

La Case de Santé

Centre de Santé et Pôle Santé Droits



20
12

RAPPORT
D'ACTIVITÉ

PAS COULÉ !

Anus horribilis !
Il s'en est fallu de peu qu'en 2012, la Case de Santé ne ferme ses portes en cessation de paiement.

De nombreux soutiens se sont mobilisés, étonnés du peu de moyens avec lesquels la Case fonctionne. Les salarié-e-s ont tenu le coup malgré les coupes budgétaires et la réduction du temps de travail... et la Case de Santé est restée ouverte, assurant le même niveau de service et accueillant 250 personnes de plus qu'en 2011.

Un modèle innovant

Aujourd'hui, il n'y a plus aucun doute sur l'utilité sociale, la pertinence de l'initiative, la nécessité d'une telle structure sur le territoire, ni même sur la qualité professionnelle des missions conduites par l'équipe.

Le modèle construit est observé, analysé. On y cherche des « facteurs de reproductibilité ». Il fait référence nationalement tant pour son caractère innovant en santé primaire que pour les modalités de prises en charge adaptées proposées aux personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Alors on s'étonnera toujours qu'il soit si difficile de faire

vivre un projet comme celui de la Case de Santé, à l'heure où fleurissent les discours sur la réorientation des services de santé primaire. A l'heure où les besoins manifestes d'une partie de la population s'accroissent. A l'heure où l'on adopte des Plans visant explicitement les inégalités sociales de santé. A l'heure de l'émergence d'une politique censée favoriser le développement de l'économie sociale et solidaire... A l'heure où l'on prétend enfin regarder les plus invisibles des invisibles, les Chibani-a-s, ces immigré-e-s retraité-e-s aux droits amputés...

En finir avec la précarité

La création de la Case de Santé s'est faite au forceps. La maintenir dans le paysage médico-social toulousain, tout autant.

Le temps de l'expérimentation est passé, et la reconnaissance institutionnelle du projet porté par la Case de Santé doit se traduire par des engagements pluri-annuels des institutions et collectivités concernées permettant d'achever le plan de pérennisation de la structure.

L'association y est prête. Elle a engagé cette phase dès 2011 et la plupart des lourds chantiers

entrepris sont à présent concrétisés. Ceux qui se présentent pour l'avenir ne se feront qu'à la condition que le financement de la structure soit enfin établi à la hauteur des besoins raisonnables qui sont les nôtres.

Il est temps que la Case de Santé sorte de sa précarité permanente. Sa capacité d'innovation, remarquée nationalement, en dépend.

Enfin, et surtout, la Case de Santé a vu près de 1 100 personnes différentes passer ses portes et rencontrer un-e ou plusieurs professionnel-le-s de l'équipe en 2012. Ce rapport d'activité rend compte des actions qui ont été conduites à leur service.



reçoit des financements de :



LE PROJET ASSOCIATIF

Innovation en santé primaire, promotion de la santé, santé communautaire	8
Un outil opérationnel orienté vers la lutte contre les inégalités sociales de santé	9
Bilan d'une expérimentation, état de maturité et étape de pérennisation	12
<i>Focus : le plan de suivi</i>	14
2012 : La Case (à nouveau) en crise	16

LE PROJET DE SANTÉ

Les enjeux du Projet de Santé	21
Promotion de la Santé et Santé Globale	22
Architecture 2012 du Projet de Santé	23
<i>Focus : évaluation des compétences des usager-e-s</i>	25
Une spécialité : la Complexité	26

L'ÉQUIPE

Une équipe pluridisciplinaire	28
Accueillir en première ligne	30
Soigner en premier recours	30
Travail social en santé primaire	36
Gérer un centre de santé associatif	38
Une équipe coordonnée	41
Une équipe outillée	42
Une équipe sous tension	45

LE CENTRE DE SANTÉ

L'activité en 2012	47
Photographie de l'activité médicale	53
Echographie en médecine générale	67
Un centre de santé à vocation universitaire	68

LE PÔLE SANTÉ-DROITS

L'activité en 2012	75
Le projet construit	79
<i>Focus : la galaxie de la Case de Santé</i>	89
Autour de la Case	91

LES USAGER-E-S DE LA CASE DE SANTÉ

Des hommes et des femmes...	94
... 70 nationalités différentes	101

LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Santé des Femmes	104
<i>Focus : INCa</i>	105
IVG au centre de santé	106
Santé des Migrant-e-s	108
Droit Au Séjour Etranger-e-s Malades	111
Santé des Vieux Immigré-e-s	118
Santé des Détenu-e-s	124
Les Non-Substituables	126

PLAIDOYER

Le CTDSE	128
Le G.E.M.	129

20
12

LA CASE DE SANTÉ

LE PROJET
LA STRUCTURE
L'ÉTAPE
L'ÉQUIPE
LES PARTENAIRES
LES MOYENS

LA CASE DE SANTÉ

Son cadre d'action est une association à but non lucratif. En 6 ans, elle a créé de toutes pièces un centre de santé et un Pôle Santé-Droits qui constituent ensemble, un outil de travail coopératif rendu opérationnel par une équipe professionnelle pluridisciplinaire décloisonnée. La Case de Santé présente aujourd'hui un modèle innovant de lieu de santé primaire reconnu nationalement, au service d'usager-e-s acteurs de leur santé.

LE PROJET ASSOCIATIF

Sans aucun pilotage institutionnel, la Case de Santé a dû gagner sa place en faisant la preuve de son utilité sociale et de ses compétences professionnelles. Née de l'initiative de jeunes professionnel-le-s, l'association a choisi le quartier Arnaud Bernard pour s'y installer.

En juillet 2006, après une phase préparatoire et la réalisation des travaux dans les locaux du 17 de la place Arnaud Bernard, la Case de Santé ouvre les portes d'un centre de santé qui va expérimenter un projet innovant de santé primaire.

Six ans plus tard, l'expérience a payé : l'équipe a construit des compétences spécifiques, des centaines de personnes y trouvent des solutions qu'elles ne trouvent pas ailleurs,

les actions conduites augmentent les effets des interventions des services «de droit commun», et à ces titres, la structure est de plus en plus repérée. L'évolution du nombre d'usager-e-s en atteste.

L'association poursuit quatre objectifs :

- Participer au développement d'un échelon de santé primaire de qualité : actions de soin et de prévention validées et indépendantes de l'industrie pharmaceutique, à un coût raisonnable pour la collectivité.
- Prendre en compte des inégalités de santé, au travers de programmes et de protocoles spécifiques orientés vers des publics vulnérables et touchés par ces inégalités.
- Permettre la participation des usager-e-s aux enjeux de santé aussi bien au niveau individuel que collectif (santé communautaire).
- Rendre compte de la situation de santé d'un territoire donné selon une approche globale en créant un « observatoire local de santé ».

Innovation en santé primaire

L'état du système de santé primaire en France, marqué par la situation du médecin généraliste libéral isolé évoluant dans un environnement professionnellement cloisonné, montre de plus en plus ses limites.

Ce constat, point de départ de la Case de Santé, impose d'expérimenter un modèle innovant. France, Belgique, Québec... l'initiative à l'origine de la Case de Santé est nourrie d'un concentré local d'expériences en santé menées ici ou

là : centres de santé et maisons de santé pluridisciplinaires en France, maisons médicales en Belgique, centre local de service communautaire au Québec...

Le fil conducteur étant l'élaboration d'un projet de santé orienté vers la lutte contre les inégalités sociales de santé, mobilisant des professionnel-le-s et des usager-e-s dans une démarche de promotion de la santé.

L'article 2 des statuts de l'association formalise ces objectifs ainsi : « *But : Développer des actions dans le domaine de la santé selon une approche globale, tenants compte de l'environnement socio-économique, tout en favorisant l'accès au soin des personnes.* »

L'association se réfère pour ses actions aux principes de santé communautaire, notamment à la Charte d'Ottawa (OMS – 1996).

Pour la mise en oeuvre de ces objectifs, l'association a fait le choix d'adopter le statut de centre de santé associatif. L'agrément « centre de santé polyvalent » a été délivré par la Préfecture de la Haute-Garonne le 4 août 2008.

Ce statut permet à la structure de dispenser des soins (conventionnés sans dépassement d'honoraires), remboursés par l'Assurance Maladie selon les modalités du droit commun. Il impose par ailleurs de pratiquer le tiers payant à l'ensemble de nos usager-e-s et de mener des activités de prévention et d'éducation en santé.

En six années d'existence ce sont plus de 3 500 personnes qui ont trouvé à la Case de Santé un lieu où ce qui n'était pas possible ailleurs le devenait ici... Chaque année, 9 000 rendez-vous sont réalisées par l'équipe pluridisciplinaire. Les deux tiers des personnes accueillies aujourd'hui sont des immigré-e-s. On y recense 70 nationalités différentes. Les usager-e-s ont entre quelques mois et 90 ans pour le doyen. La grande majorité est en situation de vulnérabilité sociale.

3500
personnes

Le choix du territoire sur lequel l'association a implanté le centre de santé n'est pas non plus neutre : le quartier Arnaud Bernard est l'un des derniers quartiers populaires de centre ville de Toulouse. Son histoire, l'esprit et la vie du quartier sont propices à la mise en place d'actions de santé communautaire, dont l'objectif est de mettre les usager-e-s au centre de la démarche. Au travers d'actions collectives et participatives diverses il s'agit, dans un contexte convivial de permettre la réappropriation par les usager-e-s des moyens de décider des questions qui concernent leur santé. C'est un objectif qui répond au principe de la promotion de la santé tel que l'OMS la définit.

L'esprit du projet de la Case de Santé consiste à avoir un lieu de santé (soins, prévention, participation) adapté aux situations

en santé de la population du territoire et capable d'ouverture sur le réseau de santé existant (libéral, associatif, hospitalier, institutionnel).

Enfin, rien de tout cela ne serait possible sans une équipe professionnelle pluridisciplinaire et coordonnée qui mette en oeuvre au quotidien le projet de santé. Au fil du développement du projet, la composition de l'équipe professionnelle s'est affinée pour aboutir à une configuration durable en 2012.

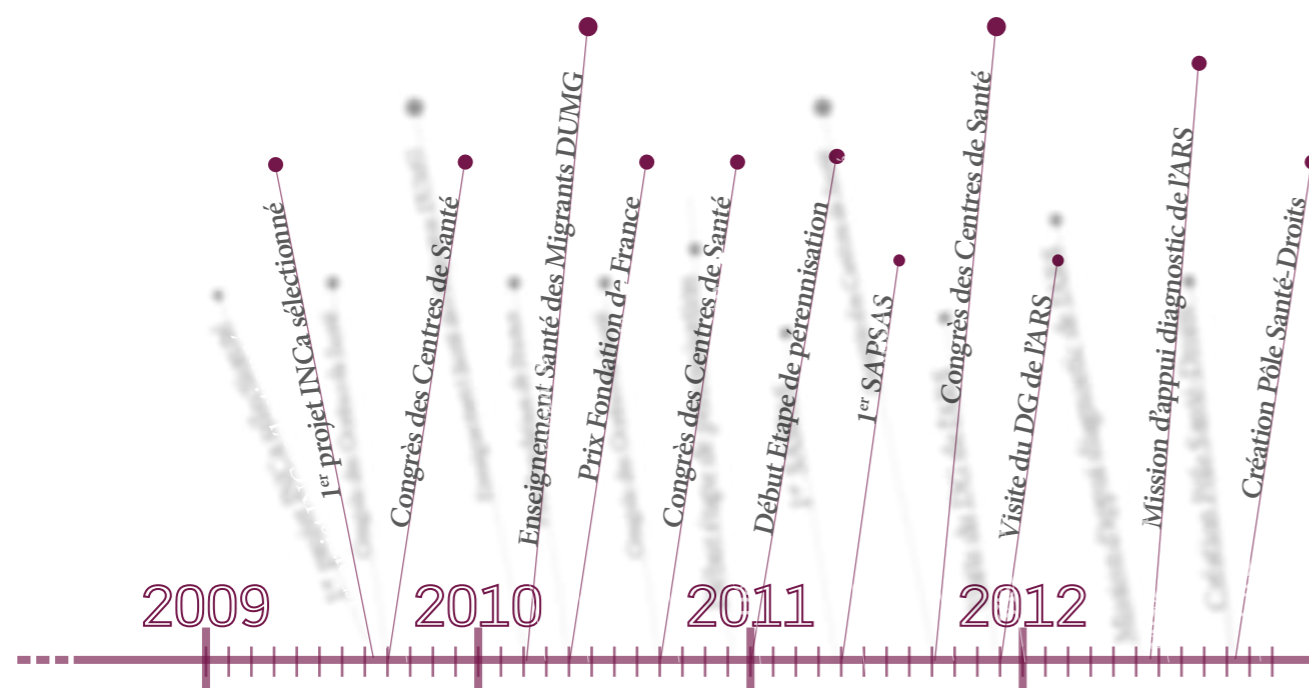
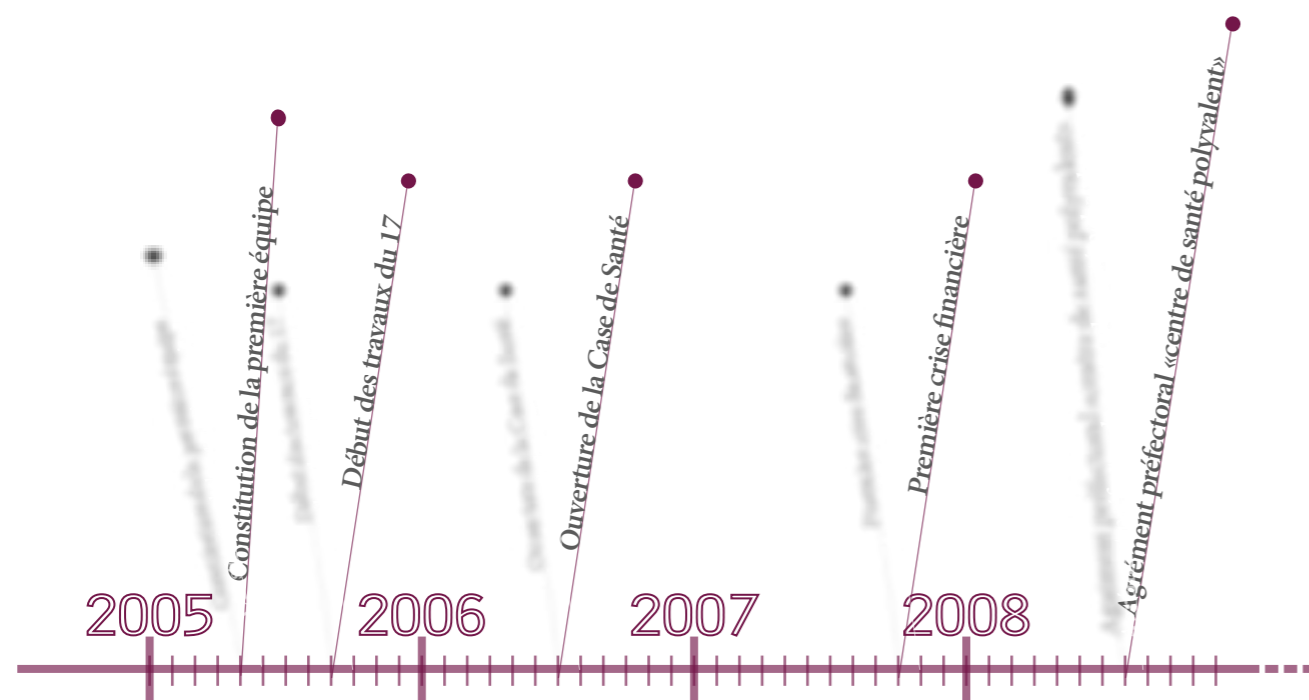
Inégalités Sociales de Santé

La France est le pays doté du système de soins le plus avancé d'Europe de l'Ouest, système qui par ailleurs maintient au sein de sa population les inégalités les plus accentuées.

Les populations les plus précaires de ce pays, les travailleurs pauvres, les migrant-e-s

6
ans

La Case de Santé a ouvert ses portes en juillet 2006. Une période de préfiguration suivie des travaux pour aménager de A à Z le centre de santé au 17 place Arnaud Bernard, un diagnostic de santé sur le territoire affiné au fil du temps, et des usager-e-s toujours plus nombreux qui passent ses portes... 6 années en dix lignes.



n'ont quasiment aucune chance d'arriver à l'âge de la retraite en bonne santé là où un cadre peut espérer encore 9 ans de vie en bonne santé. En 2012, pour la première fois depuis l'après-guerre, l'âge moyen de vie en bonne santé a même regressé.

Soins et Promotion de la Santé

La promotion de la santé est le seul outil validé de façon rationnel, avec des principes repris dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), pour lutter efficacement contre ces inégalités. Approches individuelles adaptées, actions basées sur les capacités de chacun-e à faire face aux situations et et visant à développer les compétences propres de chaque usager-e, actions sur l'environnement immédiat des personnes à la fois sur un plan individuel (travail socio-juridique, accès aux droits), mais aussi en groupes par des actions collectives (santé communautaire, témoignages et plaidoyer)... autant de techniques à mettre en place au sein des populations.

L'action curative, comme l'action sociale, seules seront insuffisantes pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Le cloisonnement des pratiques, le morcellement des individus par des approches hyperspécialisées, sont autant d'obstacles à une prise en

charge globale des usager-e-s, au plus proche de leur lieu de vie. Cette prise en charge d'emblée globale, médico-sociale et communautaire, répond aux standards des actions de promotion de la santé.

Elaboration empirique de programmes

Une fois les portes ouvertes, la Case de Santé a construit de manière empirique une capacité à répondre aux besoins existants sur le territoire : le centre de santé communautaire est rapidement devenu un point d'accès aux soins et aux droits pour les habitant-e-s du quartier et celles et ceux qui le fréquentent, que le quartier constitue leur espace de vie (sdf, grands précaires...), ou que le quartier soit un lieu de repères (migrants, primo-arrivants ou âgés...).

En se confrontant aux situations vécues par ces personnes, l'équipe de la Case de Santé a du construire des compétences spécifiques et élaborer des programmes de prise en charge médico-sociale adaptés à certaines situations d'inégalités sociales de santé. Les thématiques portant sur la santé des femmes, les sortant-e-s de prison, les migrant-e-s, les Chibani-a-s, se sont rapidement imposées, tout comme la prise en charge de grands précaires à la rue souffrant de troubles psychiatriques.



La phase dans laquelle la Case de Santé s'engage est importante. L'association possède des atouts sérieux pour la réussir. Cinq années d'expérience d'activité professionnelle au contact d'usager-e-s, de rodage d'un fonctionnement exigeant en équipe pluridisciplinaire intégrée, d'expérimentation de programmes de prises en charge médico-sociales construits pour agir sur les inégalités sociales de santé...

Passer cette étape de pérennisation requiert de mobiliser ces atouts qu'il convient alors de consolider. Comme souvent en matière de projet innovant, les énergies sont conséquentes mais l'ensemble reste fragile. C'est la première étape du plan dessiné : mettre la structure en état de fonctionnement durable et non plus en état d'urgence permanent.

Car l'enjeu n'est plus de prouver l'utilité sociale d'un tel centre de santé ni même à trouver la place d'une telle structure dans le paysage médico-social toulousain. Ces démonstrations ont été faites et tout le monde s'accorde sur le point de reconnaître à la Case de Santé des compétences utiles et une fonction articulée en bonne intelligence avec les structures de droit commun. L'enjeu est aujourd'hui de rassembler de manière pérenne les moyens nécessaires au fonctionnement de la Case de Santé.

Bilan de l'expérimentation

Le choix d'engager la structure vers cette étape a été précédé d'un bilan des cinq premières années d'expérimentation d'un projet innovant. D'abord, il faut s'entendre sur l'expérimentation : la Case de Santé n'est pas un laboratoire hors de toute réalité sociale qui dissenterait sur les inégalités sociales de santé, mais un projet professionnel construisant un échelon d'intervention opérationnel soumis à l'expérience concrète de la mise en œuvre de prises en charge globale de personnes malades.

Ces six années ont conduit le projet à se faire reconnaître par les usager-e-s, les acteurs associatifs, les institutions... Cette reconnaissance porte bel et bien sur la pertinence d'un tel projet et

donc des valeurs et principes qui le fondent, la promotion de la santé, mais aussi des méthodes et actions qui en font le contenu : santé communautaire, accès aux droits et aux soins combinés, stratégies médicales basées sur les preuves, prises en charge adaptées et individualisées...

Ces six années sont aussi six années d'accumulation d'expérience, au sens le plus commun, qui nous donne l'avantage de ne pas partir de rien au moment d'engager cette phase nouvelle. Ces six années de fonctionnement, d'ajustements continus, de prise en compte de contraintes nouvelles (réglementaires, financières...), ont conduit à un niveau de maturité qu'il convient également de mettre en avant.

Evaluation

A ce stade, la Case de Santé peut tranquillement souffrir la comparaison avec d'autres structures disposant par ailleurs de moyens autrement plus confortables que ceux dont elle dispose.

Premier outil mobilisé, le référentiel d'évaluation des centres de santé publié par la Haute Autorité de Santé (voir encadré p13). Compte tenu de sa taille et du cœur de son projet qui vise à construire un outil opérationnel, la Case de Santé répond largement aux critères concernant le projet de la structure et la prise en charge des patient-e-s. Moins pour ce qui touche d'un point de vue formel à la dimension organisationnelle, administrative et gestionnaire. Création du poste de coordination administrative et financière répond à cette exigence et vise à la rendre effective en deux ans.

Globalement, il en ressort des niveaux d'évaluation sur lesquels la Case de Santé est très avancée : dossier personnel numérique unique et partagé ; protocoles pluridisciplinaires ; coopération professionnelle ; coordination intégrée, implication de l'équipe salariée aux choix stratégiques... ; et d'autres où elle se situe dans une conformité plus classique : locaux entièrement accessibles ; référentiel hygiène et entretien des locaux, consultations non-programmées...

Plus récemment, la dynamique engagée autour des Maisons de Santé Pluridisciplinaires a élaboré un autre outil de suivi du développement des projets émergents : la matrice maturité... La Case de Santé se l'appropriera dès 2013.

La Case de Santé est également impliquée dans des démarches de partage d'expériences, que ce soit avec des groupes porteurs de projets, dans des réseaux comme les ateliers santé ZUS, la Fédération Nationale des Centres de Santé, la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé... autant d'espaces où le projet est soumis à des regards extérieurs et où l'équipe peut situer son état d'avancement au regard de ce qui se fait ailleurs.

Consolidation

Consolider l'existant, l'outil et les compétences, quitte à marquer une pause dans le rythme de développement de nouveaux projets, c'est dans cet esprit que l'association gestionnaire du centre de santé et l'équipe salariée ont décidé d'engager dès 2011 les moyens nécessaires à la poursuite de l'objectif de pérennisation.

Une partie du travail engagé a des conséquences budgétaires évidentes. La mise à niveau de la structure engage de nouvelles dépenses en masse salariale. Pour renforcer l'équipe sur des postes stratégiques (coordination administrative, 3^o médecin) d'abord. Pérenniser ensuite quatre emplois aidés dont le terme se présentait en 2011. Proposer enfin un cadre

d'emploi plus conforme aux pratiques du secteur. Ces dépenses nouvelles ne constituent en fait que d'un rattrapage, et elles préparent l'avenir.

Cette phase requiert aussi un certain recentrage sur la structure, une demande supplémentaire d'investissement professionnel moins « naturel » que celui concernant la prise en charge des usager-e-s, avec une plus grande formalisation des pratiques développées...

L'ensemble des actions engagées par la structure figure dans un plan détaillé avec des objectifs dont nous rendons compte dans le tableau présenté dans la double page suivante.

RÉFÉRENTIEL HAS DES CENTRES DE SANTÉ

Elaboré en 2007, ce référentiel pose un cadre d'évaluation de la capacité des centres de santé à s'organiser en fonction des objectifs qui sont les leurs et à adopter une démarche d'amélioration continue.	Projet du centre et gestion 1 - Projet du centre 2 - Accès à la prise en charge 3 - Politique qualité 4 - Bonne utilisation des ressources 5 - Ressources humaines et exercice des responsabilités 6 - Ressources matérielles 7 - Hygiène, désinfection, stérilisation 8 - Système d'information	12 - Organisation du dossier, circuit et stockage 13 - Tenue du dossier, communication des données et du dossier 14 - Réalisation des soins 15 - Prise en charge et relations clients prestataires
Validé par la Haute Autorité de Santé, il est construit en deux parties : le projet du centre et sa gestion d'une part et la prise en charge des patient-e-s d'autre part. Ce référentiel s'appuie sur des séries de critères visant à identifier le niveau de réalisation des objectifs définis.	Prise en charge du patient 9 - Accueil, attente 10 - Rendez-vous 11 - Demandes de soins non programmés et urgences	La lecture de ce rapport d'activité permettra à chacun-e de se faire une idée de l'état de maturité de l'organisation mise en place au sein de la Case de Santé au regard des différents items retenus dans ce référentiel.

