER LA PRECARITE LES MEDECINS ONT ADAPTE LEURS PRATIQUES :	39
VI. LES BESOINS DES MEDECINS POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LA PRECARITE :	41
VII. LA MEDIATION TERRITORIALE EN SANTE COMME INTERFACE ENTRE LE SYSTEME DE SOINS ET LA POPULATION PRECAIRE :	42
VIII. EVALUATION DE LA MEDIATION EN SANTE PAR LES MEDECINS DE LA HVA :	44
DISCUSSION :	46
I. PRINCIPAUX RESULTATS :	46
II. ANALYSE DES RESULTATS :	47
III. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :	53
IV. PROPOSITIONS CONCRETES :	54
CONCLUSION	56
REFERENCES	57
ANNEXES	61
<i>SERMENT</i>	63
RESUME	65

Abréviations

MdM : Médecins du Monde

HVA : Haute Vallée de l'Aude

ISS : Inégalités Sociales de Santé

CLS : Contrat Local de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques

Odenore : observatoire des non-recours aux droits et services

CMS: Centre médico social

Maison EPI: Espace Permanent d'Insertion

CCAS: Centre Communal d'Action Sociale

PASS: Permanence d'Accès aux Soins de Santé

CMU: Couverture Médicale Universelle

CMUc: Couverture Médicale Universelle complémentaire

ACS: Aide Complémentaire Santé

AME: Aide Médicale d'Etat

PRAP: Programme Régional pour l'Accès à la Prévention

PMI: Protection Maternelle et Infantile

ASV: Atelier Santé Ville

PUMa: Protection Universelle Maladie

FRAES: Fédération Rhône Alpes d'Education pour la Santé

AREA: Association Recherche Education Action

IMEA: Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée

OCS: Oyapock Coopération Santé

ACSBE: Association Communautaire Santé Bien Être

Liste des figures et tableaux

Figure 1: La Haute Vallée de l'Aude

Figure 2: Flyer du projet de la HVA de MdM

Figure 3: Variation du taux de renoncement en France par département

Figure 4: Causes de renoncement à la complémentaire santé

Tableau 1 : Analyse par catégorisation conceptualisante

Introduction

I. Préambule:

« Incertitude, instabilité, vulnérabilité, fragilité... Les synonymes ne manquent pas pour tenter d'appréhender un phénomène pourtant difficile à définir, **la précarité**. (1)»

Dans un premier temps matérielle et sociale, mais aussi souvent morale, la précarité peut toucher des populations très variées.

Pourtant, elles ont en commun le sentiment d'être isolées socialement et éprouvent des difficultés vis-à-vis de leur avenir.

Ces inégalités sociales engendrent des inégalités sanitaires avec des difficultés d'accès aux soins, des conditions et des parcours de vie qui peuvent devenir très compliqués. On retrouve donc chez les personnes en situation de précarité une accumulation des facteurs de risque et des maladies.

Il est donc indispensable de combattre cette précarité sanitaire.

Mais comment faire ?

Le plus important semblerait de repérer ces situations à risque pour pouvoir les prendre en charge rapidement. Dans ce but, la formation des professionnels de santé paraît primordiale. Car ce sont eux qui sont les premiers visés.(2)(3)

Depuis 2004, la lutte contre les inégalités de soins et de santé a pris une place de choix dans les politiques de santé publique. Les réformes de santé les ont placées au cœur de leurs préoccupations. C'est dans cet objectif que le médecin généraliste est devenu « médecin référent » et que l'idée d'un parcours de soins coordonnés est née. Les soins s'organisent désormais autour du médecin de proximité, dont le rôle de coordonnateur se déploie(4).

II. Etat des lieux :

1) La précarité et les inégalités sociales de santé (ISS) en France:

Pendant des siècles, pauvres et malades ont eu des statuts indifférenciés , on disait : « être pauvre rend malade , être malade rend pauvre »

Le concept de précarité est difficile à définir car il regroupe un ensemble d'idées.

Si on reprend la définition de Mr Joseph Wresinski tiré de son rapport de 1985 sur la grande pauvreté et précarité économique et sociale :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. (5)» . Ce manque de sécurité peut se traduire par une instabilité, une fragilité des situations de vie. La notion de précarité englobe celle de pauvreté(6).

Le taux de pauvreté absolue , en France en 2014 est de 11,6% contre 18,5% en Union Européenne .(7)

Plus d'un tiers des Français a été confronté en 2018 à des privations multiples avec toutes les souffrances que cela comporte. Ils étaient 37 % en 2017, ils sont désormais 39 %.(8)

Toujours selon le baromètre Ipsos-SPF 2018 (8) , **59% des français** estiment avoir été à un moment de leur vie sur le point de basculer dans la précarité.

Pour aider la prise en charge des personnes précaires et reconnaître les situations à risques, on utilise le **score EPICES** : évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examen de santé.

Il permet de repérer les personnes précaires à partir de déterminants sociaux et d'apprécier la précarité d'un individu en tenant compte de ses caractéristiques socio-économique et environnementale.

Le calcul du score Epices se fait à partir de 11 questions.(9)

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

NB : Pour le calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.**

Les problèmes observés dans la population la plus précaire représentent une situation extrême, où le mauvais état de santé, les difficultés d'accès aux soins sont « visibles ».

Il ne faut pas confondre précarité et inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé, en effet, touchent l'ensemble de la population et font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations (6). Ces inégalités pourraient passer inaperçues si elles n'étaient pas révélées par des chiffres.

L'espérance de vie sans incapacité à 35 ans d'un cadre est de 34 ans alors qu'elle n'est que de 24 ans pour un ouvrier (10).

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, ces inégalités sociales de mortalité ont eu tendance à s'accroître ces dernières années : un cadre de 35 ans peut espérer vivre en moyenne 73 % de son espérance de vie totale sans incapacité, contre seulement 60 % pour un ouvrier (11).

Dans une étude publiée en mars 2011 (12), l'espérance de vie à 50 ans des ouvriers est de 27 ans, soit 5 ans de moins que pour les cadres.

Cependant, malgré un système de santé performant, la France enregistre des ISS plus importantes que la plupart de ses voisins européens.

Il est donc aussi indispensable de réduire ces inégalités.

2) Cas de La Haute Vallée de l'Aude :

La Haute Vallée de l'Aude (HVA) est située dans les Pyrénées entre les Corbières, le Lauraguais, l'Ariège et les Pyrénées Orientales.

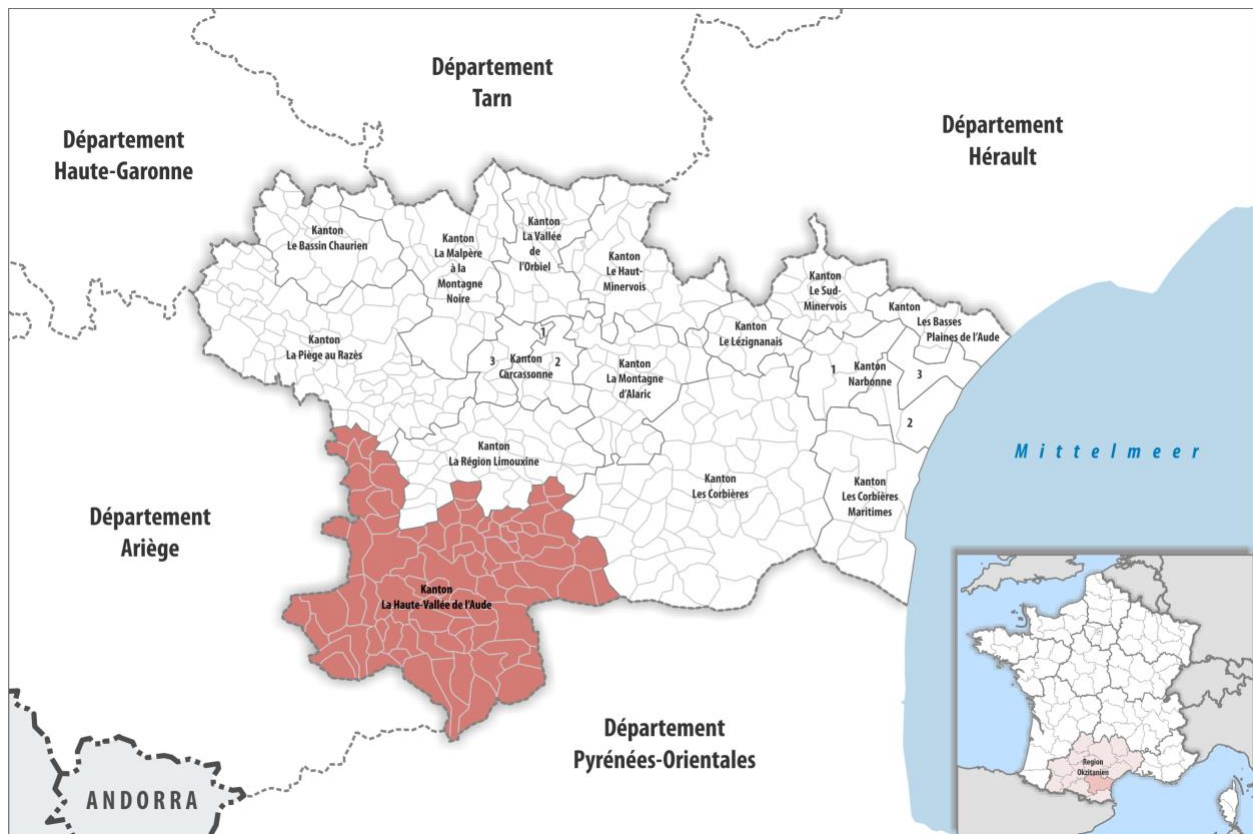


Figure 1: la haute vallée de l'Aude(13)

Elle comporte 86 communes, dont Quillan qui est la plus grande ville. La densité moyenne est de 19hab/km²(14).

