



Le projet Avicenne, accueil médico-social itinérant : retour de terrain et perspectives

Camille DELESCLUSE, médecin généraliste université de Montpellier-Nîmes, Occitanie.
cam.delescluse@gmail.com
Thèse réalisée sous la direction du Dr Cyril JAUMES

Contexte

Les **inégalités sociales de santé** sont, en France, en progression malgré un système de soins performants, et dépendent d'une multitude de facteurs présentés sur le schéma de droite.

La Lozère est un département rural, avec une densité médicale inférieure à la moyenne nationale.

D'autres problématiques sont identifiées :

- la mobilité
- la précarité touchant tous les âges, et concentrée dans les zones rurales

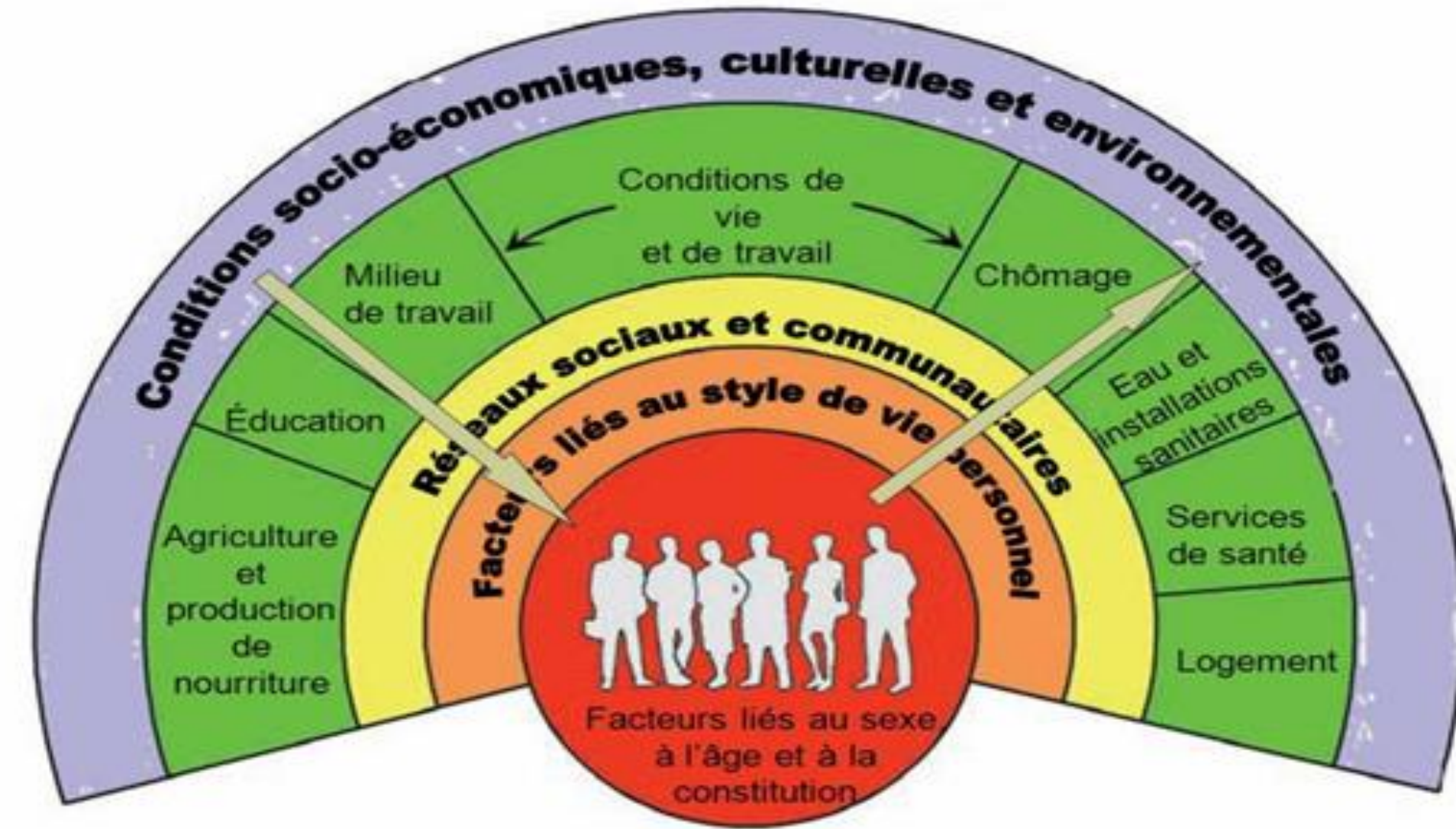
Le projet Avicenne a débuté en 2016 suite à la rencontre d'un interne en médecine générale et de l'association Quoi de 9, dans le sud Lozère où 34% de la population renonce aux soins.