2011-2012 TABLEAU DE SUIVI

PÉRIODE	OBJECTIF	ACTIONS	ÉTAT
2011 - 2012	Administration <u>Comptabilité</u>	<ul style="list-style-type: none"> Mise à niveau des procédures internes Litige avec le cabinet Richard Munos - Saisine du Conseil de l'Ordre en mars 2012 Nomination d'un nouveau cabinet comptable (Cabinet ComptaRebours) et mise en place de nouvelles procédures Intégration de la mission sociale - logiciel de paye interne (Ciel Paye) Nomination d'un Commissaire aux Comptes 	Réalisé (2011) En cours Réalisé (2012)
	<u>Formation professionnelle</u> <u>Assurances</u>	<ul style="list-style-type: none"> Changement d'OPCA : adhésion au fond de formation du secteur professionnel (Unifaf) RC Professionnelle du centre de santé : migration vers la Société Hospitalière d'Assurances Mutualistes 	Réalisé (2012) Réalisé (2012) Réalisé (2013) Réalisé (2012) Réalisé (2012)
2011 - 2012	Ressources Humaines <u>Cadre social</u>	<ul style="list-style-type: none"> Discussion d'un cadre social régissant les relations de travail au sein de la structure et Formalisation d'un accord collectif : grille des salaires, congés... 	Réalisé (2011)
	<u>Recrutements</u> <u>Formation professionnelle</u> <u>Temps de travail</u>	<ul style="list-style-type: none"> Création d'un poste de coordination administrative et financière Renforcement de l'équipe médicale : recrutement d'une 3^e médecin généraliste VAE Assistant-es de Services Sociaux (Travailleurs sociaux) Qualification du Poste Médiateur en Santé DU Education Thérapeutique du Poste Infirmier Rationalisation des temps de coordination 	Réalisé (2011) Réalisé (2011) Réalisé (2012) Réalisé (2013) En cours Réalisé (2012) Réalisé (2011)
2011	Outil Informatique <u>Prospection</u>	<ul style="list-style-type: none"> Choix d'un logiciel métier parmi 3 éditeurs : Groupe ICT logiciel Chorus 	Réalisé (2011)
	<u>Déploiement</u> <u>Développement</u>	<ul style="list-style-type: none"> Installation et intégration des données existantes Mise en place du module de facturation Formation de l'équipe salariée Création du volet social du dossier patient Intégration des indicateurs d'évaluation Intégration de modules de consultations guidées 	Réalisé (2011) Réalisé (2011) Réalisé (2011) Réalisé (2011) En cours Réalisé (2012)

PÉRIODE	OBJECTIF	ACTIONS	ÉTAT
2011 - 2012	Projet (consolidation) <u>Projet de Santé</u>	<ul style="list-style-type: none"> Processus collectif impliquant l'équipe salariée ; construction d'une carte holistique Ecriture et Présentation à l'ARS 	Réalisé (2011) Réalisé (2011) Réalisé (2011)
	<u>Projet Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation interne du travail social intégré au centre de santé Formalisation du projet « Pôle Santé Droits » et présentation (DRJSCS, Conseil Général) Restructuration équipe sociale et écriture protocoles d'accompagnement social 	Réalisé (2012) Réalisé (2013)
2012	Evaluation <u>ARS</u> (modèle, reproductibilité) <u>Assurance Maladie</u>	<ul style="list-style-type: none"> Processus d'évaluation inter-services ARS Dialogue inter-institutionnel sous son égide Evaluation du modèle médico-économique Evaluation efficience en soins primaires 	Réalisé (2012) Réalisé (2013) Non entamé Non entamé
2012	Conventionnement <u>Partenariat Opérationnel</u>	<ul style="list-style-type: none"> Conventionnement Assurance Maladie : ouverture de droits en urgence Stérilisation des instruments par l'Hôpital J. Ducuing Partenariat Permanence Accès aux Soins de Santé, Centre Médico-Psychologique VII Partenariats Associatifs (Cimade, Aides, Griselidis...) 	Réalisé (2012) Réalisé (2012) En cours En cours
	Financements <u>Analyse budgétaire</u>	<ul style="list-style-type: none"> Etat des besoins financiers, analyse de la structure budgétaire Dialogue institutionnel 	Réalisé (2012) Réalisé (2012)
2012	<u>Conventionnement pluri-annuel</u>	<ul style="list-style-type: none"> ARS, CPAM, Conseil Général Mairie de Toulouse 	En cours (2013) A l'arrêt
2012	Communication <u>Rapport d'Activité</u>	<ul style="list-style-type: none"> Développement Observatoire 	En cours (2013) Reporté(2013)
	<u>Site Internet</u> <u>Publications</u>	<ul style="list-style-type: none"> Refonte du site existant Refonte « Echo de la Case » 	Reporté(2013) Reporté(2013)

Dans le cours des projets tels que celui de la Case de Santé, il est rare que tout se passe de la plus simple des manières. Il est tout autant rare que tout se passe pour le pire. Ce fut le cas de l'année 2012 pour la Case de Santé.

L'exercice 2012 a vu se succéder et s'enchevêtrer un nombre important de problèmes que la structure a dû encaisser alors même que son plan de stabilisation n'était pas achevé. Des problèmes et non des moindres : défaut de trésorerie quasi-permanent, exposant la structure aux limites de la cessation de paiement, fragilisation comptable du fait du cabinet à qui l'association avait confié ses intérêts, stagnation ou baisse de financements au moment où les besoins augmentent, engorgement des tâches de gestion administrative, difficultés avec la banque qui finit par « lâcher » l'association alors même que nous produisons des garanties de continuité... comment dresser tableau plus sombre ?

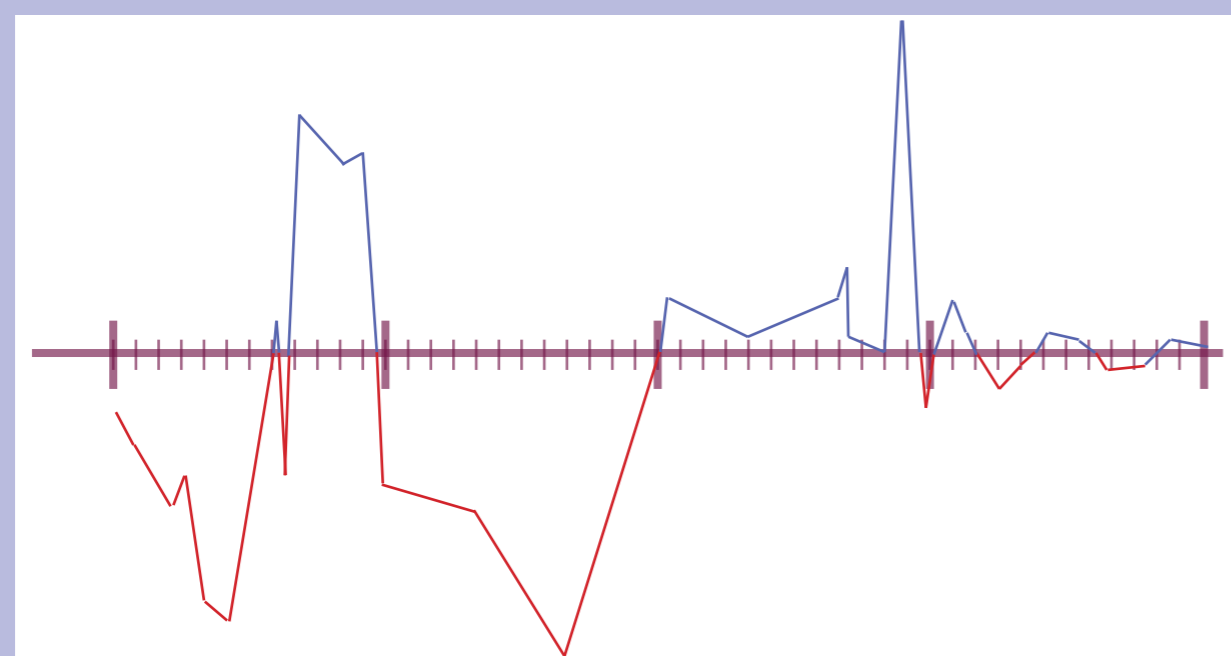
Crise de trésorerie ...

Commençons par le nerf de l'action : les financements et particulièrement la trésorerie qui posera problème tout au long de l'année. D'emblée,

la structure se trouve avec une trésorerie défaillante : le seul partenaire financier à prendre en compte les réalités de trésorerie des associations et verse le financement en début d'année, Sidaction, se trouve en baisse. Soutien constant de la Case de Santé depuis le début, Sidaction n'a pas vocation à financer durablement un centre de santé et cette baisse était attendue. En revanche, elle n'était anticipée pour cette année. Certains financements attendus pour 2011 se trouvent payés dans le courant du premier trimestre ; d'autres attendus au premier trimestre ne le seront que fin mai... le temps de certaines procédures institutionnelles n'est pas celui de l'action associative. Ce n'est pas non plus le temps des créanciers, qui de leur côté n'ont pas vocation à amortir les trous de trésorerie de l'association.

Il faut donc négocier avec les créanciers des délais, la mise en place d'échelonnements. Ce qui repose sur la bonne volonté de ces derniers. La palme du plus obtus revient sans contestation à l'URSSAF qui aura successivement et avec constance refusé plusieurs échéanciers, parfois pour absence de versement de quelques dizaines d'euros.

COURS DU SOLDE BANCAIRE DE LA CASE EN 2012



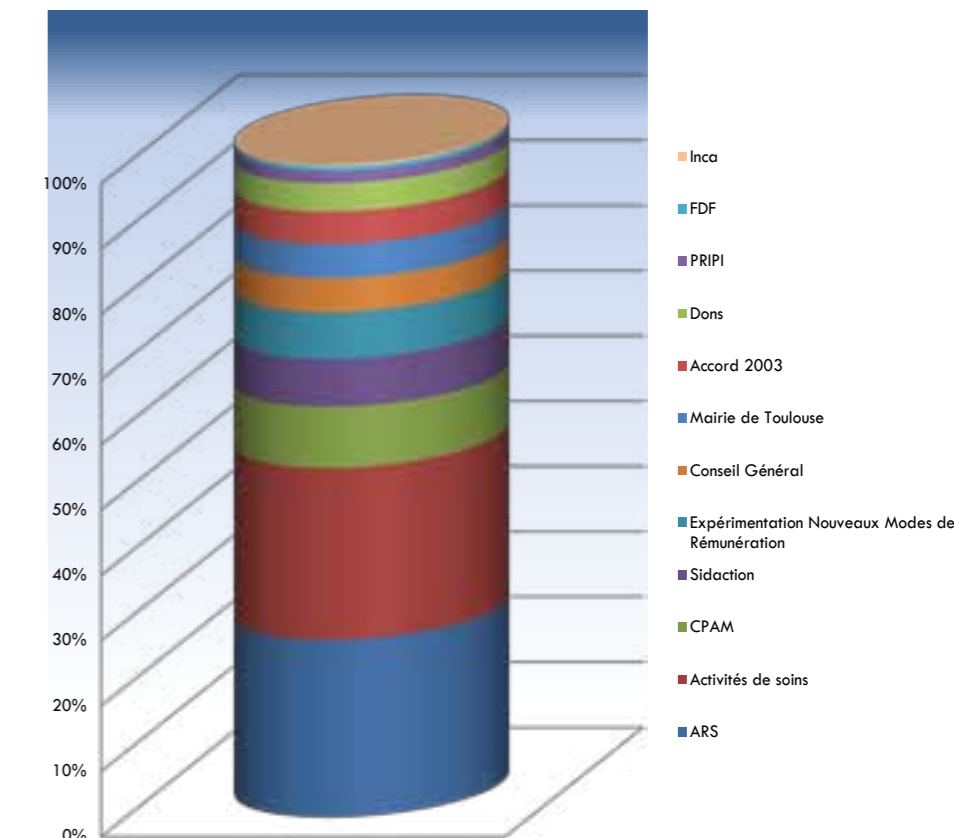
Et c'est dans ces moments-là qu'on peut jauger la solidité du partenariat avec son établissement bancaire. A défaut de trésorerie, il faut trouver des solutions de financements, des avances de trésorerie. Découvert mais surtout via des cessions de créance, le dispositif institué par la loi Dailly. Lucratif pour la banque. Sauveteur pour les structures associatives prises à la gorge. Depuis 2008 la Case de Santé a son compte bancaire au Crédit Mutuel de Compans Caffarelli. En dépit de cette relation, l'agence nous a opposé des contraintes, étonnamment absentes de leur communication à destination des associations, d'après laquelle même des créances en germe peuvent faire l'objet d'une cession. Aucune solution tout le premier trimestre, un relai au deuxième avant un lâchage en bon et due forme à partir du mois de juillet.

Dans cette situation la crise de trésorerie ne peut que durer. Quand les financements sont encaissés, il sont immédiatement décaissés pour payer des dettes.

.. et crise budgétaire

Ces difficultés de trésorerie se sont trouvées doublées d'une crise budgétaire : le bilan financier 2011 sort un résultat fortement déficitaire. - 40 000 euros. En grande partie expliqué par le défaut d'une seule subvention attendue pour un montant de 35 000 euros. Ce dossier déposé à la CPAM en septembre ne sera finalement voté qu'en janvier 2012 et conventionné non pas pour

Ressources de la Case de Santé en 2012



2011 mais pour 2012.

A l'été, les incertitudes sur la possibilité de boucler le budget amène l'association à engager un plan de redressement avec trois leviers échelonnés dans le temps : la recherche de financements complémentaires, une campagne d'appel à dons solidaires, et une réduction de la masse salariale.

La maîtrise des dépenses de fonctionnement a ses limites. Elles ne représentent que 20 à 25% du budget de la Case de Santé et de fait, sont déjà réduites au strict nécessaire. Un choix, la structure n'est pas dispendieuse. Néanmoins la situation a imposé à la structure de contracter en-

core ses dépenses tout au long de l'année.

Face au manque de trésorerie il a fallu compresser la masse salariale et payer des salaires partiels en mai, juillet et août. Trois mois où les membres de l'équipe auront été rémunérés 700 euros.

Un appel à soutien a été lancé en plein été (voir page 18) afin de mobiliser celles et ceux qui sont attaché-e-s à la réussite du projet de la Case de Santé. La campagne de dons aura rassemblé un peu plus de 20 000 euros. Soit plus que certains financements publics...

Un plan de réduction de la masse salariale a ensuite été adopté par l'équipe en septembre avec diminution du

La Case de Santé est une structure unique en France. Porté par une initiative associative, ce centre de santé n'a été piloté par aucune institution. Il a dû gagner sa place en faisant la preuve de son utilité sociale et de ses compétences professionnelles. Aujourd'hui, c'est fait. Et pourtant, rien n'est gagné.

Le projet de la Case de Santé est de faire vivre un centre de santé polyvalent de quartier mais ouvert à tou-te-s, un lieu de santé adapté à l'accueil de populations frappées par les inégalités sociales de santé. C'est un modèle nouveau de structure de premier recours, innovant et efficient dans sa prise en charge globale et coordonnée des personnes.

Une structure qui complète et travaille en parfaite coordination avec celles du droit commun. La Case de Santé est également un lieu d'enseignement et de formation pour des internes du Département Universitaire de Médecine Générale ou pour des travailleurs sociaux en formation.

En six années d'existence ce sont près de 3 000 personnes qui ont trouvé à la Case de Santé un lieu où ce qui n'était pas possible ailleurs le devenait ici... Chaque année, 9 000 consultations sont réalisées par l'équipe pluridisciplinaire. Les deux tiers des personnes accueillies aujourd'hui sont des migrant-e-s. On y recense 66 nationalités différentes. Les usager-e-s ont entre quelques mois et 90 ans pour le doyen. La grande majorité est en situation de vulnérabilité sociale.

Pour donner vie à ce lieu de santé de premier recours, l'équipe est organisée pour assurer un accueil adapté qui permet à chacun-e de venir avec ses demandes, de trouver une écoute et une prise en charge attentive, d'être orienté-e au mieux et d'avoir un entretien assisté d'un interprétariat professionnel en cas de besoin.

L'équipe médicale, soucieuse de son indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et ajustant ses prescriptions aux modèles raisonnés de la revue Prescrire, assure des missions avancées en médecine générale incluant la gynécologie, la petite dermatologie, l'usage de l'échographie à visée diagnostique, la pratique de l'IVG médicamenteuse...

Depuis plusieurs mois, nous sommes en difficulté pour payer les salaires et faire face à certaines échéances. La Case de Santé s'est fixée une échéance à fin septembre pour évaluer si les conditions de sa pérennisation sont réunies : si ce n'était pas le cas, l'équipe salariée, le Conseil d'Administration de l'association gestionnaire en concertation avec les usager-e-s, seront sans doute amenés à prendre des décisions douloureuses. La fermeture pure et simple du centre de santé étant envisagée à présent.

D'ici-là nous avons besoin urgent de votre soutien financier. A Toulouse ou ailleurs, si vous êtes convaincu-e-s de l'utilité de la Case de Santé, convaincus des compétences qui y sont réunies, et si vous vous refusez à voir un tel lieu de santé disparaître, manifestez-nous votre soutien !

L'équipe sociale, spécifiquement formée, anime la promotion du droit à la santé et des droits sociaux, elle assure à chacun-e l'accès à une couverture maladie et à la protection sociale en générale, organise l'accompagnement des personnes dans leurs démarches et les actions de plaidoyer nécessaires au respect des droits.

Bref, on y vient chaque jour de l'année, avec ou sans papier, pour prendre soin de soi ou jouer au domino entre Chibani-a-s, pour comprendre sa maladie, son traitement ou faire respecter ses droits, être accompagné-e dans des démarches administratives ou en matière de prévention santé, être soutenu-e en situation d'urgence comme être solidaire des étranger-e-s malades, se rassembler et lutter ou se faire dépister, être écouté-e, prendre un café, donner un cours de français...

Chaque jour, l'équipe de la Case de Santé assure ses missions avec compétence et détermination malgré le sous-financement de nos missions par les pouvoirs publics, les collectivités locales et les organismes sociaux. Mais, l'instabilité de la structure et la précarité des conditions dans lesquelles nous les réalisons nous mettent en difficulté. Il n'est pas rare que nous devions nous priver un temps des moyens minima de fonctionnement faute de réserve financière. Cela vaut pour le toner des imprimantes comme pour un stéthoscope.

Dans le même temps, Sanofi bénéficie d'un crédit d'impôt-recherche annuel de 130 millions d'euros pour ne produire dans ce cadre aucune nouvelle molécule utile. Avec cette même somme, la Case de Santé peut vivre 250 années...



temps de travail, non renouvellement de CDD arrivés à terme... (voir page 45) pour un total de 24 000 euros d'économies réalisées.

Dernier volet du plan de redressement : la recherche de financements complémentaires. Nous avons sollicité tous les partenaires existants mais tous n'ont pas répondu à l'appel lancé malgré le risque de fermeture. La CPAM, l'ARS, le Conseil Général ont accepté de compléter ou d'augmenter leur financement annuel. Catherine Lemorton a par ailleurs décidé de consacrer une partie de sa réserve parlementaire au sauvetage de la Case de Santé.

La situation vécue a engendré un effet pervers : cette crise a un coût supplémentaire à inscrire au bilan : frais bancaires, frais d'huissiers... grèvent encore plus un budget fragile.

Engorgement des tâches de gestion administrative

Les conséquences de l'abandon soudain de ses missions par le cabinet Munos ont lourdement pesé sur le travail administratif du début d'année. Il a fallu organiser la reprise en urgence des dossiers pour satisfaire aux obligations annuelles des caisses sociales (DADS, Tableau Récapitulatif...).

Cet impondérable a eu un effet boule de neige tout au long de l'année, retardant et rendant plus complexe la remise des dossiers de financement, le

rendu des bilans et divers rapports, qui ont été percuté par des obligations urgentes liées à la gestion de la crise.

L'engorgement généré a largement dépassé les capacités de la structure, en pleine réorganisation depuis 2011, avec des chantiers majeurs ouverts dans le cadre du plan de pérennisation. La structure consacre 1 ETP (0,8 d'octobre à décembre) à l'ensemble des fonctions décrites en page 38.

Le dialogue engagé fin 2011 avec l'ARS, s'est poursuivi en 2012 et a demandé l'élaboration de documents présentés et discutés avec la Direction Générale, puis intensifié avec la mise en place de la mission d'appui composée des différents services de l'ARS concernés par les actions de la Case de Santé.

Dans ces situations de tension économique, l'urgence absorbe une part considérable du temps de travail. A l'extrême, il s'agit de gérer les conséquences de la situation et non la structure elle-même.

Crise de croissance

La Case de Santé subit un effet de ciseaux : les moyens nécessaires sont en accroissement du fait du développement du projet, dans une période où les fonds publics disponibles sont en réduction. Nos seules recettes propres, liées aux soins, sont en augmentation de 100 000 en 2011 à 120 000 en 2012. Il faut stabiliser les financements publics.

La fragilisation économique de la Case de Santé a sérieusement entamé la capacité à résister à une période difficile. Le sérieux de la gestion a permis, au prix de sacrifices à la limite de la bonne tenue du projet, de boucler l'exercice et de commencer à redresser le bilan financier. Ce déficit de 2011 ne peut être résorbé en une seule fois. Nous espérons pouvoir le faire sur les deux exercices 2012 et 2013.

L'équipe salariée se réunit deux fois par mois en Comité de Gestion dans un esprit coopératif. La structure a un statut juridique associatif et la responsabilité associative s'appuie aussi sur cet atout.

C'est aussi parce que les salarié-e-s s'engagent à ce niveau dans la gestion responsable de la structure que les instances associatives sont en mesure d'assumer une responsabilité avancée... Il est évident que nombre d'association fonctionnant avec des instances associatives gestionnaires «traditionnelles» aurait décidé dans la situation décrite ici, pour ne pas prendre plus de risques, de fermer le centre de santé et liquider l'association.

La Case de Santé a trouvé les ressources dans son modèle, dans son équipe et avec une partie de ses soutiens, pour écarter cette perspective pourtant si urgente toute l'année.

LE PROJET DE SANTÉ

Le bilan engagé à l'issue de la phase d'expérimentation a renforcé les fondamentaux du projet de santé initiale. Reformulé en décembre 2011, lors d'une présentation au Directeur Générale de l'ARS et de son Comité Exécutif, il présente deux dimensions : proposer une organisation nouvelle d'offre de service en santé primaire et engager ce niveau de service dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Proposer une offre de soins primaires pour tous et consacrer les moyens nécessaires à celles et ceux qui en ont le plus besoin. A cet égard, notre projet de santé répond à des enjeux qui trouvent depuis ces dernières années une importance grandissante, alors qu'ils paraissaient utopistes au lancement du projet :

- Organisation d'une offre nouvelle de service de santé de premier recours
- Inégalités Sociales de Santé
- Pluridisciplinarité et exercice coordonné
- Accessibilité sociale aux soins
- Décloisonnement professionnel et approche globale en santé
- Promotion de la Santé (en particulier prévention intégrée aux soins) et Santé communautaire
- Participer au développement d'une formation de qualité au sein du DUMG
- Indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Il y a là une ambition grande : assurer un égal accès aux soins pour tous, intégrer les enjeux de santé publique et d'efficience des dépenses de santé, proposer un modèle qui répond aux défis de la profession de médecin généraliste et

qui entend participer à la formation de jeunes professionnel-le-s qui n'exerceront plus dans les conditions de leurs prédécesseurs. A l'échelle de la petite Case de Santé, cette ambition paraît démesurée. Et pourtant, nous y répondons.

Les cinq premières années ont permis de construire des contenus organisationnels et opérationnels donnant corps à l'ensemble de ces notions.

La Case de Santé participe à la formation de jeunes professionnel-le-s, internes en médecine, psychologues ou travailleurs sociaux en formation.

Au-delà de la place de ce centre de santé dans le paysage médico-social et de la pertinence de ses actions qui ne font plus question, il y a tout lieu d'y puiser des éléments d'expérience et d'étudier sa reproductibilité dans un moment où ce type de service de santé a vocation à se déployer sur le territoire.

La question est d'autant plus vive que tous les constats opérés par les acteurs de terrain et les projections sur les années à venir montrent que les besoins sont de plus en plus criants et les capacités de réponse de plus en plus réduites.

C'est une approche profondément renouvelée de la santé qui inspire le projet de la Case de Santé. Elle mobilise des notions très éloignées du modèle français organisé autour d'une médecine générale libérale dispensée dans des cabinets isolés et centré sur les soins aigus courants et une hyperspécialisation bio-médicale.

Le projet de la Case de Santé entend proposer un service dans une approche de santé globale, et vise à intervenir efficacement contre les situations d'inégalités sociales de santé. Soins primaires et Promotion de la Santé sont les outils de ce projets.

C'est à un véritable changement de paradigme, dans les politiques publiques de santé et dans



l'organisation des soins, qu'invite le projet de santé de la Case de Santé présenté de manière schématique ci-contre.

Paradigme dominant	Paradigme émergent
Soins spécialisés	Soins primaires
Soins aigus	Soins chroniques
Soins individuels	Soins communautaires
Soins curatifs	Soins préventifs
Soins en institution	Soins ambulatoires
Technicité	Humanisme
Obligation de moyens	Obligation de résultats
Approche unidisciplinaire	Approche multidisciplinaire
Gestion médicale	Gestion administrative
Concurrence	Collaboration

Santé Globale

Cette notion est déclinée à deux niveaux. Le premier, le niveau opérationnel, pose une condition : si l'on veut agir en santé, intervenir sur les inégalités sociales de santé, il faut alors pouvoir appréhender la personne dans sa globalité : du bio-médical à la prise en compte de son environnement socio-économique. Car les effets combinés sur la santé des différents facteurs eux, sont bien réels (voir page 24 Le score EPICES de vulnérabilité sociale en santé).

Le deuxième niveau touche à la démarche professionnelle mise en oeuvre au sein de l'équipe. Chacun-e avec ses compétences propres n'aura d'effet dans ses actions qu'en synergie et coordination avec les autres professionnel-le-s. Ce sont donc des actions pluridisciplinaires, programmées, suivies et coordonnées dans un temps plus ou moins long et organisant du soin, du soutien, de la prévention et de l'accompagnement qu'il faut pouvoir proposer aux usager-e-s.

Santé communautaire

S'il convient d'appréhender la personne dans sa globalité, il faut alors naturellement agir avec elle. Et agir sur son état de santé comme sur son environnement.

Les actions mises en oeuvre sont centrées sur l'usager-e, en individuel et en collectif. Elles visent à en faire le principal promoteur en construisant et en renforçant des compétences pour mieux maîtriser sa santé. La pertinence et l'efficacité de cette démarche ne sont pas conceptuelles. Il est possible de les évaluer. Nous présentons les résultats d'une étude faite en partie avec des usager-e-s de la Case de Santé attestant de cette réalité (voir page 25).

Ce « modèle » de service de santé primaire n'est évidemment pas complètement abouti.

Sur l'échelon de soins de premier recours, nous savons pertinemment que des besoins ne sont toujours pas couverts dans notre organisation, et qu'il y aurait lieu de compléter la configuration minimale de l'équipe soignante (MG/IDE/Psychologue) construite et expérimentée jusqu'à aujourd'hui avec une offre de service en kinésithérapie, en podologie, en soins dentaires...

Sur l'outil de promotion de la santé en lutte contre les inégalités sociales de santé, beaucoup de choses restent à faire. Et nous souhaitons ouvrir et approfondir d'autres chantiers à l'avenir : c'est en particulier le cas pour toutes les questions touchant au monde du travail (souffrance, maladie et accidents professionnels...).

