



HAL
open science

Le projet AVICENNE : retour de terrain des usagers

Camille Delescluse

► **To cite this version:**

Camille Delescluse. Le projet AVICENNE : retour de terrain des usagers. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02940176

HAL Id: dumas-02940176

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02940176>

Submitted on 16 Sep 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 DE
MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
Docteur en médecine
Présentée et soutenue publiquement
Par
Camille DELESCLUSE
Le 12 Décembre 2019

Titre :

Le projet AVICENNE : retour de terrain des usagers

Directeur de thèse : Docteur Cyril JAUMES

JURY

Président :

Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Professeur Nicolas NAGOT

Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK

Docteur Cyril JAUMES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE
MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
Docteur en médecine
Présentée et soutenue publiquement
Par
Camille DELESCLUSE
Le 12 Décembre 2019

Titre :

Le projet AVICENNE : retour de terrain des usagers

Directeur de thèse : Docteur Cyril JAUMES

JURY

Président :

Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Professeur Nicolas NAGOT

Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK

Docteur Cyril JAUMES

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
ROCHFORD Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Héléne
SANY Jacques
SEGARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Émérites

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

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 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
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-Ophtalmologie
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

HILLAIRES-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 Kevin-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-vénéréologie
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

Au Professeur Michel Amouyal pour avoir accepté d'être le Président du jury. Je le remercie également d'avoir accepté ma participation au SASPAS et donc au projet Avicenne malgré les délais dépassés.

Au Docteur Cyril Jaumes de m'avoir accompagné dans ce travail de recherche, et d'avoir aidé à la réalisation du projet.

Au Professeur Philippe Nagot pour avoir accepté de faire partie du jury de thèse et apporter sa vision de médecin de santé publique.

Au Docteur Agnès Oude-Engberink de m'avoir aiguillé pour la réalisation de la grille d'entretien, sur la méthode à utiliser, et pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

A mes maîtres de stage successifs : L'équipe des urgences de Nîmes, Sylvie et les puéricultrices de la PMI pour leur bienveillance et leur accueil, Michel et Olivier pour m'avoir fait découvrir leur exercice de médecins libéraux, l'équipe addicto Régis, Julie et Stéphanie pour leur enthousiasme et leur humour, les lozériens Monique et Philippe pour m'avoir transmis l'exercice de la médecine rurale et pour leur disponibilité, Philippe au Collet pour m'avoir poussé à l'autonomie. A toutes les secrétaires des cabinets successifs Shiraz, Jessica, Nathalie, Solenn, qui accueillent les patients, sont à l'écoute et facilitent la tâche de notre métier chaque jour.

A toute l'équipe Quoi de 9 pour porter ce projet.

A mes collègues de travail pendant mon année de remplacement :

Eric, Michel et Caroline pour leur approche humaine de la médecine, Marie-Laure pour son amour de la Lozère et sa gentillesse.

A mes nouveaux collègues : Cyril, Eva, Corinne, Myriam, Julien, Caroline, Martine et Laetitia du centre Human Santé. Merci de m'avoir inclus dans votre aventure, merci pour votre enthousiasme qui fait si chaud au cœur et votre manière de voir les soins.

L'équipe de Saint Martin : à toutes l'équipe d'infirmier(e)s, merci pour vos conseils, votre accueil si sympathique, votre courage dans votre métier. Merci aux thérapeutes pour leur accueil bienveillant.

A Thibaud, sans qui je n'aurais pas participé au projet Avicenne, je n'aurais pas découvert la Lozère, je n'aurais pas fait le DU SSP. Merci pour ton positivisme, ta soif de nouveauté et d'action, ta motivation.

A ma famille :

A mes parents. Merci d'avoir participé grandement à ce que je suis aujourd'hui. Merci pour votre éducation ouverte sur le monde, pour la transmission de vos valeurs qui m'ont fait prendre ce chemin de vie. Papa, à ton humour et ton engagement (caché) dans ta profession, ton amour de la montagne et de la musique que tu nous as transmis à Enzo et moi. Maman à ta douceur, ton soutien permanent et tes valeurs sociales, ta curiosité et à tous les spectacles vus ensemble.

Mon frère Enzo, à ta joie de vivre, ta conscience écologique qui me rappelle à l'ordre, ta passion de la musique tellement contagieuse. Tu vas être un tonton merveilleux. Merci à Elodie qui t'apporte bonheur et apaisement.

A *Papé*, parti trop tôt pour pouvoir assister à l'accomplissement de mes études et pour savoir que la relève est en route.

A *Mamé* pour ta gentillesse. Je suis très heureuse que tu sois là aujourd'hui. Merci pour ton accueil toujours chaleureux, tes cadeaux cachés quand nous étions petits, ton envie de toujours nous faire plaisir par tous les moyens. Pour les concours de boules en Ardèche, les glaces au rocher des dons. Pour ta force aux côtés de *Papé*.

A *Papi*, pour ta force morale et ton humour malgré ton ennui, tu nous étonnes encore par ta résistance. Pour ton intérêt aux métiers de chacun, ton amour des trains, du jardinage, des frères Jacques.

A *Mamie* et ta cuisine, pour nous accueillir encore à l'Héronde comme à Lyon. Pour ton courage d'être aussi présente aux côtés de Pierre. Pour ton combat féministe à ton époque. Pour toutes les vacances que vous nous avez offertes, qui combinent mes souvenirs de bons moments.

Et à vos 66 ans de mariage... ça ne se verra plus !

A mes oncles et tante paternels. Merci pour votre humour Delec, votre caractère Delec, votre nez Delec. *Jean* merci pour ton soutien et tes conseils musicaux pendant mes années de conservatoire, merci pour tes attentions toujours délicates envers tes neveux et nièces.

Yves, merci pour avoir endiablé la piste de danse le soir du 25 Août 2018.

Claire, merci pour ton sourire et ta douceur. Tu vas pouvoir pouponner de nouveau.

Dominique, merci pour tes extraits théâtraux et ton humour pince sans rire.

Clara ma cousine, je peux aussi te placer dans le groupe de copines de Lyon depuis plusieurs années. J'ai tellement hâte d'être à ton mariage ! Tu vas être si belle. A ton Corentin et Sylvère, votre petite famille. Merci d'être là si souvent.

Malo, Mariette et Simon mes cousins c'est toujours un bonheur de vous voir. Merci d'être venus dans la Drôme en mai dernier. On forme une belle famille si diversifiée et avec tant de points communs, c'est une chance ! A tous les futurs Noël que nous ferons encore, pendant des années, pour pouvoir dire à chaque fois « j'ai trop mangé ».

A *Lolo et Denis* mon oncle et ma tante maternels. Merci pour nous accueillir à bras ouverts à chaque fois. Merci pour votre bonne humeur, et vos repas délicieux, pour les attentions recherchées à Noël.

Matthis, Romain et Raphael mes chers cousins, vous grandissez tellement vite tous les trois ! Profitez de votre jeunesse, ça va passer vite.

A tous mes cousins plus lointains par le sang, mais si proches par le cœur.

Cléa Agathe et Anaïs : que c'était bien de se réunir une fois par semaine pour manger des gratins de ravioles et autres plats délicieux et se raconter nos vies. Ça me manque et me manquera longtemps.

Cléa : tu as tellement bien fait de venir vivre en France. Merci d'être là, pour ton sourire, pour toutes les soirées dansantes qu'on a faites, les concerts, et les moments chill. On va continuer à suivre les vagues.

Agathe : merci pour les sorties skis et natures qui me font un bien fou à chaque fois. Merci pour ton calme et ta douceur au milieu de nous, les excités. Tu as l'air au top dans ta Drôme que j'aime tant aussi...

Baptiste et Cyrielle, c'était tellement chouette de partir avec vous cette année. Merci pour votre accueil à Grenoble, on va continuer à venir régulièrement dans vos montagnes. Baptiste, partante dans un an pour une sortie ski de rando, la dernière était magnifique. Cyrielle, continue de chanter à tue-tête sans te soucier des autres.

Et merci aux Crestois de m'avoir embarqué dans le stage de musique.

Anaïs : Merci pour ces années lyonnaises où l'on a appris à se connaître, puis les soirées parisiennes et les délicieux brunchs, ton accueil dans ta coloc toujours remplie de joie. Je suis admirative sur ta capacité à avoir un job à responsabilité tout en gardant ta liberté folle chaque WE.

Anouk, comme tu as changé en si peu de temps. Tu deviens de plus en plus magnifique, les mecs d'Hambourg n'ont qu'à bien se tenir ! Merci pour tes cours de yoga, ta douceur, ta tolérance.

Les François : A tous les 4, *Elise, Marie, Clara et Clément*. C'est toujours un plaisir de vous voir, et de voir la nouvelle génération, si vive et belle. A tous les bons repas et les bons moments partagés, les mariages les sorties parisiennes, les WE à l'Héronde. A vos moitiés également.

A *Marie, Raph et Louis*, belle famille qui va s'agrandir bientôt.

Catherine et Daniel. Merci pour nous recevoir et nous supporter en nombre, envahissants que nous sommes. Votre maison est parfaite pour cela, la cuisine délicieuse, et le cadre de la Drôme permet de passer toujours d'excellents moments grâce à vous.

Agnès et Sean merci de nous accueillir de Albi, à New York, toujours avec plaisir.

A tout le reste de la famille.

Ma deuxième famille :

Gaspard. Tu es juste né que déjà je t'ai rencontré. Et depuis on ne s'est plus lâché. On est même voisin ! Tu es un père si épanoui. Merci pour m'avoir toujours rappelé nos valeurs politiques, merci pour ton humour tordant, pour toutes les discussions ados qui nous ont aidé peut-être à comprendre 'l'autre', pour ta loyauté en amitié, scellée pour toujours. Merci de nous avoir donné envie. Et bien sûr, merci d'avoir introduit Louis dans ma vie.

Merci à tous les Flamant chez qui à chaque fois je suis accueillie comme un membre de la famille. J'aime passer des moments avec vous tous.

Anouk tu as eu un rôle de grande sœur pour moi que j'ai beaucoup apprécié enfant. Merci à vous deux d'avoir partagé les balades chiantes, les châteaux cathares sous la pluie, mais aussi les baignades glacées dans la méditerranée, les glaces quotidiennes, la lumière du midi en automne, la galette des rois avec les Payot, les soirées électorales avec les Tarrissan, les semaines en gîte inoubliables chaque vacance de Pâques, et bien sûr la semaine sacrée au Cap Bénat.

Marion, maintenant bretonne, tu as l'air d'avoir trouvé ton bonheur, j'en suis heureuse. Mais c'est beaucoup trop loin ! On s'est suivi presque toute notre scolarité, la maternelle, le conservatoire, les études de médecine. Tu as été un soutien pendant ma D4, ce que je n'ai pas pu te rendre puisque je m'en suis allée. Merci pour tous ces souvenirs qui m'animent encore, à Chamonix, à Lyon ou à la mer, à la soupe de poissons fraîches. Merci d'avoir été avec moi pendant les périodes moins drôles de notre adolescence. Merci à Brigitte et François toujours soucieux de bien nous recevoir. Qu'est-ce qu'on mange bien chez les Payot ! A tes sœurs et leur famille également.

Merci à *Jean-Charles et Marie-Jeanne* partis si tôt. Merci pour toutes les vacances communes, à l'eucalyptus, à Janis Joplin. Et peut-être à leur transmission inconsciente de leur métier. Allez les saucisses, on va se baquer ?

Merci à tous les amis de mes parents qui m'ont vu grandir et qui ont toujours été bienveillants.

Merci enfin à *Charlotte et Tiago*. Charlotte, sans toi, je ne sais pas comment tout ça aurait tourné. Merci d'avoir été là, pour lui, pour nous, merci pour ton soutien inconditionnel. Et aujourd'hui, tu es une formidable maman, je compte sur toi pour m'aiguiller.

Tiago, c'est fou comme on peut aimer un nouveau-né dès qu'on le voit, sans le connaître... J'espère que tu garderas tes éclats de rire, toujours.

A mes amis et co-internes :

La team LYON :

Ma bande de filles Noémie, Lucille, Ilana, Carole, Aude, Caro, Hélo, Eva. Nous en avons traversé des vacances, des soirées, des crises existentielles, des fous rires, des concerts. Je ne vous l'ai peut-être pas assez dit, mais vous m'avez apporté à chaque fois une bouffée d'air pendant toutes mes années d'études, et vous m'avez aidé à les surmonter. On est toujours là, ensemble, pour certaines depuis 15 ans... Je vous aime.

Carole, ma copine de la 6^{ème}, merci pour les journées chez tes parents, la première fois aux NS à 15 ans, nos heures de téléphone à se raconter du vent, à nos soirées de danse qu'on a fait et qu'on continuera à faire, à ton accueil généreux plein de bons produits et de plats cuisinés. Merci à Gleg de faire ton bonheur et de nous supporter.

Nono et Yann et votre *Tom* si adorable, je suis ravie que l'on soit tout proche, pour partager ça ensemble. Vous avez l'air si serein, ça fait plaisir à voir et c'est rassurant. Yann tu nous supportes depuis tant d'année... Bravo pour ton parcours pro qui ne fait que s'enrichir. Nono, merci pour cette belle amitié, nos années collèges et lycées, nos cours de flûte en commun, nos fous rires en orchestre, nos premiers voyages en Espagne, pour être revenue vers moi après cette période compliquée en post-bac. Merci pour nos belles années de coloc, notre temps passé à Domino's, nos échanges de musique, ton positivisme à toutes épreuves.

Ilana, merci pour m'avoir fait voyager en Ecosse, en Espagne, au Mexique, pour m'avoir fait découvrir ces villes qui t'ont été chères, pour tes conseils en parfums, et ton amour des fleurs. Pour avoir partagé mon année de seconde et toutes ces nouvelles rencontres. Pour ta tendresse.

Lucille ma boule, merci pour toutes ces barres de rires qui m'ont fait gagner des années de vie. Je suis tellement fière de toi aujourd'hui et si heureuse que tu aies trouvé ton bonheur avec Thibaud. A toutes ces fêtes endiablées, à Pascuale, au roquefort dans le lave-vaisselle, à ton nez, à mon ordi, à notre dignité, à nos retours en premier métro, à la gav...

Aude. Merci pour ton enthousiasme débordant pour chaque évènement, merci de nous avoir accueillies à Nancy pour ce WE si particulier. Tout ça depuis la période cheminot... Tu t'épanouis dans ton travail ça fait plaisir.

Caro, tu fais partie de la bande des meufs depuis bien longtemps maintenant. Merci d'être autant à l'écoute, d'être rêveuse et douce. Ton nouveau taff prend forme, je suis sûre que tu vas réussir.

Eva. Je ne sais pas où te placer. J'ai choisi Lyon car c'est là qu'on s'est connue (merci Carole). Je suis très fière de t'avoir parmi mes amies les plus proches. Merci pour ton écoute et ton soutien, pour savoir soutirer les infos importantes, pour être loyale envers tes amis, pour ton amour du reggae, pour ta générosité sans limite, pour tes débats sur le monde, pour ta volonté de toujours nous faire plaisir. Gendarme.

Helo. Aux belles années Domino's, à ta coloc de l'époque, que de bons souvenirs. Je te souhaite plein de bonheur avec ta petite famille.

Les belles rencontres de la P1 :

Margaux. Merci d'avoir partagé les deux premières années de médecine, et d'avoir été là lorsque c'était difficile. Heureusement que je t'ai trouvé, j'ai été moins perdue, et nous avons pu nous soutenir tour à tour. A Julien qui te rend si heureuse et avec lequel tu es enfin réunie. A nos rdv qu'on arrive à maintenir malgré la distance.

Marie. Merci d'avoir été ma coloc pendant deux ans, d'avoir été là, d'être toujours là, d'être aussi loyale dans tes amitiés, de donner des nouvelles souvent et de toujours d'inquiéter des autres. Tu es quelqu'un sur qui on peut compter.

Thibaut. Merci pour toutes ces années passées si proches, la première année de médecine puis les autres, tu as été là tout le long, et on en a passé des bons moments, et on a été là, chacun l'un pour l'autre quand on en avait besoin. Tu es heureux aujourd'hui avec Julia et votre Paulin, tu as tout ce dont tu rêvais.

Merci pour mes copines qui m'ont fait garder le cap du concours, merci pour les WE au ski, les verres après Galien, les coups de motivation, les craquages, les soirées médecines.

Roxane. Ma copine, nous avons passé toutes ces années au CCM, à Galien, à travailler, parfois craquer, j'ai pu compter sur vous toi ce temps-là. Merci pour votre fabuleux mariage cet été.

Sego et Audrey, notre voyage au Mexique est un des plus beaux que j'ai fait. Merci pour ces magnifiques moments, malgré quelques désagréments (hihi). Et merci d'avoir été là toutes les années d'étude, soutenantes, Audrey si constante dans ton travail, Sego si douce. Je suis triste d'avoir loupé ton mariage.

Coco. Il aura fallu qu'Océ en parle pour qu'on découvre le malentendu ! Quel dommage, je serais venue avec plaisir. Merci pour ton sourire et ta bonne humeur.

Océ. Merci pour l'écho de dépannage, c'était émouvant. Tu seras une super chef.

A tous les autres co externes, Mathieu, Gladys, Pablo etc.

Gab, mon amie d'enfance. On se retrouve avec plaisir après tant d'années où tu étais partie loin. Peut-être même bientôt dans la même région, trop chouette. Ah les soirées lyonnaises en ta compagnie, avec la kéké qui a débarqué en France. Merci pour m'avoir présenté ton groupe d'amis si sympas, pour ton sourire constant, j'ai hâte de venir vous voir, toi et Julien dans votre maison en Aveyron. Et merci pour avoir relu ma thèse et m'avoir corrigée.

A *Marine Carbo,* je te souhaite de réussir ce nouveau projet qui t'anime ! Merci pour ta douce folie et ta bonne recette de cookies.

A Léa, Joachim, Anto et Alice, Thomas, Sophie, Nico et tous les autres Lyonnais.

MONTPELLIER :

A mes co-internes du premier semestre.

Lisa. Qu'on est maladroite pour exprimer certaines émotions mais on s'en est déjà dit des choses. Je suis très heureuse de t'avoir rencontrée. Merci pour toujours alimenter nos débats de société et sur notre profession, pour tes avis sur le cinéma, ton enthousiasme pour les concerts et spectacles, pour les WE nature, pour ton féminisme, pour être là, tout près. Ton amitié m'est précieuse et ne peut que durer. Merci pour m'avoir fait rencontrer Pampam si douce, drôle et gentille. J'ai hâte de voir votre mariage.

Camille. Ma Camille, on t'a suivi dans ton internat parfois si prenant, et te voilà chef... J'admire ton sérieux et la manière dont tu prends les contraintes de ta spécialité, dont tu défends l'hôpital public malgré ses difficultés, tu feras un excellent médecin, exigeante pour les soins et humaine avec les patients. Merci pour Gollum, ton rire aux éclats, tes attentions touchantes, ta musique dark. Arnaud et toi vous êtes un si beau couple.

Pauline. Te voilà de retour dans ta chère Bretagne, après quelques années passées dans le Sud, ça t'allait bien pourtant le soleil, la mer et les glaces. Tu vas revenir un jour, j'y crois. Merci pour ta soirée de départ bien à ton image, pour avoir vaincu ton vertige en via ferrata, pour m'avoir conseillé les meilleurs glaciers et restaurants, pour avoir choisi la robe offerte à mon anniv, pour ne jamais critiquer les autres, pour représenter à merveille ton totem par tes petites blagues en coin. Tu vas me manquer. Beaucoup.

Dallal. Ma p'tite Dallal à ce jour Docteur depuis peu, si avide de voyages et de rencontres, j'admire ta franchise et ton honnêteté. Merci pour ta joie de vivre, ta générosité, ton envie de danser permanente, ton soutien inconditionnel, ton optimisme à toute épreuve. Ton amitié m'est chère.

Léo. Toi aussi tu es jeune chef, ça y est. Tu en es passée par des étapes mais ça y est tu y es. Je suis fière de toi, fière que tu aies résisté au système pas toujours facile, que tu sois allée au bout de ta spécialité. Merci pour ton ouverture, ton envie de toujours tester de nouvelles choses, tes multiples passions, ta vision humaine de la chirurgie.

Lucille. Merci pour ta douce folie, ta sensibilité, ta générosité, pour la soirée à Sète interminable, pour la conduite en canadien, pour nous avoir présenté *Colin*, avec qui tu vas si bien, avocat du diable attachant.

Ouaoua. Tu as été une super co interne, à l'écoute des patients, c'était un plaisir de travailler avec toi. Merci pour ton sourire et ta bonne humeur, pour m'avoir couvert un certain vendredi où le ventilateur tombait du chariot, pour nos repas entre filles où nous ne nous lassons pas de papoter.

Eva, merci de m'avoir suivi à Montpellier, et d'être si présente et enthousiaste pour le grain de riz à ce jour aubergine.

Momo. Merci pour les concerts partagés, le WE découverte à Vézénobres, ton rôle de chef interne très bien tenu au premier semestre,

Anto. La marseillaise, merci d'être venue à mon anniv malgré ton mobilité réduite, à ta douceur et ta loyauté.

Marion et Seb, merci pour vos invitations toujours chaleureuses dans votre chez vous si cosy. Votre petit Côme est adorable. Merci Marion pour ton combat pour l'hôpital public et contre les labo, pour ton humour gras que j'adore.

Laura. Merci pour ton engagement et ta lutte pour une médecine humaine et respectueuse. Je suis très contente que tu prennes ma place au sein de l'association.

A *Damien et Coline* et votre belle histoire.

A *Clem.*

A tous mes autres co-internes notamment de Perpignan et de Nîmes pour les beaux améliorés, Marine, Chris, Camille, Camille, Suzy, Caro, Suzanne, Loïc. Aux plus récents, Emilie, Louise-Anne, Mahaut. A *Manu et Anaïs.*

L'équipe d'addicto : *Renaud* et tes blagues permanentes, les courriers chantés, les soirées au broc, *Sofia, Sarah* et *Laure-Hélène* pour ce stage rempli de bons moments, et ces soirées mojitos.

Aux copains de copains devenus mes copains.

Lionel et Souad. C'est un peu grâce à Lionel que Louis m'a suivi à Montpellier. Du moins, ça a facilité les choses. Merci pour ça. Merci pour tes repas gargantuesques et tes bons rhums. Ta passion pour la plongée et pour les travaux qui ne s'arrêtent jamais m'impressionnent, ainsi que ta curiosité infinie. Souad, je suis très heureuse de t'avoir rencontrée.

Camille et Hugo bientôt plus proches on l'espère. Camille, j'aime ta coolitude, ta rêverie, ta gentillesse, et je suis bien contente d'avoir appris à te connaître de plus près. Merci pour venir nous voir même d'Angoulême, et d'amener ta touche de tolérance, voire de désinvolture. Hugo, ravie d'avoir fait ta connaissance, ça promet des bons WE en perspective.

A *Félix*. Pour ta modestie malgré ton parcours incroyable et pour tes blagues.

Yuri, derrière ton apparence parfois sévère se cache un mec touchant, droit et loyal.

Margaux. Quel plaisir de partager des discussions avec toi en ballade ou autour d'un verre sur la bouffe, l'écologie, la campagne, ton métier, la vie quoi ! Merci pour ces moments.

Florie, comme on s'est retrouvée à Montpellier ! Cela a entraîné une deuxième rencontre plus intime. Merci pour les verres au broc, à l'Osteria ou ailleurs, pour tes bons plans brocante, pour tes milliards d'amis tous sympas, et les soirées cannettes comme dans le bon vieux temps.

A l'école En Mouvance pour m'avoir refait danser.

Ma belle-famille :

Beryl Théo et leurs beaux enfants. Beryl merci pour ton enthousiasme et ton organisation qui permet des rassemblements toujours réussis. Tu réunis tes frères, et ça les ravis à chaque fois.

Camille

Gilles

Mayeul et Joseph. Que j'ai de la chance d'avoir deux beaux beaux-frères comme vous ! A quand le prochain concert de rap ?

Alain et Danielle

Philippe et Flo

Robin et Anne-Sophie

Vous m'avez tous accueillis à bras ouverts, vous avez fait en sorte que je me sente comme dans ma famille, et ça m'a énormément touché. Vous y êtes arrivés, je me sens bien avec vous. Je suis très heureuse et très émue que Beryl, Camille Et Danielle aient fait le déplacement. Merci.

Une pensée particulière pour Alain.

A Louis.

Merci.

Pour m'avoir supportée et soutenue lorsque j'amenais mes doutes et difficultés à la maison, et pendant la période d'écriture de la thèse. Pour m'aimer tous les jours toutes les minutes et toutes les secondes, pour ton calme qui me canalise. Pour le début d'une nouvelle aventure, qui sera merveilleuse. Pour notre engagement, à son comble aujourd'hui. Pour ton féminisme.

Tu serais là si j'repartais à zéro, A m'rappeler les vraies choses, à calmer mes névroses, J'avais un p'tit diable sur mon épaule, Maintenant j'ai ta tête sur mon épaule. Nos enfants donneront aux nazis l'envie d'avoir des enfants métissés, Main dans la main, vieux et fripés, On s'appellera les soirées qu'on faisait tous les deux, A fumer des clopes déchirés ...

Orelsan,

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	11
TABLE DES MATIERES	18
ABREVIATIONS	21
PRESENTATION	22
INTRODUCTION GENERALE	24
I. Inégalités sociales de santé, inégalités territoriales.	24
1. Définitions : la santé, la précarité, le score EPICES, l'invisibilité sociale	24
2. Inégalités sociales de santé et les déterminants de la santé.	26
3. Accès aux soins, renoncements aux soins	27
4. L'invisibilité sociale.....	32
II. États des lieux.....	34
1. En France	34
2. En Lozère	36
3. Moyens mis en œuvre pour lutter contre les inégalités en santé	39
LE PROJET AVICENNE	46
I. La médecine itinérante.....	46
II. La création du projet Avicenne	47
1. Phase de réflexion	47
2. L'association Quoi de Neuf.....	48
3. La mise en pratique	49
III. En pratique	51
1. Bilan intermédiaire.....	51
2. Evolution du projet	55
3. Les nouveaux protocoles.....	57
IV. Mon expérience personnelle.....	58
1. Stage en zone rurale	58
2. Le décloisonnement des professions.....	59
MATERIEL ET METHODE	60
I. Recueil des données.....	60
1. Population cible et recrutement	60
2. Le Guide d'entretiens.....	60

3.	Le recueil des données	61
4.	Population recrutée	61
II.	La méthode d'analyse.....	62
1.	Objectif de l'étude.....	62
2.	Type d'étude	62
3.	Utilisation et analyse des données	62
RESULTATS		63
I.	Mode de vie	63
1.	Isolement.....	63
2.	Revenus	64
3.	L'emploi.....	66
II.	Les connaissances du réseau local et d'Avicenne.....	67
1.	Connaissance du réseau	67
2.	Connaissance des permanences Avicenne	68
III.	Les attentes et les craintes avant le contact.....	71
1.	Les craintes	71
2.	Les attentes.....	72
IV.	La présence d'un interne de médecine générale	74
1.	Les points positifs	74
2.	Les points négatifs	76
V.	Le suivi médical	77
1.	Suivi en cours.....	77
2.	Absence de suivi	78
VI.	Retour d'expérience	80
1.	Les intérêts	80
2.	Les freins.....	82
VII.	Les perspectives	84
DISCUSSION		86
I.	Place de l'interne de médecine générale.....	86
II.	Les ateliers collectifs et la prévention.....	87
III.	La réunion du médical et du social.....	88
IV.	Critères d'évaluation du projet.....	89
V.	La littérature	90

1.	La santé et la précarité	90
2.	La santé en milieu rural.....	90
3.	La médecine itinérante	91
VI.	Forces et faiblesse de l'étude	92
1.	Les faiblesses	92
2.	Les forces	93
	CONCLUSION.....	95
	BIBLIOGRAPHIE	97
	ANNEXES	104
	Fiche projet.....	104
	Le score EPICES.....	105
	Article Couleur Lozère 2018.....	106
	Article UNIOPSS 2019	108
	Fiche de renseignement.....	110
	ROLE IMG AVICENNE	111
	Grille d'entretien.....	112
	Formulaire d'information et de consentement du patient.....	113
	Autorisation d'enregistrement et d'utilisation des données	114
	Caractéristiques des personnes inclus dans l'étude :	115
	Permis d'imprimer	117
	RESUME.....	118

ABREVIATIONS

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
ACS : Aide à la Complémentaire Santé
AME : Aide Médicale d'État
APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ARS : Agence Régionale de Santé
Asalée : Action de SANTé Libérale En Équipe
ATD Quart Monde : Aide à Toute Détresse, Agir Tous pour la Dignité
BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CCR : Cancer ColoRectal
CCSS : Centre Commun de la Sécurité Sociale
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CES : Centres d'Examens de Santé
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNLE : Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
HAD : Hospitalisation à Domicile
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
Inserm : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES : Institut de recherche de de documentation en économie de la santé
ISS : Inégalités Sociales de Santé
LAM : Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
Odenore : Observatoire des non-recours aux droits et services
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
Onpes : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ONSMP : Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité
Orspere : Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS : Projet Régional de Santé
Score EPICES : score d'Évaluation de la Précarité des Centres d'Examens de Santé financés par l'Assurance Maladie
URML : Unité Régionale des Médecins Libéraux

PRESENTATION

Depuis les années 90, le nombre de médecins généralistes en activité régulière diminue, entraînant une modification du paysage médical (1). Dans le milieu rural notamment, les plus âgés partent à la retraite et ont des difficultés pour trouver un(e) successeur. Plusieurs mesures ont été mises en place ces dernières années pour tenter de pallier aux déserts médicaux. Le PRAPS 2018 de l'ARS met en avant les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins, et souhaite en faire une priorité (2). Cependant, nous n'avons pas encore atteint le taux de densité médicale le plus bas selon une étude prévisionnelle de la DRESS (3), ce qui présage une augmentation des inégalités territoriales, avec des zones de désert médical plus étendues.

Si une part de la population renonce aux soins pour des raisons d'accès ou d'isolement géographique, il y a également des personnes renonçant aux soins pour des raisons financières ou sociales. Une médecine à deux vitesses se développe progressivement. Les inégalités sociales de santé sont en progression alors même que le système de santé français a une efficacité reconnue et il est urgent de réfléchir à comment les réduire.

En réponse à cela, des initiatives locales issues de rencontres citoyennes, de professionnels de santé, d'associations, s'organisent pour essayer d'améliorer l'accès aux soins, et proposent des actions innovantes, en essayant de s'adapter à chaque territoire, chaque problématique locale.

Le département de la Lozère est un département rural, avec un temps d'accès aux services plus long qu'ailleurs, et une proportion de retraités importante (4). Il fait maintenant partie de la grande région Occitanie, 4ème région métropolitaine la plus pauvre (taux de pauvreté 2018), 3ème pour la jeunesse de sa population (part des moins de 30 ans en 2016) selon le rapport du PRS (5).

Le nombre de médecins généralistes dans l'ancienne région Languedoc Roussillon, a baissé de 5,3% de 2007 à 2016. La diminution s'est poursuivie de 3,77% de 2013 à 2018, selon les estimations du CNOM (6). La densité de médecins généralistes est donc en diminution constante.

Le projet Avicenne a été créé dans ce contexte, à la suite de la rencontre d'un interne en médecine générale qui a découvert les Cévennes et la Lozère lors d'un stage pendant son internat, et l'association Quoi de Neuf, basée à Florac et œuvrant pour le lien social. De cette rencontre est née l'idée d'inclure la question de la santé dans les accompagnements proposés par l'association, souvent secondaire chez les personnes en difficulté financière, sociale, administrative etc. Des permanences médico-sociales itinérantes ont débuté en novembre 2016, sous le nom de projet Avicenne. La découverte de la richesse de ce territoire avec ses problématiques, notamment en matière d'habitat et d'isolement géographique a eu lieu après un stage d'internat en 2017. La rencontre des médecins installées, de leur patientèle, des citoyens lozériens et de l'équipe Quoi de Neuf nous mène à ce sujet d'étude aujourd'hui.