L'association Quoi de 9 œuvre pour le lien social, et veut alors inclure l'accompagnement médical dans ses missions.

L'objectif était de réduire les inégalités sociales de santé en améliorant l'**accès aux soins**.

Il émerge alors l'idée d'un accueil **itinérant**, formé d'un duo médecin (interne) et travailleur social.

Organisation par ailleurs d'ateliers collectifs de **promotion de la santé**, ouverts à tous et gratuits.



d'après Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute of Futures Studies, 1991.

Le droit de prescrire n'a pas été accordé par le Conseil de l'Ordre

AVICENNE : Accueil Véhiculé Itinérant en Cévennes

Résultats

Présentés avec 7 arbres thématiques, dont l'un est présenté sur la droite.

Profil des participants :

- 6 hommes et 4 femmes entre 32 et 76 ans.
- Tous sont en situation de précarité avec des scores EPICES allant jusqu'à 85/100
- La moitié des personnes n'ont pas le permis de conduire
- Deux personnes sont analphabètes
- La moitié sont au RSA ou en recherche d'emploi, 3 personnes sont retraité, 1 est salariée, 1 touche l'AAH
- Quelques-uns ont un suivi médical régulier, d'autres complètement absent

Points positifs :

- Disponibilité, écoute et bienveillance de l'équipe, duo médecin / travailleur social rassurant
- Rapport avec le médecin facilité par l'aspect moins institutionnel, parole plus libre
- Mobilité (visites à domicile ou lieux de permanence)
- Accès à internet, imprimante et documentation

Points négatifs :

- Confidentialité pas toujours respectée
- Turn over de l'équipe
- Médecin non connu ou non identifié ce qui peut entraîner une crainte pour certains
- Ateliers collectifs inconnus ou mal identifiés

Matériel et méthode

Pourquoi cette étude :

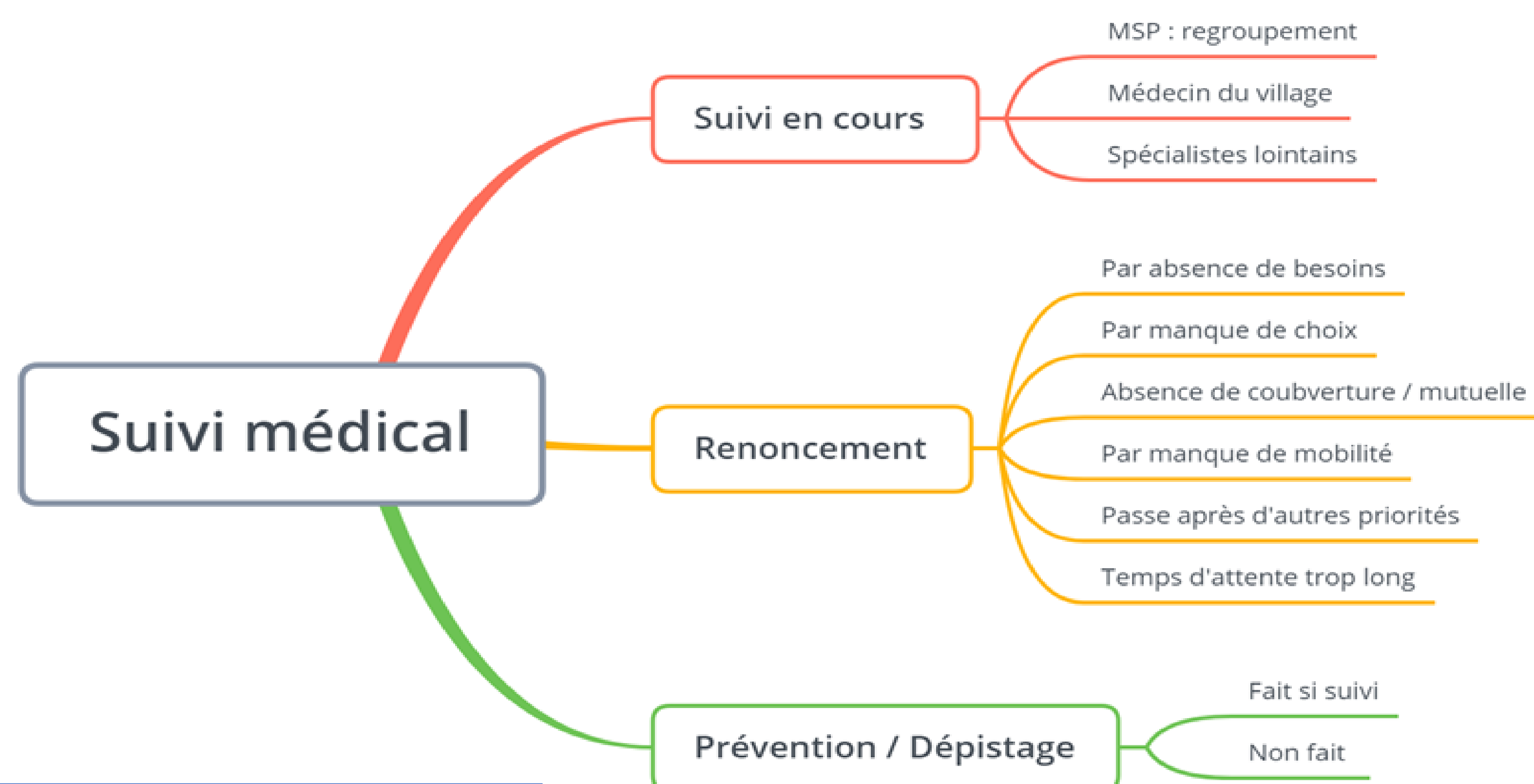
- Projet innovant, récent
- Retour d'expérience pour adapter le projet
- Place et rôle de l'interne en médecine, non prescripteur
- Informations sur le profil des usagers