Mais l'étape actuelle n'est pas de cet ordre. Il s'agit bien de stabiliser l'existant, de l'inscrire dans la durée en assurant des financements adéquats et pérennes.

LES 2 PILIERS DU PROJET DE SANTÉ

Un échelon de Santé Primaire

Implanté sur un territoire (quartier Arnaud Bernard et en proximité), mais ouvert à toute personne adhérant au projet de santé d'un service pluridisciplinaire coordonné, indépendant de l'industrie pharmaceutique et assurant une prescription raisonnée.

Une organisation des soins de premier recours

- Coordination des soins
 - Outils de coordination
 - Temps de coordination interprofessionnelle
 - Protocoles de coopération professionnelle
- Offre de soins élargie en santé de premier recours au-delà de la prise en charge des pathologies chroniques et aiguës
 - Prise en charge pluridisciplinaire à distance et coordonnée
 - Echographie en médecine générale
 - Gynécologie
 - IVG médicamenteuse et contraception
 - Transferts de compétences MG/IDE
 - Dépistages ciblés
 - Approches non médicamenteuses
 - Addiction
 - Petite chirurgie dermatologique
- Formation permanente
- Centre universitaire
 - Chargé d'enseignement au Département Universitaire de médecine Générale
 - Praticiens agréés Maîtres de Stage Universitaire
 - Accueil d'internes de niveau 2 (SASPAS)
 - Direction de thèse et Publications scientifiques

Une organisation médico-administrative

- Gestion administrative du centre de santé
- Maîtrise budgétaire
- Développement du projet de santé
- Evaluation des pratiques et des programmes
- Partenariats
- Participation au développement de la santé de premier recours
 - Participation aux débats et dialogue avec les instances publiques
 - Accompagnement de projets émergents

Un outil de promotion de la santé orienté vers la lutte contre les Inégalités sociales de Santé

Repérage et prise en charge des personnes vulnérables touchées par les Inégalités Sociales de Santé.

Stratégie d'action en Promotion de la santé

Sortant de la seule logique d'offre de soins inefficace en la matière, la Case de Santé mobilise l'équipe du centre de santé et du Pôle Santé Droits dans une stratégie d'action en promotion de la santé déclinée en trois axes :

- Proposition d'une prise en charge spécifique individuelle en lien avec le réseau existant de l'usager-e (bilans de santé et diagnostic social, adaptés à la situation d'ISS)
- Actions d'éducation à la santé, santé communautaire, «aller vers», autonomisation
- Médiation, santé publique, actions de plaidoyer auprès des professionnel-le-s et des représentants institutionnels

Programmes répondant à des situations d'Inégalités sociales de Santé

Une réponse première et générale vise à améliorer l'effectivité de l'accès aux droits et aux soins, avec la pratique du tiers-payant et la permanence sociale garante de l'ouverture des droits (avec en particulier une convention conclue avec la CPAM), la mobilisation permanente de partenariats externes.

Les différentes situations d'ISS identifiées, ayant fait l'objet d'un diagnostic et sur lesquelles la Case de Santé intervient au travers de ses programmes pluridisciplinaires protocolisés :

- Santé des Femmes
- Immigré-e-s âgé-e-s (Chibani-a-s)
- Migrant-e-s
- Sortant-e-s de prison
- Addictions
- Troubles psychiatriques
- Handicap

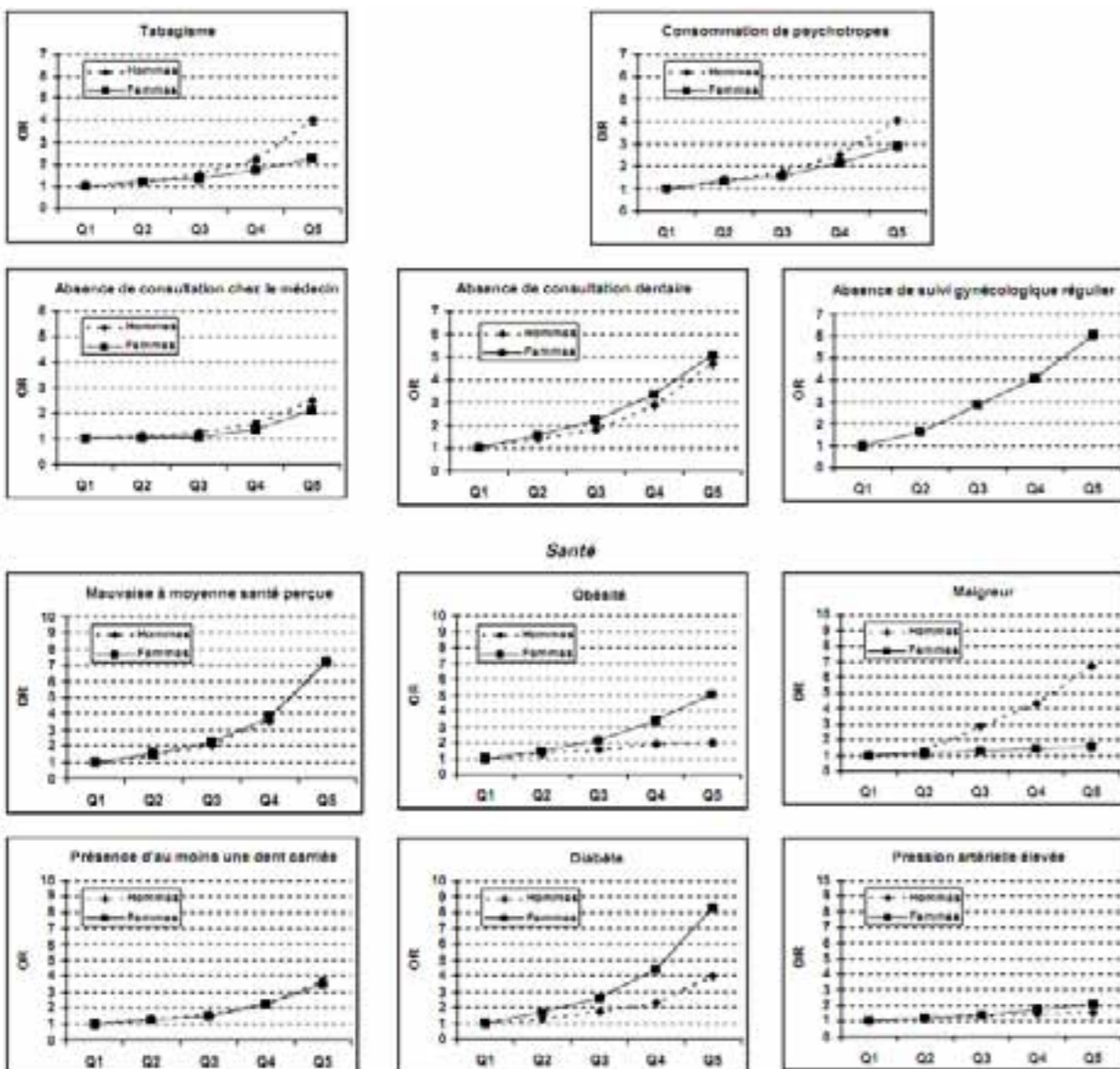
SCORE EPICES ET VULNÉRABILITÉ SOCIALE DE SANTÉ

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examen de Santé. Ce score a été développé par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) et est recueilli chaque année auprès d'environ 600 000 personnes bénéficiant d'un examen périodique de santé dans un centre de l'Assurance Maladie.

Le score Epices, mesure multidimensionnelle de la précarité ou de la fragilité sociale, va au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés, comme l'attribution de minima sociaux. Il repose sur 11 questions tenant compte des déterminants matériels et psychosociaux de

la précarité qui permettent de calculer un score pouvant varier de 0, signifiant une absence de précarité, à 100 pour une précarité maximum. Le seuil de 30,17 est retenu par le Cetaf pour discriminer entre non précaires et précaires.

Ce score est corrélé à certaines situations en santé, et on observe une plus grande occurrence de certaines pathologies, une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé... plus le score augmente. L'illustration ci-dessous indique certains éléments, la population étant répartie en cinq quintiles selon le score EPICES.



* Quintile 1 (Q1): absence de précarité, quintile 5 (Q5): précarité maximum
Odds ratios et OR % par quintiles du score EPICES après ajustement sur l'âge
Taux de tendance: p < 0,001 pour chacun des indicateurs étudiés.

COMPÉTENCES EN SANTÉ DES USAGER-E-S / (HEALTH LITERACY)

Le mémoire réalisé par Claire Curie dans le cadre d'un Master en Politiques Sociales Européenne de l'Université de Maastricht (Pays-Bas), s'intéresse aux compétences en santé des patient-e-s et montre, au travers d'une comparaison entre le modèle des maisons médicales belges et le modèle de la médecine libérale française, que l'offre de soins joue un rôle dans le développement des capacités des individus à gérer leur santé.

Son troisième échantillon était composé d'usager-e-s de la Case de Santé, patient-e-s en France dans un modèle de service de santé inspiré des maisons médicales belges. Nous extrayons de son travail les deux graphiques présentés ici avec le résumé en anglais de son étude.

Background

How to meet the complex demands of health?

The interaction with care professionals is not an easy task for individuals. It is what I notice through my 25-year professional practice as a social worker employed by the National Health Insurance in France. Indeed, most of the persons I used to meet, express their difficulty to understand what the general practitioner says, they often do not dare ask questions and are reduced to a kind of passivity that can be prejudicial to the control on their health. So, in this particular relationship, I thought there were probably some necessary competences to master in order to feel comfortable when interacting. But what are they?

To go further into this interaction, Anglo-Saxons use the concept of health literacy that defines four competences: access to medical information, understanding them, evaluating them and making appropriate health decisions. Moreover studies conducted under this concept showed that the lower the health literacy level of individuals, the greater the risk of hospitalizations, disease and degraded health status.

I wondered then what could have an influence on the health literacy level of patients and I put forward the hypothesis that the type of care provisions could play a part in the development of health literacy competences.

The study compares two different types of care provisions with distinct method of working: the Belgian medical house's model created in the 80s in contrast with the liberal system and promoting a community health perspective, and the French current liberal system of general practitioners, mostly structured on targeting cure.

Method

By the means of a quantitative method, two samples of patients respective of those two systems were interviewed with the questionnaire built in 2010 by the European Health Literacy Consortium, who conducted an important survey in 2011 among 8000 people.

A third sample has also been built, composed with French patients of the Case de santé in Toulouse designed on the Belgian medical house's model.

Results

The findings of the study are unequivocal and they clearly demonstrate that patients of medical house's model have a higher level of health literacy than the patients of the French liberal system.

Recommendations and conclusion

These findings, added to the results of the European survey, lead to suggest some changes in the professional practices of general practitioners and social workers in France, highlighting the global approach, multidisciplinary work, with the patient-centered care method and not the contrary. Health is not limited to cure but health issue addresses several professionals promoting coordinated actions. Those changes are already suggested in France by senior authorities following the Belgian medical house's model for instance and they could contribute to a better health for citizens and to reduce health and social inequa-

Table 2 Health Literacy score

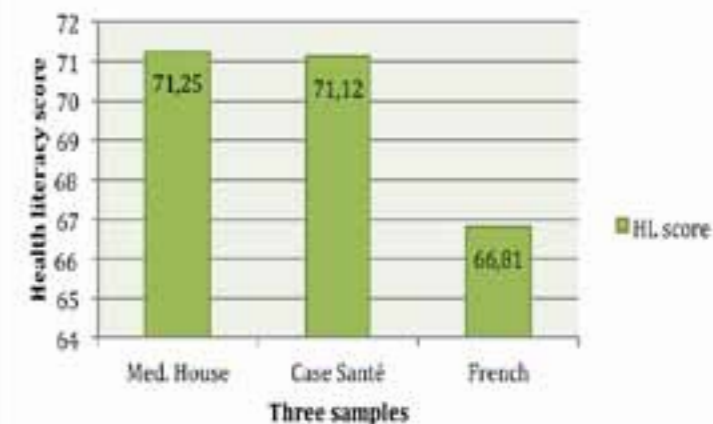
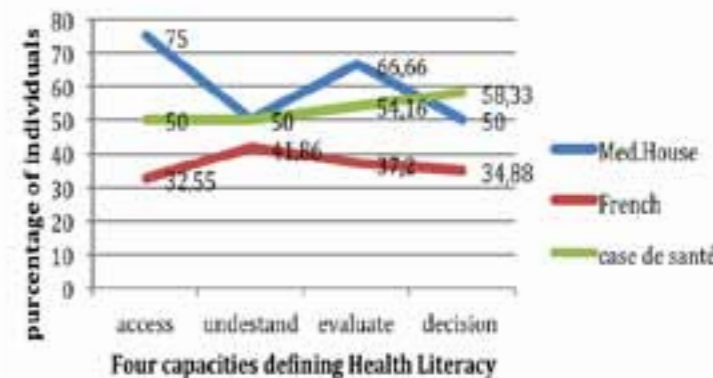


Table 10 Competence Performance(%) in 3 samples



UNE SPÉCIALITÉ : LA COMPLEXITÉ

Le rapport préliminaire de la mission d'appui de l'ARS relève l'activité originale du centre de santé accueillant dans une logique de parcours « centre de santé traitant » des gens particulièrement malades et particulièrement vulnérables socialement par rapport à d'autres structures de premier recours.

La notion de « complexité » (qui ne se limite pas à la dimension médicale mais indique déjà l'imbrication des problématiques rencontrées par la personne – sociales, médicales, administratives, familiales... – imbrication qui souvent met en

échec les services sociaux ou de santé) aide à définir un type de prise en charge des populations touchées par les inégalités sociales de santé. Face à cette complexité, il convient de mobiliser pour les usager-e-s concerné-e-s des ressources maximales, de façon efficiente et à des moments donnés du parcours de vie d'une personne.

La complexité n'est en effet pas une notion figée, les professionnels doivent faire preuve de souplesse et d'échelonnement dans leurs actions, pendant que l'usager-e est aidé-e à toujours plus de résilience, d'autonomie.

Usager- dit « non complexe »

- ♦ pas de pathologie grave* et/ou
- ♦ pas de problème social menaçant la santé ou l'accès aux soins ** et/ou
- ♦ pour qui le réseau médical et social existant peut répondre de façon adaptée ***

Pour ce premier type d'usager-e-s, le paiement à l'acte complété par la rémunération du travail en coordination, des transferts de compétences et de coopération, d'éducation thérapeutique, de formation des équipes et de qualité des soins comme la prescription rationalisée, de promotion de la santé mais aussi de la gestion du tiers payant... pourraient à terme être suffisants. L'Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération, dispositif dans lequel s'inscrit la Case de Santé, initie une rémunération complémentaire au paiement à l'acte en santé de premier recours. Cet essai doit à présent être généralisé et étendu aux domaines listés plus haut.

Usager-e dit « complexe »

- ♦ au moins une pathologie grave* et
- ♦ au moins un problème social menaçant la santé ou l'accès aux soins ** et
- ♦ pour qui le réseau médical et social existant ne peut répondre de façon adaptée ***

Pour ce deuxième type d'usager-e-s, des financements complémentaires de la part des institutions concernées par les thématiques de l'accès aux soins, de la vulnérabilité sociale, des inégalités sociales de santé, de la lutte contre les discriminations... sont à mobiliser d'urgence dans un environnement où les inégalités sociales de santé se creusent.

Les usager-e-s non complexes du centre de santé représentent environ 30% de la file active du centre de santé contre 70% pour les usager-e-s complexes.

* Pathologie grave

Au moins une pathologie, codée dans les antécédents du dossier médical selon la Classification Internationale des Soins Primaires entraînant un risque de mortalité prématurée ou de handicap grave en l'absence de prise en charge.

** Problèmes sociaux menaçant la santé ou l'accès aux soins

Un ou plusieurs problèmes sociaux qui ont un retentissement direct sur l'accès aux soins (obstacle ou retard d'accès) ou sur une maladie (aggravation, défaut de prise en charge) et score de vulnérabilité sociale EPICEs > 30.

*** le réseau médical et social existant ne peut répondre de façon adaptée

Adressage de l'usager-e par un acteur médical ou social du système existant, ou sollicitation du secteur médical ou social existant par l'usager-e sans qu'il n'y ait pu avoir de réponse à ses problèmes, essentiellement en raison de problèmes médico-sociaux intriqués.

Mobilisation de ressources maximales face à la complexité

Pour prendre en charge les usagers dits « complexes », le centre de santé a développé 5 outils, dont chacun fait l'objet d'un surcoût mais qui permet au centre de santé de mener ses actions à la différence de la plupart des lieux de santé de premier recours classiques :

- ♦ Temps de consultation allongé (45mn)
- ♦ Coordination médicale, sociale et médico-sociale renforcées en interne et en externe
- ♦ Formation approfondie des équipes
- ♦ Enseignement, Centre Ressources
- ♦ Epidémiologie, Observatoire Local De Santé, Santé communautaire et Plaidoyer

Cette complexité est retrouvée, et les cinq outils opérationnels mis en œuvre pour huit thèmes particuliers :

- Handicap psychique
- Handicap physique
- Femmes
- IVG Médicamenteuse
- Immigré-e-s
- Sortant-e-s de prison
- Addictions
- Souffrance au travail

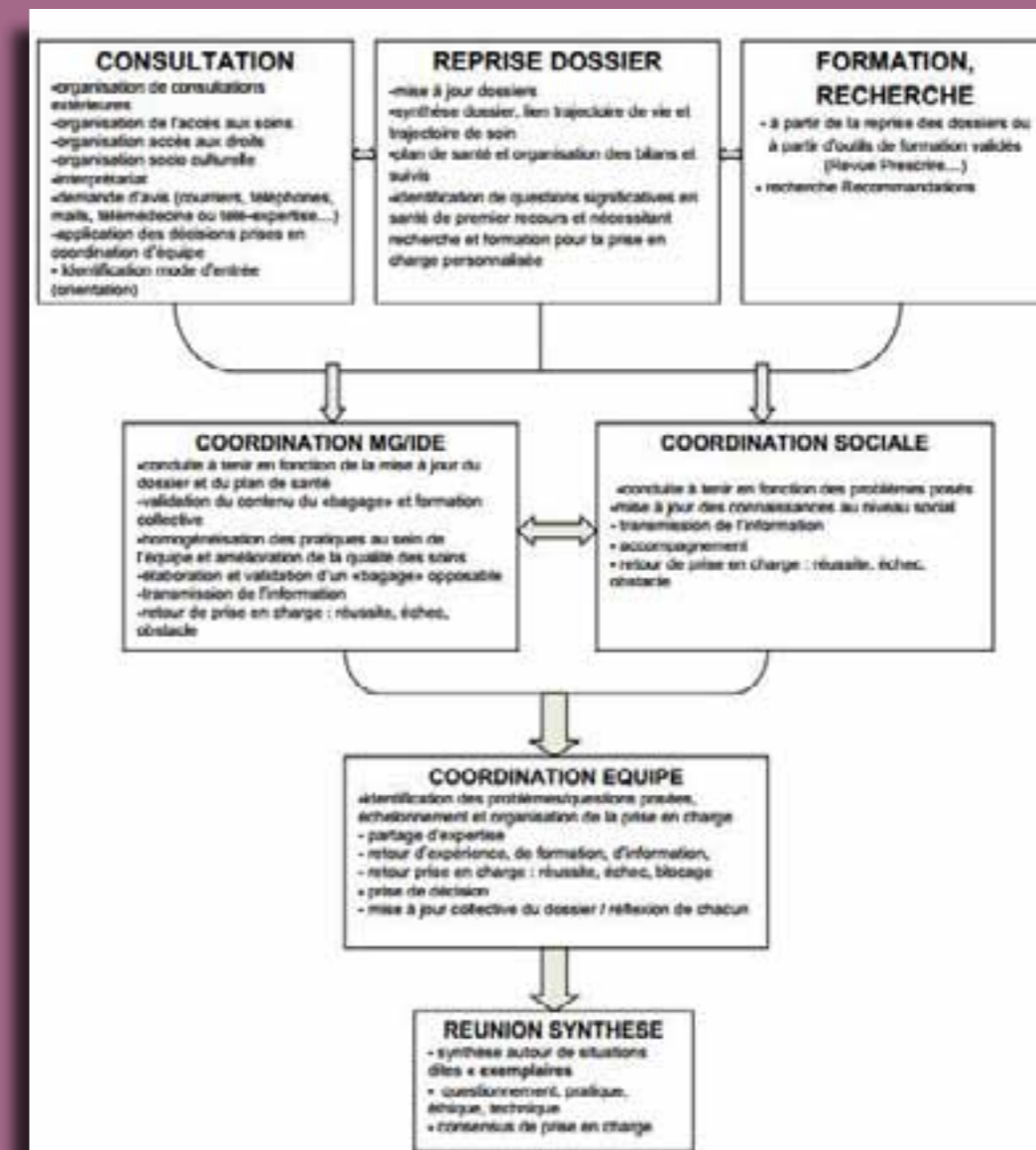


Figure 5 / Processus de coordination sur parcours de soin de la Case de Santé

En 2012, la Case de Santé a accueilli en stage Dominique Yerle dans la cadre d'un Master 2 Professionnel de Santé Publique « Coordonnateur de Parcours de Soins ».

Cette illustration est extraite de son mémoire intitulé « La Coordination des soins complexes : un dispositif de lutte contre les Inégalités Sociales de Santé ».

Elle schématise le processus de coordination du parcours de soins organisé à la Case de Santé.

L'ÉQUIPE EN 2012

Pérenniser le projet de la Case de Santé ne peut pas se faire sans la consolidation de l'équipe professionnelle. Entreprise dès 2011 avec l'adoption d'un cadre social en référence au secteur d'activité et son renforcement, cette consolidation s'est heurtée à une contrainte budgétaire très forte en 2012.

UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

La construction d'une équipe pluridisciplinaire est une condition nécessaire dans la mise en oeuvre du projet de santé de la Case de Santé. Plus encore que les modalités de prise en charge et d'accompagnement qui peuvent faire intervenir différents professionnels, c'est l'approche en santé d'entrée globale qui est poursuivie par ce modèle professionnel.

Mobiliser des disciplines professionnelles différentes, c'est mobiliser des compétences différentes, des approches, des modes de relation aux usager-e-s dont la complémentarité est organisée par un modèle de coordination intégrée.

Des temps de travail en commun, des protocoles et des outils partagés permettent à l'équipe d'assurer une approche globale et d'engager des actions pour répondre à des problématiques souvent complexes et imbriquées.

et dépistés dès l'accueil. La consultation médicale peut également faire émerger des obstacles socio-économiques à la santé. Des récits migratoires s'expriment parfois plus naturellement lors d'une consultation psychologique que lors d'un entretien avec un travailleur social ; travailleur social qui permettra d'identifier un problème de santé au détour d'un diagnostic social...

Ces approches combinées créent les conditions favorables à l'expression de demandes plus facilement identifiables, dans des situations très souvent complexes, et favorisent la construction et la mise en route de réponses adaptées. Elles permettent de gagner du temps, ce qui parfois peut compter quand il s'agit d'établir un diagnostic ou d'introduire un traitement. Elles permettent toujours d'améliorer la pertinence des actions mises en place avec l'usager-e.

Et plus fondamentalement cette organisation multiplie les fenêtres ouvertes à l'engagement par une personne d'une démarche jusque-là empêchée. Une demande de soins lors d'un épisode médical aigu peut établir un contact suffisant pour s'occuper d'un problème de droits sociaux ou de logement... Le travail organisé dans le cadre du protocole d'accès au droit au séjour peut amener à un premier diagnostic d'une pathologie chronique.

Ces interactions pluridisciplinaires qui composent le travail quotidien des membres de l'équipe représentent une « valeur ajoutée ». Car l'accomplissement de ces missions ne serait pas possible sans le plus grand investissement de chacun-e

C'est donc un travail en pluridisciplinarité décloisonnée, appliqué dans les modes de prise en charge des demandes des usager-e-s, mais aussi apparente dans l'organisation collective de certaines fonctions essentielles du projet de santé. C'est ainsi que les conditions de vie et les facteurs de risques sociaux sont abordés



7
femmes

4
hommes

Trois médecins généralistes, une infirmière, une psychologue, deux médiateurs en santé, trois travailleurs sociaux, et un coordinateur administratif.

L'équipe 2012 rassemble Charles Hambourg, Virginie Maincion, Bénédicte Gaudillière, Myriam Kénoudi, Hakima Saadi, Inès Bennani, Yannick Lapeyre, Mélanie Chaigne, Jérôme Host, Amina Méssabis et Fabien Maguin.

dans l'exercice de ses fonctions spécifiques.

Accueillir en première ligne...

Les Médiateur-trice en santé ont un rôle d'accueillant. Ils sont le premier contact des usager-e-s avec la Case de Santé, « la première ligne de la première ligne » et les garant-e-s de la convivialité du lieu. Ils présentent l'organisation et les actions du centre de santé et proposent la participation aux activités collectives. Leur bureau est un prolongement de ce qui se passe dans le quartier. Ils décodent les motifs de consultation, les maux derrière lesquels se cachent des problèmes sociaux. Leur disponibilité, leur sens du contact sont des atouts majeurs dans leurs fonctions de médiateurs en santé.

Il n'existe pas de formation professionnelle adaptée à ce type de fonction spécifique. Le choix fait par la structure a porté sur un profil de « travailleur pair ». Les deux personnes en poste - Inès Bennani et Yannick Lapeyre - ont été des usager-e du centre de santé. Formées en interne, imprégnées des valeurs du projet (accueil inconditionnel, position de non-jugement, démarche communautaire...) elles ont acquis des compétences *sur le tas*, dans le contact quotidien avec les usager-e-s et avec l'appui permanent des autres professionnel-le-s de l'équipe.

Leur espace de travail s'ouvre sur la salle d'attente depuis un bureau d'accueil qui peut être fermé afin d'assurer la confidentialité de certains échanges. Il s'étend souvent au-delà de cet espace aux abords du centre de santé, aux bancs de la place Arnaud Bernard et aux rues du quartier. Les Médiateur-trice en santé ont en charge de faire en sorte que les locaux de la Case de Santé, en particulier la salle d'attente soit un support d'information en santé (contraception, IST, ressources en santé à Toulouse...). Il et elle en contrôlent également de manière permanente les conditions de propreté et d'hygiène.