Il existe peu de sujets de thèse concernant la médecine itinérante, ou d'autres projets expérimentaux. L'action étant récente, il était intéressant d'avoir un retour de terrain. De plus, les internes de médecine participant au projet ne pouvant faire de prescription médicale pour des raisons détaillées plus loin, l'avis du public était important concernant la présence d'un médecin, dans ces conditions. Nous avons donc choisi d'aller rencontrer des personnes ayant été en lien avec Avicenne, afin de préciser leur profil, leurs attentes, mais aussi leurs craintes et leurs déceptions. La question principale que nous avons traitée est la suivante : quel est le ressenti des personnes ayant bénéficié de l'action Avicenne par rapport à ce projet ?

Une question secondaire est également apparue : comment voyez-vous le rôle de l'interne en médecine dans ce projet ?

Dans un premier temps, nous reviendrons sur quelques définitions ainsi que sur la situation en France, en Occitanie et en Lozère en termes de population et de précarité. Nous préciserons ensuite des moyens qui ont été mis en place par le gouvernement et des associations pour améliorer la santé des personnes les plus précaires. Puis, nous aborderons la mise en place du projet Avicenne, l'expérience au cœur de l'action ainsi que les évolutions qui se sont produites. Nous vous présenterons par la suite l'étude réalisée, la méthode et les résultats. Enfin, nous vous exposerons en discussion des propositions d'évolution avant de conclure.

INTRODUCTION GENERALE

I. Inégalités sociales de santé, inégalités territoriales.

1. Définitions : la santé, la précarité, le score EPICES, l'invisibilité sociale

Les définitions essentielles ont été rappelées dans la thèse de Thibaud de la Fourrière (7), mais je me dois d'intégrer les plus importantes à ce travail.

La santé est décrite par l'OMS lors de sa création en 1945 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition élargit la notion de santé en incluant la notion de bien-être liée à l'absence de maladie, mais aussi au mode de vie de manière plus globale. René Leriche, chirurgien et physiologiste, décrivait en 1936 la santé comme la non-maladie et la vie dans le silence des organes. En 1999, l'OMS ajoute lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement, que « l'environnement est la clé d'une meilleure santé » (8).

L'accès à la santé est considéré comme un droit fondamental, et est protégé par plusieurs lois : la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, la charte sociale européenne, la convention internationale des droits de l'enfant.

La pauvreté monétaire d'un revenu d'un individu ou d'un ménage est établie lorsque son revenu est inférieur à 50% ou 60% du revenu médian en France. Le revenu médian caractérise le niveau de vie moyen dans notre société. Il ne prend en compte que le revenu monétaire.

En 1987, J. Wresinski, fondateur d'ATD Quart-Monde propose une définition plus large au Conseil économique et social, (CES), incluant l'absence de sécurité permettant aux individus de subvenir à leurs besoins élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (9). Il définit la précarité par :

« L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. »

L'environnement familial et social, l'accès à la santé, à l'alimentation, à la culture, le logement etc. sont des facteurs de précarité, ce qui ne limite plus la définition strictement au revenu monétaire. Elle est multidimensionnelle.

L'Onpes rappelle également dans son rapport de 2007-2008 que la pauvreté est conventionnelle (seuils et équivalences déterminés sur le plan national ou international), relative et multidimensionnelle (10). Elle ne diminue pas depuis 2002, et si le taux de pauvreté n'augmente pas, celle-ci s'intensifie. Une approche globale paraît donc indispensable si l'on veut comprendre et accompagner les personnes en situation de précarité.

Mesurer la précarité devient donc plus difficile puisqu'incluant une multitude de facteurs.

Elle ne se limite plus à la situation vis-à-vis de l'emploi.

En 1998, un groupe de travail regroupant des membres de CES ont développé un indice de précarité nommé score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES), qui a pour objectif de prendre en compte toutes les dimensions de la précarité : le logement, le niveau d'études, l'emploi, les revenus, les catégories socio-professionnelles, la composition familiale, la santé perçue, les événements de vie, les liens sociaux et les difficultés financières (11). L'ensemble de ces facteurs est rassemblé en un score, le score EPICES, donné en annexe 2. Deux études ont démontré l'intérêt de ce score pour identifier des personnes en difficultés sociales ou médicales, qui ne l'auraient pas été avec des critères socio-administratifs stricts (12).

Le lien entre précarité et accès aux soins prend alors tout son sens. Pour améliorer l'accès aux soins, il devient indispensable de se préoccuper de la précarité, et nécessite une prise en charge globale et multidisciplinaire des personnes.

Enfin, nous voulions rappeler la différence entre égalité et équité, souvent confondues. Selon le Larousse, une des définitions de l'égalité est une absence de toute discrimination entre les êtres humains, sur le plan de leurs droits. C'est à dire que chaque être humain a les mêmes droits, de manière uniforme.

L'équité est quant à elle désignée selon le Wiktionnaire comme le juste traitement et se rapproche de l'égalité des chances. Elle permet l'adaptation de la Loi aux circonstances et à la singularité des situations. En d'autres termes, il s'agirait d'aider plus les personnes en situation de précarité. Selon l'OMS, l'équité en santé « désigne l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population, qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (13). Le combat contre les ISS et la précarité doit donc essayer de répondre aux problématiques des plus démunis et s'adapter à leurs spécificités.

2. Inégalités sociales de santé et les déterminants de la santé

Il existe dans tous les pays des écarts (plus ou moins importants) concernant l'espérance de vie, la maladie, le handicap et l'accès aux soins liés au niveau social, pour des habitants ayant pourtant le même système de soins. Cela correspond aux inégalités sociales de santé. L'exemple le plus frappant en France, est qu'à l'âge de 35 ans un homme cadre supérieur a une espérance de vie de 7 ans de plus qu'un homme ouvrier, selon une revue de l'Inpes (14). Et la comparaison reste entre deux travailleurs. Il existe un gradient continu, avec une augmentation des incapacités et une baisse de l'espérance de vie inversement proportionnelles au niveau social. Ainsi selon l'Inserm la précarité s'accompagne d'un risque accru en termes de morbidité, et « les personnes précaires cumulent les facteurs de risque et les maladies, et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres » (15).

Les ISS sont parmi les plus fortes en France par rapport aux autres pays européens, malgré un système de soins efficace et performant. Le Drees a produit un rapport en 2017 qui détaille l'état de santé de la population en France (15).

Un ensemble de facteurs participe aux ISS et sont regroupés sous le nom de déterminants de la santé, cités par l'Inpes et définis par l'Agence de santé du Canada (16).

Ils incluent : le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes en santé et la capacité d'adaptation personnelle, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe, la culture. La Dress a mené un séminaire de réflexion autour des ISS entre juin 2015 et juin 2016, animé par le président du groupe de travail du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP), Thierry Lang. Les déterminants sont ici séparés en trois familles :

- Les déterminants socio-économiques,
- Les comportements de santé,
- Les systèmes de soins et de prévention.

La conclusion de ce travail insiste sur l'importance de travailler avec le réseau local et intersectoriel, et sur le fait que pour espérer une efficacité il faut s'adapter aux régions, aux territoires et aux habitants. La participation des habitants et des patients est primordiale. Ils insistent aussi sur le besoin de décroisement pour une mise en commun des connaissances et des services (17).

L'OMS a également créé une Commission des déterminants de la santé pour réfléchir et aider les pays et partenaires à lutter contre les ISS. Elle décrit les déterminants sociaux de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (18).

3. Accès aux soins, renoncements aux soins

L'accès aux soins.

L'accessibilité est décrite comme un résumé entre les obstacles et les facilités pour accéder aux soins. Dans un travail de recherche sur l'accès aux soins, J. Raynaud, doctorant en géographie et aménagement du territoire nous expose deux définitions selon H. Picheral, géographe français du XX^{ème} siècle. Ce dernier décrit l'accessibilité géographique, qui est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité représente donc un déterminant de santé et peut être un facteur de risque de renoncement aux soins.

H. Picheral écrit, à propos de la géographie de la santé : « elle se fixe alors quatre objectifs : la définition de territoires de la santé, la mesure de l'encadrement des populations et la recherche de l'équité pour évaluer en définitive l'ajustement du système de soins aux besoins de santé » (19).

Dans ce même travail est proposé une définition en économie de la santé, par D-C Lambert qui a rédigé le Lexique d'économie de la santé. Il est abordé dans cette définition la présence des services publics et des équipements collectifs permettant d'améliorer l'accès aux soins, ou au contraire ne le facilitant pas car insuffisants, notamment dans des zones éloignées des centres de soins et des pôles d'équipements hospitaliers. Il existe des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé, comme en Lozère, ce que nous aborderons plus loin.

Des réflexions sur la distance maximale à respecter pour l'accès à un centre hospitalier ou un cabinet de médecine générale ont été menées. F. Hollande, ancien Président de la République a fixé un objectif de 30min maximum pour accéder à un service d'urgences en 2012.

Nous pouvons observer sur cette carte (de 2012) issue d'un article du Monde, que la distance-temps n'est pas respectée dans toute la France, et que la Lozère notamment le Sud Lozère est touché par ce problème d'éloignement géographique (20).

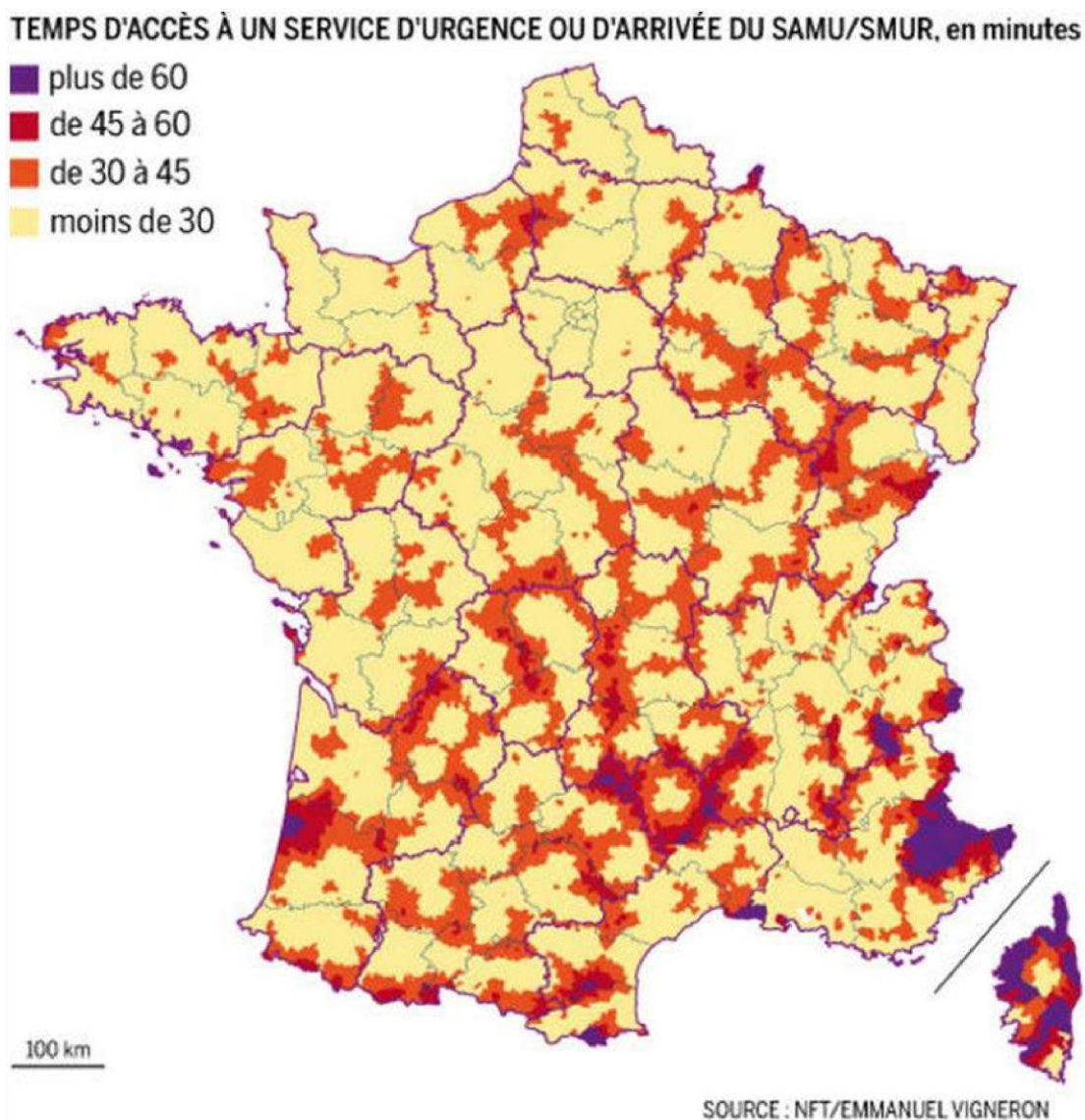


Figure 1 : Carte représentant le temps d'accès à un service d'urgence, par département.

J. Raynaud insiste sur l'enjeu de la proximité des services pour arriver à une égalité de leurs accès, en incluant la distance kilométrique et la proximité organisée de nature relationnelle. Il inclut également dans l'égalité d'accès, l'accessibilité physique, économique, sociale et culturelle. Les services concernés peuvent être hiérarchisés selon leur nécessité première, de l'infirmière libérale au service d'urgences, de l'école à la mairie. La répartition des soins de santé concerne donc la géographie et non uniquement la médecine, ce qui veut dire les politiques publiques, les transports etc.

Il étudie également l'adéquation entre l'offre des services et la demande des acteurs locaux. Il conclut que pour une offre de services optimale, il faut bien sûr prendre en compte la distance, mais aussi la diversité des comportements des acteurs, et invite à une approche multidimensionnelle. Il s'agit de trouver un équilibre entre la capacité et la volonté du consommateur. R. Penchansky et J.W. Thomas, professeurs en santé publique, définissent 5 constituants de l'accès aux soins : la disponibilité, l'accessibilité, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité.

Le Drees et l'Irdes se sont intéressés à l'accessibilité spatiale en lien avec les nouveaux enjeux de santé publique : le nombre décroissant de médecin généraliste, l'augmentation importante de personnes âgées polypathologiques et à mobilité réduite, et des disparités spatiales de l'offre de soins. Pour cela, ils se sont intéressés à la mesure de l'accessibilité spatiale au médecin généraliste et ont créé un indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL). Cet indicateur prend en compte l'offre, la demande et l'accès aux soins (21). C'est-à-dire qu'il tient en compte de :

- La distance réelle entre la commune d'exercice des médecins et la commune de résidence des patients.
- L'activité réelle des médecins en se basant sur un équivalent temps plein.
- La demande de soins, selon l'âge, à partir des bases de l'assurance maladie.

Il est très variable d'une commune à l'autre, au sein d'un même département. L'APL donne des résultats légèrement différents que les indicateurs classiques comme la mesure de la densité médicale, ou le temps d'accès au médecin le plus proche.

Dans l'ouvrage « La santé des populations vulnérables », un chapitre concerne les inégalités territoriales de santé et explique de manière très claire les problématiques de l'accès aux soins (22). Plusieurs études y sont citées, notamment une concernant la connaissance du réseau médico-social par les médecins. 87,5% de médecins déclarent connaître moyennement ou insuffisamment les structures médico-sociales. Il est précisé également que l'étendue géographique et la dispersion des populations rendent chronophages beaucoup d'actions menées. Le nombre de personnes touchées par une action de santé sera 20 fois plus faible en zone rurale qu'en zone urbaine. Il n'y a donc pas de rentabilité franche. Cependant, si l'on veut améliorer l'accès aux soins dans ces territoires, l'objectif à atteindre est l'équité : plus de moyens pour des personnes qui en ont le plus besoin. La rentabilité ne doit évidemment pas être un argument de santé publique. Malheureusement, les questions du financement et des résultats sont toujours au centre de la réalisation d'un projet.

Le renoncement aux soins.

Plusieurs études ont été réalisées pour apporter un diagnostic concernant le renoncement aux soins. D'abord dans le Gard en 2014, puis dans les 4 autres départements du Languedoc-Roussillon en 2015, puis en 2016 incluant 18 caisses d'assurance maladie, et enfin une plus récente incluant 30 caisses, dont le CCSS de Lozère, en juillet 2018. Le but était de préciser les raisons du renoncement, du point de vue des personnes concernées. C'est l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore) créé en 2013 qui a réalisé ces études. Plus largement, il mesure également le taux de non-recours à tout droit, service ou aide sociale. La difficulté est d'avoir des chiffres représentatifs malgré l'invisibilité sociale des personnes concernées. Nous détaillerons plus loin la notion d'invisibilité.

Les résultats portant sur la Lozère uniquement sont décrits en mars 2016 (23). Le taux de renoncement est de 34,2% pour les assurés du régime général de Lozère. Les profils sont détaillés dans le tableau suivant :

Comparaison des profils des renonçants et des non-renonçants

	Renonçants		Non-renonçants		Répondants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sexe						
Féminin	100	69,44	153	52,91	254	60,62
masculin	44	30,56	121	47,09	165	39,38
Age						
Moins de 18 ans	0	0	0	0	0	0
De 18 à 24 ans	12	8,28	31	11,27	43	10,21
De 25 à 39 ans	48	33,10	79	28,73	128	30,40
De 40 à 59 ans	73	50,34	124	45	197	46,79
Plus de 60 ans	12	8,28	41	14,91	53	12,59
Situation familiale						
Seul(e)	58	40,28	104	37,55	162	38,39
Seul(e) avec enfant(s)	28	19,44	24	8,66	52	12,32
En couple sans enfant(s) à charge	23	15,97	46	16,61	70	16,59
En couple avec enfant(s) à charge	35	24,31	102	36,82	137	32,44
Autre	0	0	1	0,36	1	0,24
Catégorie socioprofessionnelle						
Agriculteurs exploitant	1	0,69	3	1,08	4	0,94
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	3	2,07	3	1,08	6	1,41
Profession intermédiaires	5	3,45	6	2,15	12	2,82
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	4	2,76	10	3,58	14	3,29
Ouvriers	4	2,76	30	10,75	34	8
Employés	53	36,55	95	34,05	148	34,82
Sans activité professionnelle	67	46,21	103	36,92	170	40
retraités	8	5,52	29	10,39	37	8,71

Figure 2 : Tableau comparatif des profils des personnes renonçant aux soins et non renonçant, en fonction du sexe, de l'âge, de la situation familiale et de la catégorie socioprofessionnelle.

Il s'agit le plus souvent de femmes, sans activité professionnelle, et de foyers monoparentaux. Beaucoup de personnes sont en situation d'isolement familial et/ou professionnel, des personnes seules, ou même en couple sans liens extérieurs. L'isolement est lié à une absence d'activité professionnelle, à la maladie, ou est géographique. Les retraités sont peu représentés chez les renonçants. Malgré le fait que les Lozériens paraissent avoir un suivi médical correct, les personnes interrogées sont souvent en mauvaise santé, ce qui compromet leur activité professionnelle. Les auteurs se posent la question du taux de personnes en incapacité de travail, est-il plus élevé que dans les autres départements ?

Le taux de non-consommation de soins est cependant au-dessus du taux régional et national. Le renoncement est souvent temporaire, pour devenir parfois de longue durée, voire permanent, jusqu'à l'abandon des soins. 41,38% considèrent que l'accès aux soins est difficile dans leur situation.

Une autre caractéristique des renonçants est un parcours de vie marqué par une rupture biographique professionnelle ou personnelle, entraînant souvent un isolement social.

Les raisons du renoncement sont les suivantes :

- Le frein financier concernant les avances de frais ou le reste à charge chez des personnes précaires ou avec un emploi à bas salaire. Les auteurs ajoutent aussi une représentation de frais parfois élevés, qui ne reflète pas toujours la réalité des coûts. (Il existe par exemple des soins dentaires pris en charge, mais beaucoup de patients l'ignorent).
- Des délais de rendez-vous trop longs, conséquence de la situation de désert médical, le manque de praticiens surtout de spécialistes, dans le département. L'éloignement géographique est une raison pour 20,69% des renonçants, dû à un manque de proximité des médecins notamment généralistes.
- Une autre cause non majoritaire, est identifiée, qualifiée d'idéologique, de méfiance envers la médecine, les professionnels de santé, les institutions.
- Enfin, pour une minorité, les raisons individuelles sont invoquées comme l'indisponibilité, la lassitude, la peur du médecin...

Les auteurs concluent cette étude par la confirmation du frein économique et la mise en évidence d'une particularité de la Lozère liée à sa démographie et son territoire, qui comprend des zones rurales et peu peuplées. L'état de santé des interrogés apparaît comme plus fragile dans ce département, et est une des causes du renoncement. Ils notent également l'absence de guidance administrative ou médicale qui pourrait aider les personnes à accéder à une complémentaire, établir un devis avec le taux de prise en charge etc, sans attendre qu'elles ne soient découragées.

De manière plus générale, selon l'IRDES 15% de la population métropolitaine aurait renoncé aux soins pour des raisons financières en 2008 au cours des 12 derniers mois (24).

Si l'on s'intéresse à la satisfaction des français sur l'accès aux soins, une étude du Drees publiée en 2017 donne quelques chiffres : 29% des français estiment qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de leur domicile, 47% à propos des médecins spécialistes (25). Ces chiffres correspondent plutôt à l'accessibilité réelle mesurée par l'APL, décrit un peu plus haut.

Cette première partie nous montre la complexité de la mise en place d'une action ayant pour objectif de diminuer les inégalités sociales de santé, en favorisant l'équité, et d'améliorer l'accès aux soins des Lozériens.

4. L'invisibilité sociale

Selon le rapport de l'ONPES, la visibilité sociale est d'abord employée par John E. Anderson, chercheur américain en psychologie et étude comportementale, en 1949, lors d'une réflexion sur le développement de l'individu et les dynamiques de groupe. Edward Clifford, psychologue clinicien va plus loin en 1963, en utilisant l'antonyme d'invisibilité sociale, et en associant la visibilité d'un individu à sa position occupée au sein d'un groupe, elle-même liée aux compétences de l'individu (26).

Il identifie alors 3 formes de visibilité :

- la visibilité positive : « l'individu est perçu par les autres comme contribuant directement au fonctionnement du groupe »
- l'invisibilité sociale : « l'individu occupe une place au sein du groupe, mais il est perçu par les autres comme n'apportant aucune contribution positive au fonctionnement du groupe »
- la visibilité négative : « l'individu gêne le fonctionnement du groupe et son comportement est perçu comme tel par les autres membres ».

Les auteurs du rapport parlent également de la nécessité pour l'individu d'être capable de mettre ses compétences au service du groupe, sans quoi cela entraîne une absence de reconnaissance par les autres membres du groupe et donc une invisibilité.

Ces définitions prennent bien en compte l'action du collectif sur l'individu, qui n'est donc pas le fautif dans le fait d'être invisible.

Les ISS liées aux comportements de santé ne sont en aucun cas purement « individuels », mais dépendent du groupe social d'appartenance et du contexte socio-économique et sociétal. On peut donc parler également d'invisibilité sociétale.

Jean Furtos, psychiatre au Vinatier (CHU Lyon), s'est intéressé à la question de l'invisibilité et a créé en 1996 un Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion avec Christian Laval, sociologue. L'observatoire régional devient en 2002 l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP).

Pour Jean Furtos, « l'un des mécanismes de défense est d'entrer dans une logique de survie par désespoir, par refus de souffrir la souffrance psychique d'origine sociale, avec une forme de « congélation du moi » » (27). Cette citation est issue d'un ouvrage co-écrit par plusieurs auteurs, intitulé « La santé des populations vulnérables ». Jean Furtos a rédigé un paragraphe concernant l'approche des personnes qualifiées de précaires. Il a également écrit un ouvrage intitulé « De la précarité à l'auto-exclusion » où il explique le processus insidieux des personnes fragiles vers l'exclusion sociale voire l'invisibilité (28).

Il décrit une manière de 'vivre en s'empêchant de vivre', ce qui entraîne :

- L'anesthésie du corps,
- L'émoussement des affects,
- L'inhibition d'une partie de l'intelligence,
- La rupture active des liens,
- La non-demande.

Ce glissement progressif explique que la santé se place bien après d'autres priorités comme le logement, l'alimentation etc... Et que la prévention n'a pas sa place de manière évidente.

Pour François Pommier, psychiatre et psychanalyste, il faut défendre le droit au *désir* pour tous. « Le désir se rabat sur le *besoin* ». Il estime que la lutte contre l'exclusion ne doit pas se limiter à « la satisfaction des besoins vitaux des individus [...] elle n'est généralement pas suffisante pour rendre aux sujets la dynamique désirante qui leur permettra de se sentir de nouveau partie prenante de la collectivité » (29).

Dans le même ouvrage, Le docteur Jacques Hassin, médecin réanimateur et urgentiste écrit : « en allant à la rencontre [...] ces dispositifs (mobiles) ont mis en évidence le besoin de réponses multidisciplinaires médicales et sociales à la précarité et la misère ».

II. États des lieux

1. En France

Le tableau suivant nous présente l'évolution du taux de pauvreté en France métropolitaine. Il est présenté selon les deux seuils utilisés en France comme expliqué dans le premier chapitre. Il est de 14,0% en 2016 (30).

Figure 3 - Indicateurs de pauvreté

	2012	2013	2014	2015	2016
Seuil à 60 % de la médiane					
Nombre de personnes pauvres (en milliers)	8 760	8 563	8 732	8 875	8 783
Taux de pauvreté (en %)	14,2	13,8	14,0	14,2	14,0
Seuil de pauvreté (en euros 2016/mois)	1 012	1 010	1 012	1 017	1 026
Niveau de vie médian des personnes pauvres (en euros 2016/mois)	796	808	808	817	824
Intensité de la pauvreté (en %)	21,3	20,0	20,2	19,7	19,7
Seuil à 50 % de la médiane					
Nombre de personnes pauvres (en milliers)	5 231	4 917	4 964	5 020	4 997
Taux de pauvreté (en %)	8,5	7,9	8,0	8,0	8,0
Seuil de pauvreté (en euros 2016/mois)	843	842	844	847	855
Niveau de vie médian des personnes pauvres (en euros 2016/mois)	685	697	691	707	707
Intensité de la pauvreté (en %)	18,7	17,2	18,1	16,5	17,3

Lecture : en 2016, au seuil de 60 % de la médiane, 14,0 % de la population vit avec un niveau de vie au-dessous du seuil de pauvreté (taux de pauvreté). La moitié des personnes pauvres a un niveau de vie inférieur à 824 euros par mois, soit 19,7 % de moins que le seuil de pauvreté (intensité de la pauvreté).

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de 2012 à 2016.

Figure 3 : Indicateurs de pauvreté.

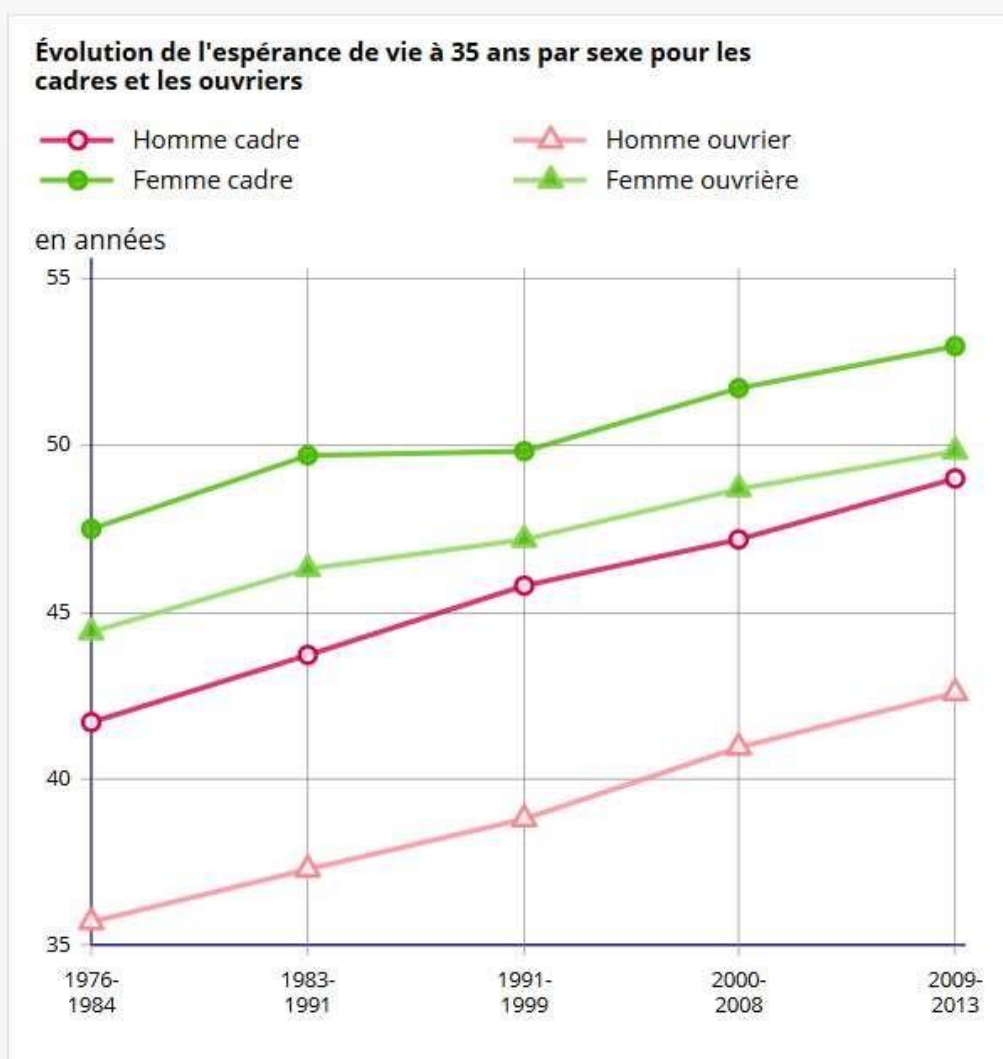
La pauvreté touche beaucoup les chômeurs (38,3%) et les familles monoparentales (34,8% de personnes pauvres dans ce cas contre 8,6% dans les ménages avec un couple, soit 4 fois plus).

Les inégalités de niveau de vie sont en légère baisse.

Concernant les inégalités sociales face à la mort, l'Insee publie en 2016 une étude sur l'espérance de vie selon le niveau de diplôme. Comme expliqué plus haut, les hommes diplômés du supérieur ont 7,5 ans de plus d'espérance de vie à l'âge de 35 ans que ceux non diplômés. L'écart est de 4 ans chez les femmes (31).

Les inégalités face à la mort se maintiennent. Les femmes ouvrières vivent à peine plus que les hommes cadres, à l'âge de 35 ans.

Figure 5 - Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



Lecture : en 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres est de 53,0 ans.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Figure 4 : Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe selon les classes sociales.

L'espérance de vie ne fait qu'augmenter, mais les inégalités entre les classes se maintiennent.