Cette région a été victime de désindustrialisation dans les années 1970.

Le choix politique et économique de la région de créer des logements attractifs financièrement a favorisé l'arrivée d'une population avec bas niveau socio-économique, population d'ailleurs pas toujours bien accueillie par les locaux.

En Languedoc-Roussillon, le taux de pauvreté monétaire atteint 19,6 % de la population situant la région en 2^e position des régions françaises les plus touchées. Cela concerne ainsi 508 000 personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté en 2011. (15)

« Médecins du monde » (Mdm) a mené une mission d'exploration sur le territoire de la Haute Vallée de l'Aude entre janvier et juin 2015 dans le but d'établir et de définir les difficultés d'accès et les renoncements aux soins en HVA pour les populations concernées. Cela

s'inscrivait dans le cadre du CLS (contrat local de santé) adopté en 2013.

C'est à la suite de cette mission qu'est né le projet : « Accès à la santé en HVA » avec plusieurs objectifs parmi lesquels :

-Les personnes en situation de précarité sont repérées et accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits et à la santé.

-Les professionnels de santé et travailleurs sociaux sont coordonnés à travers la création d'un réseau santé précarité.

MEDECINS DU MONDE

PERMANENCES MÉDIATION SANTÉ
Accueil gratuit, anonyme et sans rendez-vous

Vous avez des difficultés d'accès à la santé ?

Vous avez besoin d'un soutien pour l'ouverture de vos droits sociaux ?

UN ESPACE POUR ÉCHANGER SUR SA SANTÉ

UNE ÉVALUATION MÉDICALE ET SOCIALE DE SA SITUATION

UN ACCOMPAGNEMENT DANS VOS DROITS ET VOS DÉMARCHES

NOS LIEUX D'ACCUEIL

AXAT
Mairie,
route départementale
4^{ème} jeudi du mois - 9H00/12H00

CHALABRE
Unité Territoriale,
Cours d'Aguesseau
3^{ème} mardi du mois - 9H00/12H00

ESPERAZA
Place de l'Industrie (face aux Restos du coeur)
1^{er} et 3^{ème} lundi du mois - 14H00/17H00

QUILLAN
Rue Carnot (derrière l'Office du Tourisme)
2^{ème} et 4^{ème} lundi du mois - 14H00/17H00

ROQUEFEUIL
Maison de la Montagne
3^{ème} mardi du mois - 14H00/17H00

CONTACT
Mf.hautevalleedelade@medecinsdumonde.net
06 99 64 58 21

Figure 2: flyer du projet de la HVA de MdM

L'équipe qui s'occupe de ce projet comporte : une coordinatrice, un médiateur en santé et 12 bénévoles parmi lesquels professionnels de santé, psychologue, travailleurs sociaux et accompagnants.

Il a donc été mis en place un système de permanences dans les différentes communes avec une antenne locale à Quillan et des permanences décentralisées (Axat (4ème jeudi du mois), Chalabre (3ème mardi du mois), Espérasa (1er et 3ème lundi du mois), Roquefeuil (3ème mardi du mois)).

On compte actuellement 17 médecins généralistes dans la HVA avec une répartition comme ci-joint sur le tableau .(16)(17)

Il n'y a actuellement pas de désertification médicale à proprement parlé dans la HVA concernant la médecine générale.

Nombre de médecin généraliste	
Canton de Belcaire	2
Canton d'Axat	3
Canton de Esperaza	7
Canton de Quillan	2
Canton de Chalabre	2
Canton de Couiza	1
TOTAL	17

Malheureusement, pour l'accès aux soins, les organismes sociaux ne proposent quasiment plus de permanence physique :

- Le Centre Médico-Social (CMS) de Quillan : le service social y assure une permanence mais sur rendez-vous uniquement et pas quotidienne.
- La Maison EPI (Espace Permanent d'Insertion) : gérée par le CCAS (Centre communal d'action sociale) de Quillan. Elle a signé une convention avec la CPAM pour aider à l'ouverture des droits mais la réalité est bien plus complexe.
- Les assistantes sociales de secteur : elles sont peu nombreuses (au nombre de 3) et peinent à aller jusqu'à l'ouverture des droits.
- Le guichet de la CPAM de Limoux est fermé.
- La PASS : (permanence d'accès aux soins de santé) de l'hôpital de Carcassonne reste

malheureusement le dernier recours.

3) Le Système d'accès aux soins en France:

Le système de santé français a connu beaucoup de modifications depuis ses débuts. Après la seconde guerre mondiale, la constitution du 27 octobre 1946 sur les droits à la protection de la santé avait pour objectif de désamorcer un certain nombre de conflits sociaux et permettre ainsi de diminuer les exclusions sociales et/ou sanitaires que connaissent les personnes précaires.

Par la suite La France crée **la sécurité sociale** dont le but est de lutter contre ces exclusions grâce au principe de solidarité nationale : les cotisations sociales prélevées sur le travail sont reversées à chaque citoyen en fonction de ses besoins de santé.

Depuis des décennies, les gouvernements successifs ont fait voter des lois en faveur des plus démunis dont les plus récentes sont :

-la loi du 27 juillet 1999 qui introduit la Couverture Médicale Universelle (CMU) pour lutter contre la précarité sanitaire et la CMU complémentaire (CMUc) qui permet d'éviter l'avance des frais médicaux pour les populations ayant des revenus faibles.(18) (19)

Tous ces dispositifs permettent une prise en charge à 100% des soins. Par la suite on développe l'ACS (aide complémentaire santé) et l'AME (aide médicale d'état) pour les étrangers.

De plus pour lutter contre ces exclusions , l'état instaure un programme régional pour l'accès à la prévention (PRAP) par le biais de la PMI (protection maternelle et infantile) ou encore de la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) (20) pour faciliter l'accès aux soins des précaires et permettre ainsi une prise en charge médico-sociale. Prise en charge médico-sociale qui paraît primordiale pour lutter contre ces exclusions.

Puis est né le dispositif des Ateliers Santé Ville (ASV) qui a pour première mission de réduire les inégalités sociales de santé.

À ce jour, 240 villes françaises ont leur Atelier. Les ASV sont une approche globale et collective de la santé au niveau local, articulée avec la politique de la ville. Ils développent des actions

locales de tous types (information, prévention, promotion de la santé, accès aux soins, logement, emploi...) au bénéfice des plus démunis et cherchent à agir sur les déterminants sociaux de santé.

Récemment, depuis le 1er janvier 2016, avec la protection universelle maladie (PUMA), toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a le droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par conséquent la CMU n'a plus de raison d'être et va tendre à disparaître.(21)

Malgré tous ces dispositifs, il y a toujours des difficultés pour l'accès aux soins.

Alors que plus de 77 % des patients peuvent théoriquement accéder à une couverture maladie au regard de leur situation personnelle, seuls 19 % ont effectivement des droits ouverts.(19) Mais pour quelles raisons ? quels sont les freins à l'accès aux soins ?

4) Les freins à l'accès aux soins :

L'étude Odenore (observatoire des non-recours aux droits et services) menée par l'assurance maladie parue en juillet 2018 étudie les principales dimensions du renoncement aux soins.

Elle retrouve pour la région Languedoc-Roussillon un taux de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois de **36,3%** (sur 3 905 assurés du régime général de l'Assurance maladie interrogés)(22).

La CPAM de l'Aude quant à elle enregistre un taux de renoncement de 36,8%.

Toutes caisses confondues, **une personne sur quatre** déclare avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois.

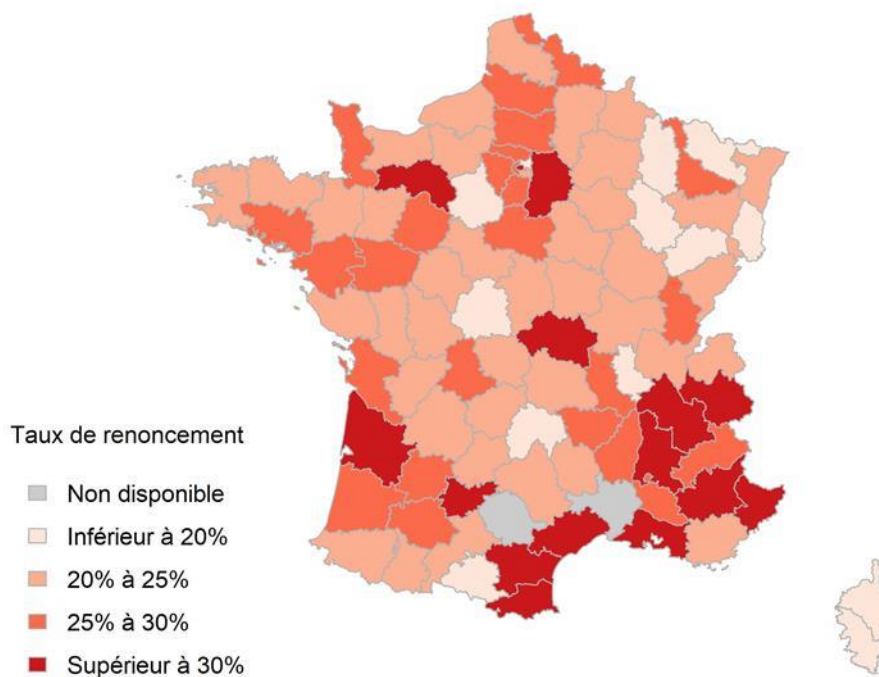


Figure 3: variation du taux de renoncement en France par département

En 2007, des analyses réalisées par l'INSEE grâce à l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), ont montré une corrélation entre le renoncement aux soins et l'état de santé perçu par la population. Ainsi les personnes ne s'estimant pas en bonne santé apparaissaient, proportionnellement plus nombreuses à avoir renoncé à des soins médicaux ou dentaires au cours des douze derniers mois. (23) : environ 4 % des personnes de 16 ans et plus avaient renoncé au moins une fois, au cours des douze derniers mois, à se rendre chez un médecin alors qu'elles en ressentaient le besoin.(24)

L'objectif des politiques de santé ces dernières années est pour une équité d'accès aux soins. Mais alors quels sont les freins à l'accès aux soins ?