Accueillant-e, les Médiateur-trice en santé assurent l'accueil physique et téléphonique du centre de santé. Prise de rendez-vous, renseigne-

ments, demandes diverses... cet accueil inconditionnel est également multiforme.

Dans ce cadre, certaines tâches médico-administratives et de gestion leur incombent : vérification des droits à l'Assurance Maladie et de la situation au regard du dispositif «Médecin Traitant», création du dossier patient et renseignement du volet administratif de celui-ci, ainsi que d'une partie du volet social (score EPICÉs, conditions d'hébergement, situation familiale...), adhésion éventuelle du patient-e au dispositif d'option de coordination des centres de santé, facturation des actes de soins réalisés, télétransmission des lots à l'Assurance Maladie et aux autres régimes et organismes concernés (MSA, RSI, Etudiant, mutuelles...).

L'accueil entretient des interactions avec les autres membres de l'équipe de tous les instants. Les Médiateur-trice en santé prennent les rendez-vous, tiennent le planning à jour, y marquent les personnes présentes, assurent le lien avec les professionnel-le-s avec qui l'usager-e a rendez-vous, avec le médecin de régulation pour toute demande médicale non programmée, font éventuellement le lien avec le service interprétariat de l'hôpital en cas d'orientation vers un service spécialisé...

Ils ont également la charge d'organiser la réponse aux demandes relevant des besoins urgents de première nécessité, en liaison avec l'équipe sociale : aide alimentaire, produits d'hygiène, besoins vestimentaires... Cette fonction requiert une bonne connaissance du réseau local, et une capacité à orientation au plus juste vers les lieux utiles.

Soigner en premier recours...

Les soins de santé primaire sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, constituant le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. Ils représentent l'ensemble des services minimums dont la population d'un territoire donné a besoin.



Tout le projet médical développé dans le projet de santé est construit dans cette logique. L'équipe soignante est construite ainsi et les professionnel-le-s qui la composent s'engagent dans cette démarche essayant de répondre au maximum à la demande de soins qui se présente à eux, en ayant recours aux acteurs du niveau secondaire de soins (spécialistes, centre hospitalier...) de la façon la plus rationnelle possible. Une telle approche a été démontrée comme la plus efficace, c'est à dire la plus économique pour un service de qualité identique, par de nombreuses études déjà menées en France, en Belgique et au Québec. Pour cela, ces soignants travaillent en pluridisciplinarité (médecins généralistes, infirmière et psychologue) en mobilisant des compétences

pointues pour assurer des « missions avancées ».

Les médecins généralistes

La tenue du projet de santé requiert une forte implication des médecins généralistes dans l'exercice de leurs fonctions et la mise en œuvre de pratiques avancées qui, outre la médecine générale courante, concernent la gynécologie - pose de DIU, d'implant contraceptif, frotis, échographies de datation avant IVG... -, planification familiale - incluant les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse -, urgences, petite dermatologie - petite chirurgie, cryothérapie... -, thérapies brèves (notamment pour la prise en charge des addictions). Ils expérimentent l'acquisition de nouvelles compétences comme la formation

à l'utilisation de l'échographe en médecine générale, qualifié par certains médecins qui l'utilisent déjà (en France, Belgique et au Québec) comme « *stéthoscope du XXIème siècle* » évitant certains examens biologiques et passages aux urgences.

Les médecins adhèrent à la charte de l'Association Mieux Prescrire, éditrice de la revue Prescrire, une des rares revues médicales indépendante de l'industrie pharmaceutique. C'est également leur outil de référence pour ce qui concerne la prescription raisonnée, fondée sur une stricte évaluation de la balance bénéfices-risques des molécules commercialisées.

Au dernier trimestre 2011, l'association a décidé de recruter un troisième médecin géné-

raliste pour faire face à l'engorgement, ouvrir des créneaux de consultation supplémentaires et alléger la charge de travail des médecins, charge de travail devenu critique.

La phase de recrutement a abouti à l'embauche au 15 janvier 2012 de Bénédicte Gaudillière qui exerçait ses fonctions précédentes à Paris, pour partie au Comède (Comité Médical pour les Exilés) et à l'hôpital d'Aubervilliers par ailleurs. Son expérience dans la prise en charge des migrants et des personnes en situation de vulnérabilité est venue renforcer l'équipe en place constituée par Charles Hambourg, médecin de la première heure de la Case de Santé, et Virginie Maincion en poste depuis janvier 2011.

Samah Chaaban, qui a réalisé son stage SASPAS au centre de santé de mai à octobre 2012, a intégré l'équipe médicale à compter du mois de novembre sur un temps partiel en remplacement d'une médecin en congé maternité.

Le cadre d'exercice organisé par la Case de Santé est celui d'une médecine d'équipe. Les mé-

decins généralistes travaillent ensemble autour des mêmes patient-e-s qui déclarent le centre de santé comme « Médecin Traitant ».

Leur planning aménage des créneaux de travail extra-clinique dédiés à la coordination des parcours de soins des patient-e-s d'une part et d'autre part à la coordination interne de l'équipe médicale : construction d'un bagage de premier recours commun, protocolisation, recherche et formation...

Une bibliothèque numérique partagée visant à harmoniser les pratiques de soins est élaborée de façon continue par l'équipe médicale (MG et IDE). Un maximum de situations rencontrées en santé primaire par les praticiens du centre de santé est consigné dans un document informatique partagé réunissant les bonnes pratiques sur le sujet traité dans une logique « médecine basée sur les preuves ». Ce document informatique est amendé au fur et à mesure de manière à faire évoluer les protocoles de soins.

Les médecins généralistes ont plusieurs sources

de formation :

- les formations conventionnelles au sein de l'organisme de formation des centres de santé.
- les tests de lecture de la Revue Prescrire.
- la participation à des formations de réseau (ANCIC, réseau IVG Midi-Pyrénées, Comegas-réseau des médecins généralistes pour l'accès aux soins).
- le Centre Francophone de Formation à l'Echographie (Nîmes-Pr Bourgeois).
- participation à des listes de diffusion de diagnostic et échanges de dossiers cliniques en médecine générale (liste Mg clinique).
- Formindep : réseau de formation continue indépendant de l'industrie pharmaceutique.
- temps de recherche bibliographique et recherches en santé primaire.

Le poste infirmier

La Case de Santé a déterminé des enjeux majeurs autour de ce poste au regard de son projet de santé, en particulier concernant la répartition des tâches entre les soignant-e-s de santé primaire.

Très centré sur des fonctions d'orientation et de soins infirmiers avancés jusqu'en 2010, une nouvelle dynamique a été lancée autour de la construction de ce poste en 2011 avec le recrutement de Myriam Kenoudi. Il s'agit de mettre en place

au niveau des soins primaires de nouveaux modes de coopération mettant en synergie les compétences et dynamiques professionnelles des soignant-e-s à l'instar de ce qui se pratique depuis longtemps dans les services hospitaliers (diabétologie, urgences, planification familiale...).

Il s'agit bien là de coopérer et non d'imposer à une catégorie de soignant-e-s des tâches qu'une autre lui assignerait.

La « Mission coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » concluait en 2003 :

« Il faut cesser de codifier les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examens, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits. En effet ceci aboutit rapidement à des décrets de compétence totalement obsolètes car ils ne sont pas régulièrement toilettés. (...) Les textes réglementaires devront plutôt s'attacher à décrire les contours des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession pleinement en fonction d'une compétence acquise (...) »

Ainsi, il apparaît souhaitable de créer le métier d'Infirmière Clinicienne Spécialiste à l'instar de ce qui a été fait avec les Infirmières Anesthésistes Diplômées d'État (IADE) dans le domaine de l'anesthésie, des infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État (IBODE) dans le domaine de la chirurgie, et des puéricultrices

en Pédiatrie, en sachant qu'une formation théorique plus poussée que celle délivrée actuellement par ces trois spécialités sera nécessaire. Des Infirmières Cliniciennes Spécialistes de soins primaires doivent être identifiées pour participer au sein de cabinets de groupe de médecine générale à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements. Bien évidemment et je l'ai déjà dit, ces exemples sont donnés à titre indicatif mais ils pourront être multipliés après la mise en place des premières expérimentations. » (Pr. Berland, août 2003, rapport auprès du Ministre)

Selon le Président de l'URML du Nord-Pas-de-Calais, sur les 50 à 60 actes que font les libéraux par jour, 50% sont médicaux et 50% pourraient être délégués. (cité, D.Acker-Ministère de la santé- juin 2007). Les centres de santé, de par leur pluridisciplinarité et leur pratique du travail collectif, se prêtent particulièrement bien à des avancées dans ce domaine.

Fort d'un premier travail financé en 2009 grâce à une subvention du Fonds d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins (FICQS) et portant sur l'écriture de 8 protocoles (Grossesse, IVG médicamenteuse, Obésité, Diabète, HTA, Hypercholestérolémie, Suivi des vaccinations, Développement staturo-pondéral), la Case de Santé a pu lancer un nouveau protocole de coopération pro-





fessionnelle MG/IDE portant sur la réalisation du Frottis cervico-utérin par l'infirmière dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus (voir page 105). Ce travail est engagé dans le cadre de l'article BIDULE de la loi HPST de juillet 2009. Accompagné et validé par l'ARS Midi-Pyrénées, il sera déposé en 2013 pour examen et validation par la Haute Autorité en Santé.

Au quotidien l'Infirmière assure une consultation en coordination avec la consultation médicale, recevant les patient-e-s lors de rendez-vous programmés dans le cadre du suivi des pathologies chroniques, avec un travail renforcé dépassant le simple suivi concernant les hépatites, le VIH, et le diabète.

Elle intervient dans le cadre du protocole spécifique à l'IVG médicamenteuse pratiquée au centre de santé.

La consultation infirmière est également orientée vers l'éducation thérapeutique des patient-e-s, assure les séances de counselling en contraception, permet l'accompagnement des patient-e-s suivant un Traitement de Substitution aux Opiacés...

Afin de répondre aux exigences en la matière et de manière à acquérir des compétences nouvelles et mutualisables dans l'équipe, Myriam Kenoudi a suivi une formation en Education Thérapeutique du Patient sanctionnée par un DU dispensé à l'Université Pierre et Marie Curie de Paris

sur la période d'octobre 2011 à juin 2012.

Le poste de Psychologue

Ce poste est occupé depuis 2008 à temps partiel par Hakima Saadi, psychologue clinicienne. Elle exerce un autre temps partiel à la PASS Psychiatrie installée à l'hôpital La Grave.

Elle reçoit des usager-e-s uniquement sur orientation des médecins généralistes de l'équipe. Dans ce cadre, elle met en place des évaluations psychologiques permettant de définir les problématiques en jeu.

La consultation psychologique propose un soutien ponctuel comme un suivi organisé avec des entretiens réguliers, ou encore des orientations vers des structures spécialisées (type CMP, CMPP, associations). Dans le cadre d'une psychothérapie verbale, l'accompagnement s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire, en lien avec l'équipe. Cet espace de parole permet de prendre en compte la souffrance psychosociale et d'inscrire le-a patient-e dans son propre parcours. Ce n'est pas ce qu'on dit d'elle ou de lui, de son histoire, sa maladie, sa situation... qui compte, mais ce que la personne en dit. La prise en charge psychologique s'axe alors dans la réappropriation de la parole par la personne.

Même si les motifs d'orientation par les autres membres de l'équipe varient - IVG, évaluation... - la consultation psycholo-

gique a une autre fonction : celle de passerelle. Une orientation vers le droit commun est recherchée chaque fois que la situation le permet. Mais certains suivis peuvent durer dans le temps car l'urgence peut durer...

Et quand l'urgence dure, la détresse psychique nécessite la mise en place d'un étayage qui peut mobiliser plusieurs professionnel-le-s de l'équipe. Beaucoup des patient-e-s reçue-s présentent une souffrance psychosociale : « les effets cliniques de cette souffrance sont d'origine sociale ». Elle peut conduire à un processus d'auto-exclusion, de rupture du lien social, où toute relation d'aide est mise en échec. Cette exclusion psychique se double alors d'une exclusion sociale.

Poser un diagnostic dans ces situations de précarité reste difficile : tant que la situation sociale présente des effets, il est souvent quasi impossible de lever le voile sur la structure sous-jacente. Certain-e-s patient-e-s peuvent présenter des symptômes aggravés de forme psychotique comme par exemple d'allure persécutoire mais pour autant ne pas être psychotiques. Il semble pour certains patients que l'accroche ne peut se faire que par le lieu, qui offre un accueil souple et propose un cadre étayant. Le travail d'équipe facilite ce lien et la mise en place d'une prise en charge collective. Il ne pourrait pas être envisagé de les recevoir ailleurs au risque d'aller vers une rupture du lien. L'apport de la consultation psy-

chologique dans le travail pluridisciplinaire est évident à la Case de Santé. Mais ce cadre induit également des limites en terme de prise en charge psychologique : le transfert à plusieurs. Certain-e-s patient-e-s peuvent investir dans l'équipe d'avantage les relations aux un-e-s par rapport aux autres et inversement. Dans les situations les plus extrêmes où le plus important reste de permettre ou de maintenir un lien thérapeutique, les conséquences sont moindres. Mais dans certaines situations le phénomène engendre une difficulté pour la psychologue d'établir une nouvelle relation.

En complément de l'entretien individuel, un travail récent a permis de développer un accueil collectif autour de séance de sophrologie (voir le détail de l'action en 2012 en page 51).

La seule spécificité du travail de psychologue à la case de santé apparaît surtout au niveau du public reçu qui vit généralement des problématiques sociales, médicales, psychologiques intriqués. On ne peut pas se défendre de faire une clinique de la précarité, ni une clinique de l'étranger mais de lutter contre une vulnérabilité sociale, psychologique... La question de l'autonomie est centrale, et requiert souvent de la psychologue de travailler cette question du choix.

Travail social en santé primaire

Le projet de santé de la Case de Santé tel que présenté dans ce rapport indique l'importance du travail social dans une structure de santé primaire.

Les spécificités d'une part importante des usager-e-s de la Case de Santé (voir page 94 partie Les Usager-e-s) et l'orientation donnée à l'action sur les inégalités sociales de santé ont amené à constituer une équipe sociale dont les interventions s'articulent à différents niveaux : garantir l'accès à la Protection Maladie pour tou-te-s et l'accès effectif aux soins, assurer un diagnostic social dans une équipe pluridisciplinaire coordonnée et accompagner les personnes malades dans l'accès aux droits.

Toute personne accueillie au centre de santé vérifie avec les Médiateurs en santé leur situation au regard des droits à l'Assurance Maladie. Le centre de santé assurant le tiers payant à ses usager-e-s, il s'agit là d'une fonction essentielle. En cas de problème, l'équipe sociale prend le relai.

« Cette dispense d'avance de frais, dont plusieurs études ont indiqué qu'elle n'avait pas d'effet inflationniste démontré, favorise en revanche l'accessibilité financière aux soins pour les revenus modestes qui se situent au-dessus du seuil de la CMU [...] » D. Acker – Ministère de la santé – Juin 2007. La gestion du tiers payant (paramétrage informatique, appel des organismes assurantiels, gestion des rejets...) est coordonné par les travailleurs sociaux. Ils sont garants de l'accessibilité physique des usager-e-s à une couverture sociale permettant la dispense d'avance des frais. Ils sont particulièrement vigilants à cette dispense d'avance des frais pour les personnes les plus fragiles, les démarches de prévention ou certains actes qui ne doivent pas souffrir de retard en raison d'un problème d'accessibilité.

Depuis le conventionnement formalisé avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne, la Case de Santé est capable de répondre à l'ensemble des situations et en particulier celles nécessitant l'ouverture de droits selon une procédure rapide au regard de la nécessité de soins urgents. Seules les personnes étrangères sans titre de séjour valide et résidant depuis moins de trois mois sur le territoire sont réorientées vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dont c'est la mission principale.

Agir sur les situations d'inégalités sociales de santé nécessite que l'équipe soit en mesure de les repérer. L'équipe sociale assure à cet égard une fonction essentielle : un diagnostic social autour des déterminants sociaux de la santé.

Les travailleurs sociaux proposent un diagnostic social et élaborent des stratégies de réponse aux problématiques relevées. Des réponses qui vont



mobiliser les ressources internes de la Case de Santé, articulées avec les missions et compétences des services de droit commun. Le coeur de la démarche de la Case de Santé les amènent à privilégier la mobilisation de l'entourage, des proches et la restauration des capacités de réaction de la personne concernée.

Ce diagnostic utilise notamment le score EPICES (voir page 24). Il n'est pas le seul outil (les diagnostics spécifiques comme Chibani-a-s, Etrange-e-s Malades... sont tous protocolisés ; d'autres outils comme le dépistage des violences subies par les femmes sont mobilisés) mais, alors qu'il est assez peu mis en oeuvre, il a une pertinence certaine en santé.

« L'accessibilité sociale concerne particulièrement les publics dits

précaires. De nombreux indicateurs recueillis dans les centres vont dans le sens d'un accueil « naturel » des publics les plus modestes : inscription géographique dans des quartiers défavorisés, effet du bouche à oreille, proximité et bonne connaissance de la situation sociale de la population. Un des indicateurs utilisés pour ces publics consiste à mesurer la proportion dans la patientèle de patients inscrits à la CMUC. Au niveau national, la CNAMTS fait état de 22% de patients en CMUC dans les centres de santé, contre 9% dans la patientèle libérale [...].

L'indicateur CMUC est pourtant contesté et ne rend pas compte de l'ensemble des éléments de précarité. En effet, ce qui caractérise les populations les plus précaires dans leur accès à la santé, c'est que cette accessibilité est la résul-

tante de problèmes médicaux, socio-économiques et psychologiques intriqués et d'une plus grande inégalité dans l'accès aux messages de prévention. [...] Un autre indicateur, le score EPICES, a été développé à partir de l'activité des centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie (notamment le centre de Bobigny) [...] C'est la raison pour laquelle, les missions et la formation des personnels du secteur « accueil » des centres de santé diffèrent nettement du simple secrétariat des cabinets de groupe, car ils sont entraînés à repérer les situations sensibles. La reconnaissance de cette fonction est d'ailleurs placée en priorité dans les maisons médicales belges et fait l'objet d'un financement spécifique. » D. Acker- Ministère de la santé-Juin 2007.

Les travailleurs sociaux s'inté-

ressent aux déterminants de la santé, tels que les habitudes et conditions de vie, l'environnement entendu sous ses aspects sociaux, les processus de changements des comportements individuels ainsi que l'environnement socio-politique qui facilite ou bloque l'adoption ou le maintien de comportements individuels favorables à la santé.

Certaines situations, dont l'acuité et l'imbrication de certaines problématiques rendent nécessaire d'élargir l'intervention sociale, dans un suivi renforcé de la personne, vers un travail éducatif et une coordination des différents acteurs sociaux assurant un étayage particulier.

Trois travailleurs sociaux la composent : Amina Messabis (qui, arabophone, fait également fonction de « médiatrice interculturelle »), Jérôme Host et Mélanie Chadaigne qui est, elle, éducatrice spécialisée.

Les trois salarié-e-s ont suivi des formations spécifiques dans le domaine des droits des étrangers (formation juridique du GISTI, organisme de référence en matière de droit des étrangers, avec un bagage de base de 91 heures de formation), et droits sociaux protection maladie. Des formations plus particulières pointant certaines situations auxquelles l'équipe sociale peut se trouver confrontée : en 2012, deux modules ont été retenus à savoir « le droit d'asile », et « la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle : de l'identification à la prise en charge des victimes ».

Ils ont par ailleurs une solide connaissance du quartier Arnaud Bernard et du réseau médico-social toulousain avec qui l'équipe interagit au quotidien.

L'équipe sociale est l'interface de « la case de santé » pour tout le réseau social Toulousain. Les caractéristiques des usagers de « la case de santé » les obligent à être en contact constant avec les services sociaux des hôpitaux, de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) des CHRS, des centres d'hébergement d'urgence

du 115, des ACT (Appartements de Coordination Thérapeutiques) et de la veille sociale.

En matière d'accès aux droits des étrangers malades, ils ont développé un réseau de référents au niveau local (La Cimade, AIDES, avocats, Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers) et au niveau national (Le Comède, le GISTI, l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers...).

Gérer un centre de santé associatif

Le modèle coopératif irrigue les modalités de gestion de la Case de Santé. L'équipe salariée est largement investie par les instances de l'association dans la gestion quotidienne de la structure et le développement de son projet. L'évolution du projet a nécessité de spécialiser un poste au sein de l'équipe dans les fonctions de coordination administrative et financière.

Créé en février 2011 ce poste est occupé depuis cette date par Fabien Maguin. Seul poste à ne pas participer directement à la prise en charge des usager-e-s, il est néanmoins à la croisée de toutes les actions mises en place. L'essentiel de la charge de travail est orientée sur des tâches d'administration et de gestion.

Il prend en charge la coordination des fonctions supports de la structure. Que ces fonctions soient organisées en interne, par le coordinateur lui-même ou en lien avec d'autres membres de l'équipe, ou déléguées en externe.

Reprise en interne en 2011, suite à son abandon par le cabinet Munos, la mission sociale est entièrement réalisée par le coordinateur administratif. C'est donc l'ensemble de la fonction Ressources Humaines (dossier du personnel, gestion de la paye, tenue des documents sociaux, déclarations sociales et gestion des cotisations, gestion des congés, gestion des embauches, formation professionnelle...) qui repose depuis sur ce poste.

La comptabilité. En interne, il veille à la tenue d'une comptabilité selon le plan comptable associatif, l'organisation des pièces comptables,

la tenue des tableaux de bord et la coordination des réunions de gestion. En externe, il coordonne la saisie comptable et la réalisation des documents comptables par le Cabinet Compta-Rebours (Compte de Résultat et Bilan Comptable) et il assure le lien avec la Commissaire aux Comptes. 2012 est en particulier marquée par la reprise de l'historique comptable réalisé par l'ancien cabinet et sa régularisation par le nouveau. Il prend également d'autres fonctions associées : la logistique et les Achats.

Enfin, et c'est sans doute une part surdimensionnée de la charge de travail lors d'exercices budgétaires sous tension, il permet le suivi constant de la trésorerie, assure le dialogue avec les banques gestionnaires de comptes de la Case de San-

té ainsi que les établissements financiers, de manière à permettre la continuité de l'activité alors même que l'argent manque.

Il est également en charge de la recherche et du suivi des financements ainsi que l'élaboration et l'exécution des budgets. Prolongement de cette fonction financière, il organise, en lien permanent avec les autres membres de l'équipe, les modalités d'évaluation des actions conduites, ainsi que l'élaboration des différents bilans et rapports.

Dernière fonction spécifique, le coordinateur assure un veille portant sur les questions juridiques et réglementaires, les politiques publiques, l'information spécialisée et la presse, pour les

domaines concernant la Case de Santé, et à destination des professionnel-le-s de l'équipe.

La communication interne et le lien avec la vie associative lui incombe ainsi que la communication externe, mobilisant différents supports tels que le site web de la Case de Santé, les plaquettes, les dossiers et les autres publications...

Il organise la coordination du pilotage du projet et de l'activité au sein des espaces collectifs de gestion que sont le comité de gestion des salarié-e-s et les instances associatives.

Il assure la représentation de la structure envers les partenaires extérieurs et les institutions. Il prend donc aussi en charge la formalisation et le suivi des conventions.



UNE ÉQUIPE COORDONNÉE

Le modèle de coordination pluridisciplinaire de la Case de Santé s'appuie sur des temps de travail dédiés, des outils partagés présentés plus loin, et l'implication de professionnel-le-s qui s'appliquent au quotidien à inscrire leurs interventions en synergie, à tisser ensemble des réponses adaptées aux demandes des usager-e-s.

Ce principe de coordination intégrée est l'un des coeurs du projet de la Case de Santé. A la fois spécificité de notre structure, et condition nécessaire de la mise en oeuvre des actions, elle est un élément déterminant de l'attrait professionnel de la Case de Santé. Elle est aussi une composante majeure de ce qu'acquière les internes et stagiaires qui passent par la Case de Santé.

L'équipe de la Case de Santé n'est pas seulement l'assemblage des différent-e-s professionnel-le-s qui la composent. Elle est une entité en soi. Les membres de l'équipe, les usager-e-s de la Case de Santé et même les partenaires opérationnels la perçoivent ainsi.

Les processus de coordination sont multiples et s'appuient sur des temps organisés à différents niveaux.

Coordination professionnelle

Une semaine sur deux, en alternance avec la réunion d'équipe au complet, l'équipe médicale et l'équipe du Pôle

Santé-Droits tiennent deux réunions distinctes. Elles ont lieu le mardi matin où la Case de Santé est fermée au public, et ont une durée de quatre heures.

La réunion de l'équipe médicale permet la coordination entre médecins et infirmier, ainsi qu'avec la psychologue à une fréquence moindre (mensuelle).

Elle permet l'organisation matérielle du fonctionnement de l'équipe médicale, la mutualisation de synthèses des dossiers complexes en cours, l'analyse des pratiques avec le tirage au sort de dossiers, un travail sur des situations médicales exemplaires permettant de rédiger des protocoles de prises en charge visant à harmoniser les pratiques. C'est aussi un temps de formation interne, mobilisant le travail individuel de recherche bibliographique.

L'équipe du Pôle Santé-Droits tient en parallèle sa réunion : synthèse des dossiers en cours, mise à jour des protocoles de diagnostic social, état des actions de plaidoyer, suivi des actions collectives, formations internes...

Dans ce fonctionnement en équipe, aucun-e usager-e n'est suivi-e spécifiquement par un-e des professionnel-le-s, sauf situation particulièrement perturbée ou souhait express de la personne. En cas de besoin et à tout moment, chacun-e est en capacité d'intervenir dans la prise en charge d'une

EXPÉRIMENTATION NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION

Inscrite depuis 2011 dans ce dispositif expérimental, la Case de Santé est l'un des 150 sites retenus en France où s'évaluent des systèmes de rémunérations liées à la coordination des professionnel-le-s, l'éducation thérapeutique du patient ou les coopérations professionnelles, et non plus seulement à l'acte. Centré sur la coordination (module 1 du dispositif) ce financement représente un peu plus de 33 000 euros annuels. Le dispositif prévoit libre choix de l'utilisation du financement, mais la Case de Santé a décidé de le flécher intégralement sur les temps de coordination professionnelle de son modèle d'organisation (et non au salaire d'un-e secrétaire ou du matériel comme c'est le cas ailleurs).