2. En Lozère

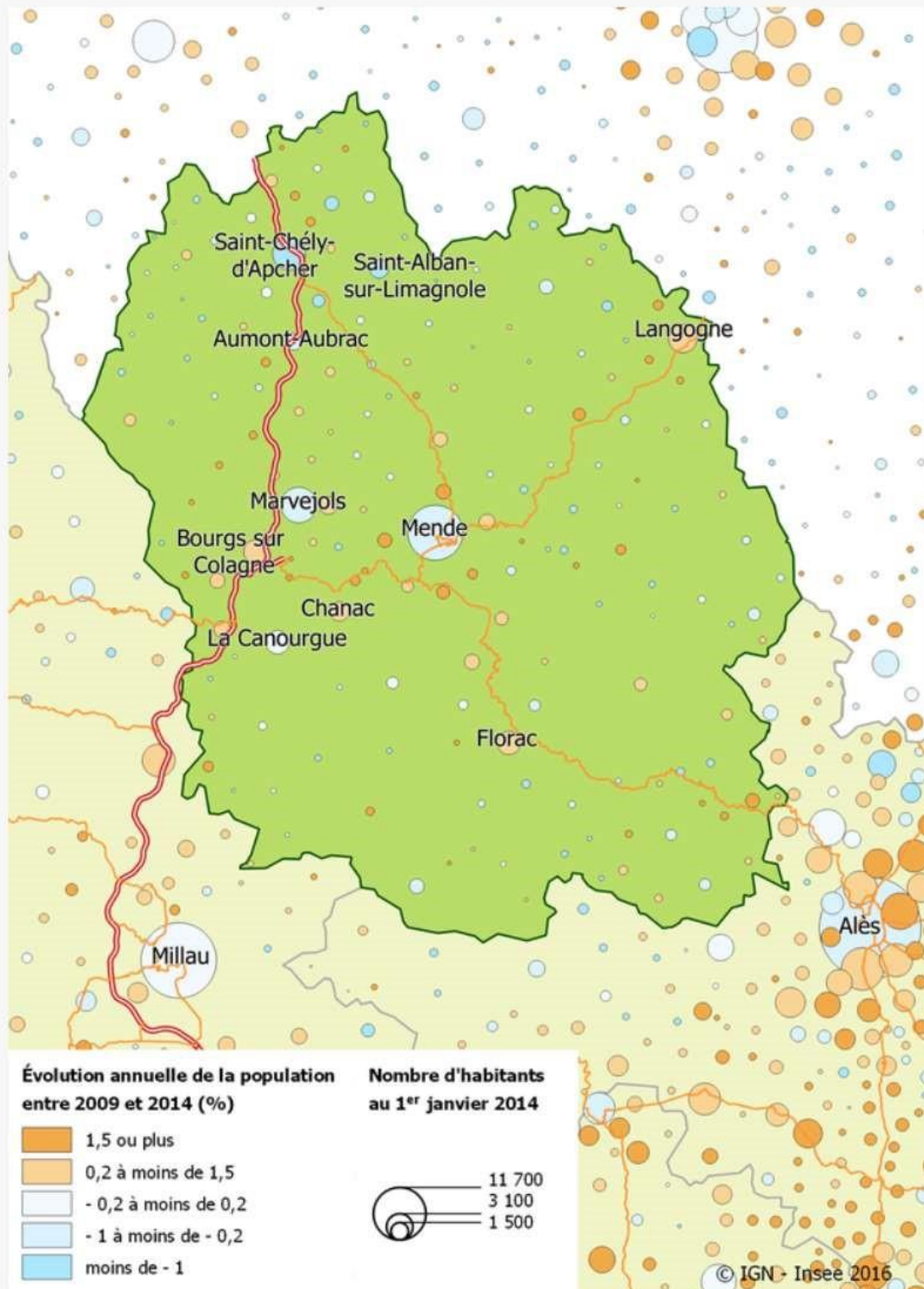
La Lozère est un département d'Occitanie avec Mende comme ville principale, et une grande surface de territoire rural.

Selon l'Insee, le Languedoc-Roussillon se caractérise par une pauvreté élevée touchant toutes les classes d'âge, les ménages monoparentaux comme les couples et les personnes seules (32). La Lozère fait partie des départements les plus pauvres en 2004, avec une pauvreté concentrée dans les zones rurales.

C'est le département le moins peuplé et le moins dense, toujours selon l'Insee (33). L'âge moyen en 2012 est de 43,8 ans, ce qui le place parmi les départements les plus âgés de France. Le taux de chômage y est faible par rapport à la région Languedoc-Roussillon et à la France métropolitaine. La Lozère bénéficie d'un grand nombre de services et d'équipements au regard de son nombre d'habitants, mais les périmètres couverts étant larges, le temps d'accès est important pour presque un quart de la population (23%) contre seulement 1,9% pour le territoire d'Occitanie.

Nous verrons avec la carte suivante, l'évolution de la démographie entre 2009 et 2014, avec les pôles concentrant la population.

Figure 3 - Population municipale au 1er janvier 2014 et évolution annuelle entre 2009 et 2014



Source : Insee, recensements de la population, exploitation principale

Figure 5 : Démographie au 1er janvier 2014 en Lozère.

Concernant la démographie médicale en 2013 selon l'Irdes, la Lozère présente une densité moyenne basse d'omnipraticiens libéraux par rapport au nombre d'habitants, et une densité basse de spécialistes libéraux (1). En comparaison, l'Hérault a une densité forte dans les deux cas. Le bilan organisationnel des soins primaires de l'ARS publié en Avril 2017, confirme la densité en omnipraticiens libéraux en Lozère comme la plus faible de la région Occitanie, et inférieure à la valeur nationale, comme nous pouvons le voir sur ce graphique (34).

► Évolution annuelle de la densité des omnipraticiens libéraux actifs (de 1975 à 2013)

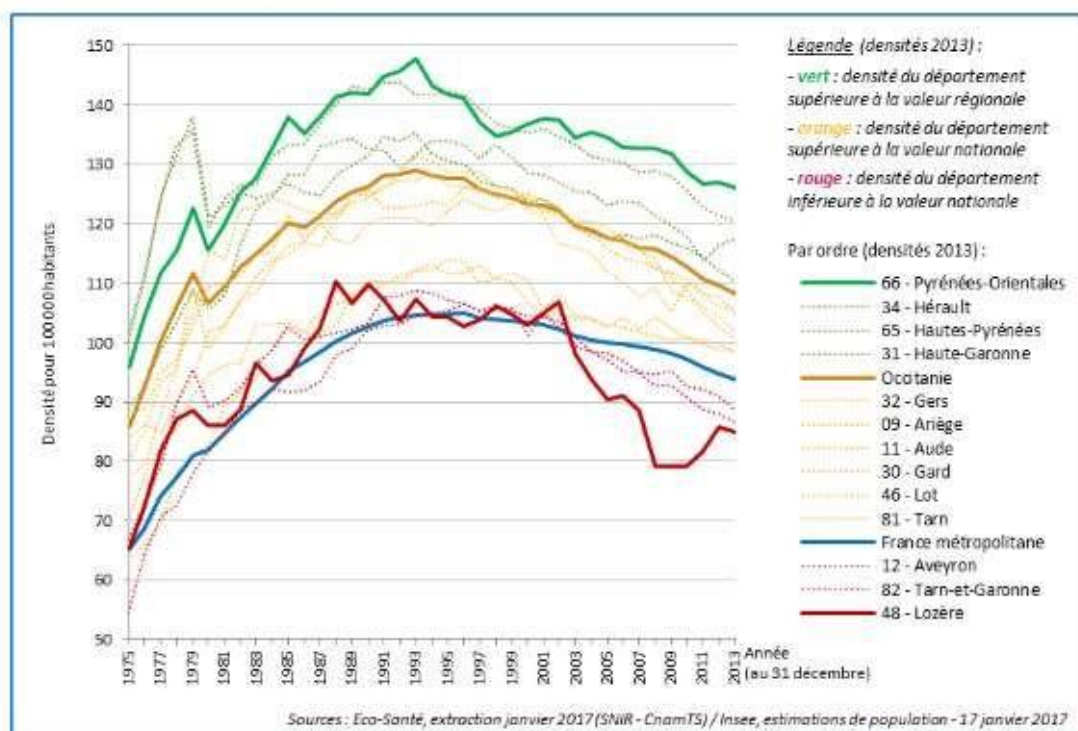


Figure 6 : Évolution de la densité des médecins libéraux actifs par département, en Occitanie, de 1975 à 2013.

3. Moyens mis en œuvre pour lutter contre les inégalités en santé

Plusieurs mesures au cours du XX^{ème} siècle ont été adoptées par l'État ayant pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins, de diminuer les ISS.

En 1986 à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa est adoptée. L'objectif fixé est la santé pour tous à partir des années 2000, et vise un bien-être global, avec une mainmise des individus et des moyens plus importants pour améliorer leur santé. Il est également introduit le droit à la justice sociale et à l'équité (35).

En 1993, Xavier Emmanuelli fondateur du Samu Social, propose des lits d'hébergement pour soins infirmiers, pour des personnes en grande précarité, sans indication à l'hospitalisation, pour leur permettre du repos et des soins adaptés à leur pathologie (36). Cela deviendra plus tard les LHSS (Lits halte soins santé), proposant une prise en charge médico-sociale chez des personnes le plus souvent sans domicile fixe, et avec des pathologies simples mais non compatibles avec la vie dans la rue.

En 1998, la loi d'orientation à la lutte contre l'exclusion est adoptée. Elle veut « garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance » (37). La loi met également l'accent sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus démunies, qui devient un objectif prioritaire. Ainsi sont créés les PASS pour accompagner les personnes vulnérables dans leurs parcours de soins, leurs démarches administratives pour l'ouverture de leurs droits etc. 4 programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ont été menés successivement depuis.

Le plan Juppé propose en 1999 la loi 99-641 du 27 Juillet qui permet la création de la CMU. Elle est appliquée à partir de 2000 (38). L'objectif est de diminuer le renoncement aux soins dû à des raisons économiques, grâce à la prise en charge du ticket modérateur par la CMU-C. Les personnes bénéficiaires n'ont plus d'avance de frais. Cependant il apparaît un effet seuil pénalisant les personnes juste au-dessus du seuil établi pour accéder à la CMU-C, d'où la création de l'ACS. Selon l'IRDES, 93% de la population française a bénéficié d'une couverture sociale en 2008. Également est créée l'Aide Médicale d'État (AME) pour les personnes en situation irrégulière étant sur le territoire français depuis plus de 3 mois. Les bénéficiaires sont dispensés de l'avance des frais et peuvent choisir librement leurs praticiens ou établissement de santé.

Récemment, l'AME est remise en question par le gouvernement dans le débat sur l'immigration. Le gouvernement se base sur le coût que cela représente, en fait à hauteur de 0,5% des dépenses de l'assurance maladie, et sur le fait que la santé est une raison majeure de migration. Or plusieurs études ont été réalisées sur le sujet. La santé est un motif marginal et arrive après d'autres motifs majoritaires comme la recherche d'une vie meilleure (emploi, niveau de vie etc.), le regroupement familial ou la fuite d'un pays en situation de conflits ou d'insécurité. Un article du Monde écrit collectivement présente les études réalisées et donne son avis défavorable à toute remise en question de l'AME (39).

En 2004, la loi de Santé publique affirme pour la première fois la responsabilité de l'État dans la santé publique donc les inégalités de santé. Depuis, des plans nationaux sont établis pour proposer des réponses selon les problématiques identifiées (40).

La loi de 2005-1579 du 19 décembre qui décrit le financement de la sécurité sociale et le décret 556 du 17 mai 2006, renforce le dispositif des LHSS, qui se développent sur tout le territoire (41).

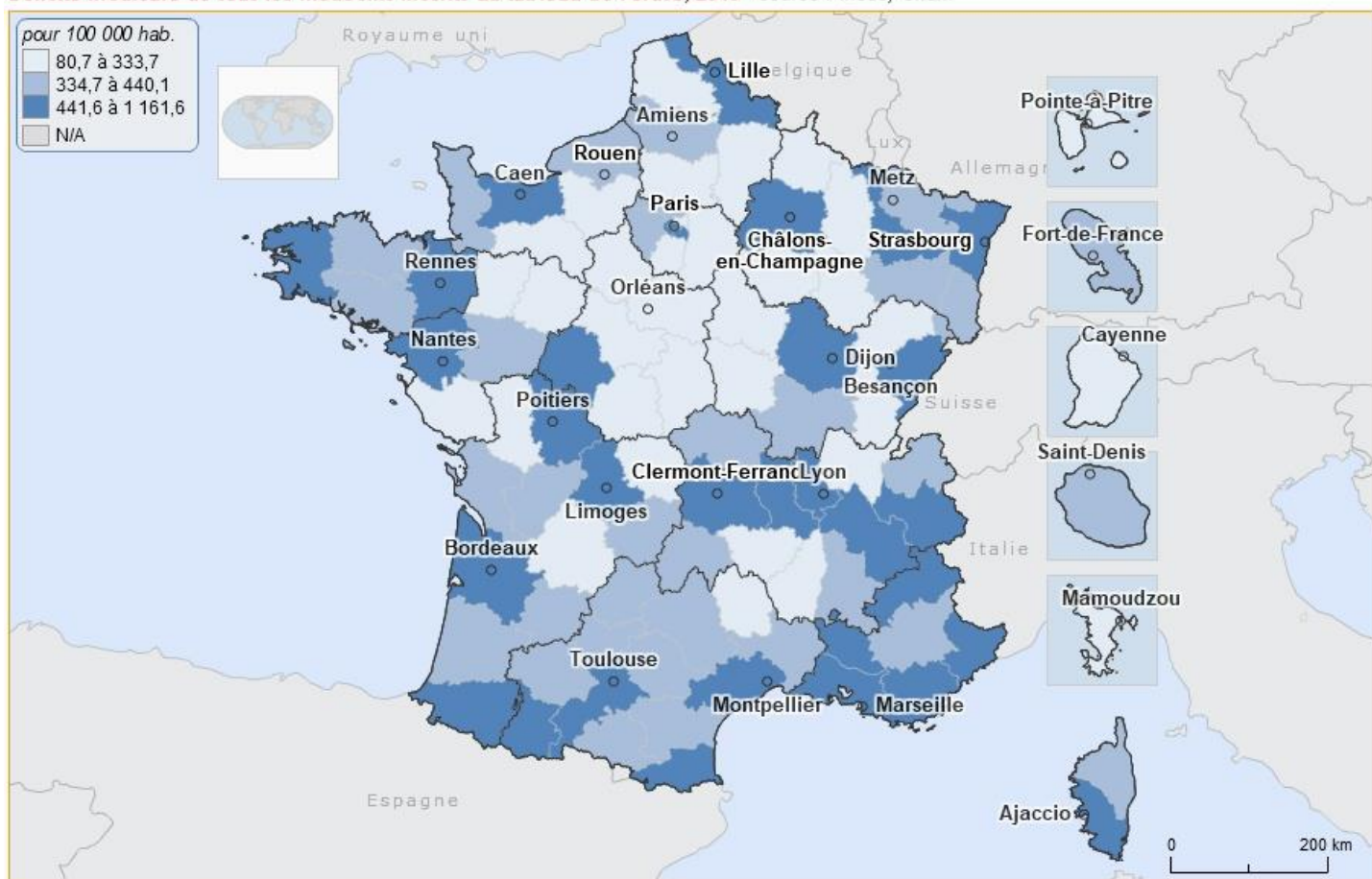
En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire propose un découplage entre les secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire afin d'améliorer la prise en charge globale des patients et la continuité des soins. Elle confirme la place de l'HAD et des soins à domicile comme alternative à l'hospitalisation, ainsi que les liens entre hôpital et ambulatoire. L'objectif est de réduire les durées d'hospitalisation et de renforcer le maintien à domicile. Également, elle met en avant le rôle de la prévention et de l'éducation thérapeutique pour réduire les facteurs de risque pour la santé, et reconnaît pour la première fois l'ETP comme un soin à part entière grâce à son efficacité (42).

En prolongement des LHSS sont créés les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), qui proposent pour les personnes majeures sans domicile fixe un accompagnement médico-social en cas de pathologies lourdes, quand leur prise en charge dans le droit commun n'est pas possible.

C'est aussi à la suite de cette loi que sont créées les ARS, pour appliquer les objectifs de la politique nationale, notamment en termes de dépenses d'assurance maladie. Elles ont comme rôle d'établir la politique de la santé publique dans les domaines de la santé au travail, la PMI et la santé scolaire et universitaire. Elles doivent également organiser l'offre de soin régionale pour une efficacité optimale au niveau régional. Pour cela, elles établissent des projets régionaux de Santé. Les PRAPS sont réaffirmés, et sont inclus dans les PRS. La loi permet la création de Contrats d'engagement de service public (CESP) qui proposent une compensation financière aux étudiants en médecine, contre un temps d'exercice dans une Zone déficitaire en offre de soins. La Lozère est concernée dans son ensemble puisque tout le département est considéré comme une zone de vigilance, avec des zones prioritaires.

Ci-dessous une carte représentant la densité médicale en 2019 selon le CDOM (43).

Densité médicale de tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre, 2019 - source : Insee, Cnom



Une autre proposition a émergé, celle de créer des centres de santé, avec des médecins salariés, notamment dans les zones de désertification médicale. Le salaire est ainsi fixe et garanti, avec des horaires plus stables et des congés réguliers. Le regroupement en MSP est aussi soutenu par le CDOM afin de promouvoir un travail de groupe. Cependant, le regroupement des professionnels mettrait en difficulté les territoires non concernés et donc lésés par le regroupement.

Le Pacte Territoire Santé établi en 2012 par le Ministère de la Santé a pour mission d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

La loi de santé de 2016 a renouvelé et réformé les PRS.

Une des priorités est l'accès aux soins primaires de proximité, avec une coordination des professionnels, la création d'équipes spécialisées, le renforcement de la prévention, et des droits des patients (44).

Plus récemment, un plan pauvreté a été proposé par Emmanuel Macron en septembre 2018. Il y est proposé un élargissement de la CMU-C à la place de l'ACS car celle-ci n'était pas demandée par 50% des personnes ayant droit à cause de la complexité administrative. Le renouvellement de la CMU sera automatiquement fait pour les bénéficiaires du RSA (il ne faudra plus renouveler la demande chaque année si le statut est toujours le même).

Le dernier PRAPS publié dans la région Occitanie a été réalisé entre février et mai 2018, avec pour échéance l'année 2022. Dans le rapport du PRAPS 2016 il est expliqué qu'un habitant sur 6 vit sous le seuil de pauvreté en Occitanie, avec un taux de pauvreté de 16,7% bien au-dessus du taux de pauvreté national. Le taux de pauvreté ne baisse plus depuis les années 2000 selon l'Insee. Il est estimé à 14,7% de la population générale en 2018 (45). Le rapport de 2018 place l'Occitanie au 4ème rang des régions présentant le plus haut taux de pauvreté, à la 3ème place concernant les moins de 30ans et à la 2ème place pour les plus de 75ans (46).

Il est observé un gradient social persistant. Le recours aux dépistages du cancer diminue avec le taux de défavorisation, comme le recours aux soins dentaires. Inversement, la consommation de psychotropes augmente avec le taux de défavorisation.

Les enjeux du PRAPS sont les suivants :

- Renforcer et développer les dispositifs comme les LHSS, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les ACT un chez soi d'abord, et les LAM et donc accentuer la prise en charge de la maladie mentale chez les personnes en situation de précarité
- Développer l'Aller-vers, la médiation en santé et l'interprétariat pour une meilleure adaptation aux publics rencontrés et au terrain d'action
- Coordonner tous les acteurs médico-sociaux pour accompagner toutes les personnes vers le droit commun, décloisonner les professions pour améliorer la coordination
- Renforcer l'accès à la prévention, au dépistage, à la réduction des risques des personnes en situation de précarité

L'État a proposé plusieurs solutions successives pour limiter les ISS, et améliorer l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

Nous verrons dans le prochain chapitre que les associations ont un rôle important pour poursuivre ce combat et aller encore plus loin.

4. Le rôle des associations

Le docteur Frédéric Jacquet, ancien membre du Conseil d'Administration de Médecins du Monde, nous a fait un cours concernant le rôle des associations face à l'État, dans le cadre du DU Santé Solidarité Précarité en 2018 (47). Historiquement, la France a été contre toute forme de corporatisme, ce qui a freiné la formation d'associations ou ONG à peser contre les politiques publiques. C'est lors de la Révolution française qu'est interdit tout regroupement pour défendre des intérêts particuliers avec uniquement l'intérêt général défendu par la nation. Si d'autres pays méditerranéens sont dans ce cas, des pays comme les États-Unis ou le Royaume Unis ont quant à eux des associations qui se développent sur le mode libéral et privé. Un dernier fonctionnement est décrit, celui de l'Allemagne et la Suisse entre autres, avec des ONG bénéficiant de fonds publics, mais gardant une grande autonomie. Alexis de Tocqueville est le fondateur du mouvement associatif, au XIX^{ème} siècle. Il considère que les regroupements associatifs sont importants pour contrer les abus de pouvoir.

C'est en 1901 qu'est publiée la loi du 1er Juillet, relative au contrat d'association (48). Il est reconnu un droit de création de n'importe quelle association sauf religieuse. Elles auront un but non lucratif, et seront souvent actives comme contre-pouvoir. Sur le plan international, c'est l'ONU qui crée le statut d'ONG pour élargir mondialement le statut de regroupement non lié aux gouvernements.

La période après-guerre voit une envolée du nombre d'associations. Souvent, il s'agit de regroupement de personnes, de militants, qui se trouvent laissés pour compte par l'État, et qui ont comme objectif de faire avancer les politiques publiques sur des sujets précis. L'action collective est importante. Elles permettent alors la construction de l'État social, et apportent des innovations, des essais, des réflexions qui prennent place dans le débat public.

Le Dr Jacquet décrit trois types d'associations :

- Les associations gestionnaires, qui prennent en charge une population spécifique.
- Les associations représentatives, avec des membres ayant un lien avec la problématique (directement concernés ou de plus loin).
- Les associations expérimentales avec des questionnements non posés par les pouvoirs publics, et qui les poussent à se positionner, voire financer des nouvelles pratiques.

Le rôle et le poids des associations se sont renforcés au fil du temps. La difficulté aujourd'hui est qu'elles sont soumises à la loi du marché et de la rentabilité, avec des appels à projet pour accéder à des financements, et des coupures budgétaires qui dépendent de décisions politiques. La question de la légitimité devrait être constante dans toute création d'association et au cours de son évolution.

Comme exemple, nous allons parler de la mise en place du protocole Asalée. Cette action a été créée en 2003 à la suite de la collaboration entre un médecin généraliste Jean Gautier, l'URML de Poitou-Charentes et l'équipe de recherche de Yann Bourgueil (Directeur de recherche pour l'IRDES). Ce projet veut proposer un transfert de compétence vers des IDE libéraux, et mise sur des séances d'ETP en particulier pour les patients atteints de maladie chronique, et sur des temps de prévention. En effet, même si l'ETP paraît efficace, peu de médecins l'appliquent souvent par manque de temps. Un travail de recherche qualitatif a été réalisé par une doctorante de la faculté de médecine de Montpellier, visant à évaluer le bénéfice du dispositif pour les patients atteints de maladie chronique (49).

Ce dispositif prend peu à peu de l'ampleur, et sort du cadre expérimental depuis que l'ARS a validé le dispositif.

L'objectif de cette étude qualitative était de relater le vécu des patients vis à vis de ce dispositif et d'identifier ses forces et faiblesses. La conclusion est positive, avec globalement une satisfaction des patients, notamment concernant le temps de consultation, avec une prise en charge psycho-socio-affective améliorant l'adhésion aux soins. La notion de flexibilité apparaît comme un plus, permettant l'adaptation permanente au patient et donc de proposer une prise en charge personnalisée. L'état de santé et la qualité de vie sont ressentis comme meilleurs. Les points négatifs relevés sont la méconnaissance du réseau, la contrainte du suivi ou l'essoufflement. Cependant la pérennisation doit être assurée vu les résultats présentés.

Un autre dispositif a été créé en réponse à un manque d'acteurs de santé dans une zone déficitaire : le Gard. Ce dispositif vise à réaliser des séances de dépistages de 3 maladies chroniques : le diabète de type 2, l'athérosclérose et la BPCO. Ces séances sont délocalisées à trois endroits, et se déroulent dans la MSP sur place ou le cabinet de médecine générale. Plusieurs thèses d'exercice ont été menées pour évaluer ce projet récent, du point de vue des médecins participants, ou des patients (50–52). Je parlerais des résultats dans la discussion.

Un projet de création d'un bus santé dans le département des Côtes d'Armor, zone déficitaire en médecins, a été validé en juin 2017. Le plan de financement a aussi été présenté et la CPAM a donné un avis favorable. Cependant, après une avance de financement, la demande d'autorisation d'exercer la médecine dans ce véhicule itinérant, a été rejetée par le Conseil de l'Ordre des médecins de Côtes-d'Armor en Octobre 2017. La maire et Directeur du centre de Santé de La Chèze a saisi le Conseil National de l'Ordre qui a rendu sa décision en Septembre 2019, rejetant l'autorisation. Le projet a donc été abandonné (53).

Un projet similaire est envisagé à Limoux, dans l'Aude en 2017, sans nouveauté depuis. A Dreux dans la région Centre-Val de Loire, la municipalité a financé l'acquisition d'un Bus Santé qui a pour objectif de réaliser des campagnes de vaccinations, le dépistage du diabète et ses complications entre autres. Ce projet est réalisé grâce à un partenariat entre collectivité locale et professionnels de santé et a été inauguré en Mai 2019 (54).

D'autres projets plus anciens ont été créés par des associations. Nous pouvons citer le bus des femmes en 1990, créé par et pour les femmes se prostituant, représentant les prémices de la santé communautaire. Le bus méthadone est créé en 1998, unité de soins mobiles pour la réduction des risques des usagers de drogues. Les PMI ont parfois des bus pour aller dans les bidonvilles et permettre des campagnes de vaccination. Médecins du Monde fait des maraudes auprès des personnes en situation de prostitution, également pour faire de la prévention.

LE PROJET AVICENNE

I. La médecine itinérante

L'article R. 4127-74 du Code de la Santé Publique indique que la prescription médicale dans les structures itinérantes, considérée comme de la médecine foraine, est interdite (55). Une modification du Code de la Santé Publique en 2012 permet des exceptions, en cas de nécessité en termes d'offre de soins. Ces dérogations sont attribuées par le Conseil de l'Ordre après étude de la demande. L'argument principal est le maintien d'une médecine de qualité, avec un suivi régulier, un médecin joignable et la prise en charge d'urgences en cas de nécessité.

Un travail de thèse a été réalisé par E. Langlassé en 2016, avec comme question de recherche : quelles sont les représentations d'une médecine itinérante par des personnes susceptibles de pouvoir y recourir ? (56) L'auteur a choisi de faire une étude qualitative en Loire-Atlantique, auprès de personnes tout-venant, dans des communes avec un faible taux de densité médicale par rapport au reste du département. En conclusion, ce qui est attendu par la population étudiée serait un médecin dans un véhicule de la taille d'une camionnette, exerçant sur le territoire du canton, soit un rayon de 10km, avec un passage par semaine minimum, sur un stationnement visible à proximité d'une salle utilisée comme salle d'attente. Les visites à domicile sont attendues, les médecins participants garderaient leur secteur ambulatoire en parallèle, et le véhicule ferait partie d'une maison médicale. Cependant, la population étudiée ne présentait pas réellement de carence en termes d'offre de soins, et cette solution pourrait être intéressante pour des régions plus touchées par la faible densité médicale.

Je n'ai pas trouvé de travail de recherche qui étudie la médecine itinérante, à part celui-ci, et celui de Thibaud de la Fourrière que je vais vous présenter dans le prochain chapitre.

II. La création du projet Avicenne

1. Phase de réflexion

C'est à la suite d'un stage lors de son internat qu'émerge l'idée du projet. Thibaud de la Fourrière, interne en médecine générale, a réalisé sa thèse sur l'étude diagnostic, la faisabilité et la réalisation du projet. Il a pour cela choisi de faire une étude qualitative en direction des médecins installés et des professionnels para médicaux. Deux questions de recherche émergent :

« L'organisation territoriale des soins en Sud-Lozère peut-elle s'adapter à sa population, par la mise en place d'une action globale de santé itinérante ? » et

« La mise en place d'unités itinérantes pourrait-elle contribuer et favoriser et faciliter l'accès aux soins dans les zones de désertification médicale ? ».

Un nom est créé : Avicenne, acronyme d'Accueil véhiculé en Cévennes.

Avicenne était un médecin et philosophe médiéval persan, né en 980 et mort en 1037. Il a écrit entre autres une encyclopédie médicale et deux encyclopédies scientifiques.

Il est appelé cheik el-raïs, prince des médecins, à l'âge de 18 ans. Il est tour à tour nomade, exilé, vizir (57).

Pour avancer dans la mise en place du projet, Thibaud est allé rencontrer le Conseil départemental de Lozère afin de se présenter. Celui-ci a donné son accord et a soutenu le projet, sous les conditions suivantes :

- La prescription médicale n'est pas autorisée dans les structures itinérantes, à part avec une dérogation du CDOM (code de la santé publique cité plus haut)
- Le cadre légal est respecté
- Il n'est fait aucune concurrence déloyale aux professionnels de santé installés
- Une phase de concertation avec les médecins généralistes du territoire et l'ensemble des professionnels de santé est réalisée

À la suite de la rencontre avec l'ARS, de la discussion avec son directeur de thèse Cyril Jaumes et plusieurs professionnels membres de Médecins du Monde, Thibaud met en avant l'importance d'établir un partenariat avec une association locale, de préciser les missions du projet et d'identifier des référents.

C'est ainsi que le partenariat avec l'association Quoi de Neuf est enclenché.

Après étude de terrain, six axes sont identifiés suivant les objectifs de la promotion de la santé : création d'un lieu d'accueil itinérant pour les personnes les plus isolées, sensibilisation de personnes relais pour la promotion de la santé, mise en place de protocole de soutien aux structures de proximité, renforcement des compétences des professionnels de la santé concernant les déterminants sociaux de la santé, renforcement des connaissances et pratiques relatives à l'accès aux soins, aux droits et à la prévention, amélioration de l'organisation territoriale des services sociaux et de santé.

2. L'association Quoi de Neuf

Il s'agit d'une association loi 1901, basée à Florac, avec comme mission de créer du lien social, d'accompagner et d'accueillir les personnes dans leurs démarches administratives, ou dans l'urgence de trouver un logement par exemple. L'association organise des ateliers collectifs accessibles à tous, nommés les ateliers du bien-être. Elle est témoin de demandes concernant la santé, et a la volonté à ce moment-là d'inclure cette problématique dans sa mission, pour un public qui souvent ne s'en préoccupe pas, confronté à des problématiques sociales prenant le dessus. L'association imagine alors des permanences médico-sociales pour aller à la rencontre des populations les plus isolées géographiquement et socialement.

L'enjeu est alors de rencontrer le réseau local, afin de créer des partenariats et travailler ensemble. Thibaud détaille dans sa thèse la présentation du contrat local de santé (CLS) qui vise à mettre en avant des priorités locales, à la suite d'une démarche incluant des acteurs locaux et la population du territoire.

A noter ici que le CLS a été dissolu par l'ARS après environ 2ans d'activité.

Après des réunions, des rencontres d'associations locales, de partenaires potentiels, d'acteurs en santé, les objectifs suivants sont définis :

- Débuter un accueil véhiculé itinérant, et passages à domicile. Ecoute inconditionnelle, aide humaine et matérielle. Relais de proximité pour améliorer les accès aux services.
- Sensibilisation d'agents de santé locaux pour être au plus proche de la population et les impliquer dans la communication et l'orientation.
- Etablir un partenariat avec les structures de proximité pour une orientation mutuelle, accompagner vers le droit commun, s'appuyer sur le réseau local.
- Renforcer les compétences médicales en proposant des formations sur les questions d'ISS, proposer un soutien aux éventuels professionnels isolés face à des situations complexes.
- Assurer une pratique promouvant l'empowerment, faire passer des messages de prévention pour améliorer l'éducation à la santé, permettre une connaissance des services disponibles, organiser des ateliers collectifs ouverts à tous.
- Renforcer le réseau existant pour promouvoir une participation active, à l'aide de réunions pluridisciplinaires, permettre le regroupement de professionnels selon les besoins.

- Témoigner des problématiques et des situations rencontrées pour améliorer la connaissance de la précarité du territoire, pérenniser les offres locales.

3. La mise en pratique

Thibaud explique dans sa thèse la recherche des financements, ainsi que l'équipement médical et social du camion.

Initialement, deux circuits ont été tracés : un circuit sud et un circuit nord, avec un passage toutes les deux semaines pour chacun d'entre eux. Les lundis pairs étaient consacrés à la tournée Sud, et les jeudis impairs au circuit Nord. Une place précise de stationnement du camion a été décidée avec la mairie de chaque village, et un local est mis à disposition (local communal, annexe de mairie...).

Les ateliers collectifs étaient réalisés chaque semaine, puis une fois par mois car ils étaient assez chronophages pour un public parfois clairsemé. La difficulté a été d'atteindre un public large tout en proposant des horaires en semaine, pendant la journée.

Une graphiste a réalisé le logo qui servira à chaque affiche, chaque calendrier ainsi qu'aux magnets utilisés, inventant l'identité visuelle d'Avicenne. Tous les deux mois, un calendrier sous forme de dépliant indique les jours de passage, rappelle les lieux, les moyens de contact, les services proposés, ainsi que les ateliers collectifs prévus. Les supports sont ensuite distribués et affichés de manière la plus large possible (commerces, mairies, maisons médicales, pharmacies, café restaurant, écoles et crèches, partenaires) et sont envoyés par internet à une mailing liste de partenaires et de personnes suivant le projet.