Quand on évoque le renoncement aux soins, il convient de distinguer le « renoncement-refus » qui relève d'un choix (par exemple : rejet de la médecine conventionnelle, défiance à l'égard

des professionnels de santé ou refus pur et simple de se soigner) du « renoncement- barrière» lié aux contraintes (notamment financières, dans l'accès aux soins). Ces deux formes de renoncement pouvant toutefois coexister chez un même individu.

Le premier frein et de loin le plus fréquent est sans part égale financier. Il concerne 41,1% des renonçants (22). En effet le reste à charges, les avances de frais sont prépondérants dans le renoncement.

A noter aussi que le niveau de gravité du problème de santé contribue également dans la décision de renoncer à des soins pour raisons financières .(24)

L'absence de complémentaire santé est très souvent évoquée. La part de renonçant sans complémentaire est en effet de 17%, tandis qu'elle est de 10% chez les répondants dans l'étude Odenore.(22)

Pourquoi n'ont-ils pas de complémentaire santé ?

- tout d'abord à cause du financement
- le manque d'explications et la complexité des démarches
- certains évoquent une inutilité des complémentaires santé (surtout chez les patients bénéficiant d'une prise en charge à 100% et aussi pour une population qui ne se sent pas concernée car estime n'être jamais malade)
- le mauvais remboursement des complémentaires santé dans tous les cas
- la négligence.

	Causes du non-recours à la complémentaire (pour l'ensemble des répondants).	
	Eff.	%*
Peu de besoins de soins	209	3,9
Manque d'information	300	5,5
Démarches trop compliquées	144	2,7
« Je ne sais pas où j'en suis concernant ma couverture complémentaire »	274	5
« J'ai un 100% »	342	6,3
« Même avec une complémentaire, je serai mal remboursé »	34	0,6
Perte de la complémentaire d'entreprise	318	5,9
Manque de moyens financiers	1 529	28,2
Autres priorités financières	381	7
Par négligence	397	7,3
En cours	1 459	26,9
« Je ne sais pas à quoi sert une complémentaire »	40	0,7

Figure 4: causes de renoncement à la complémentaire santé

En 2012 dans le cadre de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le groupe de travail « santé et accès aux soins » a révélé d'autres freins à l'accès aux soins :(18)

- La complexité du système de soins (25)
- Les raisons financières (23)
- La difficulté à s'orienter
- Le défaut d'information; la méconnaissance des droits, des filières de soins et du système français de santé constituent souvent une explication informationnelle au renoncement aux soins (26), (24)
- La barrière de la langue :en effet les patients de nationalité étrangère renoncent davantage que les patients de nationalité française (25),(27)
- La paperasse qui en décourage plus d'un.

- Les difficultés liées aux transports. L'éloignement géographique des services de santé (28) surtout dans les zones rurales comme la HVA.

Les comportements sociaux et psychosociaux : la sociabilité de l'individu et sa place dans la hiérarchie sociale sont des facteurs importants aussi.(29)

Plus concrètement les délais de rendez-vous et les problèmes de disponibilité sont souvent évoqués. (30)

Suite à ce constat, la question que nous nous posons tous est :

Doit-on toujours aller au plus près des lieux de vie de grands exclus ou doit-on au contraire demeurer à proximité directe de l'offre de soins avec une simple médiation sociale ? En somme, jusqu'où doit-on « aller vers » ?(20)

5) La médiation en santé :

Pour faire face à toutes ces difficultés d'accès aux soins , une des solutions proposées est de mettre en place la médiation en santé .(31)

Dans son référentiel d'octobre 2017, l'HAS (Haute Autorité de Santé) a mis en place la médiation en santé dont la définition est « un processus temporaire de «l'aller vers » et du «faire avec » dont les objectifs sont d'améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées.(32)

Dans la population concernée par la médiation en santé, on retrouve à la fois les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité mais aussi les professionnels qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations dont les médecins généralistes.

C'est donc dans ce contexte que nous allons évaluer « **Comment la médiation en santé peut aider le médecin traitant dans l'accès aux soins des personnes précaires de la Haute Vallée de l'Aude ?** »

Méthode

I. Objectif de l'étude :

L'objectif de l'étude est de comprendre comment les médecins généralistes de la Haute Vallée de l'Aude font au quotidien concernant l'accès aux soins de leurs patients précaires.

D'évaluer à travers leurs ressentis et leurs expériences ce qu'est pour eux la précarité, de comprendre ce dont ils ont besoin et enfin d'évaluer si la médiation en santé pourrait être un point de départ pour répondre à ces questions.

II. Choix de la méthode qualitative :

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative car cela nous permet d'explorer les émotions, les sentiments des médecins, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

De ce fait la recherche qualitative est beaucoup plus adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.(33)

De plus du fait de la complexité des soins primaires, cette méthode nous permet d'avoir des données plus étendues.

III. Entretiens individuels:

Nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels semi-directifs pour permettre à la personne interviewée d'évoquer ses perceptions, ses expériences de façon confidentielle. Cela permet de faciliter les échanges, de partager et aussi éventuellement d'approfondir un point de vue.

Une méthode de recueil des données alternative par « focus groupes » n'a pas été retenue, car le soignant interrogé aurait pu avoir un comportement de réserve face à la présence de pairs.

IV. Population étudiée :

12 médecins de la Haute Vallée de l'Aude ont été contactés par mail dans un premier temps puis par téléphone. Parmi les médecins contactés certains avaient déjà participé à des réunions avec l'association Médecins du monde et étaient donc informés des activités de médiation en santé. D'autres ne connaissaient pas le projet.

Les villages sélectionnés sont : Quillan, Espérasa, Couiza, Belcaire, Axat et Chalabre.

V. Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont eu lieu directement sur leur lieu de travail respectif pour que ce soit plus simple pour les médecins, ils ont duré en moyenne 10 à 26 minutes.

Ce sont des entretiens semi dirigés constitués avec des questions ouvertes et fermées.

Ils ont été enregistrés par dictaphone pour pouvoir retranscrire au mieux leurs réponses sous forme de verbatims. Ils s'appuyaient sur un guide d'entretien préalablement rédigé.

VI. Guide d'entretien :

Notre guide d'entretien comportait 6 questions avec quelques relances.

Le guide d'entretien a été modifié après réalisation de 3 entretiens. Car nous nous sommes rendus compte que le terme médiation en santé n'était pas totalement connu par tous les médecins interrogés et nous avons donc reformulé certaines questions pour ne plus avoir ce problème.

VII. Analyse des données :

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot en mode verbatim dans le but de ne pas avoir de sélection ou de manque de données.

Nous avons décidé de réaliser une analyse phénoménologique. (34) Cette méthode permet de

comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui le vivent.

Plus précisément, chaque verbatim a été relu et codé avec utilisation du logiciel N VIVO afin de mettre en évidence des « sous catégories » à partir des verbatims, pour dégager des grands thèmes et conceptualiser leurs réponses. Nous avons ensuite mis nos « sous catégories en commun » pour les classer en catégories et les synthétiser.

La saturation des données a été obtenue à partir du 10^e entretien puisque aucune idée nouvelle n'en est ressortie.

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population :

Dix médecins ont accepté de participer à l'étude. Parmi les médecins contactés, un médecin a refusé en expliquant qu'il ne faisait pas réellement partie du territoire de la Haute Vallée de l'Aude mais plutôt du Vercors et deux autres médecins n'ont jamais donné suite.

Parmi les médecins interrogés, 4 étaient des femmes, et 6 étaient des hommes. Les caractéristiques de la population étudiée sont retranscrites dans le tableau ci-dessous.

La Haute vallée de l'Aude compte 17 médecins actuellement.

Les entretiens ont eu lieu de juillet à décembre 2018.

Par souci d'organisation et pour respecter l'anonymat, nous avons décidé de numéroter les entretiens des médecins de 1 à 10.

Médecins	Âge	Année d'installation dans la Haute Vallée de l'Aude	Sexe	Durée d'entretien	Maitre de stage
1	45 ans	2015	F	10 minutes	oui
2	62 ans	1990	M	14 minutes	oui
3	33 ans	2018	M	17 minutes	non
4	58 ans	1996	M	26 minutes	non
5	62 ans	2003	F	19 minutes	oui
6	64 ans	1988	M	12 minutes	non
7	61 ans	2004	M	18 minutes	non
8	64 ans	1982	M	21 minutes	oui
9	37 ans	2017	F	10 minutes	oui
10	58 ans	1989	F	10 minutes	non

II. Préambule :

Pour la présentation des résultats, nous avons choisi de développer les uns après les autres les grands concepts qui sont nécessaires à la réponse à la question de recherche et qui sont ressortis des entretiens.

Car pour répondre à la question de recherche, nous devons faire des états des lieux de l'accès aux soins dans la Haute Vallée et des besoins des médecins vis-à-vis des personnes précaires. Ceux-ci seront illustrés par les propos tenus par les médecins généralistes lors des entretiens.

III. La représentation de la précarité chez les médecins généralistes de la HVA en perspective de spécificités territoriales :

1) Un accès aux soins difficile aux causes multiples

La plupart des médecins de la HVA évoquaient une précarité sociale fortement représentée dans la région de la HVA avec des conditions de vie difficiles et une absence d'ouverture des droits qui influençaient l'accès aux soins.