Si le modèle de coordination intégrée présenté par la Case de Santé est favorable aux usager-e-s, il représente un coût pour la structure. Les limites de ce dispositif expérimental sont évidentes : montant insuffisant et pérennité incertaine. Ce financement couvre environ 40% du coût annuel de la coordination. Si on limite à la seule charge induite par les seul-e-s professionnel-le-s de santé, on en finance 60%.

Alors que l'utilité du travail d'équipe en médecine et le gain d'efficacité à faire travailler en coordination des professionnel-le-s de disciplines différentes ne sont plus à démontrer, leur financement est hasardeux. Un exemple défi affronté par une structure comme la Case de Santé.



personne. Il en va ainsi pour les médecins en particulier. On n'a pas « son médecin à soi » à la Case de Santé. C'est le centre de santé qui est désigné médecin traitant. Le médecin en temps extra-clinique, qui n'est donc pas mobilisé par la consultation du jour, peut toujours être amené à reprendre un dossier et engager une action pour une personne qu'il n'aura pas forcément vue en consultation sur la période concernée. Cette organisation, pour être efficaces, nécessite des pratiques de coordination exigeantes.

Coordination interprofessionnelle

Elle est quotidienne, avec une réunion des professionnel-le-s concerné-e-s par l'accueil des usager-e-s en rendez-vous ce jour. Elle se tient de 09:00 à 10:00 avant l'ouverture des portes. Tous les motifs de consultation sont passés en revue permettant les transmissions à partir du dossier patient, une coordination renforcée autour des dossiers complexes, la construction collective de stratégies, et la programmation et la répartition des actions ainsi que l'harmonisation de l'information de l'usager-e.

Cette coordination s'appuie également sur une réunion d'équipe bi-mensuelle. Outre les points de gestion de la structure, l'équipe au complet debrief les situations qui le nécessitent, évalue ses actions et protocoles lors de synthèses de

situations exemplaires, fait le point et modifie ses programmes pluriprofessionnels...

L'équipe bénéficie aussi des modalités de coordination établies avec des structures extérieures : le CMP secteur VII, la CPAM 31 convention d'ouverture de droits en urgence (type PASS), HJD Centre d'Orthogénie, SMIT Purpan, Télé expertise (avis par courriel et coordination de prise en charge du patient) : CHU Médecine Interne Purpan, Dermatologie La Grave, PASS La Grave, Endocrinologie HJD, Gérontopôle, Institut Claudius Régaud, CFFE...

Au-delà des protocoles, des réunions et des rapports, la Case de Santé est un organisme vivant. Et à ce titre, les échanges informels de tous les instants sont au moins aussi importants que les temps collectifs formalisés.

Enfin, chaque poste fait l'objet d'une réunion annuelle. L'occasion de faire le point sur les fiches de poste, la charge de travail, les compétences, les interactions avec les autres membres de l'équipe. Ces temps participent à la bonne coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Il va sans dire que cette organisation ne serait pas possible sans les outils adéquats, et en particulier les protocoles pluridisciplinaires et le dossier partagé.

travail de l'équipe : administration, salle de réunion, salle de stockage et d'archivage, postes de travail individuels et espace convivial.

Chaque salle de consultation est équipée du matériel nécessaire en médecine générale et soins infirmiers. S'y ajoutent du matériel plus spécifiques aux actes avancés en médecine générale.

Standard et système téléphonique

Eh oui, la Case de Santé a le téléphone ! Elle est équipée d'un standard téléphonique comportant trois lignes entrantes : l'une aboutit à l'accueil de la Case de Santé, une deuxième joint l'équipe sociale et la troisième oriente vers l'administration de la structure. Le standard relie les treize postes et chaque professionnel-le est joignable en interne sur un combiné sans fil. Cet équipement représente un coût non négligeable en investissement initial et en maintenance du système, financé par l'association via un crédit-bail souscrit en 2007.

Une ligne de portable, permet de joindre en cas d'urgence le médecin de régulation de 09:00 à 18:30 du lundi au vendredi, renforçant la continuité des soins.

Réseau informatique et communication interne

Les treize postes du parc informatique de la Case de Santé sont installés en réseau, autour d'un serveur dont une double sauvegarde à distance est assurée en continu. Ce serveur enregistre l'ensemble des espaces personnels de travail, à l'exception des dossiers patient pris en charge par le logiciel métier. L'équipe dispose de moyens de communication interne en plus de la liaison téléphonique : messagerie instantanée et courriel professionnel.

Logiciel Chorus et dossier patient

En 2011, la Case de Santé a organisé la migration de son système vers un logiciel métier adapté aux équipes pluridisciplinaires et modulable. Le choix s'est porté sur le logi-

ciel Chorus développé par ICT. Il prend en charge les différentes fonctions de la structure : gestion des plannings et des rendez-vous, gestion du dossier patient numérique partagé, facturation et gestion du tiers-payant, annuaire partagé, outils statistiques...

C'est un logiciel en ligne, DMP-compatible. Chorus est notre hébergeur de données agréé par l'ASIP.

Créé au premier rendez-vous, ce dossier patient est commun aux professionnel-le-s de l'équipe. Il comporte quatre volet : administratif, médical, psychologique et social. L'ensemble des documents relatifs au patient (compte-rendu de consultation, d'hospitalisation, d'opération, résultats d'analyses...) sont enregistrés dans ce dossier entièrement numérique.

Chaque professionnel-le participant à la prise en charge de l'usager-e tient ce dossier commun à jour.

Interprétariat

Le parti-pris de départ de la Case de Santé est d'assurer

UNE ÉQUIPE OUTILLÉE

L'ensemble des outils mis en oeuvre à la Case de Santé constituent une infrastructure adaptée aux différents aspects des missions confiées à l'équipe. Prenant en compte l'accessibilité des services (conformation des locaux, tiers-payant, interprétariat professionnel...), la coordination et la coopération des différent-e-s professionnel-le-s de l'équipe, la continuité des soins, les missions avancées en médecine générale, l'accueil de première ligne, le fonctionnement collectif avec les usager-e-s...

Les locaux

La Case de Santé dispose de locaux entièrement aménagés en 2006, selon les normes d'accessibilité en vigueur concernant les EPR. XXXm² réparties entre le rez-de-chaussé et le premier étage de l'immeuble, il se compose d'une salle d'attente et du bureau d'accueil, des sanitaires, trois cabinets médicaux, deux bureaux dédiés aux consultations psychologiques et aux entretiens sociaux, une salle polyvalente de 70 m² en fond de cour. L'étage est un espace réservé au



UNE ÉQUIPE SOUS TENSION

chaque fois que c'est possible une consultation ou un entretien dans la langue maternelle de l'utilisateur. Pour ne pas compromettre l'intimité ou le secret médical, l'interprétariat professionnel est privilégié. Coûteux en temps et en argent, il génère rapidement une meilleure efficacité en santé : examens adaptés et non redondants, meilleure compréhension des problématiques, meilleur suivi des pathologies chroniques... Nous avons recours un service performant d'interprétariat par téléphone (ISM Interprétariat) financé par la Direction Générale de la Santé dans le cadre du suivi des patient-e-s touché-e-s par des maladies chroniques graves (VIH, Hépatites...). 38,7 % du temps d'interprétariat consommé l'est par l'équipe médicale en consultation, 33,8% par la permanence du GIPSI (voir page 72), et 25,3% par l'équipe sociale.

Nous avons recours très exceptionnellement à des interprètes professionnels du réseau local (COFRIMI, interprètes libéraux). Enfin, une des travailleuses sociales parle arabe littéral et dialectal. Elle a un rôle de véritable médiatrice in-

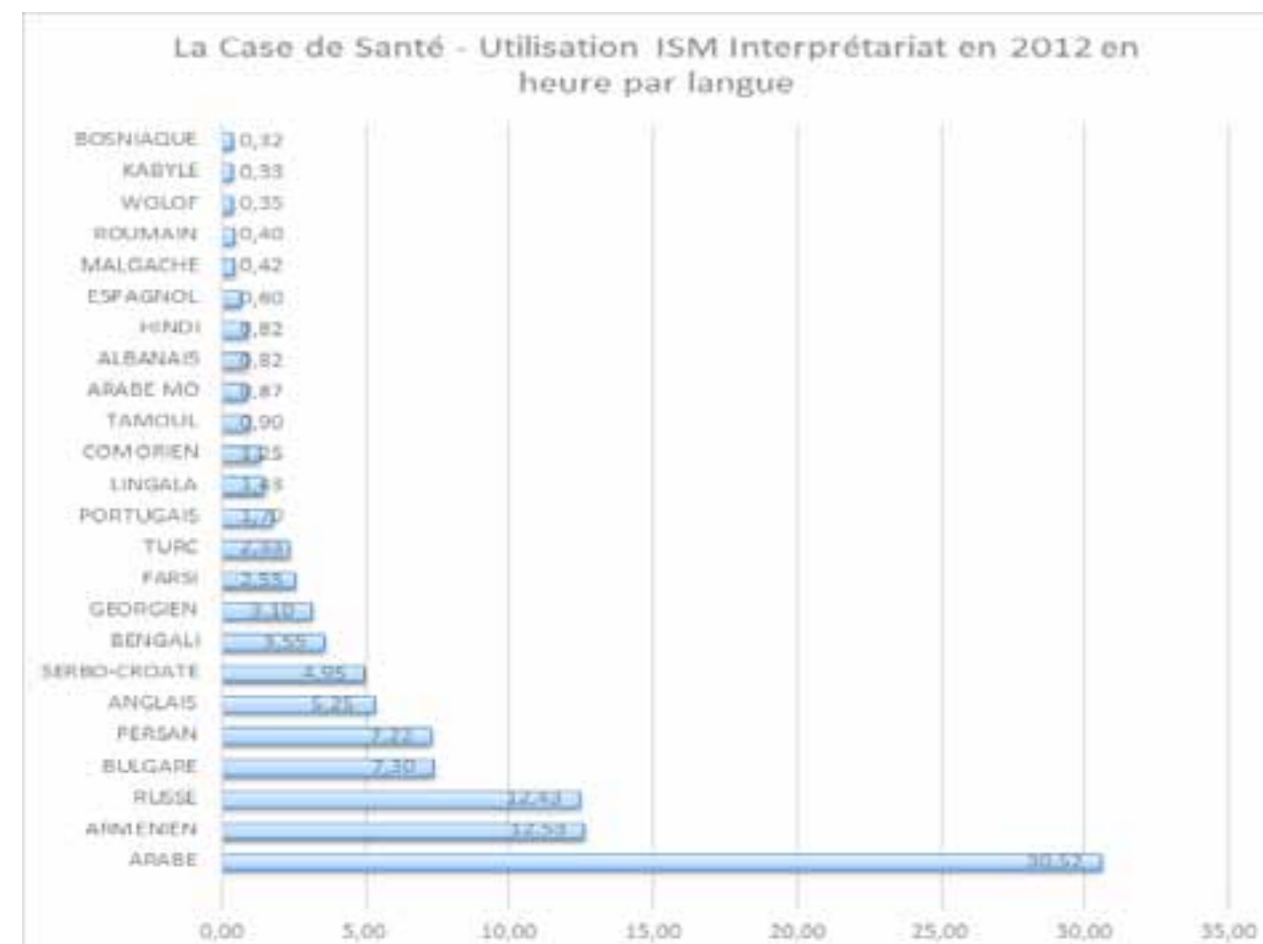
terculturelle pour l'ensemble de nos usager-e-s de langue arabe qui représentent près de 40% de nos usager-e-s étranger-e-s.

Echographie

L'équipe médicale développe depuis plusieurs années une démarche d'utilisation de l'échographie en médecine générale (voir page XX). Un premier échographe a été financé par un crédit-bail achevé fin 2012. En 2012, la Case de Santé a profité du prêt d'un autre appareil dans le cadre de son partenariat avec le CFFE.

Protocoles pluridisciplinaires et bibliothèque numérique partagée

L'équipe a construit au fil du temps des protocoles pluridisciplinaires en rapport avec ses programmes : DASEM, Chibani-a-s, IVG médicalemente... Elle partage également des supports disponibles dans une bibliothèque numérique sur le serveur. L'équipe médicale y dispose également d'un bagage en soins de santé primaire. L'ensemble est tenu à jour en permanence.



L'exercice professionnel à la Case de Santé en période « normale » est déjà en soi quelque chose comme un sport de combat au quotidien.

A cette réalité, 2012 aura ajouté une forte augmentation du nombre d'utilisateur-e-s et de la part de dossiers complexes pris en charge. Mais aussi une demande supplémentaire de formalisation des pratiques : reporting, analyse des procédures, rationalisation des temps de réunion... Et finalement une crise de trésorerie qui a mis matériellement et personnellement les membres de l'équipe sous tension avec des périodes de paiement partiel des salaires, des décalages, un risque de fermeture aussi constant qu'une épée de Damoclès...

La contrainte budgétaire a amené la structure à adopter un plan de réduction de la masse salariale. Un plan qui démarre en septembre et prend son plein effet au dernier trimestre. Ce plan a été élaboré par l'équipe salariée elle-même, en prenant en compte les situations individuelles, les souhaits et contraintes personnelles ainsi que l'obligation de maintenir le même niveau de service aux usager-e-s.

En détail, il a prévu le non renouvellement du CDD de la psychologue arrivé à échéance au 31/08. Le non renouvellement du CDD d'une

médiatrice en santé à la date du 06/11. Et une rupture conventionnelle d'un poste de travailleur social au 03/10. Pour un total de 2,5 ETP en moins.

Concernant l'équipe médicale les mesures ont consisté en : le remplacement partiel (0,8 ETP contre 1 ETP) sur un congé maternité, la réduction d'un ETP médecin à 0,66 puis 0,58 ETP, et la réduction de 1 ETP à 0,58 ETP sur le poste infirmier.

Un poste de travailleur social, un médiateur en santé et le coordinateur administratif sont passés de 35 à 30 heures.

L'ensemble de ces mesures représente une contraction de 4,78 ETP et se valorise à hauteur de plus de 24 000 euros d'économies, soit en année pleine près de 100 000 euros de réduction budgétaire. 20% du budget théorique, c'est drastique, mais ça a contribué à sauver la Case de Santé.

Un tel plan ne pouvait être engagé que sur une période déterminée, car il a un impact sur les conditions de travail tel qu'il met en jeu la bonne tenue du projet de santé lui-même. Cet impact a des aspects évidents comme l'augmentation de la charge de travail et d'autres qu'il convient de détailler.

Pour l'équipe médicale, le maintien de l'offre de soins implique de réduire le temps

hors consultation. Les tâches de recherches, de tenue de dossier, de coordination des parcours de soins... ont été introduites dans les temps de consultation.

La compression du temps sur poste Médiateur et Travailleurs sociaux s'est traduite par une réduction immédiate de la capacité à agir hors les murs de la Case de Santé, en particulier pour ce qui concerne les interventions d'aller vers et de présence dans le quartier.

De manière générale, la situation a également engendré de la tension sur la gestion des absences, obligeant les membres de l'équipe à se remplacer mutuellement. En particulier à l'accueil où restait 1 ETP pour une charge de travail d'1,2 ETP, et qui a mobilisé les membres de l'équipe sociale sur certaines périodes.

Tentons de finir sur une note optimiste ce point qui ne l'est en rien... L'impact sur l'équipe sociale a nécessité une réorganisation qu'il nous a fallu anticiper, dans la mesure où elle était prévue dans le cadre de la mise en place du Pôle Santé-Droits. La création d'une permanence téléphonique a permis une régulation préalable aux rendez-vous dont le nombre a de fait été réduit, mobilisant ainsi moins de temps de travail.

LE CENTRE DE SANTÉ

La première caractéristique de ce service de santé primaire est bien sûr d'être implanté sur un territoire (quartier Arnaud Bernard et en proximité), mais il est à présent ouvert à toute personne adhérant au projet de santé de la structure et souhaitant disposer d'un service pluridisciplinaire coordonné, indépendant de l'industrie pharmaceutique et assurant une prescription raisonnée.

L'ACTIVITÉ EN 2012

Pour rendre compte de l'activité du centre de santé nous proposons dans cette partie de prendre la mesure du volume d'activité en décrivant les différentes consultations de l'équipe médicale. Nous livrons également le récit de certaines situations exemplaires. Enfin, nous livrons une photographie de l'activité de soins sur une période témoin, le mois de septembre 2012. La lecture - légèrement rébarbative - de ce tableau donne une idée des motifs de consultation et les antécédents médicaux des 300 usager-e-s reçu-e-s au moins une fois ce mois-là en médecine générale.

Organisation de l'offre de soins

Les soins de santé primaire représentent l'ensemble des services minimums dont la population d'un territoire donné a besoin. L'activité du centre de santé ne se limite pas au seul soin au sens strict. C'est bien un ensemble d'actions en santé que propose la Case de Santé.

immédiate des personnes, et de ce fait elle ouvre une opportunité pour aller au-delà.

Les données qui suivent se focalisent sur les consultations réalisées au centre de santé par l'équipe médicale. Elles sont représentatives d'une part de l'activité mais pas de l'ensemble du temps de travail de l'équipe médicale (dont une partie est consacrée à la formation, à la coordination du parcours de soins, à l'encadrement des internes...).

En 2012, 1090 personnes ont eu recours aux services de la Case de Santé. Sur les 1090 usager-e-s de la Case de Santé, l'équipe médicale en a reçues 902 en consultations pour un total de 4930 rendez-vous honorés. Soit un ratio moyen de 5,46 rendez-vous avec l'équipe médicale par personne. Sur ces 902 personnes vues au centre de santé, 475 ont consulté pour la première fois dans l'année.

Sur l'ensemble des rendez-vous donnés au centre de santé en 2012 (7560 au total), la part des rendez-vous non honorés est importante : 1020 sur l'année, soit 13,5%. La plupart sont des rendez-vous reprogrammés et très rarement des perdus de vue. Les conditions de vie d'une part importante des usager-e-s du centre de santé expliquent simplement ce constat.

Sur ces 1090 personnes, 538 n'ont eu recours qu'aux professionnel-le-s du centre de santé, sans être vues par l'équipe sociale. Ces 538 personnes représentent 1922 rendez-vous de l'équipe médicale, soit 40% des consultations tenues en



4206
433
290

Le total de consultations réalisées en 2012 par l'équipe médicale.

4206 consultations en médecine générale.

433 consultations réalisées par l'infirmière.

290 consultations psychologiques.

Les informations indiquées dans la partie du rapport concernant les différents postes de l'équipe professionnelle montrent la diversité des actions mises en oeuvre. Néanmoins l'offre de soins est une composante qui ne peut être négligée : en premier lieu car elle répond à une demande

Mme S, femme d'une quarantaine d'année habitant le quartier est inscrite au centre de santé depuis 2008. Ancienne usagère d'héroïne, elle a probablement été contaminée par le VIH à la fin des années 80 et le diagnostic a été posé en 1993. A son arrivée à Toulouse en 2003, Mme S. est suivie à l'Hôpital par un spécialiste du VIH qui prend également en charge le renouvellement du traitement de substitution. En janvier 2008, elle est orientée vers la Case de Santé et garde son suivi du VIH au CHU. En janvier 2012, Mme S. vient inha-bituellement en dehors du renouvellement de son traitement, avec un syndrome grippal sans fièvre, « rhino-pharyngite chez HIV+ » relève le compte-rendu de consultation de l'interne qui l'a reçue. L'examen clinique conduit à proposer un bilan biologique. L'évolution de la maladie, que l'on suppose sans traitement depuis plusieurs mois, laisse craindre une immunosuppression majeure sous-jacente. Mme S. répond « je verrai plus tard »... En dépit de l'inquiétude du médecin, et sans signe clinique d'orientation ni de gravité, Mme S. repart avec un traitement symptomatique par paracétamol. Quelques jours plus tard, elle revient très inquiète, les symptômes s'aggravent, elle pense qu'elle n'a pas été prise en charge sérieusement. Le médecin de régulation du jour la reçoit. L'anamnèse rapporte cette fois des frissons, une anorexie quasi totale depuis 2 ou 3 jours et une discrète photophobie depuis la veille. A l'examen on retrouve une toux grasse, quelques ronchis à l'auscultation. Tout est possible : pneumocystose, pneumopathie communautaire, tuberculose, méningite débutante... Un bilan étiologique rapide est indiqué en urgence, Mme S. accepte. Il est aussi enfin possible d'aborder le suivi des anti rétroviraux. Mme S n'ayant pas toujours toléré son traitement, elle a fait des pauses. On est en fin de journée, Mme S. part au CHU. In fine, il s'agit d'une pneumopathie communautaire qui répond bien à l'antibiothérapie. L'hospitalisation ne dure que quelques jours. Mme S. n'a pas vu le médecin spécialiste depuis le mois d'octobre 2010 et malgré les recommandations du service, elle refuse une prise en charge du VIH. L'infirmière de la Case de Santé revoit Mme S. mi-février 2012 et tente d'aborder la question de l'observance et du suivi VIH. Peu de temps après nous récupérons les résultats biologiques hospitaliers qui nous intéressent pour le suivi du VIH : CD4 10,1/mm³, charge virale VIH 28069 copies/ml. Une réunion de l'équipe médicale décide

de privilégier le bon contact avec l'infirmière pour travailler l'observance du traitement ; dans le même temps les médecins travaillerons avec la patiente le cadre du traitement. Mme S. est d'accord avec cette stratégie. Au rendez-vous suivant elle arrive en retard, ne veut pas voir le médecin. L'infirmière lui communique les résultats biologiques. Inquiète Mme S. reporte néanmoins à une date incertaine et fait état de douleurs dentaires. Un rendez-vous avec un dentiste est pris.

Le mois suivant Mme S. vient pour le renouvellement du traitement de substitution et rappelle au médecin « qu'il faut parler des traitement du VIH aujourd'hui ». Elle confirme ne pas vouloir revoir de spécialiste. On convient donc de prendre en charge l'ensemble des traitements à la Case de Santé, en lien par mail ou par téléphone avec le spécialiste. Prescription est donc faite, sur les bases du dernier traitement connu. Les consultations suivantes permettent un suivi, de rediscuter des comorbidités ; un examen clinique a à nouveau été possible, permettant de prévenir certaines infections. C'est encore de Mme S. qu'est venue la nécessité de renouveler son ALD et de son AAH. Des sujets complexes ont aussi été abordés, comme le syndrome de restauration immunitaire, les traitements de prévention de maladies opportunistes qui ont été l'objet de nombreux échanges. Au bout de quelques mois, les ARV étaient pris quotidiennement et l'état général de la patiente s'en est ressenti. Un épisode de diarrhées fébriles en août permet un nouveau bilan, le premier accepté depuis janvier. En ce qui concerne le VIH, la charge virale est devenue indétectable ! Un tel résultat n'avait pas été retrouvé depuis 2008... Nous n'aurons malheureusement jamais la quantification des CD4 prélevés ce jour-là. Il y a d'autres anomalies biologiques : une thrombopénie à 69 000/mm³ et des GGT à 7N, sans consommation d'alcool massive.

L'épisode de diarrhées se résout rapidement. Les résultats biologiques sont discutés avec Mme S. C'est l'occasion de se pencher sur les recommandations de suivi en sus de la surveillance clinique. Il faudrait des bilans biologiques réguliers, mettre à jour les vaccinations, réaliser un frottis cervico-utérin...

Le traitement anti-rétroviral se poursuit, même si la tolérance biologique est incertaine, il est cette fois bien toléré cliniquement et a permis de rendre la charge virale du VIH indétectable. Les suivis autre que clinique, lui sont toujours proposés de la façon la moins intrusive possible. Mme S avance...

de coopération IDE/Médecins dans le cadre de la réalisation du frottis cervico-utérin.

Les interventions hors les murs et le travail engagé dans le cadre du projet financé par l'INCa ont pris une part importante également.

Ces consultations ne comprennent pas non plus des visites à domicile ne faisant pas l'objet de soins infirmiers au sens strict, ayant pour objectif de faire un état à un moment donné des conditions de vie d'une personne, de l'observance du traitement ou de la coordination avec des intervenant-e-s extérieur-e-s (aide à domicile....). Le volume est peu important et concerne essentiellement des Chibani-a-s.

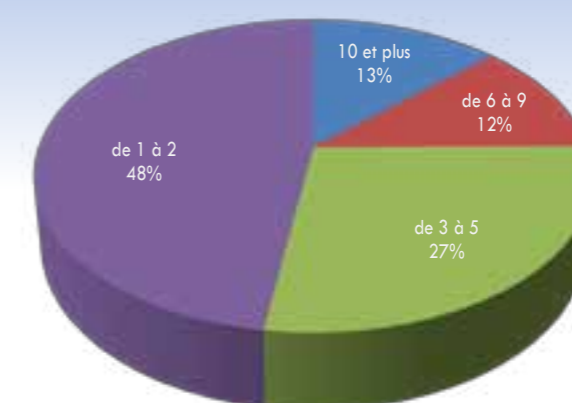
Consultation psychologue

De janvier à août, la psychologue a assuré 290 rendez-vous qui ont concerné 52 usager-e-s. Soit 29 femmes et 23 hommes. Le nombre d'entretiens par patient varie de 1 à 25. Sur ces 52 personnes, 39 sont des étranger-e-s, et 27 sont en logement précaire.

La majorité sont des patient-e-s Médecin Traitant. 23 suivis sont réalisés dans le cadre d'une évaluation TSEM. 3 patient-e-s sont en procédure de demande d'Asile. La psychologue a suivi 7 Chibanis dont 3 Chibanias.

Cette consultation a abouti à une orientation et/ou un suivi par la psychiatrie ou un-e psychologue (de secteur ou libérale) pour 19 personnes.

Fréquence des rendez-vous de médecine générale



Les motifs pour lesquels l'équipe médicale a sollicité une prise en charge en consultation psychologique portent sur une évaluation ; le repérage par l'équipe d'une souffrance ou d'une problématique psychologique ; une plainte somatique en lien avec le psychique ; la demande de l'usager-e.