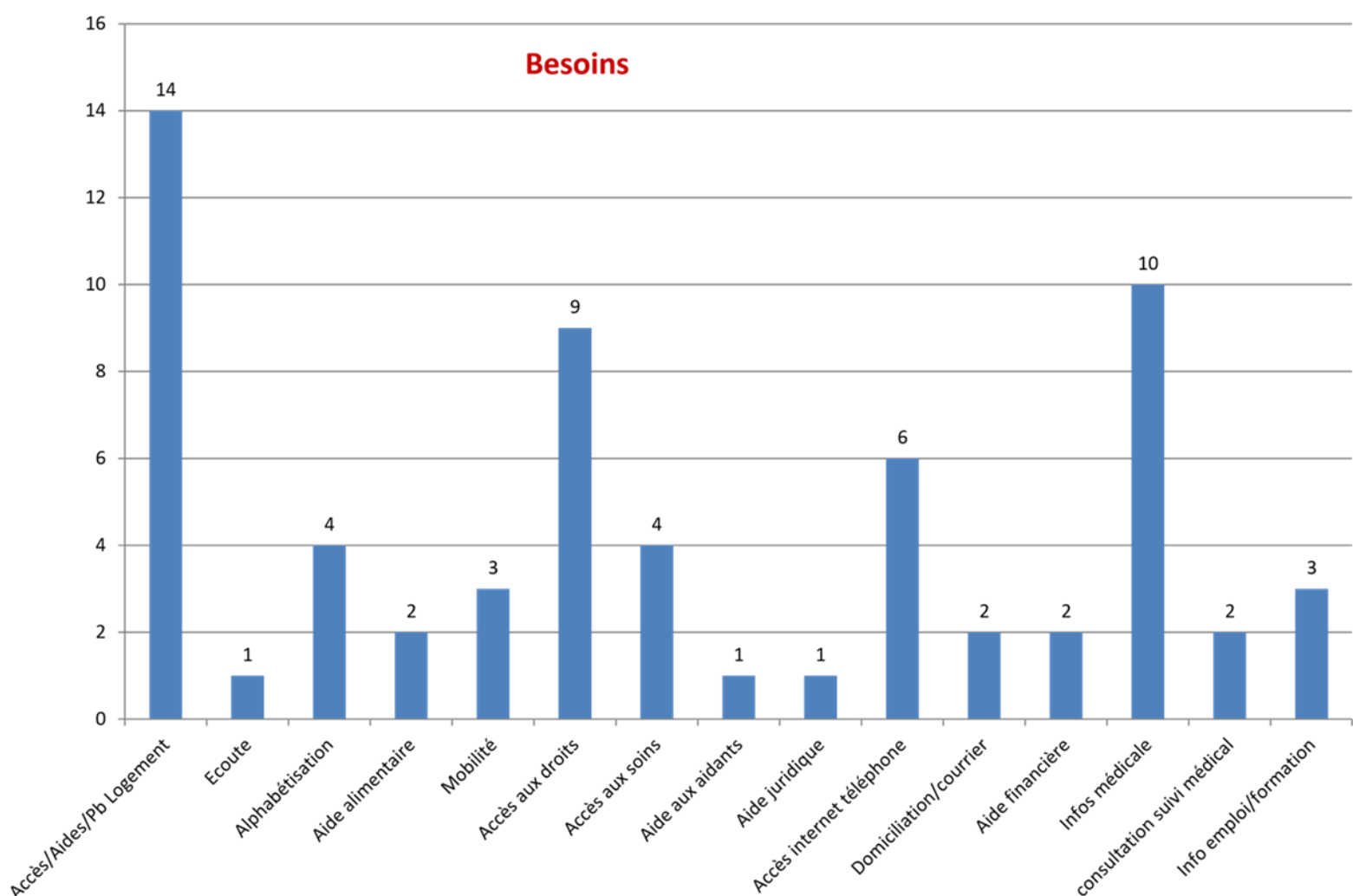
Les autres moyens de communication se sont développés petit à petit : le lancement du projet, le planning des tournées et des ateliers collectifs sont communiqués au cours d'une émission de Radio Bartas, radio locale. La presse locale a relayé également le lancement du projet (Midi libre, Lozère Nouvelle, Réveil Lozère). Plusieurs articles ont été écrits dont deux joints en Annexe 2 et 3. Le projet a également été le sujet d'une émission sur France Inter, Carnet de campagne, au cours de laquelle une animatrice de Quoi de 9 a été interviewée par Philippe Bertrand (58).

III. En pratique

1. Bilan intermédiaire

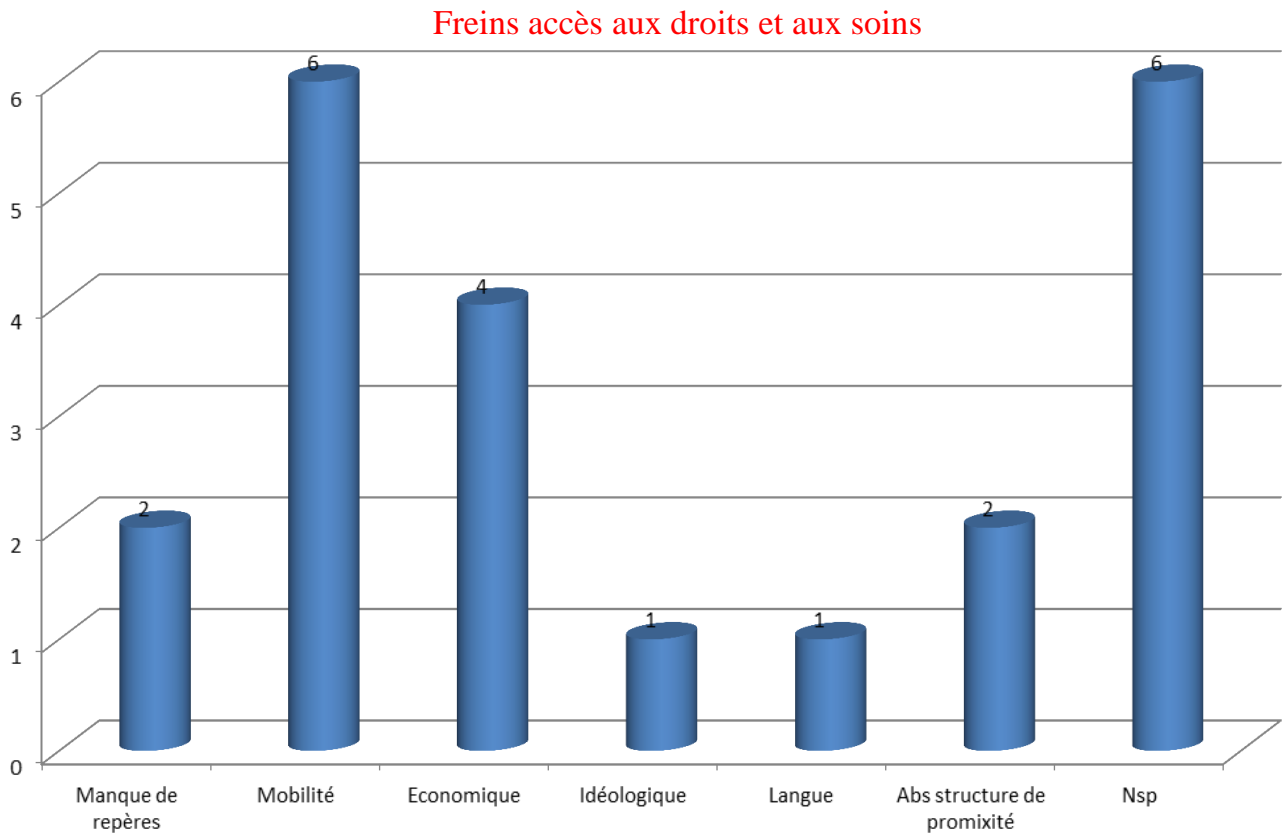
Après un an d'action, un bilan a été réalisé par la directrice de l'association Quoi de 9, Carole Bussadori, grâce au recueil de données (59). Ce bilan donne une idée sur le profil des personnes reçues et les questions abordées : 50 personnes ont été recensées lors de la première année de tournée, avec comme tranche d'âge majoritaire les 25-44 ans. En ce qui concerne les lieux de domicile, la commune majoritaire est celle où le partenariat local a été le plus relayé : Sainte-Croix-Vallée-Française.

Les besoins exprimés sont reportés sur le tableau ci-dessous :



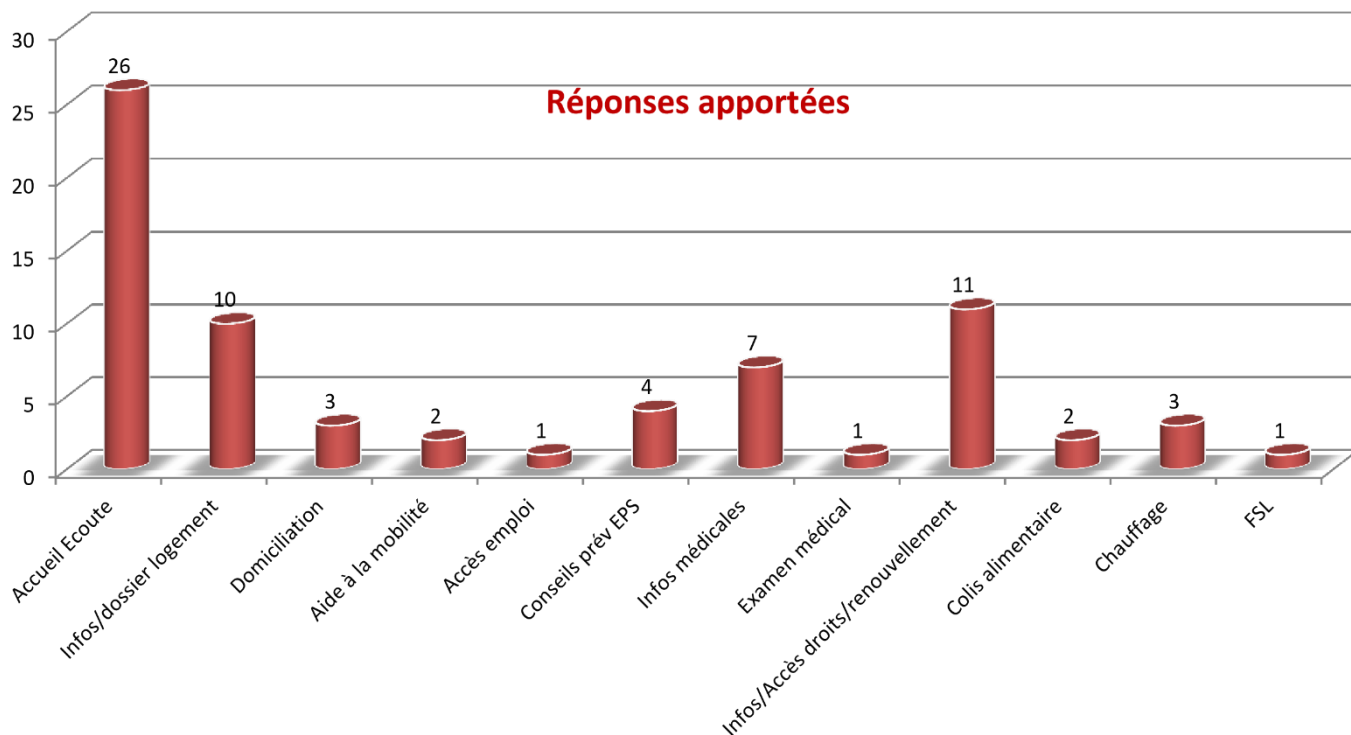
Les problèmes relatifs au logement sont les premiers besoins exprimés. Vient ensuite le besoin d'informations médicales, puis sur l'accès aux droits. En 4^{ème} position vient le besoin d'aide pour la communication, par téléphone ou internet. Enfin, ex-aequo suit la demande d'aide pour l'alphabétisation et pour accéder aux soins.

Ci-dessous, un graphique résumant les raisons du renoncement aux soins, ou de l'absence de couverture sociale :



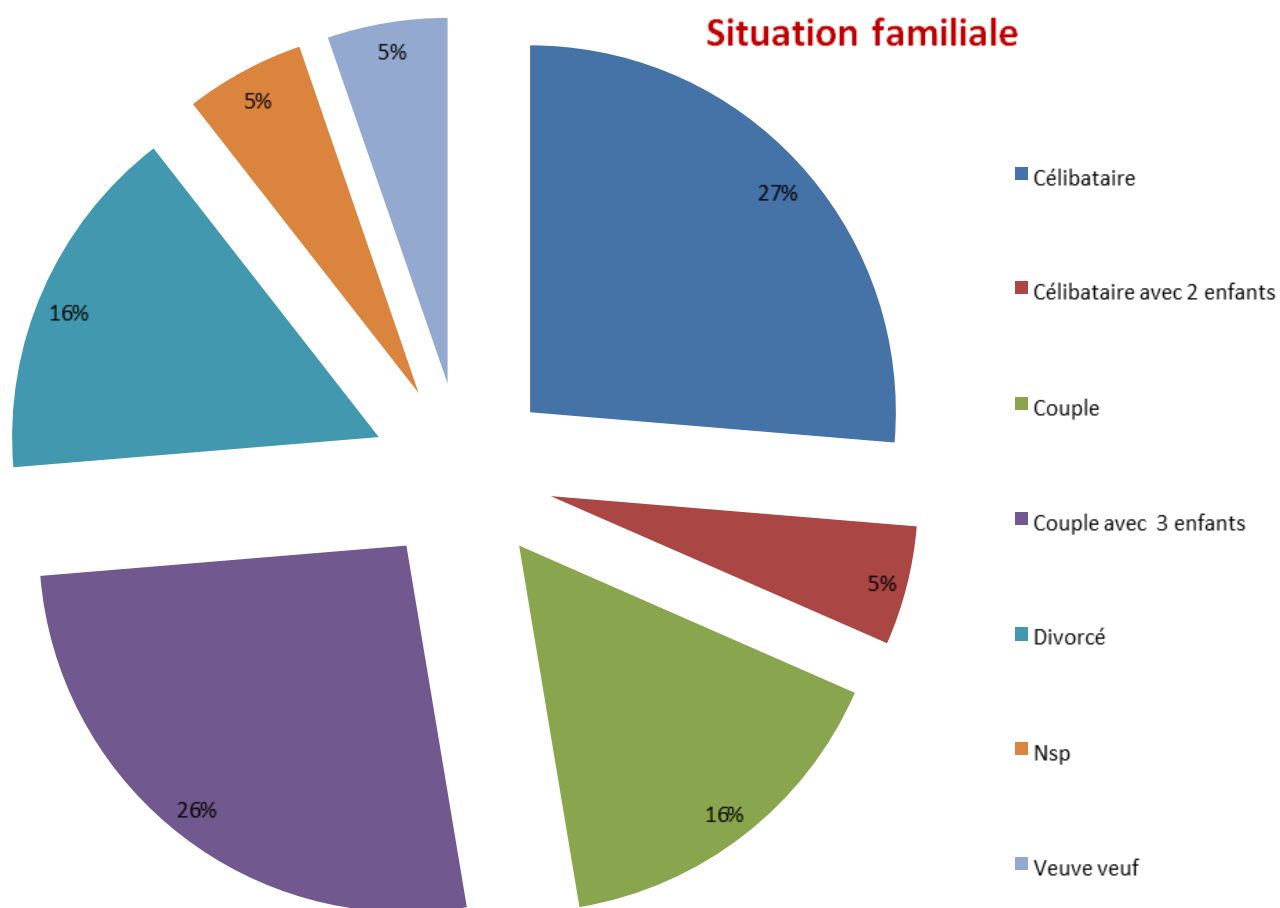
La mobilité est la raison principale, quand le manque de ressources financières est la seconde. Une proportion importante ne sait pas l'expliquer.

Le graphique qui suit résume les réponses apportées par l'équipe :



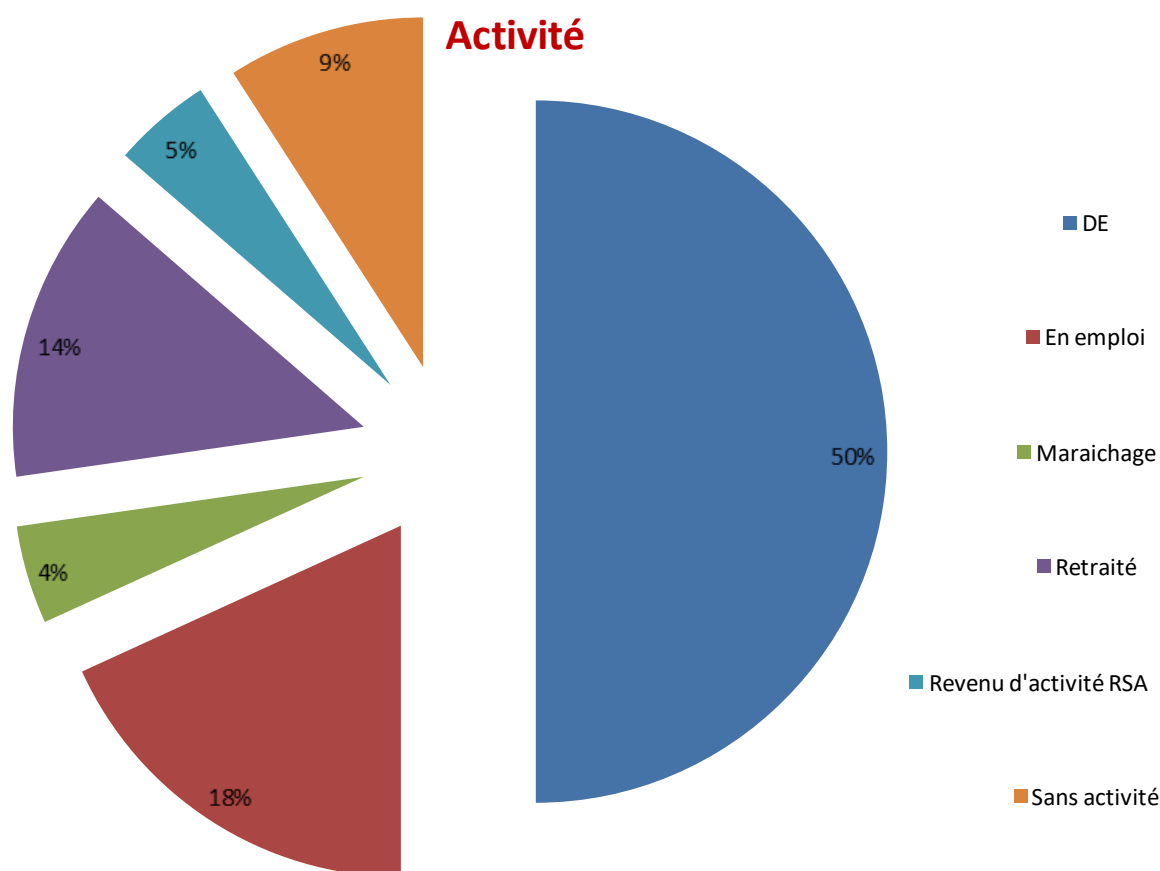
L'accueil et l'écoute se placent en première position, largement devant les autres réponses. Viennent ensuite les informations sur l'accès aux droits, puis sur le logement. A noter que si l'on ne prend pas en compte l'accueil et l'écoute, 73% des réponses relèvent de l'intervention sociale et 27% relèvent de la prévention de santé et du médical.

Le graphique ci-dessous résume la situation familiale de chaque personne reçue.



La majorité est représentée par les célibataires, puis les familles avec 3 enfants. En 3^{ème} position sont ex-aequo les ménages en couple et les divorcés.

Ci-dessous, la répartition des personnes selon leur activité :



La moitié des personnes reçues sont en recherche d'emplois. Environ 1/5^{ème} des personnes ont un emploi, et 1/7^{ème} sont retraités.

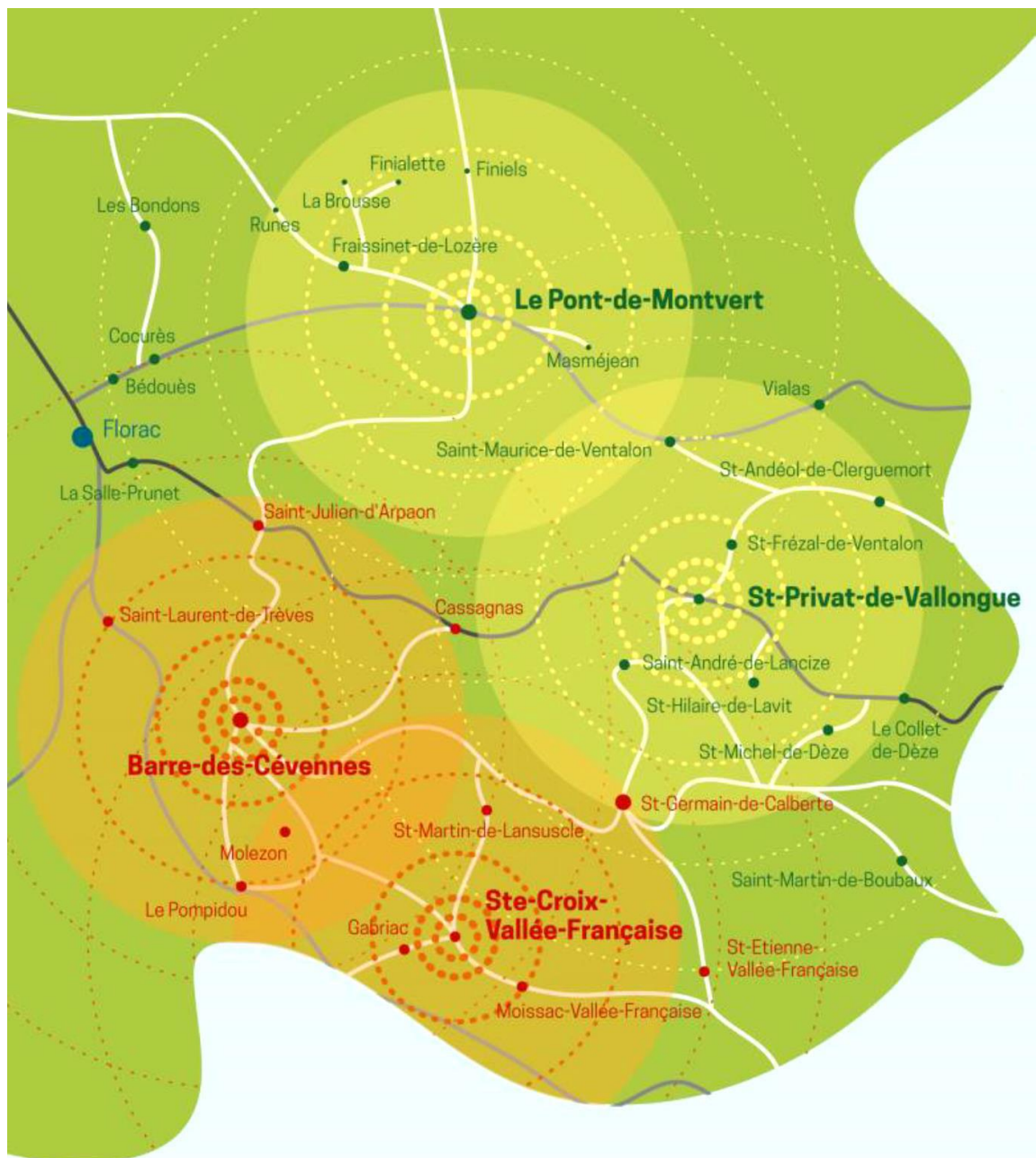
2. Evolution du projet

Avec la volonté d'accueillir davantage de personnes, l'équipe a réfléchi aux évolutions possibles qui pouvaient être apportées au dispositif, qui ont été expérimentées.

Nous avons décidé de changer les jours de tournées et de modifier les lieux de permanence, en se référant aux fréquences de passages dans chaque endroit. Le lundi étant un jour où tous les commerces sont fermés, c'était probablement une journée moins favorable à la fréquentation. La permanence du circuit Sud a donc été décalée au mercredi.

Un changement sur les lieux de permanence a aussi été opéré sur décision de l'équipe. En effet, la fréquentation sur les lieux de permanence était inégale, il a donc été retenu 2 lieux plutôt que 3, afin de laisser plus de temps pour les passages à domicile, qui sont fréquents. Il a été remarqué que les lieux de permanences avec une fréquentation continue sont les lieux où les acteurs locaux sont les plus engagés. Par exemple, à Sainte-Croix-Vallée-Française, le maire est très présent pour relayer l'information et repérer des situations pour lesquelles nous serions utiles.

Ainsi, le circuit Sud a lieu le mercredi et s'arrête à Barre-des-Cévennes puis à Saint-Croix-Vallée-Française. Le circuit Nord lui, a lieu le jeudi, et prévoit une permanence au Pont-de-Montvert puis à Saint-Privas-de-Vallongue.



Une (ou des) personne(s) ressource(s) ont été désignée(s) ou vont l'être sur chaque lieu de permanence et alentours, afin de faciliter les échanges entre la population et l'équipe Avicenne, de renforcer la communication. Les responsables des communiqués de presse régionaux sont informés à chaque nouvel agenda. Une tournée uniquement consacrée à la communication est d'ailleurs dégagée, en-dehors des créneaux de tournées habituels. Une personne de l'équipe mobile précarité du CMP de Florac a participé à quelques tournées, en tant qu'observateur actif, afin de voir ce qu'il peut être mis en place dans le long terme.

3. Les nouveaux protocoles

Afin d'améliorer le suivi et la transmission, des modes de recueils de données et des protocoles ont été créés à plusieurs.

Tout d'abord, à chaque accueil d'une personne, une feuille de consultation sociale et de santé est renseignée (Annexe 5).

Ensuite, des outils partagés ont été établis par des internes ayant participé aux tournées. Chacun peut y annoter de nouvelles propositions.

Un protocole a été écrit pour les permanences en elles-mêmes, pour systématiser la mise en condition du camion, lister le matériel nécessaire, ne rien oublier à l'arrivée sur les lieux de permanences et à son départ. Le but est d'être le plus efficace possible, et le plus constant.

Un protocole sur le rôle de l'IMG a été rédigé. Il rappelle son rôle de médiateur, accompagnateur avec les usagers, son rôle dans la communication et diffusion des informations, et son rôle dans la coordination du projet. Le protocole est joint en annexe 6 pour plus de détails.

Enfin, un protocole pour améliorer au mieux la communication a été établi. Il relève la liste des endroits d'affichage, les délais à respecter vis-à-vis de la graphiste pour les affiches et calendriers, ainsi que tous les médias pouvant relayer les informations.

IV. Expérience au cœur d'Avicenne

1. **Stage en zone rurale**

Grâce à ce stage, entre le SASPAS en médecine générale et l'expérience avec Avicenne, le territoire des Cévennes est découvert : un territoire étendu avec des maisons isolées, éparpillées. Nous nous sommes rendu compte des différences de service proposés entre la ville et les campagnes. Les services de proximité sont limités et sont en décroissance continue. Les transports en commun sont quasi inexistantes et ne desservent que certains axes principaux. Pourtant, un nombre non négligeable d'habitants n'ont aucun moyen de locomotion.

En réalisant des visites à domicile, nous réalisons l'isolement de certaines personnes, avec pour seule visite hebdomadaire (parfois moins), le médecin ou l'équipe Avicenne.

Des initiatives locales sont mises en place, avec plusieurs services itinérants, pour aller vers les habitants, par exemple un cinéma – Cineco – qui propose une projection chaque soir dans une commune différente, une épicerie mobile etc. Il existe cependant une solidarité qui permet une entraide les uns les autres, mais n'est pas ressentie par tous. Les personnes âgées sont parfois gardées très longtemps dans les familles, et sont donc moins seules qu'en ville. Il y a tout de même des exceptions et l'isolement est d'autant plus grand dans un logement isolé qu'au centre d'un village regroupant les services de première nécessité.

Par ailleurs la découverte de la médecine rurale fut très intéressante, avec des lieux d'accueil des urgences ou centre d'examen complémentaires, à 30min minimum de la maison médicale. Les consultations sont très variées avec des patients consultants très tardivement (notamment certains agriculteurs) quand d'autres consultent très vite, et les pathologies sont diversifiées. Les visites à domicile nécessitent parfois des trajets de 20/30min, mais il est intéressant de rentrer à l'intérieur des domiciles, parfois restés dans un autre temps.

L'apprentissage de l'autonomie dans les décisions médicales, de la capacité d'adaptation sont des qualités nécessaires pour l'ensemble des études et des professions médicales. Ce terrain de stage permet de les développer intensément.

2. Le décloisonnement des professions

Il s'agit d'un des objectifs pour le dernier PRAPS de l'ARS. En effet, le cloisonnement permet une spécialisation pour chaque prise en charge, mais demande aux patients de s'adresser à différents organismes qui se multiplient, ce qui ajoute une difficulté dans leurs demandes d'accompagnement médico-social. Ce stage donne l'occasion de travailler en binôme avec un travailleur social, ce qui n'arrive jamais lors du cursus de médecin. Or en médecine libérale ou à l'hôpital, nous sommes tous confrontés à des situations complexes sur le plan social, qui souvent mettent en difficulté le suivi médical. Il paraît important de connaître quelques éléments afin d'orienter au mieux les patients, et de permettre aux personnes vulnérables d'avoir recours aux soins. Être au cœur de la complexité administrative et découvrir la multitude d'organismes ressources permet certainement de mieux appréhender par la suite les patients en situation de précarité.

MATERIEL ET METHODE

I. Recueil des données

1. Population cible et recrutement

La population cible était la population reçue lors d'une permanence Avicenne ou d'une visite à domicile.

Chaque personne reçue est répertoriée avec ses coordonnées depuis le début du projet. Le recrutement a été fait sur la base de ce recueil conservé dans les locaux de Quoi de 9 (annexe 5).

Une trentaine de contacts a été récupérée, au hasard. Les critères d'inclusion étaient d'avoir été reçu par l'équipe lors d'une permanence et d'être majeur. Les critères d'exclusion étaient d'être mineur, ou de refuser de participer à l'étude.

La difficulté a été de joindre les personnes directement. Plusieurs numéros de téléphone n'étaient plus attribués, certains renvoyaient constamment sur le répondeur. Certaines personnes avaient déménagé dans un autre département plus lointain.

Sur dix entretiens, neuf ont été recrutés par téléphone, et le rendez-vous a été fixé par la suite. Une personne qui avait au départ accepté a finalement refusé, expliquant qu'elle avait été en contact avec Avicenne uniquement pour des raisons sociales, et qu'elle ne voyait pas ce qu'elle pouvait apporter à l'étude. La dernière personne a été recrutée à la suite d'une permanence, et un rendez-vous téléphonique a été organisé.

Une personne a indiqué avoir peu de temps à consacrer, car s'occupant d'un proche malade.

Pour leur donner rendez-vous, le choix du lieu a été laissé à chacun, en précisant qu'un passage à domicile était possible. Tous ont préféré accueillir chez eux. Un rappel leur était fait, par téléphone, quelques jours avant le rendez-vous prévu.

2. Le Guide d'entretiens

Le guide d'entretiens a été réalisé à l'aide de mon directeur de thèse et du Docteur Agnès Oude-Engberink, médecin universitaire impliqué dans les travaux de recherche qualitative. La grille d'entretien est en annexe 7. Il s'agit d'une grille pour des entretiens individuels, semi-dirigés. Nous avons choisi des questions ouvertes, avec des questions de relances à utiliser pour stimuler les réponses des interrogés. L'objectif de tels entretiens est de recueillir une parole libre, pouvant introduire de nouveaux éléments auxquels nous n'aurions pas pensé. Le but des questions ouvertes est de guider les personnes, sans orienter leur réponse. La première question, qui n'a pas toujours été bien comprise lors des premiers entretiens, a été modifiée en cours d'étude. Après modification, la compréhension parue optimisée.