E7 : « la précarité en consultation ici ce sont des gens qui, bon, qui vivent dans des conditions parfois d'insalubrité et qui le portent sur eux. Ça c'est la première chose. »

E3 : « essentiellement des problématiques de personnes en dehors du système de soins sans accès à la couverture santé totale. »

E4 : « Effectivement c'est la précarité il y a pas de quoi acheter le minimum .»

2) La population de la HVA présente des caractéristiques spécifiques à prendre en compte lors de la prise en charge :

- La toxicomanie et les troubles psychologiques sont des facteurs favorisant la précarité.

E7 : « Mais c'est dans un contexte de syndrome dépressif sévère avec euh , voilà comment dire, des épreuves dans la vie difficile et voilà c'est plus le contexte dépressif qui entraîne l'état de comment dire, de précarité de gens qui sont à la dérive quoi en fait . »

E3 : « patients nécessitant des soins pour différents produits et pour des traitements de substitution et donc une patientèle en précarité ou en difficulté économique. »

- La pratique de la médecine alternative complique la prise en charge de ces patients.

E2 : « une fois qu'ils ont été rassurés très souvent ça ne se termine pas par une prescription car une fois rassurés ils vont se soigner avec leurs méthodes habituelles. »

E4 : « Et on a vu aussi se développer la médecine parallèle surtout chez nous. Les gens qui refusent les vaccins, les gens qui refusent beaucoup de choses, ils sont précaires ces gens-là mais ils ne veulent pas entendre parler de toi. »

- La précarité liée à l'âge

E7 : « C'est-à-dire que c'était souvent des personnes âgées bien évidemment, qui avaient aussi choisi plus ou moins de vivre comme ça , parce que ça correspondait à un mode de vie qui n'existe plus aujourd'hui mais qui est , qui a laissé des traces surtout chez les personnes âgées. »

- C'est une population migratrice avec un parcours de soins difficile à mettre en place.

E7 : « Mais après ils ne restent pas vraiment. Ils se posent là, ils restent un an ou deux et ils partent . C'est trop dur ici il fait froid l'hiver il y a rien sous la main pour rien. »

E8 : « sauf effectivement les populations qui migrent régulièrement , qui ne restent pas en place, notamment les populations un peu marginales . »

IV. Un cadre structurel des soins peu adapté aux situations précaires :

A. Les problèmes rencontrés en consultation :

<p>Un cadre structurel des soins peu adapté aux situations précaires</p>	<p>1 : les motifs de consultations sont multiples avec des pathologies avancées, urgentes qu'il faut prioriser.</p> <p>2 : l'adoption du cadre du système de soins est plus compliqué pour la population précaire</p>	<p>E9 : Avec beaucoup de choses à faire en peu de temps et reprendre vraiment souvent euh voilà une anamnèse très longue euh, revoir un peu tout. Donc ça prend du temps.</p> <p>E7 : on a essayé de prioriser les comment dire, les objectifs on va dire . Parce qu'il y avait beaucoup de choses à voir .</p> <p>E6 : souvent on voit des gens arriver dans des états lourds , difficile , pour des pathologies qui ont été négligées pendant longtemps . Des gens qui ne se soignent pas beaucoup, pas bien</p> <p>E5 : Il faudrait accorder beaucoup plus de temps alors que nous on n'a pas beaucoup de temps forcément. Moi c'est 20 minutes les consultations voilà. Je pense que c'est chronophage ce genre de consultation.</p> <p>E5 : Ba celles qui viennent c'est toujours en situation de catastrophe, pour les urgences.</p> <p>E9 : -Le plus souvent ils viennent en urgence et là on essaie de les avoir, de les attraper (rire). - c'est surtout des patients qui ont des pathologies très diverses et variées euh , qui sont très peu suivies donc on se retrouve devant des gens qui sont vraiment largués.</p> <p>E2 : Pour eux il y a une certaine appréhension à venir sans être couvert par l'assurance maladie</p> <p>E8 : Parce que ce sont des gens qui ne sont pas couverts hein ,qui des fois n'ont pas de papier ou qui ne veulent pas trop se faire voir, ils ne veulent pas trop se mettre en avant, ils veulent éviter ça</p> <p>E4 : mais là il faut que eux l'acceptent. Les gens de Bugarach, parlent leur de ça tu verras ce qu'ils vont te répondre ah (rire).</p>
---	---	---

	<p>3: Face à des situations inhabituelles, les médecins sont parfois déstabilisés en consultation</p> <p>4: les médecins estiment qu'il y aurait beaucoup de « non vu »</p>	<p><i>E2 : -C'est d'une part de venir en consultation parce que nous on travaille beaucoup dans la maison de santé sur rendez-vous donc il faut être capable de se plier à un rendez-vous. - mais quand la population accepte, ce qui n'est pas toujours le cas ! - après on est pas très content de voir les gens se pointer comme ça sans rendez vous</i></p> <p><i>E5 : Les patients ils supportent pas d'attendre ils sont désocialisés et c'est difficile .</i></p> <p><i>E4 : C'est une femme que je soigne depuis longtemps , que j'ai croisée et elle me dit je peux pas venir j'ai pas d'argent.</i></p> <p><i>E8 : Ces gens là ils ont jamais rencontré un point d'autorité et euh une direction à prendre</i></p> <p><i>E1 : Malheureusement c'est untel qui va nous dire c'est pour mon ami qui a ça ça ça... Donc ils ne viennent pas spécialement me voir ou il faut qu'ils soit amenés par quelqu'un.</i></p> <hr/> <p><i>E8 : euh on sentait une main mise du mari , sur sa femme avec une soumission totale , je, je, ça me mettait mal à l'aide parce que j'ai , je sais pas s'il n'y avait pas eu des brutalités en plus .</i></p> <p><i>E4 : Parce que je me sens diminué</i></p> <hr/> <p><i>E1 : Pour la grande précarité des fois on les voit mais souvent on ne les voit pas .</i></p> <p><i>E10 : Après une patientèle non prise en charge du tout au niveau sécurité sociale je n'en ai pas. Ou alors ils ne viennent pas.</i></p> <p><i>E5 : Après les populations très marginalisées rarement , ils viennent rarement .</i></p>
--	---	---

Tableau 1 : Analyse par catégorisation conceptualisante

1) Les motifs de consultations sont multiples avec des pathologies avancées, urgentes qu'il faut prioriser.

Nombreux médecins nous expliquaient qu'ils manquaient de temps en consultation pour prendre en charge les personnes précaires dans leur globalité.

E9 : « Avec beaucoup de choses à faire en peu de temps et reprendre vraiment souvent euh voilà une anamnèse très longue euh, revoir un peu tout. Donc ça prend du temps. »

E7 : « on a essayé de prioriser les comment dire, les objectifs on va dire. Parce qu'il y avait beaucoup de choses à voir. »

E6 : « souvent on voit des gens arriver dans des états lourds, difficiles, pour des pathologies qui ont été négligées pendant longtemps. Des gens qui ne se soignent pas beaucoup, pas bien .»

E5 : « Bah celle qui viennent c'est toujours en situation de catastrophe, pour les urgences. »

2) L'adoption du cadre du système de soins est plus compliquée pour la population précaire.

La prise en charge était particulière du fait de la relation privilégiée de certains médecins avec leurs patients liée à l'exercice dans un milieu rural.

Ils nous rapportaient qu'ils avaient l'impression qu'il y avait une notion de « bon moment » pour cette population de se prendre en charge, pour qu'ils puissent accepter les soins. Le cadre de soin actuel leur semblait être difficile à respecter ce qui compliquait leur prise en charge.

E8 : « Ces gens là ils ont jamais rencontré un point d'autorité et euh une direction à prendre.»

E2 : « C'est d'une part de venir en consultation parce que nous on travaille beaucoup dans la maison de santé sur rendez-vous donc il faut être capable de se plier à un rendez-vous. »

E8 : « Parce que ce sont des gens qui ne sont pas couverts hein ,qui des fois n'ont pas de papier ou qui ne veulent pas trop se faire voir, ils ne veulent pas trop se mettre en avant, ils veulent éviter ça. »

E5 : « Les patients ils supportent pas d'attendre ils sont désocialisés et c'est difficile. »

3) Face à des situations inhabituelles, les médecins sont parfois déstabilisés en consultation.

E8 : « euh on sentait une main mise du mari sur sa femme avec une soumission totale , je, je, ça me mettait mal à l'aide parce que j'ai , je sais pas s'il n'y avait pas eu des brutalités en plus . »

E4 : « Parce que je me sens diminué »

4) Les médecins estiment qu'il y aurait beaucoup de « non vu ».

Quand on leur évoquait la précarité, les médecins nous répondaient que pour eux le problème surtout les personnes que l'on ne voyait pas en consultation, les perdus de vue.

E1 : « Pour la grande précarité des fois on les voit mais souvent on ne les voit pas . »

E10 : « Après une patientèle non prise en charge du tout au niveau sécurité sociale je n'en ai pas . Ou alors ils ne viennent pas. »

E5 : « Après les populations très marginalisées rarement , ils viennent rarement . »

B. Après la consultation :

1) Le suivi de la pathologie, les examens et le transport sont compliqués par manque de moyens des patients précaires.

E7 : « la difficulté bah de comment dire, de suivre un traitement , de continuer les soins , d'aller faire les examens complémentaires , de descendre dans la Haute Vallée pour aller faire des radios ou ... voilà. »

E2 : « c'est pas possible d'organiser une coloscopie, une gastroscopie parce qu'il faut aller voir le gastro il faut aller voir l'anesthésiste faut aller à la clinique.. tout ça c'est insurmontable pour eux. »

E3 : « souvent des personnes qui avaient des difficultés à se déplacer, soit des difficultés physiques soit des difficultés de transport, pas de véhicule. »

2) La délivrance des médicaments s'organise avec l'aide du pharmacien.