Les symptômes ou pathologies rencontrées touchent aux addictions, à des symptômes anxieux, dépressifs, psycho-traumatiques, des hallucinations, des états mélancoliques...

La Case de Santé a mis en place un atelier de sophrologie couplé à la consultation psychologique. L'ouverture vers le collectif a eu des effets cliniques auprès des patientes qui y ont participé. Certaines patientes ont pu exprimer par le corps des sensations, des ressentis qu'elles ne pouvaient pas exprimer en consultation.

Cette tentative montre que l'approche par le corps peut être essentielle dans certaines situations. Le groupe en question était composé de femmes migrantes francophones ou non.

PHOTOGRAPHIE DU MOIS DE SEPTEMBRE

Si le motif de consultation n'est pas indiqué, c'est qu'il est en rapport avec les antécédents médicaux

Patient-e	Age	Motif	Code CISP	Antécédents médicaux
PATIENT-E 1	25	SORTIE DE PRISON	P15 P17 P19	Alcoolisme Chronique Tabagisme Usage abusif de médicament (Benzo/Rivo)
PATIENT-E 2	40	AME		
PATIENT-E 3	56		K22 Y74	Facteur de risques CV Orchite
PATIENT-E 4	24		E700 P71 P85	Phénylcétonurie Psychose organique Retard mental
PATIENT-E 5	35	Accès aux soins		
PATIENT-E 6	27		P74 P80	Trouble anxieux Troubles de la personnalité
PATIENT-E 7	61		K86 T90	HTA non compl DNID Otospongiose bilatérale
PATIENT-E 8	48			canal lombaire étroit à opérer luxation récidivante de hanche gauche à opérer avec mise en place de PTH
PATIENT-E 9	31		B90 T8501 E881 Z201 W84	VIH maladie de basedow lipodystrophie Contage tuberculeux nodule en surveillance Grossesse à haut risque
PATIENT-E 10	26	Otite		
PATIENT-E 11	50		D7205	Hep C Chronique
PATIENT-E 12	61	TSEM	K87 T93011 T89 K76	HTA compliquée Hypercholestérolémie DID cardiopathie ischémique
PATIENT-E 13	41		P79	Troubles obsessionnels Osthéonécrose de genou multiopéré

PATIENT-E 14	38		B7803 K86 H357 D7205 A70 D7204 U9910 U9903	thalassemie Hypertension compliquée Détachement de rétine Bep C chronique Tuberculose Hép B chronique Transplantation rénale Rejet de greffe rénale
PATIENT-E 15	72		L91	Arthrose
PATIENT-E 16	31		X92	Infection chlamydiae
PATIENT-E 17	36		T9905 P0604 Y0701 P71 N88 B9907	Syndrome de cushing apnée du sommeil impuissance sexuelle organique psychose organique épilepsie neurosarcoïdose Alcoolisme
PATIENT-E 18	29	Trauma Main droite		
PATIENT-E 19	29	otite angine prurit vaginal	X92	Chlamydiae
PATIENT-E 20	32	TSEM		
PATIENT-E 21	67			
PATIENT-E 22	54		F9302	Glaucome à angle ouvert Laser 2 yeux
PATIENT-E 23	42		T8902 F8301 A8203 Y0701	DID retinopathie diabétique hémorragie intravitréenne, chirurgies multiples amputation impuissance organique
PATIENT-E 24	37	frottis		
PATIENT-E 25	14	certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 26	37	Fracture clavicule	P15 D7202 P19	Alcoolisme chronique Hep C active Usage abusif drogues (sub/benzo)
PATIENT-E 27	40		P500931 D7205	Prescription de substitution Hep C
PATIENT-E 28	45	conseil au voyage	P17 P15 L92	Tabagisme Alcoolisme chronique Syndrome de l'épaule (rupture complète des ligaments de l'épaule gauche , plusieurs opérations + fracture de l'épaule droite)



OR est une jeune fille de 25 ans. Elle nous est amenée par ses proches en urgence dans le courant de l'été 2012. L'année 2012 a été marquée par un nombre croissant de patients adressés par des proches ou ayant eu connaissance du centre de santé par bouche à oreille.

Pour OR, il s'agit d'un épisode délirant envahissant et très angoissant. Elle ne dort plus depuis plusieurs jours, est très agitée, a idées mystiques et nous fait part d'hallucinations. Elle se sent investie d'une mission, pense que la pièce est truffée de micro, voit « des fous partout ». Elle pense aussi qu'une centrale nucléaire est en train d'exploser. Lors de la consultation elle est accompagnée de sa mère et de son compagnon, qui sont particulièrement soutenant.

Il s'agit d'une urgence psychiatrique. Il y a une mise en danger avec un risque de « passage à l'acte » dans un accès délirant. OR a en fait une histoire plus ancienne avec la psychiatrie. Elle a présenté en 2003 un premier accès délirant important puis un second en 2009, il semble ensuite qu'elle soit restée dans la maladie psychiatrique tout en réussissant à construire son quotidien.

Les contacts avec le milieu psychiatrique, les professionnels et les traitements ont été jusque-là souvent mal vécus. Il y a déjà eu une hospitalisation sous contrainte et il y a actuellement une rupture de tout suivi médical et psychiatrique depuis plusieurs mois.

Le médecin qui la reçoit doit rapidement instaurer un rapport de confiance... et cela prend du temps ! Les autres patients accueillis ce jour-là au centre de santé seront tous reçus par le second médecin en consultation et la « gestion » des différents rendez-vous qui parfois se chevauchent est assurée par la médiatrice en santé présente à l'accueil.

Parallèlement, pendant qu'un lien de confiance s'établit, la psychologue de la case de santé ainsi que le troisième médecin du centre de santé en travail administratif ce jour-là travaillent à la meilleure prise en charge possible pour cette jeune patiente tant sur le plan médicamenteux que sur le réseau de soin à mettre en place (OR vit en fait actuellement dans un département limitrophe, a plusieurs dizaines de km de Toulouse et un suivi de proximité doit être organisé au plus proche).

Ce mode de fonctionnement « à plusieurs » a permis de réenclencher une relation de soin. En lien avec la patiente et son entourage, un traitement neuroleptique est démarré en consultation. Le compagnon de la patiente ainsi que sa mère sont prêts à rester avec OR le temps nécessaire à l'arrêt du délire.

Il y a une alliance thérapeutique qui débute et cela permet un retour au domicile. Des contacts téléphoniques seront pris les jours suivants, la situation s'apaise et le lien sera fait avec le CMP de secteur. Là où un professionnel isolé n'aurait eu d'autre choix que d'adresser la patiente aux urgences psychiatriques, très probablement sous contrainte, avec les risques que cela comporte sur la relation thérapeutique, une situation grave a pu être rapidement résolue par la coordination rapide de plusieurs professionnels. OR poursuivra ensuite son parcours de soins.

PATIENT-E 29	27		D72.0081	Hep B chronique PMA
PATIENT-E 30	21		P82 P80	Syndrôme SPT Troubles de la personnalité
PATIENT-E 31	59		K87	HTA compliquée
PATIENT-E 32	45		D7205 X78	Hep C Fibrome de l'utérus
PATIENT-E 33	42	x0801 métrorragies	P72 T72 R96 R79 P19	Schizophrénie Tumeur de la thyroïde Asthme Bronchite chronique usage abusif de drogue (cannabis)
PATIENT-E 34	27	IVG		
PATIENT-E 35	34	dentaire orientation maxillofaciale (pro)	Z25.0031 P19	Problème de violences usage abusif de drogue (héroïne)
PATIENT-E 36	61		K90 P15 T90 D970021	AVC Alcoolisme chronique Diabète sucré Cirrhose éthylique
PATIENT-E 37	19	IVG		
PATIENT-E 38	11	tendinite		
PATIENT-E 39	15			Kyste épidermoïde du nez avec échecs chirurgicaux et risque extension boîte crânienne
PATIENT-E 40	29	TSEM		
PATIENT-E 41	18	oxyurose		
PATIENT-E 42	79		K22 N9903 R7502 D89 R9502 Y8501 K83042	Facteur risque CV Nevralgie Arnold Sinusite chronique Hernie inguinale BPCO Adénome de la prostate Insuffisance aortique
PATIENT-E 43	27	bilan dépistage MST		

PATIENT-E 44	58		X8601 K81 W81 T85 T90 L7402 X91	Dysplasie cervicale Souffle cardiaque Toxémie gravidique Maladie de Basedow Diabète NIN Fracture du pied (ostéoporotique) Condylome acuminé
PATIENT-E 45	44		N9902 L8706 P15 N80033 K9401	Sclérose latérale amyotrophique Maladie de Dupuytren Alcoolisme chronique Hématome sous dural Thrombose veineuse
PATIENT-E 46	12	certif aptitude sportive		
PATIENT-E 47	18	conjonctivite virale		
PATIENT-E 48	29	ivg		
PATIENT-E 49	41		B8302 B90 P500931	Thrombocytopénie HIV (CD4) TSO
PATIENT-E 50	38	dépistage BK		
PATIENT-E 51	4		R9601 B02012	Crise d'asthme Adénopathie isolée
PATIENT-E 52	38	certificat aptitude sportive	L9301	Epicondylite
PATIENT-E 53	21	infection urinaire basse		
PATIENT-E 54				
PATIENT-E 55	26		B83031 A9204 R9605 L80023 M252 L6235	Purpura thrombopénique idiopathique Allergie alimentaire (oedèmes de Quincke) Asthme allergique Luxation de l'épaule Hyperlaxité articulaire Arrêt de travail en AT
PATIENT-E 56	39	certificat aptitude sportive / FCV		
PATIENT-E 57	46		P15	Alcoolisme chronique Sténose sous clav
PATIENT-E 58	8	angine rouge		
PATIENT-E 59	34		S8802 B8000	Allergie de contact Anémie par carence martiale

PATIENT-E 60	50			Syndrome polyalgique diffus
PATIENT-E 61	42		P82	Syndrome de stress post traumatique Troubles personnalité majeurs
PATIENT-E 62	40		N93 X8201 X78 W1502	Syndrome du canal carpien Excision rituelle Fobromyome de l'utérus Stérilité secondaire
PATIENT-E 63	44		L99 D85 D72 P500931	Polyarthrite Ulcère duodénal Hépatite C TSO
PATIENT-E 64	46		U7901 K8601 L1301	Tumeur du rein NCA HTA essentielle non compliquée Douleur de la hanche
PATIENT-E 65	28	suture		
PATIENT-E 66	31		P500931	TSO
PATIENT-E 67	34	retour FCV	T08	Perte de poids
PATIENT-E 68	24		Z29 L1701 S7403 D8205	Pb social Douleur du pied Pityriasis versicolor Gingivite
PATIENT-E 69	74		D77	Cancer digestif
PATIENT-E 70	34	Arrêt de travail en AT		Tendinopathie
PATIENT-E 71	55	TSEM	D7202	Hépatite B chronique
PATIENT-E 72	54		A70 U04 K8602 T81	Tuberculose abdominale Incontinence urinaire Hypertension NCA Goitre
PATIENT-E 73	39	Virose	T93014 T93011 K22 P15	Hypertriglyceridemie Hypercholesterolemie Facteur Risque CV Alcoolisme chronique
PATIENT-E 74	69		D7205	Hépatite C
PATIENT-E 75	46	Dossier Housing First	T93014 T93011 K22 P15	Schizophrénie

PATIENT-E 92	35	TSEM		
PATIENT-E 93	24	TSEM		Tentatives de suicide Troubles psychologiques Hémoptysie
PATIENT-E 94	66		P82 N29 N80	Syndrome de stress post traumatique Plainte neurologique Lésion traumatique de la tête Cataracte bilatérale Fracture malaire droite et bord latéral orbite D Baisse acuité visuelle Nodules pulmonaires Entorses à répétition
PATIENT-E 95	27	Lombalgie L4 L5	P82	Syndrome de stress post traumatique
PATIENT-E 96	35	certificat aptitude sportive	P1701	Tabagisme
PATIENT-E 97	47	TSEM	D8702 L86011 D7202	Gastrite Sciatique Hépatite chronique active
PATIENT-E 98	36	TSEM		Syndrome dépressif majeur
PATIENT-E 99	51	Vertiges	R81 P1701	Pneumonie Tabagisme
PATIENT-E 100	15	Douleur épaule		
PATIENT-E 101	45	MedTravail TA	P1701 K22	Tabagisme Facteur de risque CV
PATIENT-E 102	34		U70011 P98	Pyelonephrite aigue Autre psychose NCA
PATIENT-E 103	36	TSEM		
PATIENT-E 104	34		D7205 P500931	Hépatite C TSO ...
PATIENT-E 105	27	IVG		
PATIENT-E 106				
PATIENT-E 107	26	Dépistage VHB annonce	D7204	Hépatite B aigue
PATIENT-E 108	26	Cryogéniosation verrues	P9801 P72 N8000	Psychose aigue Schizophrénie Traumatisme crânien compliqué
PATIENT-E 109	30	Mycose		
PATIENT-E 110				

PATIENT-E 76	51		N94 L1906 T8601 R95 D99 D72 K99051 D97 B90	Névrite brachiale Amyotrophie Hypothyroïdie BPCO Pancréatite iatrogène Hépatite C chronique non traitée Varices oesophagiennes Maladie du foie NCA VIH
PATIENT-E 77	18		A92	Allergie
PATIENT-E 78	28	FCU		
PATIENT-E 79	32	TSEM		
PATIENT-E 80	39	IVG		
PATIENT-E 81	20	IVG		
PATIENT-E 82	62	TSEM		
PATIENT-E 83	57	TSEM		
PATIENT-E 84	24		N81.0051 N94.0121 N94.0021 P76 A01.0031	Traumatisme du plexus brachial Paralysie d'un nerf périphérique Néuralgie Dépression Douleur : centre antidouleur et neurochir (reostimulateur implantable)
PATIENT-E 85	7	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 86	11	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 87	52		L0301 L8303 L90 P15	Discopathie dorsolombaire multiétagée + arthrose Arthrose cervicale Gonarthrose Alcoolisme chronique
PATIENT-E 88	56		X7501 D87 T9000	Cancer du col in situ Trouble de la fonction gastrique DNID
PATIENT-E 89	51	tutelle	D82 P77 P72	Maladie des dents Tentative de suicide Schizophrénie
PATIENT-E 90	33	Dépistages + FCU	A70013 D9300 D7205	Tuberculose pulmonaire Troubles fonctionnels intestinaux Hépatite C
PATIENT-E 91	50		K8602	HTA non compliquée

PATIENT-E 111	41		A3302 D99131 S8200 P80 D7201 D9704 P500931	Tuberculose (test dépistage) Pancréatite aigue Naevus Trouble de la personnalité Hépatite présumée virale Cirrhose TSO
PATIENT-E 112	38			
PATIENT-E 113	11	Suites amygdalectomie		
PATIENT-E 114	24	Inflammation lèvre supérieure		
PATIENT-E 115	18	Mal de gorge		Asthme
PATIENT-E 116	60	TSEM	T89	DID
PATIENT-E 117	33	IVG		
PATIENT-E 118	41		D72.0091 D72.0111 P500931	Hépatite C chronique Sérologie Hepatite B TSO
PATIENT-E 119	56		K8404 R96 L90 D9804 D1600	Cardiomyopathie Asthme Gonarthrose Lithiase vésiculaire Rectorragies
PATIENT-E 120	31		P73.0031 L86011	Dépression psychotique Sciatique
PATIENT-E 121				
PATIENT-E 122	44	Orgelet	R75.0031	Sinusite chronique
PATIENT-E 123	72		A70.0071 L99.0351	Tuberculose Polymyosite
PATIENT-E 124	37		D72.0091 P19 K86 L8601 P74	Hépatite C chronique Usage abusif de drogues Hypertension non compliquée Lombosciatalgie Troubles anxieux
PATIENT-E 125	80	Mal de ventre	P70 R9501 L8407 P7601 K8601	Démence Emphysème Tassement vertébral Syndrome dépressif HTA non compliquée
PATIENT-E 126	56		T85 K95.0021 L89.0011	Hypothyroïdie (maladie basedow) Insuffisance veineuse MI Coxarthrose

PATIENT-E 127	43	Prison	P19 P15 D72.0091	Usage abusif de drogues Alcoolisme chronique Hépatite C chronique
PATIENT-E 128	44	Amaigrissement	P19 P500931 P15 R99182 P17	Usage abusif de drogues TSO Alcoolisme chronique Pneumothorax traumatique Tabagisme
PATIENT-E 129	52	Vaccin / Alcool / Demande ACT	P17 R95 P15 D72.0101	Tabagisme BPCO Alcoolisme chronique Sérologie Hépatite C
PATIENT-E 130	24		D8401	Achalasie oesophage
PATIENT-E 131	57	Douleurs thoraciques (urgences)	P15 T93 P7602	Alcoolisme chronique Dyslipidémie Syndrome anxiodépressif
PATIENT-E 132	29	Crise paranoïaque	Z13 P72.0011	Problème de couple Etat de paranoïa
PATIENT-E 133	5	Vaccin		
PATIENT-E 134	24		B80 W78 Z25.0031	Anémie carence en fer Grossesse Viol
PATIENT-E 135	7	Angine		
PATIENT-E 136	37	IVG		
PATIENT-E 137	38		D72.0081	Hépatite B chronique
PATIENT-E 138	5	Certificat non excision		
PATIENT-E 139	35	FCU	W15.0011	Stérilité
PATIENT-E 140	25	Condylome	P76	Dépression
PATIENT-E 141	31		P500931 P15 P19	TSO Alcoolisme chronique Usage abusif drogues
PATIENT-E 142	40		P76 P77 K8602	Dépression Suicide Tentative de suicide HTA
PATIENT-E 143	32		Z25.0031 P74.0021	Problème de violences Névrose de SPT
PATIENT-E 144	38		D72.0091	Hépatite C chronique
PATIENT-E 145	38	rupture suivi SMIT VIH	B90 D72.0081	VIH Hépatite B chronique

PATIENT-E 146	62		L9201 F92 D78013 P76 T92 K8602 T93011 T9003	Bursite de l'épaule Cataracte Polype du colon Syndrome dépressif Goutte HTA Hypercholestérolémie Diabète
PATIENT-E 147	25	social		
PATIENT-E 148	2	boutons		
PATIENT-E 149	60	Retour de voyage	P70 P2906 X70 K87.0011 K87.0021 P71.0031	Démence Hallucinations Syphilis Cardiopathie hypertensive Complication d'une HTA Psychose organique
PATIENT-E 150	35	Douleurs articulaires	B8405 K7801 D72.0081	Neutropénie inexpliquée Fibrillation auriculaire Hépatite B chronique
PATIENT-E 151	59		T90 K86 D72.0081	DNID HTA non compliquée Hépatite B chronique
PATIENT-E 152	29	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 153	24	Annonce Hep B	D72.0081 P15 P18	Hépatite B chronique Alcoolisme chronique Usage abusif médicaments
PATIENT-E 154	38			
PATIENT-E 155	80	Lombalgie	Z25	Agressions
PATIENT-E 156	10	Trouble du langage Bilan		
PATIENT-E 157	12	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 158	21	Fracture 5° doigt	T89 D99021 B8405 P17	DID Maladie coeliaque Neutropénie Tabagisme chronique
PATIENT-E 159	38		D72.0081	Hépatite B chronique
PATIENT-E 160	27		N88 N18021	Epilepsie Hémiplégie gauche

PATIENT-E 161	65	Douleur (protocole morphine)	T90 K86 L8601 Z981 L8601	DNID HTA Lombosciatalgie Présence d'arthrodèse Douleur dorsolombaire
PATIENT-E 162	21	Suivi grossesse	W78 Z25 P76 T0302 T0802 L8503	Grossesse Agression (viol) Dépression Anorexie Amaigrissement important Scoliose (grave chir)
PATIENT-E 163	15	Vaccins	P7701	Tentative de suicide
PATIENT-E 164	12	Liaison CMPP	N89	Migraines
PATIENT-E 165	29		B84.0111 P17 S91.0011	Hyperéosinophilie Tabagisme Arthrite psoriasique
PATIENT-E 166	46	Syndrôme dépressif	P15 P17	Alcoolisme chronique Tabagisme chronique
PATIENT-E 167	25	Violences conjugales	D72.0101 A73 X90 U72	Sérologie Hépatite C Paludisme Herpès génital Uretrite
PATIENT-E 168	25	Pansement chir compliqué	P500931 D72.0091 P80	TSO Hépatite C chronique Troubles de la personnalité
PATIENT-E 169	34	Suivi grossesse à risque	P72 P74.0021 W78	Schizophrénie Névrose SPT Grossesse
PATIENT-E 170	45	Hallucinations auditives	T86 P73	Hypothyroïdie Psychose bipolaire
PATIENT-E 171	39	TSEM	T86 K90 P72	Hypothyroïdie AVC Schizophrénie
PATIENT-E 172	39	Sortant de prison Vaccin Hep B		
PATIENT-E 173	1	Vaccins	B78 R96	Drépanocytose Asthme
PATIENT-E 174	43	TSEM	P74.0021 X7602	Névrose SPT Cancer du sein
PATIENT-E 175	28	Douleurs genou	R96	Asthme
PATIENT-E 176	35	Ablation agraphe	P19 P15	Usage abusif de drogue Alcoolisme chronique

PATIENT-E 177	45	Fatigue	P82.0161	Réaction psychologique à un viol
PATIENT-E 178	19	Rectorragies	D72.0081 S96.0031 A70.0031	Hépatite B chronique Acne conglobata Complications secondaires Tuberculose
PATIENT-E 179	25	Psycho orientation PASS		
PATIENT-E 180	24	Bilan gynéco	A73 P98 X0504	Paludisme Psychose Aménorrhée
PATIENT-E 181	39	IVG + Cs gynéco		
PATIENT-E 182	50		D72.0101 P01.0021	Sérologie Hépatite C + Etat d'anxiété
PATIENT-E 183	37	Accès aux soins		
PATIENT-E 184	49	Rhinite		
PATIENT-E 185	19	Viol Certificat		
PATIENT-E 186	27	Douleurs articulaires	X92 X74	Infection Chlamydiae Salpingite
PATIENT-E 187	29	Certificat aptitude sportive	P17	Tabagisme chronique
PATIENT-E 188	75	Discussion cholestérol	K86 K83	HTA non compliquée Valvulopathie
PATIENT-E 189	64	TSEM	Z13.0031 F94 K22 T90 P73.0031	Violences conjugales Cécité OG Facteur RCV Diabète Dépression Psychotique (Syndrome de Cotard)
PATIENT-E 190	37	Accès aux soins	P76	Dépression
PATIENT-E 191	28	Vaccination / Lien CMP	P15 P17 P18 P29.0201	Alcoolisme chronique Tabagisme chronique Usage abusif de médicaments Automutilations
PATIENT-E 192	82	MDPH	A70.0031 T90 T86 Y85 K78 K87	Complications secondaires Tuberculose Diabète Hypothyroïdie Hypertrophie bénigne de la prostate Fibrillation auriculaire/flutter Hypertension avec complication
PATIENT-E 193	29	TSEM		Sclérose tubéreuse de Bourneville

PATIENT-E 194	59	Invalidité	B78.0061 D90 Z13.0031	Hypertension intracranienne idiopathique Thalassemie Hernie Hiatale Violences conjugales
PATIENT-E 195	43	Accès aux droits	P19 P82 P500931 Z25	Usage abusif de drogues Syndrome SPT TSO Agressions
PATIENT-E 196	33	Dénutrition	F71 P74 Z13.0031	Conjonctivite allergique Troubles anxieux Violences conjugales
PATIENT-E 197	46	TSO	P500931 D72.0101	TSO Sérologie Hep C +
PATIENT-E 198	64	Douleurs rupture supra épineux	L0801 L0201	Douleur épaule Dorsalgie
PATIENT-E 199	33	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 200	19	Mycose des ongles	P17 P15	Tabagisme chronique Alcoolisme chronique
PATIENT-E 201	10	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 202	55	Sinusite	R96 U9903 K87	Asthme Insuffisance rénale HTA complication
PATIENT-E 203	50	Lombosciatique	P82	Syndrome SPT
PATIENT-E 204	17	Suivi grossesse compliquée	W78 Z25	Grossesse Agressions
PATIENT-E 205	29	IVG		
PATIENT-E 206	23	Syndrome grippal	T90	DNID
PATIENT-E 207	34	Bilan infertilité	W15 X78	Stérilité Fibrome
PATIENT-E 208	32	Contraception		
PATIENT-E 209	32	Gynéco	K86	HTA non compliquée
PATIENT-E 210	58	Prurit	T89 U99.0121 D72.0091 K86	DID Insuffisance rénale chronique Hépatite C chronique HTA non compliquée

PATIENT-E 211	62	Demande ACT	K86 U7903	HTA Cancer de la vessie
PATIENT-E 212	52	Douleurs gynéco	P72	Schizophrénie
PATIENT-E 213	26	Uretrite	P19 P500931 P72 Z25	Usage abusif drogue TSO Schizophrénie Violences enfance
PATIENT-E 214	76	Constipation	P71 A7002 N8000 H86 Y85 K9603 N23012 F93 F92	Psychose organique Séquelle Tuberculose Traumatisme crânien compliqué Surdité Hypertrophie bénigne de prostate Hémorroïdes externe Difficulté à la marche Glaucome Cataracte
PATIENT-E 215	30	Contage tuberculeux	A70 N8000 P19 P17 P15 P500931	Tuberculose Traumatisme crânien compliqué Usage abusif de médicament Tabagisme Alcoolisme TSO
PATIENT-E 216	40	TSEM	R96 P7401 P82	Asthme Trouble anxieux Syndrome SPT
PATIENT-E 217		Accès aux droits		
PATIENT-E 218	34	Accès aux soins		
PATIENT-E 219	18	Accès aux soins		
PATIENT-E 220	39	FCU	U70 P76 Z13.0031	Pyélonéphrite Syndrome dépressif Violences conjugales
PATIENT-E 221	38	TSEM	P82	Syndrome de SPT
PATIENT-E 222	40	FCU	P82 Z25 T90 E66	Syndrome SPT Agressions Diabète Obésité
PATIENT-E 223	52	Mal de gorge	N1803 N70.0031 K86	Paraplégie Poliomyélite HTA non compliquée
PATIENT-E 224	46	Accès aux droits	B90 W15	HIV Stérilité

Mr B est diabétique, a été déjà amputé une fois. Il vit dans des conditions précaires, sans domicile fixe. Il consulte pour la première fois au centre de santé pour une baisse de l'acuité visuelle survenue de façon rapide. Après son amputation, il avait consulté un diabétologue mais celui-ci lui avait dit : « je ne peux rien faire pour vous, tout ce qui vous arrive c'est à cause de l'alcool vous n'avez qu'à arrêter de boire ». 10 ans de rupture de suivi... jusqu'à cette première consultation où la vue baisse vite.