3. Le recueil des données

Un retour en Lozère a été nécessaire au cours des mois de Janvier à Juin 2019 afin de réaliser ces entretiens. Chaque personne a eu une explication claire loyale et éclairée et a signé un consentement écrit d'enregistrement des données ainsi que de leur utilisation dans le cadre de ce travail (annexe 8 et 9). Un retour leur était proposé, une fois que l'ensemble serait terminé. Il leur était rappelé avant le début de l'entretien, que la parole était libre, et qu'il n'y avait aucune mauvaise réponse, le but étant d'avoir leur ressenti personnel.

L'analyste s'est efforcée de rester neutre et de ne pas orienter les réponses. Elle était dans une démarche d'écoute et de bienveillance.

A la fin de chaque entretien, le score EPICES a été rempli (détaillé dans la première partie, annexe 2) afin de connaître le profil de l'interviewé. Ce score a été réalisé par écrit et à la fin de l'entretien afin de ne pas peser sur la liberté de parole, ne pas les mettre mal à l'aise d'emblée. Les résultats du score sont donnés dans le tableau résumant les caractéristiques des participants, en annexe 10.

La durée des entretiens a varié de 12 à 45min avec une moyenne de 31min. L'analyste qui est ici le questionneur, s'est efforcé de garder une position neutre et bienveillante.

Chaque entretien a été enregistré par un dictaphone Olympus DS-55, et un smartphone Xiaomi Redmi Note. Tous les entretiens ont été retranscrits mot à mot dans un logiciel de traitement de texte, sous forme de verbatim. Ils ont tous été anonymisés et numérotés de V1 à V10.

4. Population recrutée

Dix entretiens individuels ont donc été réalisés, auprès de quatre femmes et six hommes, d'âge compris entre 32 et 76 ans. La saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire que le dernier entretien n'apportait pas de nouvel élément à l'étude. Tous habitent le Sud Lozère, dans les communes suivantes : Saint-Frézal-de-Ventalon, Sainte-Croix Vallée Française, Saint Andéol, Le Pont-de-Montvert, Saint-Martin-de-Lansuscle. (Annexe 10) Deux sont analphabètes, le français n'étant pas leur langue maternelle.

Cinq personnes n'ont pas le permis. Une personne l'a mais n'a pas de véhicule.

Le score EPICES mesuré pour chacun est supérieur à 30, seuil au-dessus duquel une personne est considérée comme précaire. Il monte parfois jusqu'à 85/100.

Cinq personnes sont seules, dont une qui vit en colocation. Deux personnes vivent en famille, et trois sont seules avec enfants.

Quatre personnes ont déménagé récemment et sont dans une situation de rupture sociale professionnelle ou familiale.

II. La méthode d'analyse

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de témoigner de l'expérience vécue de personnes ayant bénéficié de l'action Avicenne, d'en identifier les points positifs et négatifs, de recueillir l'avis des personnes interviewées concernant la présence d'un interne en médecine générale, et l'absence de prescription. Il nous a semblé intéressant de nous pencher sur les modes et histoires de vie particuliers à chacun. Un article sur la méthodologie a été utilisé afin de suivre la meilleure démarche dans le questionnement et la problématisation (60). L'étude de la mise en place du projet s'était penchée sur l'avis des médecins généralistes installés. Nous avons trouvé intéressant d'aller vers le public, de l'interroger sur son ressenti après deux années d'action. Le point de vue des usagers paraît primordial pour la suite du projet Avicenne pour pouvoir l'adapter davantage à la population et au territoire.

2. Type d'étude

Les études qualitatives ont été utilisées au départ pour les sciences humaines et sociales, pour prendre en compte des données qui ne sont pas exploitables sur le plan scientifique pur (39 et 40). L'étude des êtres humains est plus complexe qu'un recueil de chiffres et d'analyse statistique. La part subjective, émotionnelle de l'homme ne peut être approchée par des analyses uniquement quantitatives. L'objectif de la présente étude étant de recueillir un ressenti, une perception propre à chacun, l'approche qualitative s'est imposée à nous de manière évidente. Il s'est agi de collecter des données personnelles, de les analyser afin d'en comprendre le sens. Nous avons utilisé la méthode d'analyse de référence détaillée dans l'ouvrage de P. Paillé et A. Mucchieli (61).

3. Utilisation et analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit entièrement, y compris les temps de silence, d'hésitation, les autres bruits de surprise, de mécontentement etc.

Nous avons réfléchi à la meilleure méthode d'analyse. Etant donné la longueur des verbatims et la richesse des témoignages, nous avons choisi la méthode de thématisation. Une première lecture intuitive a été faite pour s'imprégner de chaque verbatim. Une deuxième lecture a permis l'apposition de notes, en marge. Puis, les notes ont été regroupées pour créer des thèmes de manière transversale. Ainsi, en analysant chaque verbatim et en regroupant les thèmes communs, nous avons fait une thématisation continue afin de présenter les résultats sous forme d'arbre thématique. La saturation des données a été atteinte au dixième entretien.

Sept arbres thématiques ont été réalisés.

RESULTATS

I. Mode de vie

1. Isolement

Plusieurs personnes sont concernées par un déménagement récent, une rupture, qui change leur mode de vie.

L'entourage est donc précaire voire inexistant.

Au contraire, d'autres décrivent un entourage familial ou amical important, une entraide facilitant la vie de tous les jours notamment avec des voisins.

L'isolement social entraîne parfois un certain manque de reconnaissance donc un manque de confiance en soi qui n'aide pas à faire face à une accumulation de problèmes administratifs.

Deux personnes sont analphabètes car le français n'est pas leur langue maternelle. Elles se sont retrouvées en difficulté après une séparation d'un(e) conjoint(e) qui s'occupait de tout.

V3 : Bah on connaissait personne, on connaissait rien du tout ! On était... on avait ni amis ni copains, ni quoi que ce soit ici on était tout nouveau.

V4 : Je savais pas par où je commence. Voilà, il fallait ... j'étais en train de me séparer, j'avais rien du tout comme expérience heu seule

V8 : ben ici c'est compliqué, surtout que moi je conduis pas et y a pas de transports en commun donc Quoi de neuf ils sont vraiment bienvenus

V4 : Voilà, c'est un peu compliqué (rire). Quand on est analphabète c'est un peu difficile.

V6 : je suis dans un coin où je connais rien, [...] là je connais personne, et ma femme elle m'a mis dehors, et j'ai des enfants, je peux pas les voir

L'isolement géographique, assez fréquent dans ce territoire, est présent chez la majorité des participants. Il est bien sûr accentué lorsqu'ils n'ont pas de véhicule. Certains s'organisent avec des voisins, des proches pour regrouper les déplacements notamment pour faire les courses. D'autres essayent le stop.

V1 : Là j'ai rapport avec un copain qui est..., on s'reunit on est... trois, trois, avec mon véhicule, on va faire des courses le vendredi.

V10 : J'ai dû aller à Montpellier pour me faire opérer. [...] Donc j'y suis allé en stop. Parce que j'ai pas de voiture donc je me débrouille.

Les transports en commun sont quasi inexistantes. Le bus est donc une option limitée puisqu'il y a un passage par jour pour aller sur Alès par exemple. Un participant rapporte qu'il a déjà été amené à dormir dehors pour un rdv médical dans l'après-midi à Alès, et qu'il n'y a plus de bus pour retourner à Florac. Ce même participant a vu sa vie quotidienne s'améliorer lorsqu'il a pu déménager dans un village avec des commerces et services de proximité accessibles à pieds.

V6 : Et si c'est à Alès, si c'est pas le matin ou à Mende, les bus ils sont partis parce que j'ai parti pleins de fois à l'hôpital, mais je dors dehors. Parce que le RDV c'est l'après-midi, et il y a plus de bus pour revenir, et après le stop ça marche pas

L'isolement concerne aussi les moyens de communication avec un réseau internet et téléphonique inégal dans le territoire. Il existe encore des zones blanches avec aucun réseau. Les coupures d'électricité ne sont pas rares également. Une personne déclare ne pas avoir d'électricité dans son logement.

V5 : si j'ai internet. La personne à coté j'ai internet, mais bon du jour au lendemain on a pas d'électricité quoi que ce soit, on a pas ? Comment on fait ?

VI : mais moi j peux pas m'permettre ici le téléphone j'ai très peu d'unité, et... j'ai un forfait vraiment pfff de base hein, quoi j'veux dire... en plus en c'moment j'ai même plus l'électricité donc j'peux pas recharger mon téléphone

L'accumulation de l'isolement social et géographique peut avoir pour conséquence un repli social, voire un état de tristesse, de découragement. Pour au moins deux personnes, la rencontre avec Avicenne a été décisive pour reprendre confiance en soi, et remonter la pente. Il existe un CMP à Florac. Mais lorsque l'on est dans un tel état de souffrance il peut être difficile de demander de l'aide, et la distance géographique n'aide pas en ce sens. 'L'aller vers' prend ici tout son sens.

2. Revenus

Nous avons noté plus haut que le score de précarité est pour tous supérieur à 30, ce qui signifie que tous les participants sont dans une situation que l'on peut qualifier de précaire. Chaque situation est complexe, du fait de l'histoire des personnes, ainsi que des particularités du territoire. Notamment, tous ont répondu oui à la question : « Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ? ». Cela comprend l'accès à l'eau, le gaz, le chauffage, le carburant, l'alimentation etc. Une personne n'est d'ailleurs pas équipée en eau courante ni en électricité. Les moyens de communication sont également restreints avec souvent l'absence d'ordinateur ou d'accès à internet, parfois un crédit téléphone épuisable. Plusieurs personnes ont eu besoin de faire la demande d'un dossier de surendettement afin d'échelonner leurs dettes.

V6 : Des fois les enfants ils sont là avec moi et la fin du mois à partir du 20 on a plus de sous et c'est galère, et voilà.

V1 : Y a pas de sanitaire vraiment, ici les toilettes, c'est dehors hein. Y a pas vraiment de salle de bain parc'que bon pas d'quoi payer les bout.. oh ça c'est personnel, pas d'quoi payer les bouteilles de gaz pour le chauffe-eau

V1 : Donc voilà c'est depuis l'mois de Novembre j'suis à la bougie moi le soir heu. Alors au début à 4 heures d'l'après midi quand c'était au mois d'novembre, là maintenant c'est 6 heures quoi. Et ça fait 3 mois 4 mois qu'ça dure. Parc'que j'peux pas m'repayer les batteries !

Pour plusieurs participants, trouver un logement a été compliqué en raison d'un manque de moyens financiers. D'autres disposent d'un logement souvent mal isolé voire insalubre. L'accompagnement par Avicenne a parfois permis l'entrée dans un logement plus confortable.

V8 : voilà le logement c'est compliqué, pour se chauffer c'est compliqué quand les maisons sont pleines de trous partout

V9 : C'était trop petit du coup ben on a pas pu, on a cherché partout ailleurs mais les loyers étaient complètement aberrant pour des logements dans des caves quoi...

Concernant la santé, plusieurs cas de figure se présentent. Certains ont un suivi bien en place, avec un médecin traitant. D'autres n'en ont pas, parfois par choix, parfois par défaut. Nous verrons plus précisément dans un prochain chapitre la particularité du suivi médical.

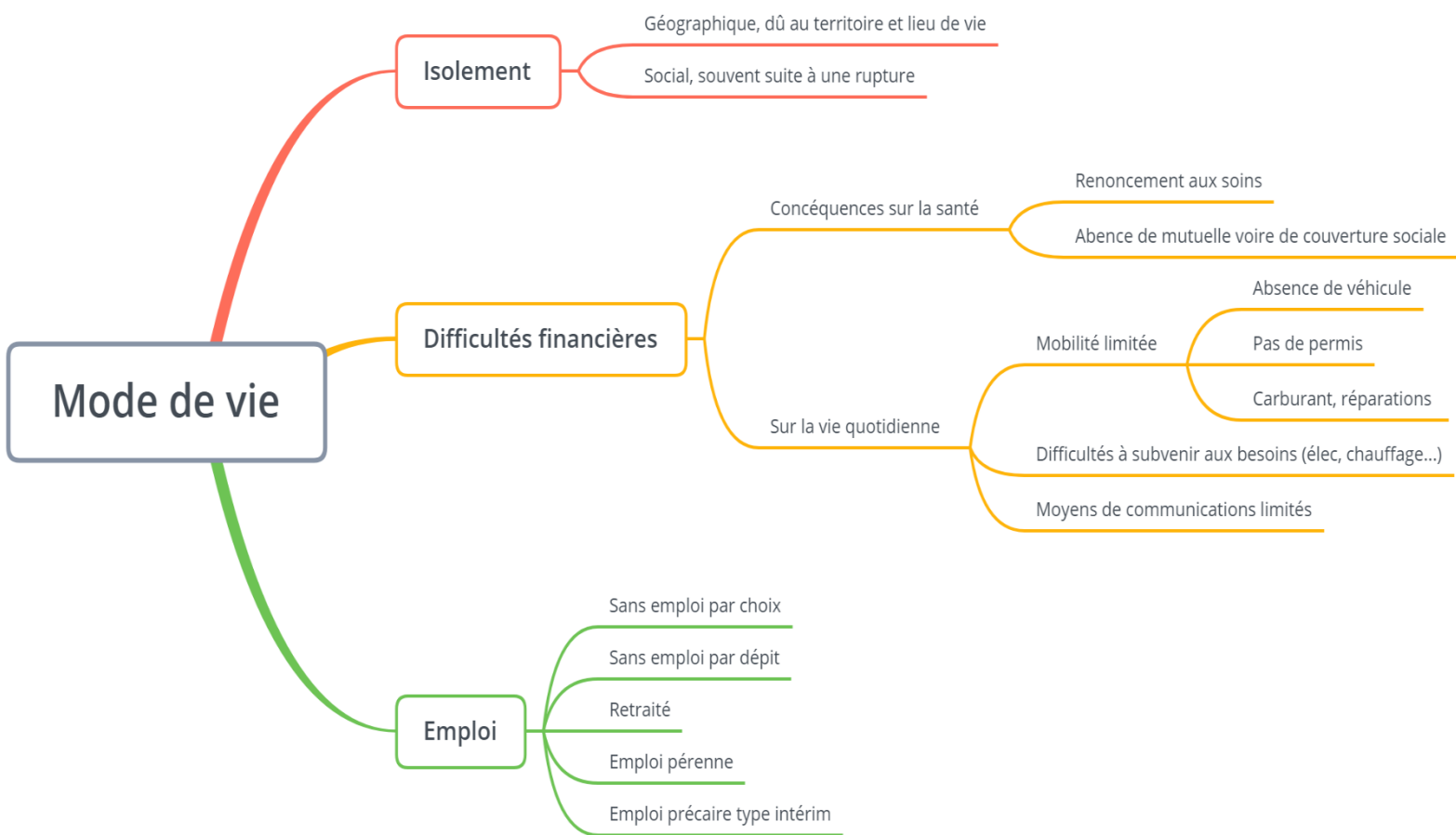
Plusieurs n'ont pas de mutuelle. Tous ont des droits ouverts à la sécurité sociale (demande en cours pour certains). Le renoncement aux soins est en parti secondaire à l'absence de couverture. Ils connaissent les risques en cas de maladie, et beaucoup espèrent garder une bonne santé.

V1 : Déjà j'ai pas de CMU complémentaire j'ai pas de mutuelle donc ça, ça freine hein.

V3 : Par exemple aujourd'hui on a ni CMU ni rien du tout on a absolument aucune couverture. On... espère ne pas tomber malade tout simplement.

V1 : Ah ouais donc on réfléchit à tout ça (rire), vaut mieux pas tomber... Vaut mieux être en bonne santé quoi

V7 : ... L'ordonnance des traitements, plus les médecins... Je me retrouve avec des dettes, plus des dettes de loyer. Ça y est maintenant je dois plus rien



3. L'emploi

Deux personnes sont à la retraite, une personne touche l'AAH. Les autres sont soit à la recherche d'un emploi avec des missions ponctuelles intérimaires, précaires, rares pendant la saison d'hiver, soit ont un emploi pérenne. Une personne est sans emploi par choix, pour s'occuper de ses enfants.

V7 : Nan ici l'été c'est... ça marche plus l'été. Ou sinon comme je dis faut être véhiculé si t'as le permis et la bagnole, y en a du boulot mais faut te déplacer un peu.

II. Les connaissances du réseau local et d'Avicenne

1. **Connaissance du réseau**

Les assistantes sociales de secteur sont bien identifiées. Certains interviewés sont en lien régulier, quand d'autres préfèrent centraliser leur demande vers un seul interlocuteur. Parfois, ils ont été insatisfaits de leur prise en charge et ont préféré changer de référent. Deux personnes expriment une difficulté à saisir l'organisation des permanences des services proposés (souvent organisé une fois par semaine voire une semaine sur deux dans les locaux des mairies). D'autres partenaires sont identifiés : Aloes, agence d'interim solidaire à Florac, le CFPPA, centre de formation, les IDE libérales, les Trésors Publics qui font des permanences au Collet-de-Dèze...

V2 : Non juste l'assistante sociale que j'ai cours toujours après parce que j'ai reçu des papiers et je sais pas ce qu'il faut faire. Il faut le remplir, je comprends rien.

V6 : à part Quoi de Neuf, y a que Aloes qui me propose des fois du travail, et sinon y a le CFPPA qui me prend

Des participants relèvent une difficulté à joindre certains organismes, avec un sentiment d'incompréhension, parfois un manque de crédit téléphonique pour des temps d'attente très longs, ou un contact désagréable ne facilitant pas les échanges.

Les contacts sont en majorité trouvés par bouche à oreille, ou par l'intermédiaire de la mairie, sur les tableaux d'affichage.

V1 : Ah faut avoir le moral hein ! Faut avoir le BON moral hein parce que... C'est sûr qu'il y a de quoi s'énerver, y a de quoi... Parce que j'sais pas ils se mettent pas.... Moi y a pas internet ici.

V5 : vous pouvez avoir une assistante sociale, mais l'assistante sociale je sais pas où elle est, elle est pas dans le secteur, elle doit être sur Florac ou un truc comme ça, elle ne se déplace à domicile que dans certains cas

V5 : Ah oui et puis tout le monde se renvoie à tout le monde ! Il faut commencez par eux et après on verra par nous, et encore...[...] on n'a pas le poids ! Face à ces administrations, à ces organismes. On n'a pas de poids.

Les médecins généralistes sont bien connus sauf pour une famille arrivée récemment. Les regroupements sous forme de maisons médicales sont aussi bien connus, et nous verrons plus loin que ces dernières facilitent le suivi médical pour plusieurs des personnes interrogées.

Certains pensent qu'il existe une multitude d'associations, non identifiées ou mal identifiées.

V8 : *Donc c'est quand même chouette qui ait ce centre médical je trouve qui se développe parce que petit à petit il y a de plus en plus de praticiens*

V9 : *Ici l'accès aux soins, depuis qu'il y a la maison de santé c'est idéal, au Collet , c'est idéal.*

Le réseau administratif est donc globalement plutôt bien connu. Avicenne a permis d'orienter ceux qui ne le connaissait lorsqu'ils en avaient la nécessité.

2. Connaissance des permanences Avicenne

Les permanences Avicenne ont été connues par plusieurs moyens. L'affichage paraît efficace puisqu'il permet la connaissance des lieux et des jours de passages. Il rappelle les moyens pour joindre l'équipe, et parfois il a permis de faire découvrir l'action dans son ensemble. Il est cependant relevé qu'il n'est pas toujours à jour. Les affiches sont disposées dans tous les villages alentours, sur les lieux d'affichage libre, des mairies, dans les écoles, les maisons médicales.

V3 : *d'après ce que j'ai pu lire sur le... le dépliant, ils se déplacent en région Sud et Nord de la Lozère ou j'sais plus trop quoi, et ils viennent un premier mercredi ou le deuxième bref y a des jours bien précis, et ils rencontrent les villageois qui souhaitent être rencontrés*

V5 : *Quoi de Neuf je les ai connus bah certainement en allant à la mairie, en voyant une affiche, et en voyant qu'il y avait une permanence*

V8 : *Et ben parce ils ont leurs petits dépliants qu'ils collent là au foyer de Saint-Frézal.*

Le bouche-à-oreille est également un bon moyen de communication, avec un garant de choix, l'association Quoi de neuf. En effet, celle-ci a bonne presse dans la région, et inspire confiance puisqu'elle existe depuis plus de 25 ans. Elle a également permis d'élargir ce bouche-à-oreille, l'affichage étant fait dans leur local et étant bien identifié comme acteur de terrain.

V3 : *on a rencontré Quoi de Neuf en fait heu... Ouais c'est vraiment ceux qu'on m'a conseillé d'aller voir*

V4 : *je savais pas où je pouvais aller, je savais rien du tout, et heu, c'est une copine à moi, qui m'a dit écoute y a un camion, y a un camping-car qui vient ici, c'est une association, Quoi de Neuf, si tu veux ils peuvent t'aider*

Certaines personnes ont découvert les permanences en tombant par hasard sur le camion, les magnets sur celui-ci permettant une lisibilité plus aisée.

V1 : *cette action j'lai connue parc'que un jour au Collet j'ai vu le, le camion. [...] Donc ouais c'est comme ça qu'j'ai connu. J'suis tombé une fois par hasard fin une fois par hasard, sans chercher à St Etienne dessus, j'en ai profité pour discuter*

Enfin, certains ont été orientés vers Avicenne par des professionnels du secteur par exemple l'assistante sociale, la mission locale ou autre. L'affichage est aussi fait dans les maisons médicales et les cabinets de médecins libéraux.

V7 : L'assistante sociale c'est mon ami qui me l'a présentée. Et puis après l'association, c'est par rapport à mon ami, mon pote et puis l'assistante sociale.

La présence dans le camion d'un travailleur social venant de Quoi de neuf est toujours identifiée. D'ailleurs, le nom Avicenne lui-même n'est pas toujours intégré puisque pour certains il s'agit de permanences de Quoi de neuf uniquement (l'association faisait des permanences délocalisées qui ont été reprises par Avicenne). Une personne ne savait pas que des visites à domicile étaient possibles.

En revanche, la présence dans le camion d'un interne en médecine ne l'est pas toujours. Il semble que la dénomination « interne en médecine » ne soit pas toujours bien comprise, et donc vite oubliée. Peut-être faudrait-il simplifier le nom lors de la présentation de l'équipe.

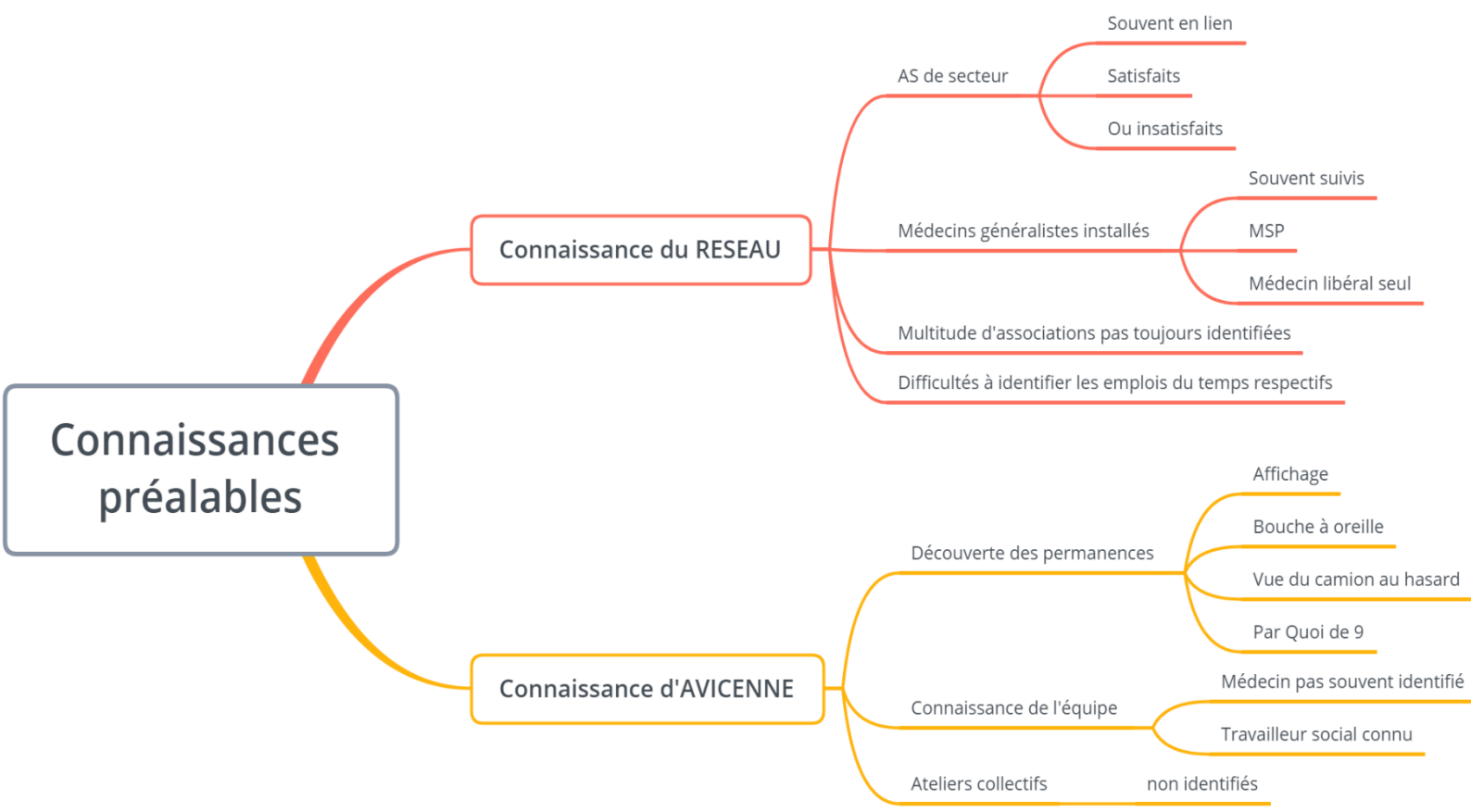
V3 : Moi si vous me parlez d'Avicenne, j'vais vous dire voilà ils se déplacent, ils rencontrent les gens, c'est social, y a un docteur qui accompagne heu... une assistante sociale

V6 : Le médecin d'Avicenne j'ai jamais parlé avec eux. Je savais même pas qu'il y avait un médecin.

V8 : Je sais enfin moi quand j'y suis allée, il y avait une infirmière ou en tout cas quelqu'un qui s'occupait vraiment du médical.

V9 : Ben en fait je savais pas et j'ai vu parce que mon voisin au-dessus il est suivi par Quoi de neuf et c'est vrai qu'une fois y a une dame de Quoi de neuf qui est venue et moi je savais pas (parle des visites à domicile)

En ce qui concerne les ateliers collectifs, aucun n'en a entendu parler. Il est évident qu'il ne s'agit donc pas des mêmes personnes qui participent aux ateliers, et qui ont recours aux permanences Avicenne.



III. Les attentes et les craintes avant le contact

Nous nous sommes intéressés à ce qu'a ressenti chaque personne avant de se rendre à une permanence ou avant de téléphoner à l'équipe Avicenne, afin de comprendre ce qui pourrait être un frein à ce recours.

Deux grandes catégories sont ressorties : d'un côté les craintes donc les freins, de l'autre les attentes, donc les souhaits.

1. Les craintes

Certains individus n'ont eu aucune crainte avant de contacter et rencontrer l'équipe. La recommandation par un proche permet parfois de rassurer. L'étiquette Quoi de 9 encore une fois a un rôle rassurant également.

V5 : J'avais aucune crainte ! Une crainte de quoi ? Non rien du tout

V3 (aucune) : moi ça me pose aucun problème on a le contact assez facile avec les gens, on est habitué à communiquer, non ça nous a posé strictement aucun problème.

V9 : moi j'y vais, j'ai pas d'appréhension, pas de... Je me dis c'est conseillé alors c'est des gens qui connaissent leur métier

Pour d'autres, la peur d'être jugé était importante, d'être étiqueté comme « assisté » et donc d'être mal vu. Cela peut s'expliquer par une situation de désespoir avec une dévalorisation de soi.

V4 : J'avais peur, parce que je connaissais pas, j'ai dit qu'est-ce que je vais demander, comment je peux demander les choses [...] Parce que j'avais toujours ce cliché, les arabes ils demandent tout. [...] ça m'a fait peur de dire heu : je veux divorcer, et je sais pas par où je commence ou, qu'est-ce qu'il faut faire

VI : Ouais, j'ose pas. [...] L'autre fois j'l'ai tenté, [...] j'veus ai proposé quoi d'venir ici En m'attendant à c'que ça soit un refus

D'autres ont exprimé la peur d'être mal reçu dans le sens humain, c'est-à-dire avec un accueil froid, l'absence d'écoute, qui n'encouragerait pas la discussion.

V4 : [peur] De jugement. Et de l'inconnu. Et heu, comment ils vont répondre comment ils vont être avec moi ? Gentil ou pas gentil ? Ils vont m'aider ou pas, je suis en train de prendre la bonne décision ou pas ?

V8 : donc voilà après je suis un petit peu réticente quand je dois aller chercher de l'aide parce que je sais pas quelle aide je vais trouver et si vraiment je vais trouver de l'aide

Enfin, dans un village où les habitants se connaissent tous, certains avaient peur du regard des autres. Nous proposons lors de nos passages à domicile de retirer les magnets afin d'anonymiser le camion. Cela est important pour certains, quand pour d'autres cela n'est pas nécessaire. Le faire semble utile afin de ne peser sur aucune des personnes.

V4 : Parce que ici, j'habite ici et tout le monde il connaît tout le monde, j'avais un peu... C'est pas honte ! Mais j'avais juste envie de faire mes papiers, en-dehors du regard de l'ex, ma belle-famille.

2. Les attentes

Parfois, il n'y a pas d'attentes clairement définies au préalable.

V4 : J'avais pas d'attente, j'avais juste... j'avais besoin de pas me sentir handicapée par rapport à mon problème de lire et écrire

Mais pour tous, le rapprochement géographique est ce qui leur a permis d'entrer en contact avec Avicenne. Parfois, ils prolongent le suivi dans les locaux de l'association lorsque cela est possible, mais tous sont unanimes sur le fait que les passages à domicile et les permanences délocalisées sont primordiaux.

V5 : Moi je trouve que quand même un médecin itinérant serait indispensable

V1 : Dans les situations actuelles comme en ce moment, pour moi ou pour d'autres qu'ont plus le permis, si ils pouvaient passer à domicile hein quoi de neuf quand on en a besoin, c'est sûr que c'est plus pratique hein

Si l'absence de jugement paraît évidente, l'écoute et le soutien font aussi partie des attentes que certains des participants espéraient. D'autres ne l'expriment pas dans leurs attentes initiales, mais vont le mentionner comme expérience vécue, ce que nous verrons plus loin.

V3 : Bah oui, le minimum c'est de rassurer les gens parce qu'on... Ma femme quand elle les a rencontrés Samira, elle leur a dit voilà on est en galère là.

V3 : Voilà qu'on sache qu'on est écouté, qu'on s'occupe de nous quoi.

Une attente revient de la part de plusieurs participants, celle de faire le lien avec d'autres structures ou institutions, afin de suivre un dossier, de poser un recours ou une demande. Une personne va plus loin en exprimant la nécessité d'avoir un représentant pour avoir un poids plus important. En effet, la lenteur administrative peut parfois laisser croire que l'on est oublié, ou que le dossier est égaré, et certains se sentent perdus face aux différents interlocuteurs qui peuvent se renvoyer la balle ou qui ne donnent pas suite à leur demande. Avicenne peut permettre dans ces cas-là la discussion entre professionnels, et ainsi accélérer le traitement des demandes en cours. La complexité administrative est fréquemment relevée par les individus, et ils se sentent souvent dépassés.