Concernant la délivrance des médicaments chaque médecin s'était organisé au mieux pour aider leurs patients. Certains avec l'aide du pharmacien et d'autres en ayant un stock de médicaments à disposition en dépannage.

E3 : « Les professionnels de la maison de santé on s'arrange pour récupérer au domicile des patients les médicaments non utilisés et non périmés et on a un stock qui nous permet de délivrer des médicaments. Pour des pathologies aiguës en tout cas. »

E2 : « Alors les médicaments on arrive toujours avec les pharmaciens à se dépatouiller car ils leur reste toujours une boîte d'antibiotiques ou d'antalgiques qui traîne au fond du tiroir, »

Un des médecins nous expliquait que selon lui il n'était pas possible de délivrer des médicaments sans avoir une autorisation légale.

E4 : « En plus je me suis retrouvé confronté au problème de l'exercice illégal de la pharmacie. C'est ça le problème : qui va les gérer ? Même pour nous les médecins on a pas le droit de délivrer un médicament . C'est un exercice illégal de la pharmacie . Alors comment on peut faire ? »

3) Les consultations sont décousues avec des soucis pour le suivi et beaucoup de perdus de vue.

E1 : « Déjà c'est sur le bon vouloir de vouloir revenir voir le médecin. Bien que je leur dise c'est bon vous revenez ? Mais ils ne reviennent pas ! »

E6 : « il y a pas forcément de retour bon parce que c'est des gens qui sont plus ou moins marginalisés. C'est le suivi qui est difficile, les faire revenir pour compléter le bilan et tout ça. »

E5 : « *parce que ce sont des patients fuyants , volatiles .C'est difficile .* »

V. Pour gérer la précarité les médecins ont adapté leurs pratiques :

- 1) Les médecins prennent en charge leurs patients de manière identique grâce aux actes gratuits.

Sur le plan médical, la consultation restait la même mais tout ce qu'il y avait autour compliquait la prise en charge. Les actes gratuits étaient très fréquents dans la HVA et faisaient partie de leur quotidien de médecin.

E4 : « *moi je n'ai aucun problème , je fais acte gratuit , je compte même pas ça m'est égal, ça ne m'a jamais dérangé .* »

E7 : « *De toute façon dans notre éthique médicale en général quand quelqu'un a besoin de soins et qu'il n'a rien et bien on lui donne le soin et on ne réclame rien !* »

E8 : « *Après les gens que je connais qui sont dans la précarité , ils font partie de ma patientèle exactement comme les autres , je les prends en charge de façon identique* »

- 2) Le travail des assistantes sociales de la HVA n'est pas suffisant.

A de nombreuses reprises les assistantes sociales apparaissaient dans un 2^e plan pour la prise en charge de la population précaire. Les médecins évoquaient un manque de moyens et de ce fait ils se tournaient préférentiellement vers l'association Médecins du Monde.

E9 : « *Parfois j'oriente vers les assistantes sociales au niveau des mairies mais je n'ai pas beaucoup de retour par contre.* »

E3 : « *Jusqu'à présent les assistantes sociales sont inaccessibles sur le territoire. Il n'y en a pas beaucoup et le peu qui sont là sont joignables mais il n'y a pas de continuité dans la prise en*

charge. Il faut presque être amené à avoir un patient qui rentre en hospitalisation pour vraiment qu'on daigne s'occuper de lui ! Quand ils sont au domicile elles disent qu'elles se déplacent ... alors elles n'ont certainement pas le temps non plus. »

E5 : « l'assistante sociale oui mais bon on a une pénurie d'assistantes sociales qui sont débordées. »

3) L'hôpital est un moyen facile pour la prise en charge des patients dans leur globalité avec parfois un accès par les urgences.

Le milieu hospitalier était pour certains médecins une solution simple pour s'occuper de leurs patients précaires avec l'absence d'avance de frais et le caractère médico-social de la prise en charge.

E5 : « Et bien ils vont à l'hôpital. Parce que là bas il a pas à faire l'avance des frais . »

E2 : « Pour les soins plus compliqués finalement la solution de facilité c'est d'hospitaliser en fait. Comme ça ils remettent tout à jour. »

4) Le service de gériatrie permet un accès aux soins des sujets âgés.

E6 : « il y a un service de gériatrie pour les personnes âgées avec une assistante sociale qui vient à domicile, qui évalue les besoins , qui évalue les aides . Ca se passe très bien à ce niveau là. »

E1 : « Si c'est une personne de plus de 65 ans comme ça a été le cas récemment on peut aussi contacter le réseau gériatrique où ils prennent en charge. »

VI. Les besoins des médecins pour mieux prendre en charge la précarité :

- 1) Un bon réseau de professionnels issus du social permettrait d'aider à l'ouverture des droits des patients.

E9 : Je pense que le besoin c'est d'avoir un bon réseau de savoir renvoyer les personnes au bon endroit euh c'est surtout au niveau du réseau.

E3 : Nos besoins c'est de pouvoir apporter à ces patients l'accès aux droits et dans la mesure du possible que ça soit réalisé par des personnes plus compétentes que nous.

- 2) Besoin d'établir un contact avec les populations précaires.

A cause des spécificités du territoire et de la population, ils expliquaient qu'il y avait une partie de la population qu'ils n'arrivaient pas à voir et donc à prendre en charge.

E7 : « C'est-à-dire que ici en milieu rural, on a l'habitude de se débrouiller , c'est-à-dire que la seule difficulté c'est d'établir le contact , de voir les gens . »

E1 : « Ça aurait une place en amont donc justement pour recenser toutes ces personnes »

- 3) Besoin de confiance mutuelle pour une bonne prise en charge.

Du fait de leur situation particulière, les médecins exprimaient qu'il était important d'avoir une relation de confiance pour pouvoir adhérer aux soins.

E4 : « Parce que s'il a pas confiance en moi ça sert à rien de le voir. C'est une question de confiance , il vient me parler et si ça lui convient pas, ça lui convient pas . »

E4 : « mais si on a pas une confiance mutuelle ça sert à rien . La confiance c'est la base de notre serment. »

E7 : « si on arrive à établir un lien de confiance après parfois ils appellent »

VII. La médiation territoriale en santé comme interface entre le système de soins et la population précaire :

1) Le médiateur permet grâce à ses compétences sociales une aide à l'ouverture des droits.

Il paraissait primordial que le médiateur ait une formation sociale pour aider les populations précaires dans l'administratif en général que ce soit concernant la santé mais aussi le logement etc.

E6 : - « en nous soulageant au niveau des démarches, l'administratif pour mettre les gens qui ne sont plus dans la sécurité sociale , qui n'ont pas de complémentaire. »

- « Médiation santé , une aide pour essayer que tout le monde ait accès aux soins. »

E3 : « on les renvoie sur ces antennes et on s'en occupe plus du tout en tout cas les côtés administratifs. »

2) La médiation en santé permet de faire un relais après la consultation chez le médecin.

Elle permettait une écoute et une ré-explication auprès des patients, écoute que le médecin généraliste n'avait pas toujours le temps d'apporter en consultation. Donc une place pour organiser le suivi des personnes précaires.

E6 : « Médecins du monde s'occupe de faire en sorte que les examens soient faits même s'ils n'ont pas de couverture sociale encore. »

- « En communiquant , il faut échanger communiquer c'est le plus important . »

E8 : « Ils gardent un contact, ils vont chez eux , moi je n’y vais pas. »

E9 : « Après dans la pratique quotidienne, on a de tout alors euh ça peut parfois être utile pour réexpliquer »

3) La médiation en santé permet de ramener la population vers le soin en ciblant les priorités.

Comme ils l’évoquaient dans leurs besoins, il était important de cibler les populations non vues, éloignées du soin. La médiation en santé avec ses différentes actions permettait de prendre contact en faisant le point sur leur situation. Aidant ainsi le médecin pour sa prise en charge.

E3 : « par leurs actions d’aller vers et leurs modes de recrutement par leurs étiquettes cela leur permet d’accéder à des populations que nous on ne voit pas forcément ou que ces populations n’osent pas forcément franchir la porte du cabinet et donc ils servent de première étape et de relais vers nous. »

E9 : « Pour moi c’est surtout ça, c’est des personnes complètement perdues, qui n’ont plus consulté depuis longtemps, beaucoup de problèmes de santé , essayer de les réorienter, essayer voilà de les aider et de les remettre voilà sur le rail du soin . »

4) La médiation en santé joue un rôle dans la prévention.

E9 : « C’est vrai qu’ils font aussi tout ce qui est test de dépistage excétera , ils ont fait toute une journée de prévention aussi. Donc là on y est allé et on a incité des patients en situation de précarité à y aller aussi et là aussi il y avait pas mal d’interventions avec des médiateurs . »

VIII. Evaluation de la médiation en santé par les médecins de la HVA :

- 1) Il est très important de pouvoir communiquer avec le médiateur, d'échanger sur les situations.

E6 : « Ce qu'il y a de bien c'est qu'on peut communiquer avec **Médecins du Monde** , donc ils peuvent les recontacter »

E9 : « c'est facile d'avoir des contacts avec eux , en plus ils font des réunions donc c'est facile. »

Deux médecins estimaient qu'il manquait d'échanges avec le médiateur , avec un manque de liens dans leur sens pour certains.

E4 : « J'aurais aimé qu'ils m'appellent et qu'ils me disent j'ai vu telle personne qui a ça. Ca serait intéressant de faire ça peut être , c'est tout ! Donc plus de contacts. »

E5 : « Ils font leur mission mais voilà , je trouve qu'il manque du lien , un peu , après c'est mon ressenti. »

- 2) Dans la HVA, **Médecins du Monde** avec son activité est un soutien pour les médecins généralistes.

Les médecins nous ont dit à plusieurs reprises qu'ils avaient un besoin important de savoir vers qui s'orienter par rapport à ces situations complexes et qu'il leur paraissait primordial d'avoir un bon réseau pour les aider dans leurs pratiques.