Objectif principal :

- Recueil de **témoignages** d'usagers à propos de leur expérience avec Avicenne, notamment évaluer le rôle de l'IMG

Méthode :

- Etude **qualitative** par entretiens semi-dirigés
- Analyse **thématique**
- **Score EPICES** rempli pour chaque participant
- Consentement écrit et anonymisation des données



Discussion

Place de l'interne en médecine : les participants sont tous satisfaits de sa présence. Pour la majorité, l'absence de prescription est incomprise et devrait être autorisée pour faciliter l'accès aux soins. La possibilité de prescrire pourrait être rediscutée.

Ateliers collectifs et prévention : ils avaient comme objectifs premiers d'aborder des sujets choisis par la population afin d'ouvrir la discussion et faire des campagnes de prévention. Or aucun des participants ne connaissaient leur existence. Plusieurs hypothèses sont proposées : le manque de communication, la localisation trop lointaine pour des personnes parfois sans moyen de locomotion, le fait que ces personnes ne se sentent pas concernées par les sujets proposés. Le suivi médical étant pour certain(e) absent, nous supposons que les examens de dépistage ne sont pas fait. L'équipe Avicenne pourrait proposer les examens réalisables, s'associer avec d'autres professionnels pour élargir l'action : campagne de dépistage avec le CeGIDD, dépistage de troubles psychologiques avec l'aide d'une psychologue etc...

La **réunion du médical et du social** est intéressante car elle permet d'aborder la santé chez des personnes qui ne s'en préoccupe pas toujours, faute de moyens et de priorité. Ce binôme paraît faciliter la demande d'ouverture de droit et donc l'accès aux soins par sa proximité. Cela correspond à l'objectif de décloisonnement que l'ARS propose dans le dernier projet régional de santé, pour améliorer la coordination médico-sociale en ville.

Ce travail représente un début dans l'**évaluation** du projet. Une étude concernant la pertinence, l'efficacité, la viabilité, l'efficience et l'impact serait intéressante pour la pratique future.

CONCLUSION

Le dispositif Avicenne a permis d'accompagner des personnes dans des situations de **grande précarité** et/ou d'**isolement**, avec un nombre croissant d'usagers. Il propose un temps d'accueil et d'écoute apprécié des participants, et permet de **rétablir un lien** avec les administrations et le système de santé.

La présence de l'interne en médecine générale est encouragée. La **possibilité de prescrire** pourrait être rediscutée. Pour l'interne lui-même, ce stage est très intéressant pour comprendre la difficulté de la prise en charge de patient(e)s en situation de précarité, et la complexité de notre système administratif.

L'itinérance et la mobilité ont permis ici de répondre à des problématiques bien réelles : l'isolement géographique, la faible densité en médecins, la précarité limitant les déplacements.

D'autres travaux pourraient suivre afin de compléter l'**évaluation du projet**.
D'autres projets itinérants sont essayés en France...