V5 : Ce qui ne va pas, c'est que vous avez... En tant qu'individu. En tant que personne toute simple, comme moi, vous avez une demande. Il faudrait qu'il y ait une personne, si cette association pouvait faire le lien

Bien sûr, une des attentes premières des interviewés est la réponse à leurs questions. Leurs questions portent sur des sujets assez divers, et notamment :

- Le logement (rapprochement d'un village, logement insalubre, conflits avec propriétaire, demande de logement social...)
- L'ouverture de droits, la demande de CMU ou de complémentaire
- Le partage de contacts (aide alimentaire, cours de français, boîte d'intérim solidaire...)
- La demande ou le renouvellement du RSA
- Le suivi d'un dossier en cours
- L'aide matérielle : l'accès à internet, les cerfa disposition, l'impression de documents
- Une aide financière ou un dossier de surendettement

V5 : Des adresses, des contacts, parce qu'à l'époque j'avais rien du tout j'avais pas le téléphone, on a mis un temps fou, on a mis presque quatre mois pour avoir le téléphone ici, c'était un bordel pas possible

V8 : l'écoute sans jugement ça c'est très chouette et si possible des réponses aux questions que je me pose, mais bon voilà si ils ont pas les réponses tout de suite ils ont un ordinateur, internet, on recherche ensemble

Les premières questions abordent le plus souvent des problèmes sociaux. Pour une personne, la santé a été le premier motif du contact avec Avicenne, et elle a été abordée ensuite par plusieurs des participants.

Avant de contacter l'équipe

Craintes

- Aucune
- Peur d'être jugé
- Peur d'être mal reçu
- Peur du regard des autres

Attentes

- Ecoute, accueil voire soutien psychologique
- Rapprochement géographique
- Absence de jugement
- Faire le lien
- Répondre à leurs questions

IV. La présence d'un interne de médecine générale

La présence d'un interne de médecine générale est globalement considérée comme un plus, mais certaines personnes ont fait part de leur réserve concernant sa légitimité. Il s'agit surtout d'une différence de représentations, comme nous allons le voir.

1. Les points positifs

En ce qui concerne la représentation, pour certains l'interne présent lors des permanences sera plus accessible, car il leur paraît moins institutionnel qu'un médecin installé ou dans un centre hospitalier. Il est le plus souvent considéré comme un médecin comme un autre, sans différence par rapport à un confrère installé.

V3 : Moi personnellement, je préfère un type qui vient en camion. Voilà, c'est moins.... C'est moins heu... C'est moins officiel.

V9 : Parce que souvent, parce que y a des gens qui ont perdu confiance en eux ou dans la société et je pense que c'est plus facile pour eux d'aller au camion

V9 : [...] qui ont peur d'être un peu... Comment dire ? Trop cadré, y a beaucoup de monde, beaucoup de spécialistes, beaucoup de... Alors que là c'est une consultation mais en même temps ça passe dans le cadre d'un rdv avec Quoi de neuf, c'est sûr que pour certaines personnes c'est peut-être un peu moins effrayant quoi

Pour beaucoup, sa présence lors des tournées pourrait être utile à des personnes isolées, des personnes âgées ou des personnes sans mobilité.

De plus, la relation de confiance leur paraît plus facile à établir, du fait d'une relation plus horizontale, moins hiérarchique, et donc une parole plus libre.

Comme exemple, plusieurs personnes se sont adressées à moi lors de tournées pour discuter de la vaccination, dans une région où elle peut être controversée. En discutant avec ces personnes, j'ai appris à élargir mon argumentaire, je me suis renseignée sur les réponses que je pouvais leur donner. Certains m'ont indiqué ne pas aborder le sujet avec leur médecin généraliste, de peur que celui-ci se braque. Les permanences peuvent être un lieu où des sujets sont abordés de manière plus libre, ou peuvent faire passer des messages de prévention auprès d'un public hermétique à un discours trop fermé et méfiant envers les institutions.

V3 : là, il vient il met pas de blouse, il s'assoit, il boit un café, il discute, il papote, c'est plus naturel j'imagine pour celui qui a des, des choses à dire, qui est plutôt gêné dans un cabinet des choses comme ça, pour les exprimer il va être beaucoup plus à l'aise dans ce cas-là

Pour d'autres le binôme travailleur social / médecin apporte une valeur ajoutée. Il permet une vision globale de la personne et ainsi, une meilleure compréhension des problématiques médico-sociales qui sont parfois imbriquées.

V10 : moi qui ai des problèmes de santé je suis content de pouvoir parler avec un médecin, comme je vous l'ai dit j'ai un dialogue très limité avec mon médecin traitant

V9 : Ben moi je trouve ça très bien, comme je vous dis, ça permet d'aborder plusieurs sujets, ça permet aussi, si la personne de l'association elle connaît ou elle connaît pas une maladie, qu'on lui explique plus clairement

V3 : c'est rassurant qu'il y ait quelqu'un de formé qu'il y ai quelqu'un du métier, une assistante sociale elle, elle s'occupe de ce qui va être administratif et tout, le docteur heu, il va avoir une autre vue

2. Les points négatifs

A l'inverse de certains participants, une personne pense que le fait que l'interne en médecine ne soit pas connu des habitants peut poser un problème. En effet, dans un territoire où tout le monde se connaît, il peut être difficile de se confier à un inconnu.

Pour plusieurs individus, le fait d'être en camion dans le cadre de tournées itinérantes dévalorise le statut de médecin, et le rend moins crédible, moins sérieux.

V1 : Pour les gens en général hein j'imagine hein, parc 'que bon on connaît pas... ça fait pas si sérieux que l'assistance sociale ou le toubib heu local quoi. Dans l'esprit des gens hein.

V2 : C'est normal non ? Moi je pense que c'est normal. Faut mieux aller voir un docteur quand c'est comme ça. (parle de l'absence de prescription)

Pour certains, la casquette Quoi de 9 rassure et garanti la légitimité. Pour d'autres au contraire, elle a l'effet inverse. Etant dans une démarche de lien social, l'association a parfois une réputation d'aider des personnes en marge de la société. Les résultats ci-joints montrent que l'effet été positif pour la totalité des personnes, et les a même poussés à nous contacter.

Pour une même personne, il est légitime que l'interne en médecine ne puisse pas prescrire à cause de son statut d'étudiant.

Pour les participants qui ne remettent pas en question le rôle de l'interne, et qui le considèrent comme un médecin comme un autre, le point négatif le plus important est l'absence de prescription.

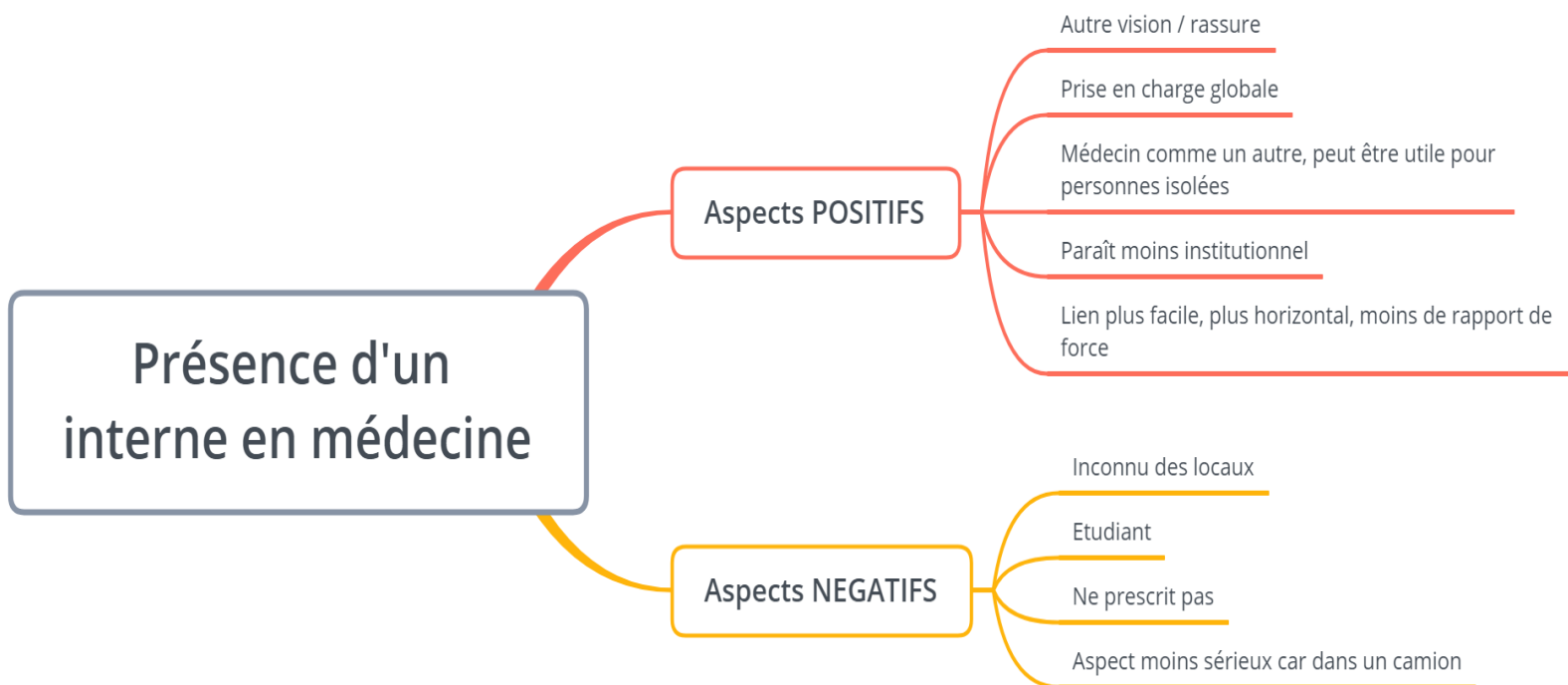
V3 (absence prescription) : j'trouve ça un peu dommage. S'il est médecin, s'il est qualifié, s'il a étudié pour, s'il est en capacité de, bah je comprends pas pourquoi il aurait pas le droit de faire une ordonnance

A l'inverse, certaines personnes pensent qu'il est plus prudent de ne pas avoir cette possibilité car les personnes ne sont pas suivies par ce médecin, et un manque d'informations importantes pourrait gêner une bonne prise en charge. Ou encore que ces prescriptions pourraient faire doublon avec les ordonnances de leur médecin traitant. Certains interviewés ont pu dire que l'orientation, le conseil, l'écoute étaient déjà précieux et suffisant pour le médecin d'Avicenne.

V4 : L'association il y a des gens qui la fréquente qui sont honnêtes et pas honnêtes, désolé de dire ça, genre y a des médicaments qui sont des calmants, des anti déprimeurs, avec l'alcool avec la drogue ...

Les avis sont parfois contradictoires, mais la grande majorité des personnes encourage la présence d'un interne en médecine.

Souvent d'ailleurs, nous traitons le plus urgent et qui concerne le social, puis nous pouvons aborder la santé dans un second temps.



V. Le suivi médical

1. **Suivi en cours**

Deux patients atteints de maladie chronique ont un suivi médical bien en place. Le regroupement des professionnels est bénéfique pour ces patients, puisqu'il leur permet de grouper les rendez-vous en un endroit unique, et permet une meilleure coordination des soins entre professionnels médicaux et paramédicaux.

L'un des patients de rend aux rendez-vous avec son véhicule personnel, l'autre se fait amener par un voisin.

Ils sont tous les deux très satisfaits de cette formule de prise en charge. À noter qu'ils résident chacun à une distance inférieure à 15km de la MSP où ils sont suivis.

V8 : *Donc c'est quand même chouette qui ait ce centre médical je trouve qui se développe parce que petit à petit il y a de plus en plus de praticiens*

V9 : *Ici l'accès aux soins, depuis qu'il y a la maison de santé c'est idéal, au Collet, c'est idéal.*

V9 : *Et puis l'avantage avec la maison de santé c'est que c'est... Comme ils... Ils ont des réunions ensemble, et ils travaillent tous ensemble, du coup ça facilite entre les infirmières, médecins... Psychologue... [...] Et voilà du coup ça permet de coordonner les choses, un peu de se tenir un peu... De faciliter les soins, voilà ça facilite les soins pour tout le monde, c'est plus clair quoi.*

2. Absence de suivi

Pour certains, aucun suivi n'est en cours, parfois par absence de besoin (déménagement récent, pas de problème de santé en particulier), parfois par renoncement. Des interviewés ont pu dire clairement que la santé n'est pas une priorité, qu'elle passe après les problèmes socio-administratifs. Il existe donc une hiérarchisation des problématiques. C'était un des objectifs initiaux de ce projet que de remettre la santé au cœur des préoccupations.

Le renoncement est secondaire à des raisons diverses :

- Absence de couverture sociale ou de complémentaire et manque de moyens financiers donc avance / règlements des frais difficiles
- Manque de mobilité qui limite les déplacements aux cas de force majeure
- Absence de choix de médecin, contact avec le médecin qu'ils trouvent non satisfaisant, ce qui ne les pousse pas à aller régulièrement chez leur médecin
- La santé passe après d'autres priorités : problèmes administratifs, soucis personnels...
- Le temps d'attente est jugé trop long

V1 : *Pareil, j'aurais eu des problèmes médicaux ? Pfff (bruit de bouche) bah pour aller au toubib j'sais pas comment j'ferais hein. Le faire déplacer ? Mais j'ai pas d'complémentaire alors j'veux dire combien ça va m'coûter tout ça hein ?*

V5 : *Moi j'ai rien contre hein, mais j'ai pas eu le feeling. Et moi j'avais tellement un bon médecin, que... Que voilà*

V5 : *Et non j'ai pas fait la demande. Je dois l'avoir sur mon ordinateur mais je l'ai pas encore sortie. Bah parce qu'il y a d'autres problèmes à régler auparavant, et comme vous êtes seule !*

V5 : *Ça fait trois ans que je suis là, j'ai pas fait ma demande de CMU, je n'ai pas vu de médecin, je n'ai pas vu de dentiste, heu... J'ai un suivi normalement, je ne me suis pas faite suivre parce que.... Voilà*

V8 : *Je pense que c'est vraiment un tout, ils ont pas envie d'attendre, ils ont pas envie de demander à quelqu'un d'autre de les emmener, ils ont pas ...*

V10 : *Parce que si on s'entend pas avec celui du village, y en a pas d'autre. Y a pas de choix. Et c'est important de bien s'entendre avec son toubib*

V10 : *Parce que j'ai pas vraiment de suivi finalement. Si j'avais un peu plus de mobilité, j'aimerais bien avoir une thérapie un peu plus personnelle sans problème*

Plusieurs personnes se sentent fragiles, vulnérables. D'autres considèrent leur santé comme bonne, et espèrent ne pas tomber malade, car ils se demandent comment ils feraient pour accéder aux soins.

Une partie des personnes entendues décrit également une forme de rejet de la médecine « classique » et préfèrent avoir recours à la médecine homéopathique ou à l'automédication.

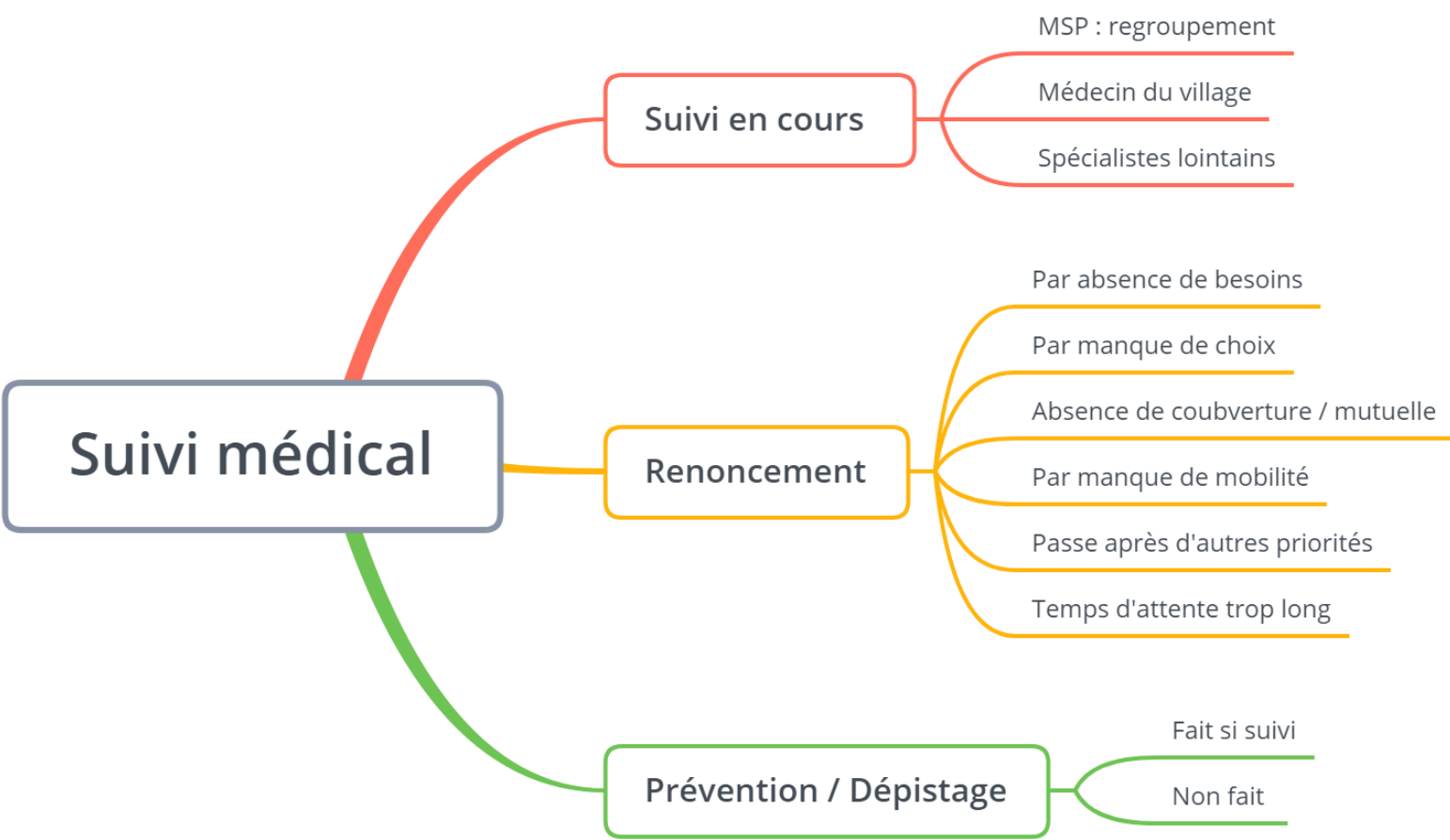
V10 : mais je souffre. Si vous voulez je suis obligé de lutter contre cette espèce de mortification permanente. C'est ce sentiment de mort en fait qui me préoccupe depuis mon plus jeune âge

V7 : Même là il fallait que j'attende de monter à Paris pour faire des radios et tout. Là ça va mieux mais la première année des fois... Pendant un an j'étais mal

En ce qui concerne les examens de dépistage recommandés par la sécurité sociale, pour deux personnes, ils ne sont pas faits, car il leur faudrait se déplacer pour pouvoir les réaliser, ou par oubli, puisqu'aucun médecin ne leur rappelle ni ne leur explique.

V5 : Vous savez la Sécu vous envoie régulièrement des documents, arrivé à un certain âge. Faites ceci, faites cela. On le fait pas.

Le suivi médical est donc très irrégulier pour l'ensemble des participants. Et le renoncement est important. Les examens de dépistage recommandés par la Sécurité Sociale ne sont pas réalisés lorsqu'il n'y a pas un médecin qui suit la personne.



VI. Retour d'expérience

Chacun a pu s'exprimer sur les émotions ressenties après la rencontre avec l'équipe et parfois la mise en place d'un suivi a été mis en place.

1. **Les intérêts**

Tous sont unanimes pour dire que l'accueil est sympathique, l'équipe bienveillante ce qui permet une parole libre. L'établissement d'une relation de confiance est souvent mentionné. Cela correspond bien aux attentes initiales.

V4 : Mais dès que je les ai croisés, j'ai discuté avec eux, ils m'ont donné, ils sont restés avec moi presque une heure et demie et ils m'ont mis... à l'aise et heu... C'était génial. Vraiment c'était génial. C'était un ... bah pour moi c'était un soulagement

V8 : ils sont vraiment à l'écoute en toute objectivité et ça se ressent, et du coup on peut avancer quoi, on arrive à se sentir en confiance, et voilà la confiance c'est important ça fait beaucoup défaut en ce moment je trouve

V3 : Ah complètement satisfait puisqu'après on a fait des dossiers, puis après c'est passé, après on a eu l'aide, non c'est heu un service qui a été très utile pour nous.

Certains ont apprécié la flexibilité parfois possible pour les lieux de rendez-vous, notamment le passage à domicile dans des communes où il n'y a pas de permanence régulière. Le rapprochement géographique est ici aussi un élément primordial.

La majorité a été satisfaite de la régularité des passages, permettant un suivi dans la durée. Certains ont continué le suivi dans les locaux de Quoi de Neuf à Florac, et lorsque cela n'a pas été possible, le suivi a été fait à domicile ou sur un lieu de permanence à proximité.

V6 : Avicenne, j'aimais bien que ça progresse, pourquoi ? Parce que le jour que j'ai demandé, on m'a dit « mais nous on connaît pas St Martin » et j'ai dit le nom d'un village qu'on va passer pour venir, mais quand même vous êtes venus.

V8 : Et c'est régulier donc on est pas laissé à l'abandon, c'est fréquent... C'est pas une fois tous les trimestres non plus...

Le binôme travailleur social / médecin est le plus souvent indiqué comme un point positif, ce qui rejoint le paragraphe précédent.

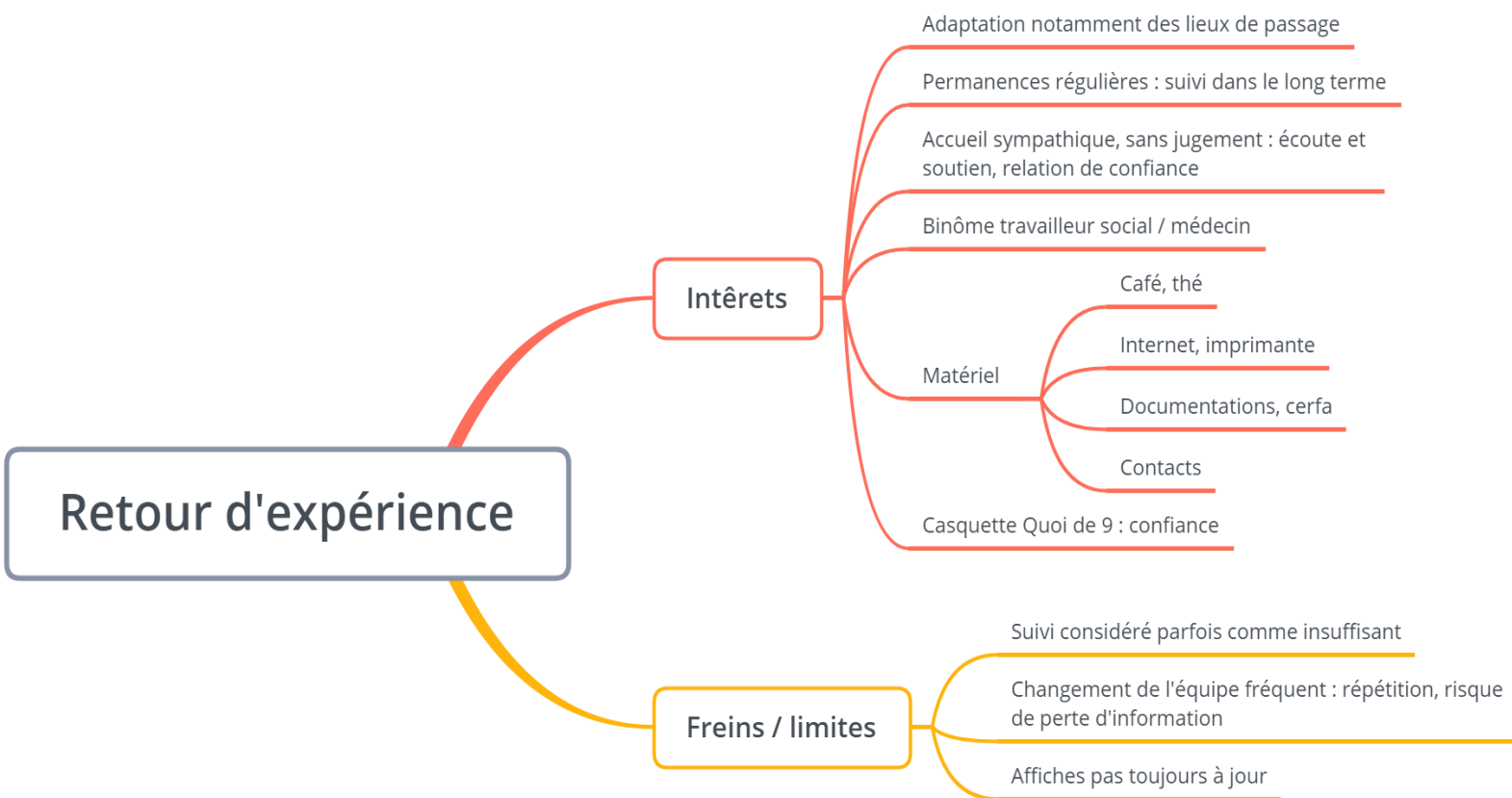
Pour plusieurs participants dont surtout deux, le soutien apporté lors de la première rencontre a été décisif dans la suite de leur prise en charge. Ces deux personnes traversaient un épisode de souffrance et de désespoir important. Le fait d'avoir été écouté, soutenu, et orienté vers les bonnes personnes leur a permis de remonter la pente. Pour eux, le binôme a été indispensable. D'autres ont trouvé une oreille attentive et soutenante, permettant de débloquer une situation complexe et d'accéder à une meilleure qualité de vie (accès à un logement, une aide financière, aide à l'autonomisation...).

V6 : dès que j'ai trouvé Avicenne, je voyais que, c'est comme si j'étais en train de me noyer, mais on m'a pris la tête et on m'a soulevé en haut et ça m'a fait du bien, regarde...

V8 : Et j'y étais allé pas du tout pour parler et vider mon sac sauf que ça s'est fait quand même et ça m'a fait du bien !

La présence de matériel est toujours considérée comme un avantage, tant pour le matériel « professionnel » que pour partager un café ou un thé. Les temps d'échanges plus informels parfois, ont été appréciés par plusieurs participants, notamment les personnes seules mais pas uniquement. L'accessibilité de l'équipe paraît essentielle.

Son carnet d'adresse inter professionnel est également apprécié.



Enfin, comme cela a déjà été mentionné précédemment, le fait que le projet soit porté par une association locale connue des habitants a été indispensable pour gagner la confiance envers ce dispositif, ainsi que pour l'ébruiter de la manière la plus large possible.

2. Les freins

Une personne a regretté un suivi pas assez soutenu. Elle a dit avoir attendu un rappel pour le suivi d'un dossier, qui n'a pas eu lieu.

Un point plus souvent relevé, est le changement d'équipe. En effet, les internes de médecine vont se relayer tous les 6 mois, et l'équipe de Quoi de neuf a eu un turn-over important cette dernière année. Nous pouvons bien comprendre la difficulté des individus de se confronter à chaque fois à des personnes différentes, de répéter leur histoire avec le risque de perdre des informations.

VI : Faudrait pas qu'ça change trop souvent non plus de personne, avoir affaire quand même régulièrement aux, aux même personnes, de personnel quoi, qui simplifie les choses aussi puisqu'elles vous connaissent déjà

Pour le semestre d'été 2019, le poste d'interne n'a pas été pourvu. Les anciens internes ayant participé au projet Avicenne sont venus assurer quelques tournées pour soulager l'équipe de Quoi de 9. Le turn-over a donc été encore plus important. Les prochains stages étant pourvus, la situation devrait retrouver une stabilité pour 12 mois. Parallèlement après une période de recrutement, l'équipe de Quoi de 9 a l'air d'être bien stabilisée actuellement.

Une personne a mis le doigt sur une question importante : la confidentialité. Elle reproche à l'équipe Avicenne notamment au travailleur social présent à ce moment-là, d'avoir manqué de discrétion à propos de sa maladie. Il semble très important de pouvoir respecter la confidentialité, que cela soit par rapport au travailleur social, par rapport aux personnes proches (passants, voisins etc...). Une consultation uniquement avec le médecin ou uniquement avec le travailleur social doit être une option pour chaque personne reçue. À l'équipe de le proposer systématiquement.

V10 : moi je lui ai dit plein de fois, je veux pas en parler, je veux que ça reste privé, je veux qu'il y ait de la confidentialité dans notre échange, et y a pas eu cette confidentialité

Cette même personne reproche également au travailleur social présent à ce moment-là, de ne pas avoir suivi le conseil du médecin présent qui était de l'orienter vers un psychologue pour un soutien. Il explique qu'il s'est présenté au CMP plus tard, dans un état psychologique de grande souffrance et que cela aurait pu être pris en charge plus tôt.

V10 : Un premier reproche parce qu'on a pas pris en compte on va dire mes difficultés psychologiques au moment où j'en ai parlé

Enfin, une personne trouve qu'être reçu à la mairie était plus convivial car à l'abri, avec possibilité de s'asseoir en cas d'attente, et de rester quelques temps pour échanger. Les personnes sont reçues dans le camion autour d'une table, sur deux banquettes, mais il n'y a effectivement pas d'abri en cas de pluie...

VII. Les perspectives

Pour tous, la présence de ces permanences est importante et la première des perspectives exprimées, à l'unanimité, est la pérennisation des tournées Avicenne.

La mobilité donc l'aller vers est indispensable et beaucoup pensent que cela peut être utile pour d'autres personnes qu'eux-mêmes. Certains évoquent même l'élargissement des lieux de permanence afin de proposer ce service à un périmètre plus large.

V1 : qu'ils continuent dans la lignée quoi ouais quoi... D'être bah présents déjà d'une. Et puis bon bah heu... Qu'ils aient toujours les formulaires

V6 : Si ils ont des mobilités pour voir tous les villages aussi, ça va être très bon quoi. Parce que ça va aider les gens quoi.

V9 : Ah je trouve que c'est déjà bien, y a quand même la maison qui accueille à Florac, le camion qui se déplace, les gens de l'association qui peuvent venir chez les gens, je trouve que déjà c'est déjà...

Plusieurs pensent que la possibilité d'avoir des ordonnances serait intéressante. Cela permettrait pour certains de rentrer dans une démarche de soins, notamment pour ceux ou celles qui se sentent en décalage par rapport aux institutions. L'objectif est bien sûr d'orienter, à terme, vers le droit commun. La présence du médecin est encouragée pour la majorité.

V8 : je vois pleins d'anciens enfin je vois bien, on pourrait les mettre de force dans une voiture ils n'iront pas voir un médecin. Si par contre on vient les voir, près d'eux, qu'ils ont pas besoin d'aller plus loin que leur jardin, je pense que ça peut les aider

V5 : Moi je trouve que quand même un médecin itinérant serait indispensable

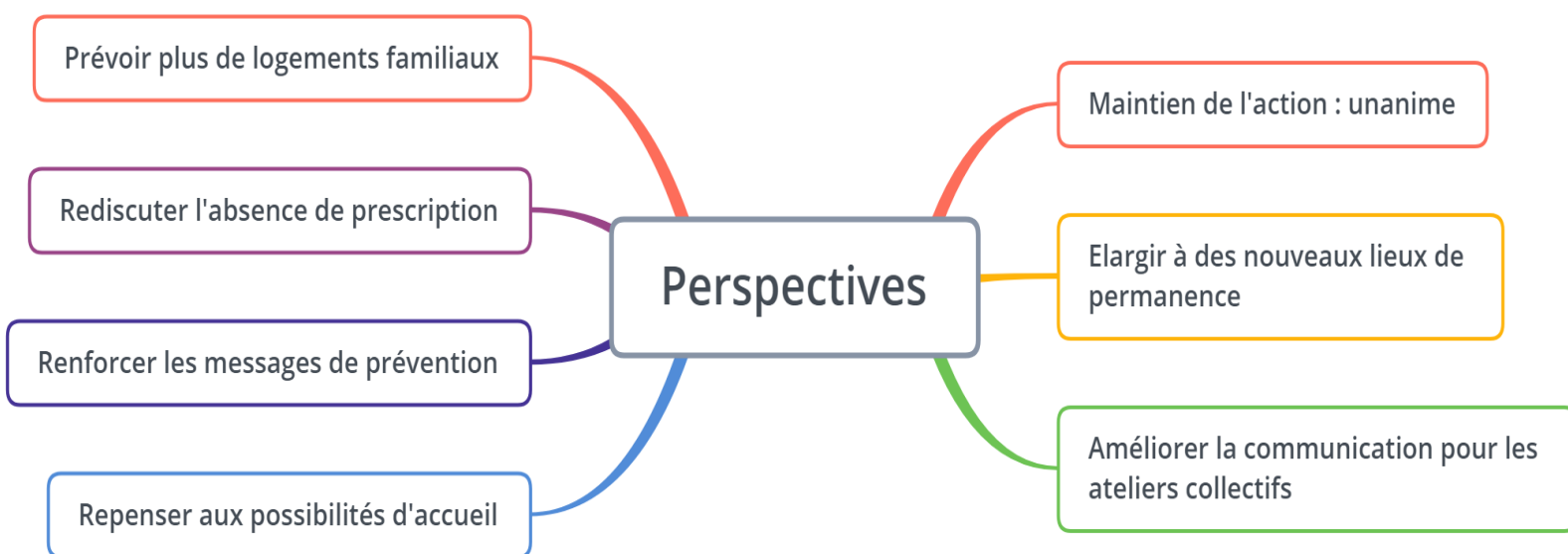
V10 : moi qui ai des problèmes de santé je suis content de pouvoir parler avec un médecin, comme je vous l'ai dit j'ai un dialogue très limité avec mon médecin traitant

Pour des participants, le fait d'être représenté face aux institutions ou d'autres structures administratives doit être renforcé. Certains se sentent ensevelis par les problèmes de papiers, de demandes, et insistent sur le besoin d'avoir un poids, d'être représenté par un professionnel qui aura plus de moyens pour suivre un dossier, ou demander un renseignement.