Une ouverture des droits à l'assurance maladie est faite en urgence, et une consultation ophtalmo aussi : hémorragie intravitréenne bilatérale, et décollement rétinien massif... le patient est entrain de perdre ses yeux. Un oeil est sauvé au bout de un mois de traitements intensifs, l'autre est presque perdu. Le diabète qui était très déséquilibré, avec une hémoglobine glyquée à 14,6% est rééquilibré

progressivement grâce à un lien avec notre diabétologue correspondant qui initie le patient à «l'insulinothérapie fonctionnelle».

Le patient nous dit : en trois jours de stage en insulinothérapie fonctionnelle j'ai appris autant sur le diabète que toute ma vie ! La situation du patient est désormais stabilisée, le diabète est équilibré. Un mal perforant plantaire sur le pied non amputé a été dépisté et suivi par l'infirmière du centre de santé, il a cicatrisé en un mois et demi.

A une formation dédiée aux internes en médecins générale du DUMG, le patient a donné un cours aux étudiants sur ce qu'est «l'insulinothérapie fonctionnelle» et a expliqué les complications du diabète. Il est devenu expert de sa maladie et a expliqué pourquoi il a arrêté de boire quand il a compris vraiment ce qui lui arrivait.

PATIENT-E 225	29	Arrêt de travail	Z13.0031 P82	Violences conjugales Syndrome SPT
PATIENT-E 226	31	Accès aux droits		
PATIENT-E 227	26	Virose	P82 A73	Syndrome SPT Paludisme
PATIENT-E 228	43	Douleurs articulaires	P82 P76 W15 Z25	Syndrome SPT Dépression Stérilité Agressions
PATIENT-E 229	46		K87 U99 K84.0031 N71.0011	HTA avec complication Insuffisance rénale Hypertrophie ventriculaire Encephalite
PATIENT-E 230	41	Lombalgie + rupture suivi (VIH/VHB)	D72.0081 B90	Hépatite B chronique VIH
PATIENT-E 231	21	Accès aux soins		
PATIENT-E 232	19	TSEM	L8901	Coxarthrose secondaire à une dysplasie
PATIENT-E 233	28	Accès au droits	P72 Z25 Z13.0031	Schizophrénie Agressions Violences conjugales
PATIENT-E 234	26	Gynéco	B90	HIV
PATIENT-E 235	64	ETP	T90 F92 K76021 K92 N94 P17 P76	DNID Cataracte Ischémie myocardique silencieuse Maladie vasculaire (pontage aorto-iliaque) Neuropathie périphérique Tabagisme Dépression
PATIENT-E 236	9 mois	Examen du 5 ^e mois		
PATIENT-E 237	54	Constipation / Hémorroïdes	T89 Y8501 K86 U9903 N9401 F8301	DID Adénome prostate HTA non compliquée Insuffisance rénale Neuropathie diabétique Rétinopathie diabétique
PATIENT-E 238	3	Soins de circoncision	F9501	Strabisme
PATIENT-E 239	8 mois	Rhinopharyngite		

PATIENT-E 240	57	Echographie de Thyroïde	Z13.0031 K8602 K22 R96 R97 L9403 L89 L8601 T9923 T8101 D78013	Violences conjugales Hypertension Facteur RCV Asthme Rhinite allergique Osteochondrique dissequante Coxarthrose Lombosciatalgie Thyroidite Nodule Thyroïdien Polype du colon
PATIENT-E 241	21	Contraception Vaccination		
PATIENT-E 242	33	Angine	A70	Tuberculose
PATIENT-E 243	7	MAJ vaccination		
PATIENT-E 244	36		P500931	TSO
PATIENT-E 245	39	Pansement plaie de la cuisse	P15 P17 P18 P500931 D720091 L87011 L8407	Alcoolisme Tabagisme Usage abusif de médicament TSO Hépatite C chronique Hygroma du coude Tassement vertébral
PATIENT-E 246	30	Accès aux droits		
PATIENT-E 247	9	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 248	6	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 249	50	Pansement Plaie	L8407 N8102 U04 R9501 P29061 P72 R99.0051 P17 P19 P15	Tassement vertébral Traumatisme de la moelle épinière Incontinence urinaire Emphysème Hallucinations auditives Schizophrénie Insuffisance respiratoire chronique Tabagisme Usage abusif médicaments Alcoolisme chronique

PATIENT-E 250	43	Accès aux droits	F92 W15 K86 Z25	Cataracte Infertilité HTA Agressions (viol)
PATIENT-E 251	62	Poids	F92 R79 S7701 P17 D92 R95 T82	Cataracte Bronchite chronique Cancer baso-cellulaire Tabagisme Maladie diverticulaire BPCO Obésité
PATIENT-E 252	29	Accès aux droits	D72.0081 P82	Hépatite B chronique Syndrome SPT
PATIENT-E 253	60	Gynéco	K86 K83 L8902 A70 T93	HTA non compliquée Insuffisance aortique Coxarthrose secondaire Tuberculose Trouble de métabolisme des lipides
PATIENT-E 254	68		A70 D76 D94.0011 K90 K22 T89 U88.0061 F83.0031 D78.0041	Tuberculose Cancer du pancréas Maladie de Crohn AVC Facteur RCV DID Néphropathie diabétique Rétinopathie diabétique Polype colo-rectal
PATIENT-E 255	29	FCU		
PATIENT-E 256	36	TSO	P15 P17 P19 P500931	Alcoolisme Tabagisme Usage abusif de drogue TSO
PATIENT-E 257	34	Trauma genou	L7801 Z05	Entorse grave du genou Problème de travail
PATIENT-E 258	33	Fatigue	B9907 N89 X86	Sarcoïdose Migraine FCU anormal
PATIENT-E 259	33		D720091 P500931 P19 P74	Hépatite C chronique TSO Usage abusif de drogue Trouble anxieux
PATIENT-E 260	14	Certificat aptitude sportive	R96	Asthme

PATIENT-E 261	25	IVG		
PATIENT-E 262	58	Accès aux droits		
PATIENT-E 263	36	TSEM	A70 R96	Tuberculose Asthme
PATIENT-E 264	58		K86 L86 X78 D90	HTA Hernie discale Sciatique Fibrome de l'utérus Hernie hiatale
PATIENT-E 265	27	Gynéco	Z13.0031 P76	Violences conjugales Dépression
PATIENT-E 266	30		K8404 B8402 B74 L9921 R96	Cardiomyopathie Hyperéosinophilie majeure Autre cancer du sang Ostéonécrose aseptique de hanche Asthme
PATIENT-E 267	83	Accès aux droits handicap	T90 K76 K86 F92 F83.0031 N94.0051 K83.0031	Diabète Cardiopathie ischémique HTA Cataracte Rétinopathie diabétique Névrite/Polynevrite diabétique Rétrécissement aortique serré
PATIENT-E 268	24	TSO	P19 P17 P15 P500931 P80	Usage abusif de drogue Tabagisme Alcoolisme TSO Trouble de la personnalité
PATIENT-E 269	38	Accès aux droits logement	P72 P17 P15	Schizophrénie Tabagisme Alcoolisme
PATIENT-E 270	30	TSEM	N8000 N8002 N99031 F7502 F82	Traumatisme crânien compliqué Fracture du crâne Névràlgie faciale atypique Hémorragie de l'œil Détachement de la rétine
PATIENT-E 271	30	Vaccin		
PATIENT-E 272	2	Rinopharyngite		
PATIENT-E 273	11	Accès aux droits OFFI		

PATIENT-E 274	42	Lien prison	F94 F7501 D78013 P7701 P76	Cécité Contusion de l'œil Polype du colon entative de suicide Dépression
PATIENT-E 275	15	Certificat aptitude sportive		
PATIENT-E 276	28	ACT	T8601 B7803 B53.0021 B.0061	Hypothyroïdie Thalassémie majeure Transfusion bi hebdomadaire Rate (splénectomie)
PATIENT-E 277	24	Brulures	Z13.031	Violences conjugales
PATIENT-E 278	2	Rinopharyngite		
PATIENT-E 279	51	TSEM	K86 R96 B82 Z25	HTA non compliquée Asthme Anémie Agressions (viol)
PATIENT-E 280	42		P19 P15 P17 P500931 P76	Usage abusif de drogue Alcoolisme Tabagisme TSO Dépression
PATIENT-E 281	58	Sortie de prison	B90 Y73	HIV Prostatite
PATIENT-E 282	1	TSEM		
PATIENT-E 283	24	Cryogénie de verrue / Gynéco		
PATIENT-E 284	37	Accès aux soins		
PATIENT-E 285	31	IVG		
PATIENT-E 286	22	IVG		
PATIENT-E 287	47	TSO	P19 P500931 T8601 K90 P17	Usage abusif de drogues TSO Hypothyroïdie AVC Tabagisme
PATIENT-E 288	33	Gynéco	P17	Tabagisme

Une jeune fille dont la famille est suivie au centre de santé. Nous connaissons tout le monde, son père, sa mère, ses frères... un jour nous sommes appelés par le père qui ne comprend pas ce qui se passe: sa fille lui a jeté un couteau à la figure.

Lors d'une visite à domicile, nous découvrons que la dispute avec le père fait suite à un échange autour du cannabis: elle fume trop dit-il, elle confirme, elle a vidé le compte en banque de la famille... nous organisons plusieurs entretiens au centre de santé centrés sur la question de l'addiction au cannabis qui se révèle forte; les entretiens sont de type motivationnels, avec une approche en psychologie dite systémique et humaniste dont les soignants du centre de santé apprennent la maîtrise... le lien de confiance s'installe, les consultations médicales du centre de santé sont toutes honorées, la patiente est toujours à l'heure alors que dans le même temps les choses s'aggravent à la maison.

Le petit frère a peur et reçoit même des menaces de mort de la part de sa grande sœur, plusieurs fuges du foyer inquiètent les parents. Au cours des entretiens apparaissent nettement des signes dit «dissociatifs»: les soignants du centre de santé décèlent que derrière la souffrance d'une adolescente semblent apparaître une maladie psychiatrique plus grave... mais le problème est que la prise de cannabis est énorme et donc que de tels troubles avec même des hallucinations peuvent apparaître avec le cannabis, ce qu'on appelle la «psychose cannabique».

Les médecins du centre de santé se tournent vers plusieurs structures de la ville (lieux d'hospitalisation, réseau ...) censées s'occuper d'adolescents: soit la patiente est trop âgée (elle a 16 ans), soit elle est trop jeune, soit elle est trop dépendante au cannabis, soit elle est trop «psychiatrique»... ce jeu de la patate chaude dure plus d'un mois pendant

lequel la famille est au bord de la rupture.

Le suivi se fait exclusivement au centre de santé; des prises de risque sexuelles ont lieu lors des fugues de la patiente pour lesquels des dépistages en urgences sont réalisés avec découverte d'une infection à chlamydiae qui est traitée.

Une contraception est mise en place par implant pharmacologique sous cutanée au centre de santé devant les prises de risque sexuels.

Ce n'est qu'au bout de deux mois qu'une structure de psychiatrie privée accepte de recevoir notre patiente, la famille souffle enfin. Un traitement lourd est mis en place, l'observation va enfin permettre de savoir, à distance d'un sevrage de cannabis, si notre patiente est en train d'entrer dans une pathologie psychiatrique chronique ou bien si tout ça n'est qu'un effet du cannabis....

Mme S. est venue en consultation avec les travailleurs sociaux dans le cadre d'une demande de droit au séjour pour raison médicale. Elle a été reçue par les médecins de la permanence de consultation autour de cette question. Nous communiquons grâce à un interprète. Son médecin traitant que nous avons eu au téléphone n'arrive plus à comprendre ce qu'elle a de par la barrière de la langue, et pourtant elle présente des anomalies à la prise de sang: une hyper-éosinophilie qui persiste malgré un traitement anti-parasitaire. Nous l'avons donc ensuite reçu

en tant que médecin traitant et nous avons avancé sur le plan médical, après plusieurs explorations et consultation avec des spécialistes du CHU la patiente présente une hyper-éosinophilie primitive qui a infiltré le cœur et les poumons. Sa maladie avance petit à petit, et elle est actuellement sur liste de greffe de cœur. Sur le plan administratif, la patiente loge chez des amis qui ne lui apporte pas de soutien, elle n'a pas de revenu et elle est en situation irrégulière. Avec l'équipe sociale, nous nous sommes coordonnées afin d'évaluer les possibilités du droit commun. On a déposé un dossier

de droit au séjour pour raison médicale, demande d'appariement de coordination thérapeutique et un dossier MDPH. De par la complexité de la situation médico-sociale, ces dossiers ont été réalisés en consultation avec médecin et travailleurs sociaux, ils ont également demandé un temps extra-clinique (ou appelé «hors soin») pour les réaliser. Tous ont été acceptés et ont permis à la patiente d'avoir un logement, un revenu et un titre de séjour. L'équipe organisera une réunion de coordination entre l'équipe de greffe, l'équipe de l'ACT et l'équipe du centre de santé.

PATIENT-E 289	32	Gynéco	B90 E881 D72.0081 R96 Z13.031 Z25	HIV Lipodystrophie Hépatite B chronique Asthme Violences conjugales Agressions (viol)
PATIENT-E 290	38		B90 D72.0091 P17 P19 P500931	HIV Hépatite C chronique Tabagisme Usage abusif de drogue TSO
PATIENT-E 291	24	TSEM	T8601 W85	Hypothyroïdie Diabète gravidique
PATIENT-E 292	27	TSEM		
PATIENT-E 293	49		P72 P19 P500931 P17 P15 D72.0101 D9704 R95	Schizophrénie Usage abusif de drogue TSO Tabagisme Alcoolisme Sérologie Hépatite C positive Cirrhose BPCO
PATIENT-E 294	19	TSEM	Z25 R96 U75	Agressions Asthme Cancer du rein
PATIENT-E 295	42		P19 P500931 F94 D72.0091	Usage abusif de drogue TSO Cécité Hépatite C chronique
PATIENT-E 296	17	Accès au logement	P80 P76	Trouble de la personnalité Dépression
PATIENT-E 297	35	Suivi psy	P17	Tabagisme
PATIENT-E 298	36	IVG	T89 U88.0061	DID Néphropathie diabétique
PATIENT-E 299	26		P19 P17 P18 P80 P29.0201 P77	Usage abusif de drogue Tabagisme Usage abusif de médicament Troubles de la personnalité Automutilation Tentative de suicide
PATIENT-E 300	39	Accès aux droits handicap		
PATIENT-E 301	27	Gynéco	T82 Z25	Obésité Agressions (violence famille)

L'ÉCHOGRAPHIE EN SOINS PRIMAIRES

« L'Académie américaine des médecins de famille (AAFP) parle d'un certain nombre d'avantages de l'échographie diagnostic au cabinet par les médecins de famille notamment dans la santé des femmes. Elle souligne l'avantage d'une évaluation immédiate des problèmes cliniques urgents, d'une plus grande spécificité de l'échographie obtenue par les cliniciens qui connaissent le patient, de réductions significatives de temps et de coût, d'une amélioration de la continuité des soins, d'un meilleur accès aux soins des patients. Certains auteurs mettent également en évidence une diminution de passages aux urgences, de visites de spécialistes, du nombre d'hospitalisations. »

Les complexités cliniques, les difficultés d'accès aux soins, la pratique de l'IVG médicamenteuse ont rapidement amené l'équipe médicale à s'équiper d'un échographe, de se former à sa technique et à s'interroger sur la place de la pratique de l'échographie en médecine générale au centre de santé.

L'échographie est peu utilisée en médecine générale (4% des échographies réalisées en France en 2002 l'ont été par un médecin généraliste) qui pourtant en prescrit beaucoup. L'échographie est devenu un examen de première intention, simple et sûr, extrêmement utiles pour toute une série de prescriptions cliniques.

D'une première intuition, « et si l'échographe était le deuxième stéthoscope du médecin généraliste, celui du XXI^e siècle, combinée à la nécessité de rechercher la meilleure efficacité en soins primaire, l'un des médecins

de l'équipe, Ch. Hambourg, a commencé un travail de recherche autour d'une première liste de situations cliniques où l'échographie réalisée en médecine générale permettait de confirmer ou d'exclure un diagnostic révélé par la clinique.

L'activité échographique au centre de santé est essentiellement gynécologique (80 %).

Les médecins sont formés par le Centre Francophone de Formation en Echographie de Nîmes, avec qui la Case de Santé a établi un partenariat. Charles Hambourg y intervient dans les sessions de formation.

Les images réalisées par un des praticiens du centre de santé sont validées en équipe médicale en interne. Si la situation clinico-échographique est complexe, l'équipe sollicite le Pr Bourgeois (professeur en radiologie, directeur du CFFE) pour interpréter les clichés. Une procédure de téléexpertise mise en place en 2012.



L'échographie en médecine générale est en plein essor et pose beaucoup de questions. La Case de Santé participe au processus de développement validé de cette pratique. Une thèse de médecine générale est en cours de réalisation à la Faculté de Médecine de Toulouse portant sur la pratique de l'échographie en médecine générale. Elle est dirigée par un des médecins de la case de santé, et vise standardiser sa pratique et se propose de valider une liste de 11 indications. Cette thèse sera soutenue en 2013.



« La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » WONCA EUROP 2002

La Case de Santé et le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse

Le Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale sanctionne l'enseignement organisé et validé par le Département Universitaire de Médecine Générale depuis 2004.

L'engagement de la Case de Santé au sein du DUMG permet de proposer :

- Un terrain de stage ambulatoire aux internes de médecine générale : avec le **SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) mais aussi le GIPSI**
- Un enseignement obligatoire : le module 14 « le patient migrant parlant mal français »
- Un tutorat pour accompagner un groupe d'interne affecté par le DUMG tout au long de leur parcours dans le DES de médecine générale.

Terrain de stage pour les internes en médecine général

La Case de Santé, où les 3 médecins sont maîtres de stage accueille des internes en médecine générale tous les 6 mois. Ce Stage Ambulatoire en Soins primaires en Autonomie Supervisée est, avec le stage de praticien niveau 1, le seul stage proposé en ambulatoire, premier vrai contact avec les soins primaires dans une maquette de formation exclusivement hospitalière pour le reste.

La Case de Santé est surtout le seul terrain de stage de la région donnant accès à une pratique exigeante de la médecine générale dans une configuration professionnelle moderne et attractive pour les médecins en formation, dans une équipe pluridisciplinaire coordonnée.

Les médecins de la Case de Santé ont donc accompagné 3 internes en SASPAS en 2012 :

Jennifer Phillips, Samah Chaaban, Marie Lemassier, dont nous produisons en pages suivantes les retours : évaluation méthodique et bilan qualitatif, ou récit personnel, elles en disent peut-être plus que nous sur la formation à la médecine générale en soins primaires...

Enseignement à la Faculté : le module 14 « Patient migrant accompagné parlant mal français »

Les médecins de la Case de santé assurent un enseignement obligatoire quatre fois par an. Le contenu axé essentiellement soins primaires traite plusieurs questions :

- Les inégalités sociales de santé au cœur de la consultation de médecine générale : comment dépister la vulnérabilité sociale (score EPICES)
- Mener une consultation avec un interprète : quels outils en médecine générale ?
- L'accès aux soins des migrant-e-s : quelle couverture maladie, à qui adresser en cas d'absence de droit ouvert ?
- Quel bilan de santé proposer au patient primo-arrivant ?
- Quelle particularité socio-administrative : le droit au séjour pour raison médicale.
- Intervenants sociaux (CCAS, Utams)
- Retour au pays (prévention voyageur, ordonnance dans le cadre de pathologies chroniques...)

Le module construit par l'équipe de la Case de Santé mobilise médecin, internes des années précédentes et également des usager-e-s du centre de santé qui se trouvent alors en situation de former de futurs médecins. Une partie du module met en oeuvre des techniques de théâtre forum visant à faire émerger les connaissances des internes devant une situation compliquée en médecine générale : un patient non francophone rentre au cabinet de médecine générale. Les internes proposent des solutions puis sont amenés à jouer la solution en direct, dans ce cas on amène l'interne à utiliser un interprète téléphonique.

Très détonnant dans le paysage de la Fac de Médecine, cet enseignement recueille néanmoins l'enthousiasme des internes qui l'évaluent en moyenne à 16 sur 20.

PHILIPS Jennifer, 6ème semestre : novembre 2011 à avril 2012, à la Case de Santé et au Centre Médico-Psychologique (CMP) secteur 7.

Environnement pédagogique :

Excellent encadrement, temps dédié au débriefing le vendredi soir avec un des maîtres de stage, temps de discussion sur les dossiers patients en équipe le mardi matin : intérêt majeur des échanges pluridisciplinaires.

Description de l'activité :

Consultations d'emblée seule. Une consultation pré-IVG réalisée avec le maître de stage et supervision pour les échographies, quelques visites accompagnées d'un des maîtres de stage ou de l'infirmière. Mise en avant de l'intérêt du travail en pluriprofessionnalité (travailleurs sociaux, psychologue, infirmier, médiateur de santé), autant pour les patients, qui trouvent ainsi l'interlocuteur le plus approprié que pour moi, avec la sensation de toujours être épaulée.

Les objectifs définis :

- Savoir quelles sont les spécificités liées à la situation des personnes migrantes
- Savoir mener un entretien avec interprétariat
- Comprendre le fonctionnement d'un centre de santé, la coordination des soins, le travail en équipe pluridisciplinaire autour du patient
- Savoir mener un entretien avec des personnes usagers de

drogues, introduire et suivre un traitement de substitution.

Le bilan après le stage

- Situation des personnes migrantes : difficultés de logement, pathologies professionnelles chez les personnes âgées, difficultés liées à l'accès aux soins (dentaire, appareil auditifs...).
- Pouvoir engager une alliance avec le patient à travers l'interprète
- Atouts et difficultés, ressources d'un centre de santé communautaire
- Progression dans le cadre de la conduite d'un entretien avec des personnes usagers de drogues
- Aisance dans la pratique de l'IVG en ambulatoire, pratique de l'échographie de datation, soutien psychologique.

Les échecs :

- Prise en charge d'une pneumonie chez une patiente HIV+ qui refuse les soins
- Difficulté de refuser de délivrer un traitement à un patient demandeur de traitement de substitution aux opiacés, alors même que la décision avait été prise en équipe.

Les doutes et remises en cause :

- Doutes quotidiens au fil des consultations
- Comment conserver le principe de fonctionnement pluriprofessionnel de la Case de santé en dehors du centre ?
- Comment reproduire le fonctionnement de la case de santé, afin de l'adapter dans d'autres circonstances ?

Les découvertes et les aspects inattendus

- Transfert de compétence/délégation de tâche entre médecin, infirmier et médiateur de santé.
- Importance de l'interprète : son caractère, sa manière de transmettre les propos du patient, ses digressions, même dans le cadre de l'interprétariat professionnel
- La création de compétences partagées à travers les formations sur dossier patient et la création d'une synthèse accessible à tous sur un document partagé.
- Difficulté relationnelle avec certains usagers de drogue
- Certification dans le cadre de la demande d'Asile
- Facilité du lien avec les spécialistes, y compris professeurs du CHU par courrier électronique.
- Ressources importantes des personnes pour s'en sortir !

Conclusion : Excellent stage de par son enseignement médical, social et psychologique, un entraînement à se remettre toujours en questions et à chercher à aller le plus loin possible en médecine générale.

CHAABAN Samah, 6ème semestre de DES en médecine générale, de mai 2012 à octobre 2012.

Le parcours de médecin en formation ne laisse pas de place à la réflexion sur les soins primaires. Les trois quarts de notre formation est hospitalière. Tout l'enseignement se nourrit de biomédical pur. ce qui ne nous prépare pas à notre futur métier : la médecine de générale.

Le module 14 a été pour moi une lucarne ouverte sur mon futur métier, la médecine de famille. Un premier contact avec la Case de Santé m'a ouvert des pistes quant à ma future pratique de médecin généraliste : une médecine centrée sur le patient, communautaire, en équipe pluridisciplinaire qui prend en compte l'environnement de la personne et l'accompagne en tant que médecin traitant dans le parcours de soins. Suite à ce premier contact, j'ai demandé à faire mon stage de SASPAS à la case de santé par dérogation.

Premiers pas en équipe pluridisciplinaire

Et j'ai compris que la médecine générale ne se conçoit pas dans son cabinet isolé C'est indispensable pour assurer une qualité de soins !!

Il n'y a aucun patient que j'ai reçu dans le centre de santé, quel que soit son score de vulnérabilité, qui n'a pas nécessité

une équipe pluridisciplinaire pour proposer des soins centrés sur la personne en fonction de son environnement.

Il y a beaucoup de choses qu'on ne nous apprend pas au cours de notre parcours, et pourtant qui sont fondamentales pour les patients : apparemment de coordination thérapeutique, dossier MDPH, ALD, accès soins, les différents intervenants médico-sociaux.... J'ai appris ce que c'est de travailler avec les intervenants médico-sociaux des patients : éducateurs, travailleurs sociaux, assistante sociale J'ai surtout appris qu'on était plus malade de sa situation socio-administrative que du diabète ... et que pour éviter le burn out ou répondre par de la médication, l'écoute ne suffisait pas, il fallait donner du temps et réfléchir avec le patient, d'où les consultations de 30mn plutôt que le quart d'heure bien connu en cabinet de médecine générale.

J'ai vu une médecine avancée Basé sur les preuves, avec des médecins qui se forment en interne lors de réunions grâce aux situations qu'ils reçoivent ... j'ai donc participé activement à cela... un mardi sur deux, je présentais un dossier patient sous différentes formes (RSCA ou autre ...) qui aboutissait à une recherche bibliographique.

J'ai pu voir ce que c'était un centre de santé avec sa composition qui est une IDE gén-

raliste (transfert de compétence, protocole de transfert ...), des travailleurs sociaux, une psychologue et des médiateurs en santé. L'organisation quotidienne en équipe : réunion pluridisciplinaire quotidienne, réunion équipe pour la gestion, permanence des soins, organisation d'une équipe médicale...)