E9 : « Moi ça m'apporte un soutien surtout parce que nous on a pas vraiment le temps de gérer tout ça quoi. Donc de savoir qu'il y a quelqu'un qui va prendre en charge tout ce qui est accompagnement, démarches sociales ça me soulage quoi. »

E3 : « L'arrivée de **Médecins du Monde** avec son antenne à Quillan et Espérasa nous a permis d'avoir un rapprochement, des aides et surtout des personnes compétentes qui s'y connaissent. »

E6 : « c'est beaucoup plus entre guillemet confortable de savoir qu'il y a quelqu'un à qui on peut demander . »

3) Il y a un a priori de certains médecins vis à vis du médiateur et de son intrusion dans la relation médecin malade.

La place du médiateur n'était pas très bien définie pour certains médecins avec la notion d'intervention entre le patient et le médecin qui les gênait vis-à-vis de leur relation privilégiée avec leurs patients.

E4 :- « C'est-à-dire si c'est pour une maladie n'importe, et si quelqu'un vient avec le patient pour me parler de sa maladie ah là ça me convient pas ! »

- « Médiateur lui-même l'intérêt si ça se passe mal entre le patient et moi-même . Sinon non. »

E7 : « Ça dépend à quel niveau elle intervient et pour quoi faire. Ça me dérange pas si c'est pour aider le patient voilà. Si elle intervient après dans ma pratique, pour la prescription tout ça là oui ! »

4) La prévention n'est pas la priorité pour les médecins vis-à-vis des personnes précaires.

Quand on évoquait la prévention, plus de la moitié des médecins nous répondait que ce serait intéressant mais pas encore d'actualité.

E8 : « Mais il faut toujours essayer bien sûr, il faut essayer. La prévention ça passe dans un 2e temps , la prévention pour nous dans un pays civilisé c'est du luxe, c'est du luxe. »

E2 : « Oui quasiment impossible ! Ne serait-ce que pour des choses, à commencer par les vaccins. »

DISCUSSION

I. Principaux résultats :

Dans notre étude, il ressortait que la médiation en santé dans la HVA permettait d'aider dans leur pratique les médecins généralistes selon différentes approches :

- **Par son approche globale de la santé :**

Selon les médecins, le rôle principal du médiateur dans la HVA était « essentiellement (...) d'ouvrir l'accès au droit *aux personnes précaires* ». Ils étaient conscients que la santé n'était pas la priorité de cette population mais estimaient que cela permettait d'initier une prise en charge. « on les voit finalement par le petit bout de la lorgnette pour leur problème de santé mais c'est pas toujours le plus gros de leur problème (...) j'en suis très conscient quand je les vois. (...) quand on prend par ce fil-là, petit à petit on déroule la pelote ». La médiation permettait un accompagnement complet du patient.

- **Grâce à sa proximité vis-à-vis des populations précaires :**

Le médiateur, qui va directement à la rencontre de la population de la HVA, permet de cibler au mieux les besoins médico-sociaux de celle-ci. En effet comme le rapporte un médecin généraliste : « *Aller vers la population de la HVA*, leur permet d'accéder à des populations que nous on ne voit pas forcément ». Le médiateur grâce ses échanges privilégiés avec cette population précaire permet d'initier la rencontre avec les médecins généralistes. Cette proximité permet d'avoir une meilleure adhésion au parcours de soin et aussi d'organiser un suivi adapté de ces patients.

- **Par son soutien vis-à-vis des professionnels de santé :**

Le troisième avantage de la médiation en santé est qu'elle permet aux médecins généralistes d'avoir des professionnels compétents pouvant les aider dans des démarches sociales et autres. L'importance d'« avoir un bon réseau *et de savoir renvoyer les personnes au bon endroit* » était évoquée par 7 des médecins interrogés, avec des échanges efficaces et rapides. La médiation représente une interface rapide et efficace entre les patients et les professionnels de santé.

- **Avec des limites dont l'immixtion dans la relation médecin-malade :**

Certains médecins étaient réticents à l'intervention d'un médiateur dans leur pratique estimant que cela fragilisait la relation privilégiée qu'ils entretenaient avec leurs patients. «si quelqu'un vient avec le patient pour me parler de sa maladie ah là ça me convient pas ! »

Nous nous sommes également rendu compte qu'un tiers des médecins ne connaissait pas la médiation en santé ou tout du moins le terme « médiation en santé ». Et qu'ils associaient l'action de médiateur en santé à celle des assistantes sociales.

Enfin, la précarité semblait fortement représentée dans la HVA. Pourtant, les médecins avaient tous une perception divergente de celle-ci, ce qui pouvait être un frein dans la prise en charge.

II. Analyse des résultats :

1) La médiation en santé : un outil méconnu pour une approche globale de la santé

Alors que 8 des médecins interrogés assimilaient l'action de MdM à de la médiation en santé, il paraissait flagrant que cette notion ne soit pas encore totalement ancrée dans leur pratique. Leur perception de la médiation en santé était parfois réduite à sa plus simple définition : « Média c'est transmettre des infos, santé c'est santé ». Pour d'autres, il s'agit d'« essayer de trouver et d'aider des personnes (...) à revenir vers le soin ».

Il paraît néanmoins primordial de prendre conscience de ce qu'est la médiation pour pouvoir l'utiliser convenablement. Trois des médecins avançaient que la médiation en santé ne leur avait rien apporté alors qu'ils répondaient ne pas savoir ce qu'elle signifiait à la question précédente.

Le référentiel de l'HAS définit le rôle du médiateur en santé : « *Il crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage,*

d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. »(32) Elle permet donc une prise en charge plus globale des populations précaires.

Dans le rapport d'enquête de 2012 de la FRAES (*Fédération Rhône Alpes d'Education pour la Santé*), l'analyse des pratiques de médiation a individualisé des spécificités d'interventions propres aux médiateurs : une grande disponibilité et un large périmètre d'action associés à une posture d'écoute, d'attention et de repérage des attentes et des difficultés. Cela permet aussi une prise en charge **multi thématique** qui ne concerne pas que la santé (ex : régularisation de dossier CMU, aide logement...) (35). Ce principe de **guichet unique** facilite l'adhésion et l'accès aux soins des populations précaires.

A Montpellier, la médiation était un des axes du projet d'AREA (Association Recherche Education Action) pour l'accompagnement global des personnes vivants dans des bidonvilles. (36) Elle a bien permis une facilitation de l'accès aux soins des personnes précaires. Elle a aussi permis de recueillir les causes de la désaffiliation de cette population envers la santé. Ces données pourront être utilisées par les institutions pour trouver des solutions à moyen et long terme.

Il semble donc primordial d'informer les bénéficiaires de la possibilité d'une médiation en santé et d'augmenter la visibilité des médiateurs. L'idée d'un guichet regroupant en un même lieu des représentants des différentes branches de la sécurité sociale serait une solution. Selon Aline Archimbaud (37) , la priorité est d'orienter les publics en situation de précarité vers un interlocuteur **physique, accessible**, à même de constituer un référent pour le traitement de l'ensemble de leur dossier . (38)

Par ailleurs quatre médecins associaient la médiation et les assistantes sociales. Il y a une réelle confusion envers ces 2 professions pourtant bien distinctes. Il ne faut pas que le médiateur soit un substitut aux professions médico-sociales mais plutôt une aide complémentaire avec différentes approches. Nous en revenons toujours à l'importance d'une bonne définition de la médiation en santé.

L'assistante sociale a pour mission d'intervenir auprès des individus, des familles ou des groupes en difficulté de manière à les aider dans leur projet de réinsertion sociale ou de reprise de confiance en soi. Elle intervient donc auprès des populations précaires mais ne fait pas le

lien avec les professionnels de santé à la différence du médiateur en santé. Dans la HVA du fait du manque d'assistante sociale, le médiateur en santé s'occupe aussi de l'ouverture des droits.

2) Une Action de terrain pour atteindre des populations isolées

Les médecins déploraient une population difficile à atteindre en HVA : « c'est-à-dire que la seule difficulté c'est d'établir le contact, de voir les gens . »

Les médecins généralistes ne pouvant pas, par manque de temps, aller à la rencontre de ses populations, ils seraient cependant prêt à les accueillir dans leur patientèle pour leur proposer une prise en charge médicale adaptée. Certains expliquaient que la médiation pourrait apporter des solutions dans ce domaine. «si le médiateur, lui, il arrive à avoir une relation de confiance avec les gens et qu'il me les amène pour que je les soigne , oui .»

L'étude menée à Marseille en 2015-2016 dans le cadre de la Plateforme associative inCittà (38) rapportait qu'il paraissait primordial que le médiateur aille à la rencontre de nouveaux publics en développant de l'« aller vers », c'est à dire en créant des rencontres avec des publics non connus des structures. Un autre exemple d'« aller-vers » concerne le projet de médiateurs pairs en santé de la Ville de Grenoble qui portait sur les quartiers prioritaires de la ville (39). Les médiateurs faisaient du porte à porte pour aller vers « les invisibles ». En 2006, l'IMEA (Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée) (40) définit aussi la médiation en santé par l'importance de **proximité** avec un milieu culturel, avec un quartier. « Le médiateur en santé est celui qui connaît les codes du public accompagné et les codes de la santé, il est ainsi un passeur entre deux cultures. Il atteint les personnes et les groupes en situation de moindre participation sociétale. »

Un des rôles primordial du médiateur en santé est donc de mettre en relation les populations précarisées avec les professionnels de santé en allant directement à leur rencontre, s'adaptant à leurs codes, puis en les présentant aux médecins généralistes. Il fait office d'intermédiaire privilégié lors des discussions entre ces populations isolées et le monde de la santé.