Une personne remarque que les logements proposés sont plutôt adressés à des personnes seules, et qu'élargir les possibilités à des familles serait bénéfique. Il existe en fait quelques appartements de plus grande taille mais en moins grand nombre, ils sont donc plus souvent occupés.

V9 : Voilà, le logement c'est plus fait pour les gens... C'est vrai qu'ils ont affaire plus souvent à des gens seuls.

Un dernier point, non soulevé par les usagers semble évident : la communication sur les ateliers collectifs. On se rend compte ici que ce n'est pas le même public qui est reçu lors des permanences et celui qui vient aux ateliers collectifs, puisqu'aucun participant à l'étude ne sait les définir. Nous avons parfois eu du mal à mobiliser des personnes malgré la présence de professionnels faisant le déplacement, et les sujets qui nous paraissaient importants. Les jeudis du bien-être réalisés par Quoi de 9 arrivaient à être attractifs pour le public, il faudrait revoir la formule pour s'en rapprocher.



DISCUSSION

Nous allons proposer dans cette partie quelques pistes de réflexion concernant le futur de l'action Avicenne, ainsi que les problématiques du territoire de Sud Lozère.

I. Place de l'interne de médecine générale

Nous avons pu remarquer que sur l'ensemble des personnes interrogées, une minorité a demandé une approche médicale lors de sa venue. Le sujet le plus fréquemment abordé est d'ordre social, et parfois peut évoluer vers des questions médicales. Cependant dans le bilan intermédiaire réalisé par Quoi de 9 en 2018, les demandes médicales représentaient une part bien plus importante et étaient même majoritaires. L'échantillon pris ici n'est donc pas un reflet exact de l'ensemble des personnes reçues par Avicenne.

La présence du médecin en elle-même n'est pas toujours identifiée. La présentation de l'IMG devra être plus simple (médecin en formation par exemple) et rappelée à chaque entretien pour permettre à chacun de repérer sa présence, et ainsi y avoir recours en temps voulu.

Proposer des prescriptions médicales serait bienvenu pour une majorité de participants, même si deux expriment des réserves.

Devant l'impossibilité de prescription médicale pour l'IMG, il pourrait se discuter de le remplacer par un(e) infirmier d'état formé en santé publique et prévention, comme les infirmier(e)s Azalée ou un(e) médiateur(trice) en santé comme le proposait Thibaud dans sa thèse. Cependant ce remplacement poserait la question du financement de ce(tte) nouveau(elle) salarié(e). De plus, il nous semble que pour les internes de médecine générale, il s'agit d'une expérience singulière et formatrice. Il serait peut-être intéressant de rediscuter avec le Conseil de l'Ordre de la possibilité d'autoriser les IMG dans des conditions précises et restrictives, pour des personnes isolées, sans suivi médical.

Au prochain semestre, un interne de santé publique va participer aux tournées Avicenne, son abord pourra servir pour la suite de l'action.

II. Les ateliers collectifs et la prévention

Concernant les ateliers collectifs, il est apparu que les personnes y participant ne sont pas les mêmes que celles reçues lors des permanences.

Plusieurs hypothèses pour cela :

- Le manque de mobilité. Malgré l'organisation des ateliers collectifs dans des lieux différents afin de se rapprocher de chaque commune, la proportion de personne sans permis est importante, et constitue un frein important à leur participation.
- La communication n'est pas suffisante. Lorsqu'un atelier collectif se prépare, le personnel dans le camion pourrait relayer auprès du public et lors des visites à domicile, apposer des affiches lors des permanences sur le véhicule. Nous avons bien vu que les personnes interviewées n'ont pas leur santé en priorité, et probablement qu'elles ne s'intéressent pas à ce genre d'ateliers sans avoir eu d'explication.
- Les sujets abordés lors des ateliers sont destinés à un public large. Leur vocation est de faire de la prévention pour tous. Une possibilité pour élargir le public serait de demander aux personnes reçues dans le camion quels sujets elles aimeraient aborder, pour qu'ils se sentent concernés.

Les examens de prévention ne font pas les examens de prévention de manière systématique. Le manque d'information paraît évident puisque le suivi médical pour certains est absent et les difficultés de mobilité sont toujours un frein pour réaliser ces examens. Il est possible qu'une part des individus ne fasse pas ces examens par choix à cause d'un manque d'information, ou une mauvaise représentation de l'examen lui-même.

Une thèse a été réalisée sur les déterminants à la non-participation au dépistage du cancer colorectal, dans le département de la Lozère (62). Le rôle du médecin traitant est primordial dans la réalisation des tests. L'âge joue un rôle avec plus de participation après 60 ans (par rapport à la tranche 50-59 ans). Le fait de vivre en couple a une incidence positive sur la réalisation du dépistage, avec un effet d'encouragement. La méconnaissance de la maladie avec notamment la méconnaissance d'une phase longue asymptomatique, et la croyance qu'il s'agit d'une maladie incurable sont également des freins repérés dans l'étude. Le fait d'être actif et de n'avoir donc pas de temps à consacrer l'est également. Il ressort également de l'étude que l'absence d'antécédents familiaux fait croire à une protection vis-à-vis de la maladie, et que la volonté de liberté de choix, d'autonomie dans la gestion de son suivi sont importants pour les personnes interrogées.

La thèse se conclut par des propositions de moyens de communication spécifiques en échos aux résultats de l'étude, et le renforcement du rôle du médecin traitant pour expliquer la maladie, le dépistage, parler des traitements possibles etc...

Or concernant nos participants, plusieurs ont plus de 50 ans, vivent seuls et n'ont pas de suivi médical. On peut supposer que le dépistage n'est pas fait.

Avicenne pourrait essayer de cibler cette population, et lorsqu'il est possible en fonction des situations, prendre le rôle du médecin traitant inexistant, afin de sensibiliser au dépistage (que cela soit du CCR, du sein ou du col utérin). Si l'IMG présent à Avicenne pouvait avoir accès à des tests de dépistage pour les distribuer, cela pourrait peut-être permettre un élargissement de la participation.

III. La réunion du médical et du social

Dans nos résultats, nous pouvons remarquer que les renonçants rejoignent les caractéristiques retrouvées dans le diagnostic de l'accès aux soins établi par le CCSS et l'Odenore, rapport publié en 2016 (23). Avicenne joue un rôle important dans l'ouverture des droits qui est une des principales demandes des usagers, permettant d'améliorer l'accès aux soins. Une question se pose alors : Quelle est la place du social dans les MSP, ou dans les cabinets libéraux ? La réponse est aucune, que cela soit en rural ou en ville.

Si la création de MSP paraît adaptée dans le milieu rural, améliorant les conditions de travail pour les professionnels, et permettant un regroupement et une meilleure coordination pour les patients, il n'est pas prévu de place pour un travailleur social. Nous avons pu le voir dans l'introduction, l'association médecin-infirmier(e) par exemple dans le cas d'un(e) infirmier(e) Azalée permet une amélioration concernant le suivi des pathologies chroniques, et la prévention secondaire. Si dans ces lieux, un travailleur social pouvait avoir une place, cela faciliterait certainement les situations complexes pour les médecins et autres professionnels para médicaux.

Il existe des endroits où le médical et le social sont réunis, c'est le cas notamment dans les CSAPA, les PMI où assistant(e)s sociaux et équipe médicale sont étroitement liés, et travaillent en équipe. À l'hôpital, les services sociaux sont inclus dans les services.

C'est également le cas dans certaines associations de santé comme Médecins du Monde ou des centres de santé avec une équipe pluridisciplinaire, médicale et sociale.

Les médecins généralistes libéraux sont souvent bien seuls face aux situations sociales complexes. Bien qu'ils puissent donner des soins gratuits si nécessaire, l'objectif est d'accompagner les patients vers le droit commun. Or il n'est pas toujours facile pour une personne en difficulté de s'adresser à plusieurs organismes pour demander de l'aide.

Avicenne, en proposant le binôme médical et social, semble proposer une formule qui facilite la demande d'ouverture de droits et donc l'accès aux soins.

Dans le PRS de l'ARS, un des objectifs est le décroisement et la territorialisation des soins de premiers recours pour améliorer la coordination de la prévention et des soins. Inclure une antenne sociale prend tout son sens.

Un travail de recherche a été réalisé pour comparer le système de soins en France et en Catalogne (63). On découvre qu'en Catalogne les soins primaires sont organisés en centres de santé gérés par les communes, ils sont publics, regroupant une équipe pluridisciplinaire avec des professions du sanitaire et du social. Tous sont salariés. De telles structures commencent à émerger en France mais sont encore plutôt rares. Comme exemple il existe la Case de Santé à Toulouse. Ce centre de santé communautaire réuni en son sein des médecins généralistes, une sage-femme, des assistant(e)s sociaux, deux psychologues, des médiatrices en santé. Un centre de santé solidaire Human Santé, a également ouvert en Août 2019 à Montpellier, regroupant médecins généralistes, sage-femme, assistante sociale, infirmier(e)s, animatrice physique adaptée et administrateur.

IV. Critères d'évaluation du projet

Médecins du Monde fourni un outil de planification pour les projets de santé, utilisé par Thibaud de la Fourrière pour l'étude de terrain et la réalisation (64). Cet outil propose un chapitre concernant l'évaluation d'un projet, selon les critères de l'OCDE. Ainsi sont évalués :

- La pertinence,
- L'efficacité,
- La viabilité et l'interdépendance,
- L'efficience,
- L'impact.

Une infime partie a été réalisée dans ce travail mais une thèse entière pourrait être faite sur l'évaluation du projet et donc des résultats, afin d'avoir un support, un instrument de changement, d'amélioration pour la pratique future.

Un travail de recherche a été réalisé pour étudier l'évolution de la qualité du suivi de patients diabétiques, avant et après la prise en charge par le protocole Asalée, dans les deux villes des Landes (65). Les résultats retrouvent une augmentation significative des examens de suivi donc de prévention, en comparant avant et après la prise en charge par Asalée. Le suivi par une IDE de santé publique (IDE Asalée) améliore donc le suivi des patients et le dépistage. Une étude a également été réalisée par l'irdes (étude Daphnee) pour évaluer l'expérimentation des médecins et infirmiers au sein d'Asalee.

Le rôle de l'éducation thérapeutique est primordial pour l'amélioration du suivi des patients, et pour élargir le dépistage à un plus grand nombre de patients. Les études concernant le dispositif Depropass cité plus haut montrent également que la proximité et le suivi par un médecin traitant augmente la réalisation des dépistages. Le projet Avicenne doit prendre une place sur ce plan-là. L'inclusion d'une IDE Asalee pourrait permettre de proposer cela de manière itinérante, en binôme avec le médecin et ainsi espérer toucher une population plus large. L'interne en médecin pourrait réaliser ces examens, peut-être en demandant conseil à l'IDE d'Asalee (présentes sur Florac et au Collet-de-Dèze).

V. La littérature

1. **La santé et la précarité**

Plusieurs travaux de thèse ont été réalisés concernant le suivi médical des personnes vulnérables. Un travail qualitatif a étudié les obstacles à l'accès aux soins dans une population de personnes en situation de précarité (66–68). Les résultats montrent que la santé n'a pas la même représentation. Elle est considérée comme secondaire dans leurs priorités, et elle est préoccupante uniquement pour une prise en charge curative. Le renoncement est parfois secondaire à une volonté de liberté et donc une volonté de garder une autonomie concernant la gestion de sa santé. La gestion du quotidien est prioritaire. La peur d'être stigmatisé est aussi une raison du renoncement et parfois même la mauvaise estime de soi, le désespoir lié à une situation de précarité. Il existe parfois une lassitude vis-à-vis des soins et des professionnels rencontrés. Le système de santé paraît difficile d'accès : lorsque la nécessité de consulter se présente, c'est la mobilité et la méconnaissance du réseau médical qui constituent les principaux freins. Souvent, une incompréhension du système ou de leurs droits en découle.

Cela rejoint nos résultats avec un besoin d'accompagnement vers les professionnels adaptés, ainsi qu'une aide à la mobilité ou un rapprochement vers les personnes. La prévention est également absente des préoccupations des personnes en situation de précarité. Nous devons travailler autour de cet axe pour améliorer la compréhension, tout en respectant la culture et les représentations de chacune des personnes accueillies.

2. **La santé en milieu rural**

Plusieurs travaux de recherche ont été réalisés sur l'accès aux soins en zone rurale. Une étude quantitative intéressante a été réalisée en Bretagne avec comme objectif de déterminer la distance jugée comme acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche. La population visée est celle des personnes âgées de plus de 60ans, dans une zone prioritaire sur l'offre de soins (69). Les résultats montrent que la distance jugée comme acceptable est de 7.3km. 11% des personnes ont expliqué renoncer au moins une fois à consulter leur médecin traitant du fait de la distance.

Des études ont aussi été réalisées sur l'accessibilité des médecins spécialistes en zone rurale. Les plus difficiles à consulter seraient les ophtalmologues, les dermatologues et les psychiatres, d'une part selon les médecins généralistes, d'autres part selon des patients interrogés. Les résultats concernent ici une étude réalisée dans le Nord de la France (70,71).

Une autre étude a été réalisée auprès d'internes de spécialités diverses pour connaître les déterminants à leur installation en ville, et leur avis concernant une installation en milieu rural à faible densité médicale (72). Les résultats montrent un intérêt marqué pour l'exercice en libéral, en groupe, en ville pour raison personnelle, en lien avec une grosse structure et un plateau technique. Les questions concernant le territoire de Mayenne trouvaient des avis plutôt négatifs, malgré la méconnaissance du territoire pour la majorité. Cela reflète assez bien l'avis général des internes, spécialistes ou généralistes. Les zones rurales sont méconnues avec des études centrées sur les villes pendant 10ans. La vie personnelle se développe autour des lieux de formations, l'entourage et le réseau se crée lors de nos études. Il est alors difficile d'envisager s'installer dans un territoire rural, sans connaître l'exercice, ce qu'il existe comme offre de soins, et parfois avec un(e) conjoint(e) qui ne pourra pas toujours trouver un emploi.

Encourager les internes à réaliser un stage en zone déficitaire, ou même une journée par semaine dans le cadre d'un stage de ville pourrait leur faire découvrir une autre façon d'exercer et leur donner envie de s'y installer.

3. La médecine itinérante

Il existe à Genève un Bus Santé dépendant du centre hospitalier, et allant vers la population. Le but est dans un premier temps réaliser une étude sur l'état de santé, mais aussi de faire passer les messages de prévention, et lutter contre le renoncement aux soins. Une interview du médecin en charge du projet est disponible sur le site des hôpitaux universitaires de Genève (73).

Un travail de recherche a été réalisé par un étudiant dentiste sur la mise en place en pratique d'un cabinet dentaire itinérant (74). Nous apprenons que la pratique de soins dentaires itinérants est également interdite par la loi, mais que pour des raisons de santé publique, des exceptions peuvent être accordées. Il existe un bus social dentaire créé en 1996 en région parisienne, devenu depuis une association, œuvrant pour l'accès aux soins dentaires des plus démunis (75).

Les soins dentaires sont les premiers soins auxquels renoncent les personnes en situation de précarité.

Réfléchir à une offre mobile dans le département de la Lozère pourrait améliorer l'accès aux soins et diminuer le renoncement.

VI. Forces et faiblesse de l'étude

1. Les faiblesses

i. La place de l'analyste

Dans les études qualitatives, la place de l'analyste et sa neutralité est primordiale. Bien sûr, chaque analyste a ses expériences et son histoire qui orientent son interprétation. Ayant participé au projet Avicenne et étant enthousiaste, n'ayant aucune expérience dans l'analyse qualitative, nous pouvons émettre l'hypothèse que la neutralité n'était pas toujours respectée, de manière involontaire. De plus réaliser des entretiens individuels en étude qualitative demande un exercice sur la formulation des questions. Nous pensons que les premiers entretiens sont donc de moins bonne qualité que les suivants, à cause du manque d'expérience. De plus, le recrutement, les entretiens et l'analyse ont été réalisés par la même personne, ce qui peut entraîner un biais d'interprétation.

ii. Le recrutement

Les personnes recrutées l'ont été par téléphone. Nous pouvons supposer que celles qui ont répondu positivement sont celles satisfaites de leur accueil et suivi par l'équipe Avicenne, et qu'il peut y avoir un biais de sélection.

Nous étions à la fois le recruteur, l'interviewer et l'analyste, ce qui a pu influencer les réponses données. L'interviewer rappelait à chaque fois l'absence de conflit d'intérêt avec l'association Quoi de 9. Pour diminuer encore le risque de biais, le recrutement pourrait être réalisé par une personne neutre de l'étude afin de ne pas avoir une influence sur la décision de participer ou pas à l'étude.

iii. Le type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une analyse thématique. Or il apparaît dans la littérature que la méthode la plus subjective, et qui permet une analyse plus juste est l'analyse sémiotico-pragmatique de Pierce. Plusieurs articles expliquent cette méthode et la valorisent (76,77). Nous avons réfléchi à cette possibilité avec mon Directeur de thèse ainsi qu'avec le Docteur Oude-Engberink, médecin de référence dans ce domaine. La mise en pratique a été difficile pour plusieurs raisons :

- Verbatims assez longs avec beaucoup de matière, qui auraient nécessité un temps de travail très long pour les analyser avec cette méthode.
- Triangulation impossible à réaliser en pratique, ce qui fait perdre un intérêt à cette méthode.

Nous avons donc décidé de réaliser une analyse thématique, ce qui nous donnerait déjà beaucoup d'informations.

iv. Critères COREQ

Nous nous sommes inspirés de la grille COREQ, lignes directives pour les articles de recherche qualitative. Nous avons pu noter que dans l'équipe de recherche, à propos des relations avec les participants, l'enquêteur connaissait trois participants avant de réaliser les entretiens. Ces personnes savaient qu'il avait participé au projet pendant une période. Cela peut être un biais puisque cela a pu influencer sur leurs réponses au questionnaire, bien que l'indépendance de l'enquêteur et le fait qu'il ne travaille plus pour Avicenne soit rappelé à chaque fois.

2. Les forces

i. La méthode

La méthode qualitative est adaptée pour analyser l'expérience de chaque personne rencontrée. Nous avons réalisé une analyse comparative continue avec une alternance de la collecte et d'analyse des données, et permettre ainsi une analyse progressive en s'adaptant au terrain.

Les verbatims ont été transcrits le plus fidèlement possible.

Nous avons des entretiens assez longs, ce qui représente une force.

L'analyse en continue permet une analyse fine et riche de chaque verbatim.

L'adaptation de la grille d'entretien entre les interviews voulait répondre au biais lié à une possible incompréhension des questions.

ii. La place de l'enquêteur

Le fait que l'interviewer soit également l'analyste et le réalisateur de la grille d'entretien, représente une force paradoxalement puisqu'il sait précisément pourquoi tels ou tels faits ont été relevés, pourquoi telle relance a été faite etc. La maîtrise du sujet est ainsi optimale.

iii. La population recrutée

Nous avons essayé de recruter une population diverse, avec des personnes seules ou en ménage, hommes et femmes, habitant dans des communes différentes, ce que nous avons pu réaliser.

iv. L'éthique

L'éthique a été respecté, avec une anonymisation des verbatims et la signature d'un consentement écrit ainsi que d'une autorisation d'enregistrement pour chaque participant.

v. La significativité

La population interrogée ne représente pas la population Lozérienne, ni la population générale. Mais ce type d'étude n'a pas pour vocation d'extrapoler les résultats à une échelle nationale puisque les résultats ne sont valables que dans un contexte bien précis, un lieu, une situation etc.

CONCLUSION

Le projet Avicenne poursuit les permanences et rencontre un nombre croissant d'individus. Il constitue une proposition d'accompagnement social et/ou médical intéressant, personnalisé et de proximité.

La plupart des interrogés sont satisfaits, et veulent la pérennisation du projet voire l'élargissement de son champ d'action.

Les résultats mettent en évidence une population en situation de précarité, parfois en dehors de toute démarche de soins. Certains peuvent être qualifiés « d'invisibles » aux yeux de la société. Un tel dispositif permet de rétablir un lien avec les administrations, le système de santé etc. Le temps d'accueil et d'écoute est primordial et très apprécié. Ce temps est souvent absent dans les administrations par manque de personnel ou de temps.

Le suivi régulier est également relevé par beaucoup des participants. L'équipement matériel et les moyens de communication apportent une aide précieuse. Beaucoup décrivent une amélioration de leur qualité de vie (logement, ressources, accès aux soins...) après leur rencontre et suivi par Avicenne.

La présence de l'interne de médecine générale n'est pas remise en cause, au contraire elle est même encouragée. L'écoute médicale apporte un plus, et le binôme travailleur social-médecin est valorisé.

De plus, cela permet à chaque interne participant d'être sensibilisé à la prise en charge des personnes en situation de précarité et à la complexité administrative et sociale de notre système. La participation au DU Santé Solidarité Précarité est aussi un moyen d'étoffer ses connaissances. Nous aurons tous dans notre patientèle, en libéral comme en hospitalier, des personnes qui auront besoin d'un accompagnement social. Nous avons très peu de formation concernant cet aspect, et participer à cette expérience apporte des connaissances utiles pour les patients.

La pérennisation est pour l'instant assurée puisque les tournées Avicenne sont incluses dans le stage SASPAS des praticiens de la MSP de Florac. Il y a cependant eu un creux cet été, avec des permanences assurées soit par deux salariés de Quoi de 9, soit avec l'intervention ponctuelle d'anciens participants médecins.

Permettre la confidentialité est un point important à rediscuter avec l'équipe.

Les soins dentaires sont les premiers soins auxquels renoncent les patients précaires, et il existe sur le territoire français des actions mobiles pour lutter contre le renoncement. Une action similaire serait la bienvenue dans le département de la Lozère.

Une remarque concernant cette étude. Le fait d'aller au domicile des personnes recueillir leur interview, utile au présent travail, a provoqué une inversion des rôles intéressante entre enquêteur et participants. Les personnes ont eu le sentiment d'apporter une aide ce qui aide à les valoriser. Certains ont demandé à être contacté en cas de nécessité, pour apporter une aide à l'association. Il serait intéressant de creuser en ce sens, par exemple les solliciter lors de l'organisation d'un atelier collectif pour mettre en avant leur compétence.

Nous avons remarqué que plusieurs projets similaires proposant un service médical itinérant étaient envisagés, mais à chaque fois, l'Ordre des médecins a refusé l'autorisation de prescrire, malgré l'assouplissement de la loi sur la médecine foraine. Il est donc peu probable qu'une autorisation soit accordée dans le cas d'Avicenne. La prévention et le dépistage nous paraissent deux points primordiaux à consolider. Peut-être que la participation d'une IDE d'Asalee, même ponctuelle, pourrait aider à améliorer les choses. L'arrivée de l'interne en Santé publique est attendue avec enthousiasme, puisqu'il pourra peut-être apporter de nouvelles idées.

La communication par affichage est celle qui marche le mieux dans cet échantillon, et devra donc être poursuivie afin d'être le plus lisible possible. Le bouche à oreille prend forme et est valorisé par l'association Quoi de 9.

Peut-être qu'une partie de la population n'est pas encore touchée, nous pensons essentiellement aux personnes âgées recluses ne connaissant pas Quoi de 9, et ayant peu de contact avec l'extérieur. Également, des personnes âgées avec aidant, qui ne se reconnaissent pas dans le public accueilli par Quoi de 9. Une association des aînées existe au Pont-de-Montvert et a d'ailleurs participé à un atelier collectif, mais en-dehors de cette commune il n'y a pas d'autre association ou collectif réunissant les personnes âgées.

Les invisibles décrits dans la première partie sont présents dans le milieu rural comme dans le milieu urbain. La difficulté à la campagne est d'établir le premier contact. Il n'y a pas de Samu social, et très peu d'associations font des maraudes ou de l'aller vers. Quoi de 9 œuvre en ce sens en proposant des hébergements d'urgence et un accueil quotidien. Avicenne ajoute le service mobile et de proximité même si pour certains cela reste encore trop lointain.

La réunion du médical et du social est un moyen tant pour les professionnels que pour les patients d'avoir une aide centralisée, et de proximité. Dans le cas d'Avicenne, cela permet de remettre la santé au sein de la problématique chez des personnes souvent submergées par leurs problèmes administratifs. Également, en cas de difficulté sociale, les professionnels de la santé peuvent aisément les adresser à un travailleur social, ce qui aujourd'hui n'est pas évident puisqu'il s'agit de lieux tout à fait distincts, voire inconnus des médecins et para médicaux.

D'autres travaux de recherche pourront être réalisés sur le projet Avicenne. Par exemple, une étude quantitative cette fois, au bout de 3 ans d'existence, pour évaluer les demandes des personnes, et la fréquentation selon les lieux. La télémédecine est souvent citée comme une possibilité pour améliorer l'accès aux soins dans le milieu rural, un travail de recherche pourrait également être réalisé sur l'utilisation actuelle et la mise en pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
2. ars-occitanie_projet-rional-de-sant_programme-rional-daccs--la-prvention-et-aux-soins-prcarit.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/08/ars-occitanie_projet-rional-de-sant_programme-rional-daccs--la-prvention-et-aux-soins-prcarit.pdf
3. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2019 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et>
4. Canonéro B, Marasovic P. Panorama de la Lozère - Essoufflement de la dynamique démographique - Insee Analyses Occitanie - 13 [Internet]. 2016 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908404>
5. praps-occitanie.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/praps-occitanie.pdf>
6. Francione R, Bissonnier C, Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Languedoc-Roussillon. 2015;69.
7. La Fournière T de. AVICENNE, un projet médico-social mobile en sud-Lozère [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
8. Déclaration. Troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé [Internet]. 2017 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp/past-conferences-and-high-level-events-of-the-european-environment-and-health-process-1989-2017/third-ministerial-conference-on-environment-and-health,-london,-united-kingdom,-1999/declaration.-third-ministerial-conference-on-environment-and-health>
9. Wresinski J. Rapport Wresinski CES 1987 [Internet]. Joseph Wresinski FR. 2006 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
10. Gélot D, Ruiz H, Pujol J, Chevalier P, Demailly D, Godefroy P. Le Rapport 2007-2008 - Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. 2007 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://onpes.gouv.fr/le-rapport-2007-2008.html>

11. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. :8.
12. Dupré C, Guéguen R, Simo J-D, Moulin J-J. Le non-recours aux soins en région Rhône-Alpes. nov 2007;119.
13. OMS | Equité [Internet]. WHO. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>
14. Moquet M-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. 2008;(n° 397):17-9.
15. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
16. Déterminants de la santé [Internet]. PromoSanté. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>
17. Lang T, Besse G, Bernard C, El Ghozi L, Guilberteaud A, Gassie J, et al. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>
18. OMS | Déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/fr/
19. Raynaud J, Bailly AS. Inégalités d'accès aux soins: acteurs de santé et territoires. Paris, France: Economica : Anthropos; 2015. 184 p.
20. Plus de 6 millions de Français n'ont pas accès rapidement aux urgences. Le Monde.fr [Internet]. 13 mars 2012 [cité 10 nov 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2012/03/13/plus-de-6-millions-de-francais-n-ont-pas-acces-rapidement-aux-urgences_1667498_823448.html
21. Barlet M, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2012.
22. Dessenne P, Lesens O. Milieu rural. Inégalités territoriales de santé et désertification médicale. In: La santé des populations vulnérables. Ellipses; 2017.

23. Delcros A. Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon. MONOGRAPHIE DE LA LOZÈRE. :57.
24. Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Communiqués de presse QES n° 170 Le renoncement aux soins pour raisons financières une approche économétrique - IRDES. nov 2011 [cité 10 nov 2019];(170). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/presse/communiques/ComPresseQes170.htm>
25. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/qualite-et-acces-aux-soins-que-pensent-les-francais-de-leurs-medecins>
26. Donzelot J, Vignon J, Gélot D, Ramel A, Tassin F, Legros M. Le rapport de l'ONPES 2016 - L'invisibilité sociale : une responsabilité collective. [Internet]. 2016 [cité 10 nov 2019]. Report No.: 2016. Disponible sur: <http://onpes.gouv.fr/Le-rapport-de-l-ONPES-2016.html>
27. Furtos J. Difficile et paradoxale exigence éthique dans la rencontre avec les personnes qualifiées de précaires. In: La santé des populations vulnérables. Ellipses; 2017.
28. Furtos J. De la précarité à l'autoexclusion. Rue d'Ulm. 2009.
29. Chauvin P, Lebas J. Précarité et santé [Internet]. Flammarion; 1998 [cité 2 nov 2019]. 299 p. (Médecine Sciences Publications). Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/precarite-et-sante-9782257108388.html>
30. Argouarc'h J, Picard S. Les niveaux de vie en 2016 - Insee Première - 1710 [Internet]. Insee, statistiques et études. 2018 [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3610277#consulter>
31. Les niveaux de vie en 2016 – Revenu, niveau de vie et pauvreté en 2016 | Insee [Internet]. [cité 17 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3610277?sommaire=3650460>
32. Auzet L, Février M. Niveaux de vie et pauvreté en France : les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités | Insee [Internet]. INSEE. 2018 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280669>
33. Kourdo J. 76 360 habitants dans la Lozère - Insee Flash Occitanie - 29 [Internet]. Insee, statistiques et études. 2017 [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2534574>
34. Travaux préparatoires au PRS Occitanie. Bilan et perspectives. Organisation des Soins Primaires. [Internet]. ARS. PRS Occitanie. 2017 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://prs.occitanie-sante.fr/publication/publication-1-5/>

35. OMS | L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde [Internet]. WHO. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:
https://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
36. Les Lits halte soins santé (LHSS) - Le site du CNLE [Internet]. 2009 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/les-lits-halte-soins-sante-lhss>
37. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
38. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
39. Armelle Andro, Azria E, Cailhol J, Combes J-B, Desgrees Du Lou A, Héran F, et al. « Restreindre l'accès à l'aide médicale d'Etat pour les sans-papiers n'aura que des conséquences néfastes ». Le Monde.fr [Internet]. 8 oct 2019 [cité 5 nov 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/10/08/restreindre-l-acces-a-l-aide-medicale-d-etat-pour-les-sans-papiers-n-aura-que-des-consequences-nefastes-en-matiere-economique-et-sanitaire_6014688_3232.html
40. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
41. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.
42. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
43. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:
https://demographie.medecin.fr/#s=2019;l=fr;i=demo_med.dens_tte_act;v=map2
44. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
45. Cornuet F, Sicsic M. Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités - Insee Analyses - 49 [Internet]. 2019 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4231288>
46. #3 Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis [Internet]. ARS. PRS Occitanie. 2018 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:
<https://prs.occitanie-sante.fr/publication/le-projet-regional-de-sante-soumis-a-consultation-2/>
47. Jacquet F. Les associations, un modèle sociologique. 2018 févr 9; Université de Montpellier.

48. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association | Legifrance [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570>
49. Gervais L-A. Le patient au cœur du protocole de coopération ASALEE: retours d'expérience et perspectives [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
50. Vicet L. DEPROPASS, Dépistage de Proximité des Pathologies Associées aux maladies chroniques en zones déficitaires en acteurs de santé: expériences croisées des participants au projet : étude quantitative (description de l'acceptabilité des patients et des médecins), étude qualitative (mise en perspective de l'expérience vécue des patients et des médecins) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
51. Metge A. DéProPass, dépistage de proximité des pathologies associées aux maladies chroniques en zones déficitaires en acteur de santé: une ressource de soins à la disposition des médecins généralistes : étude qualitative explorant l'expérience des médecins ayant participé à la première phase de l'étude DéProPass [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
52. Campagna-Sedoni D, Badin M. DéProPass, Dépistage de Proximité des Pathologies Associées aux maladies chroniques en zones déficitaires en acteur de santé: une chance pour les patients en zone désertifiée : étude qualitative explorant l'expérience des patients ayant participé à la première phase de l'étude DéProPass. [Lieu de publication inconnu, France]; 2016.
53. Ouest-France. La Chèze. Un bus de santé itinérant contre le désert médical [Internet]. Ouest-France.fr. 2017 [cité 31 oct 2019]. Disponible sur:
<https://www.ouest-france.fr/bretagne/loudeac-22600/la-cheze-un-bus-de-sante-itinerant-contre-le-desert-medical-5198661>
54. Limoux. Un bus médicalisé et une maison de santé en ville - ladepeche.fr [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur:
<https://www.ladepeche.fr/article/2017/09/27/2653665-un-bus-medicalise-et-une-maison-de-sante-en-ville.html>
55. Code de la santé publique - Article R4127-74. Code de la santé publique.
56. Langlassé E. Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2016.
57. AVICENNE (ibn-Sina) 980 - 1037 [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:
<http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/avicenne.html>
58. Bertrand P. Carnets de campagne : Lozère (1/5) [Internet]. France Inter. Emission. Carnets de campagne. 2019 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur:

<https://www.franceinter.fr/emissions/carnets-de-campagne/carnets-de-campagne-07-janvier-2019>

59. Bussadori C. AVICENNE le bilan intermédiaire 2018. 2018 nov.
60. Oude-Engberink A, Clary B, Pavageau S, Clotet L, Serayet P, David M, et al. Méthodologie I Problématisation. 2018;5.
61. Mucchielli A, Paillé P. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
62. Prunier A. Les déterminants de la non-participation au dépistage du cancer colorectal par le test immunologique: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
63. Launay D. Comparaison des systèmes de soins primaires français et catalan à travers la prise en charge d'une pathologie chronique: l'hypertension artérielle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
64. MdM. Planification de projets de santé. Promotion de la santé et action humanitaire. [Internet]. Médecins du Monde Canada; 2013 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.ca/fr/nos-publications/>
65. Tardits É. Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2016.
66. Bonheure A, Calloc'h L-J, Allory E. Les priorités de santé des personnes en situation de précarité: une étude qualitative auprès de résidents de centres d'hébergement et de réinsertion sociale et d'usagers d'accueil de jour. France; 2017. 253 p.
67. Wicky Thisse M. Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017.
68. Cayla M-S. Étude EVAPOPS-Convergence: évaluation, dans une population de personnes précaires, des obstacles à la mise en oeuvre du parcours de soins expérimental Convergence : étude qualitative par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
69. Aceldy A. Conditions géographiques d'accès aux soins primaires chez les personnes âgées en zone sous dotée: une étude quantitative auprès des patients de plus de 60 ans du canton de Rohan [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018.

70. Carnot D. L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours: étude auprès des patients de la communauté de communes du Sud-Avesnois [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2019.
71. Dufilho V. L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours: étude auprès des médecins généralistes de la communauté de communes du Sud-Avesnois [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2019.
72. Paviot H, Hennebelle P. Étude des déterminants de l'installation libérale et ambulatoire des jeunes spécialistes de second recours notamment dans une zone rurale à faible densité médicale [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2017.
73. Informations pratiques de l'unité d'épidémiologie populationnelle à Genève aux HUG [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.hug-ge.ch/medecine-premier-recours/uep-infos-pratiques>
74. Basquin M. Démarche architecturale dans la conception d'une unité mobile de soins dentaires [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
75. Historique [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.busdentaire.fr/index.php/historique>
76. Engberink AO. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. :20.
77. Bourrel G, Oude Engberink A. En quoi, une théorie sémiopragmatique à partir des théories de Peirce peut-elle renouveler la recherche en sciences humaines et sociales ? Cah Rech Sociol. 2017;(62):177-201.

ANNEXES

Fiche projet

PROJET DE THÈSE

Problématique :

Le territoire de la Lozère est défini comme vulnérable par l'ARS, et présente un problème de renoncement aux soins d'origine plurifactorielle. Un projet de permanence itinérante médico-sociale a été créé en 2016 (Avicenne) afin d'essayer d'améliorer l'accès aux soins et aux droits, et de réaliser des campagnes de promotion de la santé, dans un territoire où il existe des personnes isolées, en situation de précarité. Ces permanences sont assurées par un duo : interne en médecine générale et un travailleur social. Quels sont les premiers retours des personnes qui ont bénéficié d'un "entretien" lors de permanences ou visite à domicile ? Quel est la place de l'interne en médecine générale dans cette action ?

Mots-clés en français :

permanences itinérantes, précarité, inégalité sociale de santé, territoire vulnérable, soins primaires

Références bibliographiques :

Adam C, Faucher V, Michiletti P, Pascal G, editors, La santé des populations vulnérables. Paris. Ellipses. 2017.

Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, editors, Les recherches qualitatives en santé. Malakoff. Armand Collin. 2016.

Frappé P, Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine. GMSanté CNGE. 2011.

Code de la santé publique, article L1411-1

De la Fourmière Thibaud. AVICENNE, un projet medico-social mobile en sud-Lozère. [Thèse de doctorat d'Université : médecine]. Montpellier : Université de Montpellier 2017.

Rapport ONPES 2017, L'invisibilité sociale : une responsabilité collective. Lens. Nadine Gautier. 2016

Question de recherche :

Quelles sont les attentes des personnes reçues lors des permanences, ateliers collectifs ou visites à domicile de ce genre d'action ?

Hypothèse de recherche :

L'action a été créée suite à une étude de terrain. Cette étude qualitative permettrait d'avoir des premiers retours sur les permanences et visites à domicile et permettre d'adapter en fonction des résultats la démarche. L'hypothèse est qu'elle a apporté une écoute, et au mieux une aide dans des démarches administratives, ou un avis médical.

Paradigme :

compréhensif

Si autre :

Objectif principal du projet :

Comprendre par entretiens l'apport de la présence d'un interne en médecine générale dans le projet Avicenne, du point de vue des usagers, ainsi que comprendre ce qu'ils attendent envers ce genre d'action itinérante.

Objectifs secondaires éventuels :

Evaluer par ailleurs l'apport de cette expérience dans la formation des internes de médecine générale.

Méthode générale :

étude qualitative

Méthode de recueil de données :

Entretiens semi-dirigés individuels, enregistrement audio, anonymisation des entretiens

Méthode d'analyse de données :

Analyse horizontale, phénoménologique

Moyens, calendrier, partenaires :

- Rédiger les entretiens à l'aide de références concernant les études qualitatives et la place du chercheur.
- Déplacement à Florac pour faire les entretiens, en fonction de la disponibilité des personnes interviewées.
- Recueil des données, analyse
- Rédaction, conclusion

Éventuellement, rencontre de personnes participant à des projets similaires en France

Annexe 1 : fiche projet

Le 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	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Annexe 2 : le score EPICES

Avicenne tisse du lien social sur les routes des Cévennes

Cabanes, yourtes, maisons isolées... La Lozère, bohème, regorge de ces habitats alternatifs. Depuis 2016, le camion d'Avicenne part à la rencontre de ceux qui sont éloignés, géographiquement ou par conviction, pour offrir à qui le demande un accompagnement médical et social...



© Texte et photos : Sabrina Khenfer

Il file sur les routes, sillonne le territoire à la rencontre de ceux qui sont un peu éloignés de tout. Lui, c'est le camion d'Avicenne. À son bord, un interne en médecine et un éducateur de l'association floracoise Quoi de 9. Une fois par semaine, tous les quinze jours, tout ce petit monde part sur les chemins pour offrir à ceux qui le demandent conseils, écoute et lien social. À l'origine du projet, la rencontre entre Quoi de 9 et Thibaud de la Fourrière,

interne en médecine générale. Ce dernier explique : « Les gens que nous recevons ont souvent une représentation des institutions plutôt compliquée. En arrivant avec notre camion et son image un peu alternative, ça les rassure. » Thé, café, douche, toilettes, accès à internet à l'intérieur du véhicule, tout est fait pour apporter une dimension plus humaine à ces échanges.

Axée sur une approche préventive de la santé, l'équipe Avicenne ne délivre pas de prescriptions médicales. « Nous donnons des consultations dans une salle mise à notre disposition, puis nous orientons les personnes vers les professionnels compétents. »

Mais c'est surtout le pan social qui prend le dessus, avec des questions liées à l'accès aux droits, au logement, à la mobilité, à l'insertion professionnelle... « Et puis il y a ceux qui viennent nous voir pour un problème de logement, par exemple, mais pour qui d'autres problématiques se révèlent. C'est le temps qui permet d'accorder et la confiance qu'ils nous portent qui permettent de les accompagner dans leur globalité et singularité. »

Respecter le temps, le souhait de chacun de se dévoiler ou non ; d'être accompagné ou pas, c'est le dilemme auquel Avicenne est régulièrement confronté : « Il y a une question qu'on se pose : doit-on aller au-devant de personnes en difficultés lorsqu'elles nous ont été signalées, mais qu'elles n'ont pas fait la démarche de s'adresser à nous ? C'est une problématique très délicate. »

**CE
C'EST LE TEMPS
QU'ON LEUR ACCORDE ET LA
CONFIANCE QU'ILS NOUS
PORTENT QUI PERMETTENT
DE LES ACCOMPAGNER DANS
LEUR GLOBALITÉ ET
SINGULARITÉ.**



© Texte et photos : Sabrina Khenfer

LE SAVIEZ-VOUS ?

Avicenne de son nom complet Abu 'Ali al-Husayn Ibn Abd Allah Ibn Sina, était un écrivain, astronome et médecin itinérant Perse du XIème siècle. Il se démarque dans les domaines de l'ophtalmologie, de la gynéco-obstétrique et de la psychologie.



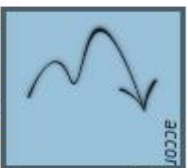
Contact:
Pour joindre Avicenne
Au bureau de **Quoi de 9 :**
06 66 45 17 17
Sur le portable des
itinérants : **06 33 39 21 98**
ou **06 58 82 96 37**

EN CHIFFRES

Avicenne c'est :
50 personnes rencontrées entre les mois de novembre 2016 et 2017 au cours de 48 soirées.
30% des réponses apportées dans le domaine de la santé.
29 porterières vers lesquels orienter les personnes reçues (médecins, Respas du Cœur, Lozère Habitatation...)



Le camion itinérant offre les services d'un accueil de jour (accès informatique, accompagnement à l'accès aux droits, douche...) au plus près des personnes en situation de précarité.



Le camion suit deux itinéraires :

- Barre-des-Cèvennes, Sainte-Croix et Saint-Etienne-Vallee-Française
- Le Pont-de-Montvert, Saint-Frézal-de-Ventalon et Le Collet-de-Deze.

« Nous restons en moyenne 1h30, 2h sur chaque site. Parfois nous rencontrons quatre ou cinq personnes ; parfois une ou deux, d'autres fois aucune. »

Prises de rendez-vous, discussions autour de certains sujets, polémiques comme la vaccination... Si Avicenne ne peut pas rédiger de prescriptions, son rôle d'information, de prévention et d'orientation reste essentiel.

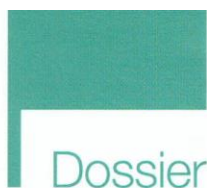
Avicenne répond aussi présent par téléphone et réalise, sur demande, des visites à domicile.

« Dans ce cas, pour des raisons de confidentialité, nous avons choisi des logos aimantés que nous retirons du camion avant d'arriver chez les gens. »

Mettre en place une unité médicale mobile en France est soumis à une législation stricte, et doit se faire en concertation avec les professionnels de santé du territoire. « Nous sommes donc allés à leur rencontre pour décider ensemble des modalités de notre action. »

Avicenne organise également des ateliers collectifs sur différents thèmes (Octobre Rose, Droit des femmes, Santé des aînés...) qui en une année ont rassemblé 95 participants.





Une caravane contre les inégalités

Lancé en 2016, le projet itinérant Avicenne permet aux publics les plus éloignés de l'action sociale de pouvoir bénéficier d'un accompagnement. Une occasion de lutter contre les inégalités, très présentes dans le département de la Lozère...

Comme de nombreux territoires, le département de la Lozère connaît les inégalités territoriales avec son lot de personnes seules habitant dans des villages reculés et cumulant des problématiques sociales, de santé et parfois d'avancée en âge. Autant de populations invisibles se déplaçant très rarement dans les structures sociales présentes dans le département. C'est dans ce contexte qu'est né le projet Accueil véhiculé itinérant en Cévennes (Avicenne). Porté par l'association Quoi de 9, il vise à permettre aux travailleurs sociaux et aux professionnels de santé de se rendre au plus près des populations que personne ne voit pour leur proposer un accompagnement global. « Historiquement, l'association proposait des permanences fixes d'accueil de jour dans deux trois villages du sud Lozère et il y a quelques années, on se questionnait sur une permanence itinérante, dans un véhicule aménagé, qui nous

permettrait d'aller au plus près des personnes qui sont parfois dans une situation d'isolement importante. C'est à cette époque que nous avons été contactés par Thibaud de la Fournière, alors interne. Il souhaitait expérimenter, sur un territoire très rural la mise en place d'une unité mobile de soutien en soin primaire », raconte Carole Bussadori, directrice de la structure.

Approche globale

Lancée officiellement en 2016, Avicenne se rend quatre fois par mois dans quatre villages du territoire pour des permanences au cœur des communes. « Nos visites dans les villages sont annoncées par les mairies, les associations, les partenaires. Les personnes sont donc prévenues », rappelle la directrice. Ces permanences sont un lieu d'écoute et d'accueil inconditionnel pour des personnes qui ont généralement peu

Des outils numériques par et pour les travailleurs en ESAT

À Eysines, à quelques kilomètres au Nord-Ouest de Bordeaux, l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) Bel-Air aide ses usagers à se saisir des outils numériques en les formant. À son arrivée en 2018, Jean-Luc Gravier, nouveau directeur de l'Esat, se dit que le site de l'établissement pourrait bénéficier d'un coup de jeune. « L'an dernier, nous avons donc lancé un projet de réalisation du contenu, de la programmation et de l'actualisation de notre site Internet par des travailleurs handicapés. Ils ont suivi une formation à l'outil

Wordpress et ont eu carte blanche pour rendre le site utile à tous et accessible, y compris aux malvoyants et aux sourds. » Le projet est terminé aujourd'hui, mais l'ESAT est à la recherche d'un programmeur en situation de handicap pour en faire une application Smartphone. En parallèle de ce projet d'envergure, une autre initiative originale est menée dans l'établissement depuis quelques mois : les usagers peuvent réserver sur l'application Meal Canteen les repas qu'ils prennent au self de l'ESAT. « De cette façon, nous connaissons à l'avance le

nombre de personnes à servir et leur choix de menu. Cela permet de lutter contre le gaspillage de notre restauration collective. Tout l'ESAT a suivi une formation pour comprendre et utiliser l'appli et on a mis des tablettes à disposition pour la minorité de personnes qui n'avaient pas de téléphone intelligent. » En plus de ces initiatives, un atelier de travail sur la bureautique (Word, Excel) est proposé tous les vendredis matins pour ceux qui le souhaitent. De quoi compléter les besoins en formation numérique des travailleurs de l'ESAT ! ●



d'interlocuteurs. Elles permettent de faciliter l'accès aux droits sociaux, l'accès au logement ou à la santé via une domiciliation postale, l'accès à internet ou un soutien autour de la mobilité. L'après-midi est consacrée, pour les personnes qui le souhaitent, à des visites à domicile pour un suivi plus personnalisé. « Le travailleur social propose un accompagnement qui doit permettre de faire le point sur une situation globale, de trouver des leviers pour dépasser les difficultés, quelles qu'elles soient et d'orienter vers les partenaires sociaux ou de santé correspondant. L'idée c'est que chacun puisse trouver des solutions en fonction de sa situation singulière. »

Former aux réseaux sociaux

De son côté et c'est une originalité du dispositif, un interne intervient pour apporter toutes les réponses sur le plan de la santé. « Avicenne montre à quel point les problématiques sociales et de santé sont intimement liées. Parfois c'est à travers le social que se dévoile un problème de santé, parfois c'est l'inverse, d'où l'intérêt de travailler la main dans la main. » C'est d'ailleurs une autre force de ce projet, celui de mettre en réseau un nombre incalculables d'acteurs sur un territoire dans lequel, ils communiquent relativement bien pour apporter des réponses aux besoins très divers des personnes vulnérables. « L'interne par exemple n'intervient que pour des soins primaires. C'est-à-dire qu'il ne prescrit pas et la médecine itinérante est interdite en France. Ce postulat fait en sorte qu'il est surtout là pour conseiller et orienter vers d'autres professionnels, ce qui contribue au maillage du territoire ». Une action qui a d'ailleurs un profond impact chez les professionnels de santé qui participent à cette aventure. « Les internes changent tous les six mois. Lorsqu'ils deviennent médecins, ils sont complètement sensibilisés à la question sociale et la plupart du temps, deviennent des partenaires privilégiés pour l'association, en particulier lorsqu'ils interviennent dans le cadre des maisons de santé du territoire. L'idée au travers de ce projet n'est donc pas de lutter contre les déserts médicaux propre-

Santé sexuelle : de la parole à l'action

Comme les autres associations départementales ailleurs en France, le Mouvement français pour le Planning familial du département du Nord défend le droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'avortement. Il y a environ cinq ans, un groupe de parole de femmes est lancé au sein d'un quartier relevant de la politique de la Ville à Lille, dans le cadre du Programme national d'accès aux soins genre et santé sexuelle (GSS). « Avec l'Espace santé du Faubourg de Béthune, ces femmes issues d'un milieu populaire, en emploi ou non, mamans ou non, ont été invitées à partager leurs expériences autour de la thématique de la santé sexuelle, détaille Pasquine Saule, conseillère conjugale et familiale au Planning familial du Nord. Ce groupe d'une quinzaine de femmes a très bien fonctionné. » Tant et si bien que l'association leur a proposé de suivre une formation afin qu'elles deviennent des femmes ressources des actions de santé au sein de leur quartier. « L'idée était qu'elles soient suffisamment à l'aise sur les thèmes de la santé sexuelle et de l'accès aux soins pour qu'elles puissent orienter les autres habitants du quartier vers des structures adaptées, pour l'accès au suivi gynécologique, l'accès aux droits, la prise en charge des victimes de violence... » Depuis, plusieurs groupes de parole et formations ont suivi. Ces femmes ressources sont désormais bien identifiées et sont régulièrement sollicitées pour porter la voix des habitants sur le sujet. Une expérience à poursuivre donc... ●

ment dits, mais bien de mettre en relation les acteurs de bonne volonté. » Petit à petit ce véritable travail de fourmi mené par Avicenne depuis trois ans, commence à payer. Les acteurs locaux, qu'ils soient publics ou associatifs, orientent les personnes aux situations complexes vers le dispositif, signe sans doute qu'une des clés pour lutter contre les inégalités se situent dans la proximité... ●

Fiche de renseignement

AVICENNE - Fiche de consultation sociale et de santé

Présentation	NOM :	Prénom :	H / F :	Age :
	Adresse :		Téléphone :	
	Date :		Lieu de rencontre : <input type="checkbox"/> Camion / <input type="checkbox"/> Salle / <input type="checkbox"/> Domicile	
Demande	Mode d'orientation vers Avicenne : Affichage - Agendas - Magnets / Autre (préciser) :			
	Nombre de passages AVICENNE :			
	Motif de recours :			
Evaluation de la situation	Accueil Courrier Domiciliation Outils-communication M.A.L. Douche 115/L2U Secours Vie-quot. et familiale Emploi Logement Santé Justice Prestations Parc-matras Jardins Animation Mobilité Autre (préciser)			
	Besoins :			
	Info sociale Accès / Aides / Problème logement Aide mobilité Aide financière / budget Droits (AMF, PUMA, RSA, CAF, ...) Info emploi Alphabétisation Aide alimentaire Domiciliation Aide odémarche / Courrier Accès téléphonique / internet Accès aux soins Info médicale Consultation médicale Suivi médical Soutien à l'habitat Info ateliers collectifs Autre (préciser)			
Evaluation de la situation (suite)	Score EPICES :			
	Situation familiale :			
	Célibataire En couple Veuf/veuve Enfants (à ou combien) Séparé Autre (préciser)			
Suivi	Situation en matière d'activité :			
	En emploi Demandeur d'emploi Etudiant En formation Retraité RQTH Autre (préciser)			
	Ressources :			
Suivi	Revenu d'activité Allocation d'hébergement Formation RSA Garantie jeune Retraite Allocations familiales AAH ADA ATA ASS Autre (préciser)			
	Protection sociale :			
	Régime général Régime agricole RSI CMUC AME ACS Mutuelle Sans couverture Autre (préciser)			
Suivi	Freins à l'accès aux droits / soins : oui / non			
	Si oui, type de frein : Mobilité Economique Idéologique Pas de structure de proximité Autre (préciser)			
	Réponses apportées :			
Suivi	Accueil / Ecoute Info / Accès-aux-droits Info / Dossier logement Aide mobilité Domiciliation Info médicale Conseils / Prévention / EPS Examen médical Info ateliers collectifs Autre (préciser)			
	Orientation vers un partenaire : oui (préciser) / non			
	Quotidien CMP PASS CMS Médecin Autre (préciser)			
Suivi	Echange / Rencontre partenaire(s) : oui (préciser) / non			
	Amélioration du partenariat : oui (préciser) / non			
	Satisfaction de la personne accueillie : oui / non			

ROLE IMG AVICENNE

Dans l'idéal, plusieurs internes sur le semestre peuvent permettre de répartir les activités. Lorsqu'un seul interne est sur le projet, il essaye dans la mesure du possible d'assurer l'ensemble des tâches, en se faisant aider par Quoi de 9 et par le groupe de réflexion des anciens internes.

- Référent **Accompagnement**
 - Démarches médico-sociales individuelles pour les personnes rencontrées en permanences
 - Lien privilégié Quoi de 9, notamment participation aux réunions d'équipe hebdomadaires
 - Lien privilégié Professionnels de Santé

→ *l'interne suivra de façon privilégiée les **circuits itinérants**, pourra être basé à la MSP de Florac, dans le cadre d'un SASPAS.*

- Référent **Communication / Diffusion** (cf protocole)
 - Tenue boîte mail (il est **le seul à le faire**, pour éviter les doublons)
 - Tenue annuaire AVICENNE (google drive) et mise à jour listes de diffusions mail
 - Lien privilégié Partenaires
 - Lien privilégié Infographiste
 - Responsabilité du respect des délais.

→ *l'interne suivra de façon privilégiée les **ateliers collectifs**, pourra être basé à la MSP du Collet-de-Dèze, dans le cadre d'un SASPAS.*

Pour assurer la continuité des ateliers collectifs d'un semestre à l'autre malgré le changement d'interne, il est intéressant d'essayer de réaliser ces ateliers en collaboration avec Cécile de Quoi de 9. Possibilité de commencer la préparation d'ateliers collectifs qui sera poursuivie par l'interne suivant.

- Référent **Suivi / Monitoring du projet**
 - Conception / adaptation des outils de recueil de données
 - Suivi statistique
 - Animation groupe projet
 - Participation instances de coordination territoriales

→ *l'interne suivra de façon privilégiée la **coordination du projet**. Dans l'idéal, il s'agira d'un interne de santé publique qui pourra être basé entre Mende et Florac, dans le cadre d'un stage conventionné avec le Pôle de Santé Publique du CH de Mende.*

L'aspect logistique propre à chacune de ces activités revient à l'interne référent.

La logistique globale du projet revient à toute l'équipe AVICENNE, Quoi de 9 et internes.

Les internes passés par le projet, peuvent, s'ils le souhaitent, continuer d'y participer en constituant un **groupe de réflexion**.

Ils pourront continuer ainsi, à :

- accompagner les nouveaux internes (compagnonnage), et se poser la question d'un tuteur dédié par interne
- promouvoir le projet : communication extérieure : présentation séminaires, congrès, formations universitaires
- pérenniser le projet à moyen terme : recrutement nouveaux internes
- participer à la réflexion quant aux perspectives d'avenir : réorientation, désengagement, financement poste médiateur, ...
- mener une action collective de plaidoyer

Annexe 6

Grille d'entretien

1. Est-ce que vous pouvez me parler de l'accès aux soins dans votre territoire ?
Et de l'accès aux administrations ?

Cette question a été modifiée par : Que pensez-vous de l'accès aux soins et de l'accès social ?

Relances : accessibilité et disponibilité des médecins généralistes, des spécialistes, accès à l'hôpital.

Accessibilité auprès des AS de secteurs, administratif

2. En dehors d'Avicenne, quels interlocuteurs sont intervenus dans vos démarches médicales et sociales ? Comment s'est passé la prise de contact ?

Relances : Comment avez-vous eu les contacts ? Avez-vous eu des difficultés pour les joindre ? Comment s'organisent les RDV, comment y allez-vous ?

3. a) Comment me décririez-vous l'action Avicenne dont vous avez bénéficié ?

Que s'est-il passé précisément et comment l'avez-vous vécu ? b)

Quelles craintes aviez-vous avant de contacter l'équipe ?

c) Quelles en étaient vos attentes / vos besoins ?

4. Comment avez-vous connu cette action ?

5. Que pensez-vous de la présence d'un interne de médecine générale dans l'équipe ?

Relances : Que pensez-vous de l'interdiction de prescription médicale ?

Comment décririez-vous votre santé actuelle et la manière dont vous prenez soin de vous ?

6. Quelles modifications, évolutions, améliorations proposez-vous pour la suite ? Comment voyez-vous le futur de cette action ?

Relances : à propose des circuits, des lieux de permanences, du domicile, des atelier collectifs, la communication....

Que manque-t-il à vos yeux ? Quels sont les points négatifs ?

7. Avez-vous des questions, des remarques sur des sujets non abordés ?

Je vous remercie.

Annexe 7 : Grille d'entretien.

Formulaire d'information et de consentement du patient

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir accepté de participer aux entretiens que je réalise dans le cadre de ma thèse, pour la validation de mon exercice en médecine générale.

Cet entretien va durer une 30aine de minutes.

Il sera enregistré par un dictaphone, afin de pouvoir les retranscrire.

Les entretiens sont anonymes et confidentiels, votre identité n'apparaîtra dans aucun rapport.

Vous avez la parole libre, vous pouvez ne pas répondre à une question ou arrêter l'entretien à tout moment. Je ne suis pas là pour vous juger. Il n'y a pas de mauvaise réponse.

Dans le cadre de la recherche, un traitement de vos données personnelles va être réalisé pour permettre l'analyse des résultats au regard des objectifs présentés.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à m'en faire part avant de débiter l'entretien, et tout au long de celui-ci.

Je vous remercie par avance de la confiance que vous m'accordez.

« Je soussigné(e) certifie avoir eu une information claire, loyale et appropriée concernant l'étude « Projet Avicenne, retour de terrain ».

J'accepte donc librement et de manière éclairé, de participer à l'étude. »

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

Annexe 8 : fiche de consentement du patient

Autorisation d'enregistrement et d'utilisation des données

Je soussigné(e) certifie donner mon accord pour l'enregistrement et l'analyse de l'entretien fait avec Camille DELESCLUSE dans le cadre de sa thèse, et ce de manière libre et éclairée. Les données recueillies seront strictement confidentielles et anonymes.

Je soussignée Camille Delescluse, interne en médecine générale, déclare que les données personnelles enregistrées et retranscrites seront utilisées exclusivement dans le cadre de la recherche, pour ma thèse d'exercice « Projet Avicenne, retour de terrain ».

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

Signature du patient

Signature de l'investigateur

Annexe 9 : Autorisation d'enregistrement

Caractéristiques des personnes inclus dans l'étude :

	Sexe	Age	Lieu de vie	Situation familiale	Emploi / revenus	Mobilité	Score EPICES	Suivi médical
V1	M	66	St-Etienne-Vallée-française	Célibataire sans enfant à charge	Retraité. Attend le minimum vieillesse	Permis B retiré	68.64	Non
V2	F	76	Barre-des-Cévennes	Célibataire sans enfant	Retraité	Pas de permis. Avec un voisin	78.70	Oui en MSP
V3	M	43	Saint-Martin-de-Lansuscle	Vie maritale, 3 enfants	En recherche d'emploi	Permis + véhicule	44.97	Non
V4	F	32	Sainte-Croix-Vallée-Française	Séparée, 2 enfants	Salariée	Permis + véhicule	71.60	Oui : cabinet libéral
V5	F	65	Le Collet-de-Dèze	Célibataire sans enfant	Retraite	Permis + véhicule	85.21	Non
V6	M	40	Florac (avant : St-Martin)	Séparé, 2 enfants en garde partagée	En recherche d'emploi	Scooter. Pas de permis B	71.60	Oui en MSP
V7	M	45	Le Pont-de-Montvert	Célibataire sans enfant à charge	A la recherche d'emploi. RSA	Pas de permis B	47.33	Pas sur place
V8	F	35	Saint-Frézal-de-Ventalon	En couple, 2 enfants	Sans emploi. RSA	Pas de permis B	72.79	Oui : cabinet libéral
V9	M	47	Saint-Andéol-de-Clerguemort	Célibataire, 1 enfant	AAH	Permis + véhicule	69.23	Oui en MSP
V10	M	44	Sainte-Croix-Vallée-Française	Célibataire sans enfant	RSA, sans emplois	Pas de permis	64.50	Oui ; cabinet libéral

Annexe 10 : Caractéristiques des participants

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et de 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) à 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 frères si j'y manque.*

RESUME

INTRODUCTION :

Malgré les dispositifs mis en place par l'Etat et le ministère de la Santé, les inégalités sociales de santé persistent en France. L'action Avicenne propose des permanences médico-sociales délocalisées dans le territoire du Sud Lozère, depuis Novembre 2015. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins primaires, en favorisant la proximité. Après deux ans de tournées, nous avons réalisé une étude sur le ressenti des personnes reçues par l'équipe Avicenne, afin d'adapter l'action et maximiser l'aide à la population.

OBJECTIF DE L'ETUDE :

L'objectif principal était de connaître leur expérience auprès de l'action Avicenne. En objectif secondaire, nous recherchions leur avis sur la présence de l'interne en médecine générale dans l'équipe.

METHODE :

Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse thématique continue des données. Dix entretiens individuels semi-dirigés furent réalisés et retranscrits.

RESULTATS :

Toutes les personnes interrogées sont en situation de précarité. Tous sont satisfaits de l'accueil et de l'accompagnement. Les services particulièrement appréciés sont la mobilité, l'ouverture des droits, l'écoute. La santé passe souvent en second plan et les examens de dépistage ne sont pas faits. L'équipe Avicenne a parfois permis de faire le lien, d'orienter et surtout de soutenir des personnes en souffrance notamment psychologique. Tous sont unanimes sur l'intérêt de la présence de l'IMG, et la majorité pensent que les prescriptions pourraient être utiles.

CONCLUSION – DISCUSSION :

L'aller vers est primordial dans ce territoire. Le binôme médico-social permet de faciliter la prise en charge globale, pour le travailleur social et pour le médecin. La confidentialité doit être respectée. Inclure d'autres professionnels de santé pourrait améliorer l'accès à certains soins et renforcer les messages de prévention. La possibilité de prescrire pourrait être rediscutée.

Mots-clés : médecine itinérante, soins primaires, zone rurale, étude qualitative, promotion de la santé, personnes en situation de précarité