3) Un soutien médical bilatéral

Dans notre étude, les médecins expriment un réel besoin de travailler en collaboration : « (...) de savoir qu'il y a quelqu'un qui va prendre en charge tout ce qui est accompagnement, démarches sociales. Ça me soulage (...) ». La nécessité de connaître leurs interlocuteurs est aussi avancée : « Maintenant il y a un climat de confiance qui s'installe. »

D'après le référentiel de l'HAS, « La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour sensibiliser des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé. »(32) On retrouve cette notion de mise en réseau des institutions professionnelles et publiques chez Blanc et al (35). En Seine St Denis, la médiation en santé a permis une meilleure communication médecin-patient grâce à un accompagnement pendant et après les consultations. Les médecins ont par la suite adapté les soins en concordance avec la réalité du patient et cela a permis une meilleure adhésion au parcours de soins.(41) Selon Pascal Revault (42) « La médiation intervient donc sur la facilitation d'une compréhension mutuelle, freinée par des pratiques et des recours aux soins différents. » Cela avait été repris lors du colloque sur le métier de médiateur en santé qui a eu lieu en décembre 2016. (43)

Intégrer la médiation dans la pratique médicale quotidienne du cabinet du médecin généraliste nécessite une implication particulière du professionnel de santé. Plusieurs réunions pluri-professionnelles sont généralement nécessaires pour mettre en place une médiation en santé de qualité dans une localité, comme c'est actuellement le cas dans la HVA.

Un autre exemple, au Mans un cabinet de médecine générale a décidé d'initier un service de médiation en santé pour pallier aux problèmes d'accès aux soins et de précarité. (44)

4) Médiateur en santé : interlocuteur facilitateur

La relation médecin-malade était privilégiée d'après les médecins interviewés. Certains d'entre eux exprimaient cependant avoir des réticences vis-à-vis de l'intervention d'une tierce personne dans cette relation. « Ça dépend à quel niveau elle intervient et pour quoi faire. »

Le respect du secret médical leur semblait indispensable. En effet d'après l'article 4 du code de santé publique (45), *le secret professionnel « s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Pour autant, « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. »*

Par ailleurs, l'HAS (32) retient trois grands principes déontologiques devant s'appliquer à la médiation en santé qui sont *« la confidentialité et le secret professionnel, le non-jugement et le respect de la volonté des personnes. »* Peut alors se poser la question de la place du médiateur en santé. Fait-il partie des professionnels de santé auxquelles s'appliquent ces règles ?

La médiation en santé ne doit ni se substituer aux professionnels de santé en place, ni compenser l'absence de ceux-ci sur le territoire. Le médiateur doit tenir sa position de personne-ressource (32). D'ailleurs dans une étude récente menée auprès des médiateurs certains exprimaient qu'ils avaient une position d'« équilibriste » entre les professionnels de santé et la population(46). Le médiateur est donc indispensable pour faciliter la relation malade-médecin qui semble fragilisée par l'évolution de la société actuelle et les dysfonctionnements du système de santé, sans se substituer pour autant au médecin lui-même.

Le projet Oyapock coopération santé (OCS) développé pour améliorer la prévention du VIH au Brésil et en Guyane illustre tout le potentiel de la médiation. Les médiatrices y font évoluer les pratiques de soins et de prévention tout en participant aux réunions de l'équipe soignante et en discutant des situations et des représentations, ce qui améliore la qualité des soins et diminue le renoncement aux soins (47). De même, l'association communautaire « Santé Bien-être » (ACSBE) propose un accompagnement réalisé par des médiatrices de santé dans l'accès aux droits et aux soins grâce à des ateliers collectifs de prévention et promotion de la santé dans le quartier Franc Moisin / Bel Air de St Denis. Elle a aussi ouvert un centre de santé communautaire en octobre 2011 pour lequel l'articulation soins-médiation est un point central. Pour cela un binôme médecin-médiatrice s'est mis en place et reçoit le patient en entretien diagnostique individuel puis co-anime les ateliers en groupe (8 à 10 patients). La médiatrice accompagne le groupe sur l'ensemble du programme permettant ainsi d'avoir un « fil-rouge »,

de faire le lien avec le projet médical et d'abaisser les barrières médecin-patient en adaptant le discours médical aux réalités du patient (48).

5) Une meilleure compréhension de la précarité pourrait faciliter la prise en charge de ces populations

Les médecins de la HVA avaient différentes façons de définir la précarité. Pour certains, elle était liée à l'absence de droits, pour d'autres aux mauvaises conditions de vie donc différentes de la précarité telle que définie par Wrezinski. Un article paru dans MED Suisse en 2009 (3) met en évidence que le médecin généraliste est un **témoin privilégié** des inégalités sociales de santé et qu'il est indispensable qu'il connaisse les déterminants sociaux de santé pour avoir une meilleure prise en charge de cette population. De même, un groupe de travail universitaire et professionnel français a publié en janvier 2014 (49) une étude sur les informations nécessaires à recueillir pour que les médecins connaissent la situation sociale de leurs patients et adaptent au mieux leurs pratiques. (Annexe 3: tableau récapitulatif des informations nécessaires) Une autre étude sur les enjeux éthiques du non recours à la santé (50) a montré que la plupart des médecins sont favorables à l'idée d'être des vecteurs en matière d'orientation, de conseil et d'information sur les droits sociaux, ce qui implique forcément un minimum de connaissances et donc de formations concernant ce sujet(6).

Ici dans notre étude, les médecins « se débrouillent » face aux difficultés ressenties concernant l'accès aux soins. Or cette attitude, tout comme la compréhension des problèmes sociaux, conditionne très largement l'adhésion du patient à la démarche de soins, et donc l'efficacité des traitements proposés.

L'ensemble de ces études démontrent que former les médecins à la prise en charge des populations précaires est indispensable pour que de meilleures prises en charges médicales et sociales soient réalisées au sein de leur cabinet. D'ailleurs, depuis quelques années certaines facultés comme celle de Montpellier propose des formations sous forme de Diplôme Universitaire (DU précarité et santé) dans ce but (51).

III. Forces et limites de l'étude :

1) Forces :

- La méthode qualitative :

La recherche qualitative permet de comprendre les phénomènes humains et sociaux complexes (52). Elle ne vise pas à quantifier mais à analyser et expliquer les comportements et comprendre leurs déterminants. Elle était donc particulièrement appropriée pour répondre à l'objectif de cette étude.

- Validité de l'étude :

La rigueur méthodologique dans le recueil de données et la transcription en intégralité des entretiens ont permis de minimiser la perte d'informations. La variété de l'échantillon, recruté de manière raisonnée, et l'obtention de la saturation des données permettaient de garantir la validité externe des résultats.

- Originalité de la question :

A notre connaissance, nous n'avons pas retrouvé de travail en France portant sur ce sujet. Le plus souvent, la précarité est abordée auprès des personnes précaires et non avec les médecins généralistes.

2) Limites de l'étude :

- Choix de la méthode :

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative donc de faible niveau de preuve selon le guide de l'HAS (53).

Le recueil des données a été réalisé uniquement par des entretiens individuels semi-directifs, il n'y a donc pas eu de triangulation des méthodes de recueil.

- Biais d'influence

Le manque d'expérience de l'intervieweur à mener des entretiens en recherche qualitative, la formulation parfois spontanée de ses questions, son attitude et le fait qu'il soit lui-même un soignant professionnel ont pu induire un biais d'influence.

- Biais d'interprétation

L'analyse des données a été réalisée par un membre du corps médical donc ses expériences, son vécu ont pu interagir avec l'interprétation des résultats. De plus il n'y a pas eu de triangulation des données.

- Résultats obtenus

Après analyse des résultats, nous nous sommes rendu compte que certains résultats n'étaient pas attendus et ne répondaient pas à la question posée. Ils n'ont de ce fait pas été repris lors de la discussion mais mériteraient un travail complémentaire. On peut se demander si les questions du guide d'entretien n'étaient pas assez précises.

IV. Propositions concrètes :

De cette étude, plusieurs propositions peuvent émerger.

Tout d'abord, il paraît primordial d'améliorer la relation médecin - médiateur en santé en passant par une meilleure communication et une meilleure définition de la médiation en santé.

Les médecins rappelaient sans cesse la nécessité de pouvoir échanger rapidement. Il serait intéressant de trouver un outil d'échange simple qui convienne à tous.

Par ailleurs, on remarque qu'au-delà du fait qu'il est difficile de définir la médiation en santé par

les professionnels de santé, les médiateurs eux même n'ont pas tous les mêmes qualifications. Il serait peut être intéressant de réfléchir à une formation validante et validée des médiateurs en santé. Ainsi ils trouveraient au mieux leur place dans ce système de soins. Car nous nous sommes rendu compte qu'il paraissait indispensable que les médiateurs conservent des compétences sociales et des connaissances du système médical pour permettre un soutien adapté.

Ainsi cela permettrait de mieux définir les plans d'action du médiateur en santé en fonction du territoire concerné pour être au plus proche de la réalité et des besoins et d'éviter les questions concernant le secret médical et l'immersion dans la relation médecin patient qui est un souci redondant.

Evidemment, il faut poursuivre la formation des médecins concernant la prise en charge de la précarité en améliorant leur sensibilité vis à vis des spécificités de cette population.

Enfin, Il faudrait réfléchir à la façon dont les professionnels de santé pourraient être promoteurs directs de ces projets dans le but d'obtenir une pérennisation. Car n'oublions pas que les médecins ne représentent qu'une infime partie des professionnels de santé.

Rappelons que dans notre étude, nous avons pris l'avis des médecins et non celui des autres professionnels de santé ni celui des patients concernés par le projet.

Une autre étude pourrait être réalisée dans ce sens.

Conclusion

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité reste un problème de santé publique très présent en 2019. Les difficultés rencontrées et le renoncement aux soins sont toujours très présents. Le médecin généraliste est un intervenant privilégié dans l'accès aux soins mais se sent démuné face à la population précaire. La médiation en santé par son action « d'aller vers » est une piste pour aider à la prise en charge de cette population. Dans la HVA, à travers son action de médiation en santé, MDM est un soutien pour le médecin. Il permet d'orienter, de soutenir et d'aider au suivi des patients pour la reprise du parcours de santé. La communication et l'information semblent primordiales pour développer ce partenariat. La prise en charge des populations précaires dans leur globalité nécessite du temps et des professionnels compétents familiers avec le territoire, compétences que possède le médiateur en santé. De plus, le principe de guichet unique serait un atout pour l'accès aux soins.

Pour autant, les médecins s'inquiètent de la pérennisation de cette médiation car elle est portée à bout de bras dans la HVA par une association.

Références

1. Bréchat P-H, Lebas J. Innover contre les inégalités de santé. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2012.
2. Pierre Micheletti, la redevabilité sociale des professionnels de santé, mai 2017 , la Gazette santé social.
3. Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T, Vaucher P. Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? Rev Médicale Suisse. 2009;5.
4. DGOS_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie . Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
5. Rapport Wresinski CES 1987. Joseph Wresinski FR. 2006. Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
6. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.
7. Pauvreté. Gouvernement.fr. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/indicateur-pauvrete>
8. Baromètre Ipsos-SPF 2018, une intensification de la pauvreté. Secours populaire. 2018. Disponible sur: <https://www.secourspopulaire.fr/barometre-ipsos-spf-2018>
9. Abrantes P, Sabatier S, Guenot C. Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé. 2005;18.
10. ouvrage actes seminaire iss pour bat cabinet-web. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
11. haut conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. déc 2019;101.
12. Cambois E. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. :5.
13. Tschubby. Deutsch: Lage des Kantons La Haute-Vallée de l'Aude. 2017. Disponible sur: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Locator_map_of_Kanton_La_Haute-Vall%C3%A9e_de_l'E2%80%99Aude.png
14. INSEE. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017. recensement de la population. déc 2016;
15. contexte démographie du languedoc roussillon, ARS . [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: http://www.creaiorslr.fr/var/ezwebin_site/storage/original/application/ec7e66b47c144ad470a5d2

16. Accueil | Conseil départemental de l'Aude de l'Ordre des médecins. Disponible sur: <http://www.conseil11.ordre.medecin.fr/>
17. cnom atlas 2018. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom atlas 2018](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018)
18. Legros M. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. :54.
19. Bréchat P-H, Lebas J, Bachelot R, Sicard D, Cairn. Innover contre les inégalités de santé. 2012. Disponible sur: <http://proxy.bibliotheques.uqam.ca/login?url=http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794.htm>
20. DGOS. Précarité : accès aux soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
21. Protection universelle maladie. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
22. Revil H, Bailly S, Sarisson A. Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la troisième vague de généralisation des PFIDASS. :67.
23. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Econ Stat.* 2014;469(1):169-97.
24. Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.
25. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecin du monde. rapport 2011. octobre 2012.
26. Inégalités sociales de santé : Quels constats? Quels leviers d'action? Florence Jusot. LEDA-LEGOS (Univ. Paris-Dauphine) - IRDES. Disponible sur: <https://docplayer.fr/474609-Inegalites-sociales-de-sante-quels-constats-quels-leviers-d-action-florence-jusot-leda-legos-univ-paris-dauphine-irdes.html>
27. Berchet C. Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 juin 2013;61:S69-79.
28. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007. Paris: IRDES; 2011.
29. Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé.* 29 juill 2013;(6). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1078>
30. Potvin et al. 2012. Réduire les inégalités sociales en santé. Disponible sur:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

31. française LD. Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000490/index.shtml>
32. la médiation en sante pour les personnes éloignées des systèmes de prévention. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf
33. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
34. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. The phenomeno-pragmatic analysis: a relevant method for qualitative research in health care. Vo U M E. :8.
35. BLANC G, PELOSSE L. La médiation santé : un outil pour l'accès à la santé ? , Fédération éducation santé Rhône Alpe, mars 2010, 22 p . Fédération Éducation Santé Rhône Alpe. mars 2010;22.
36. Hérault (34). PNMS - Accueil. 2016. Disponible sur: <http://www.mediation-sanitaire.org/acteurs/projetslocaux/herault-34/>
37. L'Accès aux soins des plus démunis ; rapport officiel Aline Archimbaud .pdf . Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf
38. Chischportich C, Perrin J. Evaluation et accompagnement de la médiation de santé sur Marseille. :63.
39. Grenoble V de. Accès aux droits. Disponible sur: <http://www.grenoble.fr/993-acces-aux-droits.htm>
40. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en oeuvre par l'IMEA. | Base documentaire | BDSP. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/353762/>
41. La Revue Prescrire. Saint-Denis: des médiatrices en santé pour répondre aux besoins des habitants. oct 2018;38(420).
42. Revault P. Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives ? :3.
43. Médiateurs-en-santé-une-approche-reconnue-un-métier-à promouvoir_Colloque_12déc2016-2.pdf. Disponible sur: http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/08/M%C3%A9diateurs-en-sant%C3%A9-une-approche-reconnue-un-m%C3%A9tier-%C3%A0-promouvoir_Colloque_12d%C3%A9c2016-2.pdf
44. Ouest-France. Le Mans: un nouveau cabinet médical dans le quartier Vauguyon . Ouest-France.fr. 2017. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/le-mans-72000/le-mans-un-nouveau-cabinet-medical-dans-le-quartier-vauguyon-5337538>

45. Code de la santé publique - Article R4127-4. Code de la santé publique.
46. La médiation dans la relation médecin-personne malade | article | Espace éthique/Ile-de-France. Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/la-m%C3%A9diation-dans-la-relation-m%C3%A9decin-personne-malade>
47. Projet OCS, pour une collaboration transfrontalière ! Disponible sur: <http://gps.gf/blog/projet-oyapock-cooperation-sante-formations-et-consultsexo/>
48. La médiation | ACSBE – La Place Santé. Disponible sur: <http://acsbe.asso.fr/nos-actions/la-mediation/>
49. pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf
50. Couverture Maladie Universelle complémentaire : enjeux éthiques du non recours et des refus de soins . Disponible sur: <https://docplayer.fr/11479331-Couverture-maladie-universelle-complementaire-enjeux-ethiques-du-non-recours-et-des-refus-de-soins.html>
51. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 2015;27(5):679.
52. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. :29.
53. etat des lieux niveau preuve gradation. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Question de recherche :

Comment la médiation en santé peut-elle aider le médecin traitant dans l'accès aux soins des personnes précaires de la haute vallée de l'Aude (HVA) ?

1/ Pouvez vous nous parler de ce qu'est pour vous voyez la précarité en médecine générale ?

2 /Souvenez-vous de votre dernier patient en situation précaire :

-Comment s'est passée la consultation ?

-Avez-vous eu des difficultés durant cette consultation ?

-Comment estimez-vous vos besoins vis-à-vis des personnes précaires ?

3/ Que faites vous si un patient n'a pas d'accès ou a des difficultés d'accès aux soins ?

(si difficulté de réponse : faites-vous appel à d'autres professionnels notamment issus du social ?)

4/ Si je vous parle de la médiation en santé qu'est-ce qu'il vous vient à l'esprit ?

5/ Selon vous quelle est la place du médiateur dans votre pratique quotidienne ?

(En terme de prévention ? En terme de suivi des soins ?)

6/ Avez-vous eu recours à un médiateur en santé ?

si oui , pouvez vous nous dire dans quelle situation ?

-qu'en avez-vous pensé ?

Qu'est-ce que la médiation vous a apporté ?

Annexe 2 : le verbatim des entretiens est joint en annexe sur CD ROM

Annexe 3 : tableau récapitulatif des informations à enregistrer dans le dossier médical.

Intitulé	Groupe A Indicateurs indispensables	Groupe B Indicateurs utiles
Date de naissance	X	
Sexe	X	
Adresse	X	
Assurance maladie	X	
Statut par rapport à l'emploi	X	
Profession	X	
Capacités de compréhension du langage écrit	X	
Est en couple		X
Nombre d'enfants à charge		X
Vit seul (e)		X
Pays de naissance		X
Niveau d'études		X
Catégorie socioprofessionnelle INSEE		X
Bénéficie de minima sociaux		X
Statut vis à vis du logement		X
Situation financière perçue		X

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction : Malgré les nombreuses réformes réalisées concernant le système de soins, en 2018 dans la région du Languedoc Roussillon ,36,3 % de la population renonce aux soins pour diverses raisons. La précarité dans la Haute Vallée de l'Aude ne cesse d'augmenter. Les médecins sont au centre de l'accès aux soins mais manquent d'aide. Une des solutions apportées par les pouvoirs publics est l'introduction de médiation en santé. L'objectif est d'évaluer si la médiation en santé peut aider le médecin traitant dans l'accès aux soins des populations précaires de la Haute Vallée de l'Aude.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes fût menée de juillet à décembre 2018 dans la HVA. Une analyse phénoménologique à l'aide de catégorie conceptualisante a été réalisée.

Résultats : 10 médecins généralistes ont été interrogés pour obtenir une saturation des données. La prise en charge de la population précaire est complexe car elle ne peut se résoudre par une simple consultation. Améliorer l'accès aux soins nécessite donc du temps et des moyens physiques et sociaux que le médecin généraliste ne possède pas. Le médiateur en santé apporte un soutien, une proximité, une prise en charge plus globale de cette population. Le mot d'ordre étant de faire le lien.

Conclusion : Le partenariat entre la médiation en santé et les médecins généralistes permet d'apporter des réponses en matière d'accès aux soins des populations précaires de la HVA mais reste fragile.

Mots clefs : Précarité- Médecine générale- Médiation en santé- Haute Vallée de l'Aude-Accès aux soins