Médicalement : prise en charge de pathologies complexe, IVG médicamenteuse, l'échographie en médecine générale, acte technique (gynécologique ...). Et la prescription INDEPENDANTE des laboratoires.

De par mon expérience à la Case de Santé, j'ai eu envie de transmettre... j'ai participé au module d'enseignement assuré par la Case de Santé et mis en place avec l'équipe une permanence de consultation conseil autour du droit au séjour pour raison médicale, une mise en application le module 14.

Ma thèse est aussi le fruit... Elle vise à faire une évaluation des pratiques relatives à l'utilisation d'interprètes professionnels en soins primaires.

LEMANISSIER Marie, 6ème semestre : novembre 2012 à avril 2013

« Monsieur T., 40 ans, est arrivé en France il y a 3 mois, il est demandeur d'asile, il ne parle pas français, il est recherché dans son pays, il est fatigué, il crache du sang, il a une greffe aspergillaire sur une séquelle de tuberculose, il loge chez un ami mais ce n'est pas facile, il attend une place en CADA et vient vous demander conseil pour un titre de séjour pour étranger malade.... »

« Monsieur M., 50 ans, est traité pour le VIH, il a une cirrhose Child A5 avec varices œsophagiennes sur une hépatite C chronique, une hypothyroïdie, une thrombopénie, une bronchite chronique, une pancréatite iatrogène. Dans les suites d'un vaccin contre la grippe, il a été atteint d'une amyotrophie de l'épaule, il n'arrive plus à travailler depuis longtemps, il vous demande de faire son dossier médical pour la maison départemental du handicap, son renouvellement affection longue durée, une déclaration de pharmacovigilance comme l'a demandé son spécialiste, un certificat pour pôle emploi qui lui demande de répondre à des offres d'embauche, il vous demande de soigner ses douleurs, il tousse et il a maigri aussi depuis quelques semaines, et vous demande s'il va pouvoir retravailler un jour... »

« Mlle B., 19 ans, vous pleure dans les bras, elle est enceinte, d'un petit ami qu'elle n'aime plus et qui la harcèle, elle veut interrompre sa grossesse mais veut rester dans l'anonymat car ses parents ne sont pas au courant et ne doivent surtout pas le savoir car sa religion lui interdit les relations en dehors du mariage, elle n'a pas d'argent et ne sait pas quelle est sa couverture sociale... »

Etre interne à la case de santé, c'est acquérir les clés pour répondre à ces demandes complexes de tous les jours qui demandent une prise en charge multidimensionnelle du patient.

L'enjeu était de comprendre les outils mis en place par le centre de santé pour ne pas crouler devant toutes ces consultations multi-motifs : inter-prétariat, médecine avancée avec échographie, convention IVG médicamenteuse, conseil contraception et compétences dans les actes de gynécologie courante, équipe pluridisciplinaire médico-sociale avec compétences en droit social et des étrangers, réseau associatif, lien ville-hôpital important...

La santé demande une prise en charge globale du patient, si hier je ne pouvais qu'être d'accord avec cette phrase, aujourd'hui elle a pris tout son sens.

Ce stage était indispensable selon moi pour acquérir les outils essentiels à la pratique de mon métier de médecin de premier recours. Le stage m'a apporté également un autre bagage, celui de la compréhension d'un fonctionnement d'un centre de santé et d'une équipe en autogestion, une base de départ pour mes futurs projets.

GROUPE D'INTERNES POUR LA SANTÉ DES IMMIGRÉS (GIPSI)

Le GIPSI est un collectif créé à la Case de Santé par des internes pour des internes La Case de Santé assure un programme autour du Droit au Séjour des Etranger-e-s Malades (DASEM, l'ensemble du programme est détaillé en page 111). Un groupe d'internes en médecine générale a créé en 2012 une permanence de consultations conseils intégrée au protocole mis en place par la Case de Santé. Un renfort bienvenu pour l'équipe, mais pas seulement. Cette permanence est aussi un temps de formation proposé aux internes de médecine générale de la Faculté de Toulouse.

L'enseignement dispensé à la Faculté de Médecine de Toulouse comprend un module traitant de la prise en charge des patient-e-s migrant-e-s en médecine générale. C'est le module 14 « patient migrant accompagné parlant mal français » dont l'enseignement est assuré par les médecins de la Case de Santé.

A la suite de ce module un groupe d'interne a souhaité mettre en application les acquis transmis lors de ce module : mener une consultation avec un interprète, l'accès aux soins, le titre de séjour pour un-e étranger-e malade, le bilan de dépistage recommandé en fonction du pays d'origine... Car de la théorie à la pratique, la limite existe bel et bien, et souvent c'est en se confrontant aux situations cliniques que la théorie prend tout son sens !

Le GIPSI était né. Il ne restait plus qu'à l'équipe de la Case de Santé de modifier son protocole pluridisciplinaire pour intégrer cette permanence de consultations conseils autour du titre de séjour étranger malade. Car ces internes avaient l'envie de se former et d'aller vers l'autre !



Car il y a bien un enjeu de formation. La Case de Santé a accueilli 306 personnes en 2012 dans le cadre de ce programme DASEM. Elle constitue donc un terrain de formation très adapté.

Le projet pédagogique qui sous-tend la permanence réalisée par les internes du GIPSI sous la coordination d'un médecin du centre de santé et celle du PSD, vise à une application pratique des acquis du Module 14.

Cette permanence de consultation dans le cadre d'une pratique médecine générale (mise à jour des pathologies chroniques, discussions sur les choix thérapeutiques par rapport aux recommandations...) permet de mettre en oeuvre certaines connaissances :

- Bilan de santé du patient primo-arrivant
- Calculer le Score EPICE
- Rôle du médecin généraliste dans le titre de séjour pour soins

- Utilisation de l'interprétariat
- Accès aux soins (AME, CMU, FSUV...)
- Dépistage des états de stress post traumatique
- Retracer le parcours migratoire
- Développer le savoir être (teach back, empowerment...)

Actuellement 5 thèses existent sur les difficultés que rencontrent le médecin généraliste dans cette prise en charge (accès aux soins, barrière de la langue, bilan de santé...) mais aucune ne traite des outils mis à la disposition des médecins généralistes. La participation à la permanence du GIPSI permet de s'y frotter.

Chaque interne inscrit-e consulte 1 fois toutes les 2 à 3 semaines (soit 6 ou 12 fois dans le semestre). Chacune des consultations permet de recevoir 3 à 4 personnes pour une durée de 45 minutes. Ces patient-e-s sont adressé-e-s soit par des médecins généralistes, soit par des structures associatives. Le lien avec le médecin traitant est primordial. Il est assuré par l'interne qui se confronte ainsi à des interactions avec d'autres médecins séniors.

L'interne déroule les étapes du module 14 dans une consultation appliqué à une situation de soins complexes, celle de migrant-e-s gravement malades. Il ou elle recueille les éléments médicaux qui comprennent les pathologies du patient et ses traitements, par l'interrogatoire et en liaison avec son médecin traitant, dépiste les situations de vulnérabilité (score EPICE), les états de stress post traumatique, les complications de

l'excision... Il ou elle retrace le parcours migratoire, propose un bilan de santé adapté en fonction du pays d'origine.

Ce travail nécessite plusieurs consultations. Une fois que le dossier médical est complet, l'interne présente son dossier lors de la réunion avec l'équipe médico-sociale. Cette réunion assure une coordination interdisciplinaire afin de répondre aux mieux à la demande des patient-e-s.

L'équipe de la Case de Santé assure la mise à disposition des moyens pédagogiques nécessaires. Chaque interne a un médecin séniors disponible lorsqu'il consulte ; il y a au moins un mois de supervision directe tant que l'interne n'est pas encore familiarisé-e avec l'entretien en médecine générale (techniques de recueil de l'anamnèse, organisation de la consultation en situation éventuelle d'interprétariat...) ; l'interne reprend avec le médecin séniors les éléments du dossier qui peuvent poser problème notamment sur la mise à jour des pathologies chroniques et la critique des thérapeutiques selon une logique « EBM » C'est l'occasion de travailler aussi le savoir être avec le patient.

En 2012, le GIPSI a travaillé avec 52 médecins traitants de la région toulousaine. 1/3 des médecins traitants n'utilisait pas d'interprétariat. Au total, le GIPSI a reçu 15 internes en médecine générale en 2012.

FERRIE Benoit, 6ème semestre de médecine générale.

« La question du titre de séjour des étrangers malades nous a été présentée lors du module 14. Le projet du GIPSI propose un travail en pluridisciplinarité et une aide aux migrants en situation de précarité. De quoi satisfaire ma curiosité professionnelle et mon souhait d'être en contact avec une population fragilisée, vulnérable. J'ai commencé en tant qu'observateur et rapidement j'ai pu mener seul les consultations, en sachant qu'il y a avait toujours au bout du fil ou du couloir les médecins et assistants sociaux de la Case pour me venir en aide si nécessaire.

Chaque permanence commence par une réunion de coordination pluridisciplinaire qui permet d'aborder le contexte social et médical du patient, son projet et les possibilités de demande de TSEM. La consultation individuelle vise à collecter les antécédents médicaux et toute information utile à l'évaluation de l'opportunité d'une demande de TSEM puis à la constitution du dossier.

Nous menons ces consultations en tant que médecin, en toute objectivité, mais certaines personnes nous touchent par leur parcours migratoire, parfois violent et leur courage. Sur le plan médical, nous sommes amenés à voir toutes sortes de pathologies : des troubles psychiatriques souvent en lien avec la violence morale et physique vécue au pays d'origine, aux maladies rares nécessitant un suivi lourd par une équipe spécialisée, en passant par le diabète ou les pathologies cardiovasculaires. Ces consultations sont des moments de travail en équipe marqués par la satisfaction de voir un de nos patients dans une situation médicale et sociale qui nous semble le justifier, bénéficier du TSEM. De quoi motiver les internes ou jeunes médecins à venir participer au GIPSI. »

LE PÔLE SANTÉ-DROITS

Les déterminants sociaux de la santé, les inégalités sociales de santé font l'objet d'études et de colloques. La Case de Santé privilégie le terrain et l'opérationnel. Dépasser le stade des intentions et des paroles nécessite en premier lieu de garantir l'effectivité de l'accès aux droits des personnes malades. Sur un mode individuel ou collectif, l'équipe sociale de la Case de Santé remplit ces missions depuis 2006.

552
personnes

C'est le nombre de personnes ayant eu recours au service social de la Case de Santé en 2012.

L'ACCÈS AUX DROITS

L'année 2012 est une année de transition pour la Case de Santé au regard du travail social qui y est conduit.

Cette partie propose un regard sur l'activité de l'équipe sociale au cours de l'année, des récits de situations exemplaires comme dans les pages précédentes et la présentation du projet du Pôle Santé-Droits, tel qu'il a été formulé en 2012 et qui doit être mis en oeuvre en 2013.

L'activité en 2012

L'équipe sociale a reçu 552 personnes pour un total de 1710 rendez-vous honorés en 2012. 311 de ces personnes passaient la porte de la Case de Santé pour la première fois.

Sur ces 552 personnes, 189 ont eu recours à la Case de Santé uniquement pour son service social, et représentent 315 rendez-vous. Rapporté à l'ensemble de la file active de 2012, ces usager-e-s « exclusifs » du service social représentent la part de 17,3% des usager-e-s de la Case de Santé. 131 d'entre eux ont été reçus lors d'un rendez-vous unique et 97 nouveaux usager-e-s de l'année.

Les 363 autres usager-e-s vus par l'équipe sociale ont donc également eu recours aux services du centre de santé. Ce qui veut dire que 40% des personnes ayant eu une consultation avec l'équipe médicale ont également eu au moins un rendez-vous social.

Tranche d'âge des personnes ayant eu recours au service social :

- > 65 ans : 12,3 %
- 50 – 64 ans : 16,3 %
- 30 – 49 ans : 48,8 %
- 18 – 29 ans : 20,8 %
- < 18 ans : 1,8 %

89,5 % des personnes ayant eu un rendez-vous avec un travailleur social sont étrangères. Les usager-e-s bénéficiaires de l'AME ou de la CMUc représentent 60% des personnes vues par l'équipe sociale. Les Chibani-a-s représentent 20,3 % des personnes reçues.

Les personnes incluses dans le protocole relatif au droit au séjour des étranger-e-s malades représentent 59,8 % des rendez-vous avec un travailleur social.

Conventionnement CPAM PASS

L'année 2012 est la première année pleine d'exercice avec ce dispositif obtenu en 2011.

Ce conventionnement est initialement réservé aux établissements de santé qui tiennent de dispositions légales une mission d'accueil inconditionnel des personnes nécessitant des soins. La Case de Santé, du fait de la réalité de son activité et de la reconnaissance du professionnalisme mis en oeuvre, a obtenu de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne d'intégrer ce dispositif.

La convention permet à l'équipe sociale de transmettre des dossiers d'ouverture de droits à la protection maladie, ou à leur renouvellement, dans une procédure accélérée, adaptée aux situations nécessitant des soins ou une prise en charge médicale urgente.

Elle autorise la transmission par fax du dossier à une cellule spéciale qui l'instruit et donne une réponse en 48 heures.

Ce dispositif est décisif pour la bonne prise en charge des personnes qui ont des droits potentiels. Il est aussi la reconnaissance par la Caisse du professionnalisme de l'équipe de la Case de Santé.

PRIORITE POUR
LA GDB DU SIEGE
<< PASS >>

CPAM
3 Bd Léopold Escamé
31093 TOULOUSE Cedex 9

Monsieur S. est un homme de 39 ans de nationalité Sénégalaise. Il est orienté par les services sociaux du CROUS (Centre régional des œuvres universitaires et scolaires). Monsieur S. est en France depuis 2008. Il est ingénieur de formation au Sénégal. Il est venu en France pour obtenir un diplôme de spécialisation dans le domaine de l'imagerie médicale.

La préfecture, pour des raisons obscures de documents manquant à son dossier de demande de renouvellement de titre de séjour étudiant vient de lui notifier un refus de séjour avec obligation de quitter le territoire Français.

Il n'a pas de couverture sociale et a besoin de soins rapidement. La Case de Santé a signé en 2011 une convention avec la CPAM de Haute Garonne « pour l'accès aux soins des plus démunies » et dans ce cadre, nous bénéficions de la possibilité de faxer les demandes d'ouverture de droit AME ou CMU et d'obtenir une réponse de la Caisse dans les 48h. Le service sociojuridique faxe donc une demande d'AME pour Monsieur S.. La CPAM rejette cette demande au motif que Monsieur S. ne produit pas de passeport pour justifier de son identité et qu'à défaut il conviendrait de produire « une attestation de non possession de passeport datée et signée ». Par ailleurs, le certificat d'inscription à l'université de Toulouse ne serait pas une pièce recevable pour justifier la présence ininterrompue depuis trois mois (condition légale pour obtenir l'AME).

Par retour de fax, nous avons signalé à la CPAM que selon l'article 4 du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005, « au moins une des pièces de la liste [dans laquelle figure entre autres le passeport mais aussi l'acte de naissance] doit être fournie dans le cadre des demandes d'Aide Médicale d'État ». Nous avons aussi fait valoir que nous n'avons pu trouver dans la législation un article faisant mention de l'exclusion du certificat d'inscription universitaire ou scolaire pour la justification de la présence ininterrompue depuis trois mois. Monsieur S. obtiendra son accord à sa demande d'AME le lendemain de ce retour de fax.

240 personnes ont eu un rendez-vous unique avec un-e membre de l'équipe sociale. Ce dernier chiffre est intéressant. Il indique le nombre de personnes auprès de qui l'équipe sociale a pu intervenir dans différents cas de figure :

- en appui ponctuel de l'équipe médicale qui, comme on l'a déjà vu, mobilise l'équipe sociale pour un diagnostic ou un accompagnement bref ;
- soit ont été réorientées vers les services de droit commun à même d'apporter une réponse adaptée (avec chaque fois que cela est nécessaire un document de liaison),
- soit ont trouvé une réponse adaptée lors de ce rendez-vous unique. Mais, la plupart du temps, cette réponse n'est pas spécifique aux services de la Case de Santé au regard de ses missions, et ne nécessitent pas un travail sur un plus long terme.

La capacité à recevoir en entretien social les personnes qui le nécessitent est essentiel. Mais là encore, ces données ne donnent à voir qu'une partie seulement du travail mis en oeuvre par l'équipe sociale. Ces actions moins visibles, sont souvent engagées hors du seul temps de l'entretien.

Le tableau présenté en page 78 recueille les différents motifs de recours à l'équipe sociale de la Case de Santé. On y trouve sans surprise une activité importante d'accès à la protection maladie et d'accès aux soins. On y trouve aussi l'activité propre à certains programmes comme celui concernant l'accès au droit au séjour des étrangers malades.

On y lit également une part de l'activité quotidienne de l'équipe sociale visant à l'accès aux droits sociaux des personnes suivies à la Case de Santé, ainsi que des actions de coordination avec d'autres services de droit commun dans le cadre de la prise en charge des usager-e-s.

On trouvera également la matérialisation du travail de l'équipe sociale au détour des présentations des différents programmes de lutte contre les inégalités sociales de santé (voir page 104).

Accompagnement renforcé et Travail éducatif

De par la convivialité du lieu, un fort ancrage dans le quartier, la Case de Santé est le lieu où consultent facilement des personnes du quartier très précarisées. Vivant à la rue, rarement suivies, elles présentent souvent des troubles psychiatriques graves associés. Leurs seuls interlocuteurs du champ médico-social sont en général l'Equipe Mobile Sociale et les services d'urgence hospitaliers, psychiatriques notamment. Car ces usager-e-s se déplacent rarement dans un autre quartier.

Bien avant l'expérimentation lancée en France sous le nom de « Un chez soi d'abord », cette démarche dite « Housing First » est déjà bien établie ailleurs. La Case de Santé l'a mise en oeuvre pour plusieurs personnes qui ont pu intégrer un logement autonome. Deux de ces dernières, sans domiciles depuis de nombreuses années, qui passaient la majeure partie de leur journée sur un banc de la place Arnaud Bernard, ont nécessité un suivi particulièrement adapté pour assurer le maintien dans les lieux. L'équipe sociale de la Case de Santé compte une Educatrice Spécialisée, qui renforce le travail de l'équipe et permet d'accompagner un certain nombre d'usager-e-s dans une démarche éducative visant à préserver ou restaurer l'autonomie des personnes.

Il s'agit par ailleurs de permettre la meilleure coordination possible autour de ces usager-e-s entre acteurs du réseau médico-social (CCAS de secteur, CMP, assistantes sociales de l'équipe mobile de psychiatrie des urgences, foyers d'hébergement, tuteurs, services hospitaliers...).

Il s'agit donc pour la Case de Santé d'être en capacité de proposer un accompagnement renforcé aux usager-e-s les plus en difficultés ou cumulant plusieurs facteurs de risques sociaux et/ou médicaux.

Cette année, notre éducatrice spécialisée a suivi une trentaine d'usager-e-s en particulier. Essentiellement des personnes privées de logement, accédant à des places d'hébergement d'urgence de manière épisodique et sans accompagnement sur la durée. Des jeunes aussi. De jeunes femmes enceintes ou avec des nourrissons, socialement très isolées. Des étudiant-e-s étranger-e-s rencontrant de grandes difficultés obérant leur accès aux soins.

Mme L est une femme de 42 ans de nationalité Congolaise. Elle bénéficie d'un statut de réfugié en Italie depuis 2007. Elle rencontre celui qui va devenir son compagnon, et qui vit en France en 2009. En 2010 elle décide de le rejoindre en France à Toulouse.

Sa vie bascule lorsqu'au détour d'une consultation médicale suite à un malaise, elle découvre sa séropositivité pour le VIH et en outre, le fait qu'elle est touchée par un cancer au stade métastatique. Mme L. est orienté à la Case de Santé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).

Elle souhaite pouvoir finir ses jours auprès de son compagnon et donc régulariser sa situation administrative en France. Le service Socio juridique prend contact avec le Comède et le GISTI à Paris pour prendre conseils.

En droit, Mme L. n'entre dans aucune catégorie d'étrangers pour lesquels un droit au séjour est prévue. En effet, dans la mesure où Mme L. bénéficie d'un droit au séjour en Italie, la préfecture de Haute Garonne considèrera que les soins nécessaires à son état de santé sont disponibles dans ce pays.

Nous avons présenté cette situation au Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers (La Cimade, AIDES, Act Up, Grisélidis, Syndicat des Avocats de France...) qui est en train d'intervenir auprès du Préfet pour tenter d'obtenir un droit au séjour à titre exceptionnel pour Mme L.

Détail des recours au service social

Données 2012

POLE SANTE DROIT - La Case de Santé

Données Chiffrées 2012

Tableau Activité 2012

Protection Maladie	
>nombre d'ouverture de droits (primo accédants)	218
dont	
AME	89
CMUB et C	129
>nombre de renouvellement de droits	68
dont	
AME	16
CMUB et C	52
Logement	
coordination téléphonique avec le 115	312
coordination CHR/S/Hébergements d'urgence	145
Dossier "Prestation recherche logement" (Conseil Général)	19
Dossier "Appartement de Coordination Therapeutique (ACT)	24
Prestations de compensation du handicap (MDPH)	
dossier "MDPH"	46
Accès aux droits des migrants	
Protocole évaluation droit au séjour migrants malades	249
Coordination pour l'accompagnement social	
liens MDS (Conseil Général)	246
liens services sociaux hospitaliers (dont cellule socio administrative)	362
Accompagnements physiques vers l'exterieur	
Services sociaux/liens dans le cadre d'orientation	26
Préfecture	59
Visites à domicile	
Protocole "Vieux Migrants" (Chibanis)	68
Autres (dont maladie psychique)	126

LE PROJET « PÔLE SANTÉ-DROITS »

Depuis l'ouverture au public, le centre de santé s'était doté d'une équipe médicale et infirmière, mais aussi d'un service social. La présence de ces travailleurs sociaux répondait à un objectif de prise en charge globale des usagers, qui est une des idées fondatrices de la Case de Santé. Il s'agissait donc d'être en capacité de traiter les déterminants sociaux de la santé au même titre que leurs expressions somatiques. A cela s'ajoutait un volet prévention santé (au niveau individuel et collectif) qui serait partagé par l'équipe.

Le service social et juridique de la Case de Santé a un fonctionnement opérationnel depuis 2006. La formalisation du Pôle Santé-Droits permet de donner une lisibilité plus claire aux personnes accueillies mais aussi aux partenaires opérationnels et aux financeurs.

Les publics auxquels la Case de Santé se trouvait confrontée ont déterminé les orientations en matière de formation de ces travailleurs sociaux. Un service social s'est constitué autour des deux grandes missions :

- L'accès aux soins
- L'accès aux droits sociaux des personnes malades, patientes du centre de santé (personnes en situation de vulnérabilité sociale, migrant-e-s, personnes handicapées...)

Il s'agit donc :

- de clarifier la place, le rôle et l'articulation de l'équipe du Pôle Santé-Droits avec l'équipe du Centre de Santé
- d'expérimenter un mode d'organisation de l'offre de service et des outils en matière d'accès aux droits sociaux des personnes malades, orienté vers certains publics en situation d'inégalité sociale de santé.
- de répondre à un besoin, et à une absence d'offre de services, de ressources, et de formation dans la région sur les questions d'accès aux droits des personnes malades et en situation de vulnérabilité sociale.

Objectifs généraux

Les déterminants sociaux de la santé et de la maladie sont l'objet depuis quelques années de nombreuses études. La littérature scientifique à ce sujet a mis en évidence l'ampleur de ces inégalités sociales face à la santé. Conditions de travail, de logement, modes de vie... nombreux sont les facteurs dont l'incidence sur l'état de santé a été démontrée. De façon réciproque les inégalités sociales de santé renforcent les inégalités face à l'emploi ou face à l'éducation et la formation qui, en retour, contribuent aux inégalités de santé. « Il tend ainsi à se former un processus cumulatif, au terme duquel les privilèges s'accumulent à l'un des pôles de l'échelle sociale tandis qu'à l'autre pôle s'accumulent les handicaps » (Alain BIHR, Roland PFEFFERKORN, Les inégalités sociales de santé, Revue Interrogations, Juin 2008).

Dans ce contexte, la question du droit à la santé et des droits sociaux des personnes malades devient un enjeu d'autant plus fondamental qu'ils constituent une protection essentielle de base (qui se trouve défini dans le concept de protection sociale). Pour ces personnes en situation d'inégalité sociale de par leur condition sociale et de par leur condition de malade, cet accès aux droits doit être assuré le plus rigoureusement possible lorsqu'on prétend vouloir s'attaquer aux inégalités sociales de santé. Cette promotion du droit à la santé et des droits sociaux de ces personnes devrait s'accompagner d'une activité de plaidoyer pour le respect de leurs droits et pour l'accès à de nouveaux droits.

Le Pôle Santé-Droits de la Case de Santé se situe dans cette démarche de promotion du droit à la santé et des droits sociaux orienté vers les personnes malades en situations de vulnérabilité sociale.

Depuis 2006, la Case de Santé est devenu un lieu de référence dans la prise en charge des migrants (60% de la patientèle du centre de santé est étrangère). Les migrant-e-s sont parmi les plus exposé-e-s aux inégalités sociales. Elles sont principalement liées aux discriminations (lé-



gales ou illégales) dans l'accès aux droits, à l'emploi, au logement, à l'éducation... Ce public est donc une priorité pour le Pôle Santé-Droits de la Case de Santé.

La dégradation des conditions de travail et ses conséquences sur la santé sont aussi de plus en plus documentées. Globalement, et la chose reste curieusement en dehors du débat public en dépit de la multiplication des témoignages tout comme des données statistiques à son sujet, les facteurs de nocivité et de pénibilité ont augmenté au cours des dernières années. Et cette dégradation des conditions de travail a été plus importante pour les ouvriers et les employés que pour les cadres et les membres des professions intermédiaires. Toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail est ainsi tenu pour responsable de près d'un problème de santé sur cinq (Dominique WALTISPERGER, Premières informations et premières synthèses, n° 19.1, Dares, Paris, mai 2004). Mais la proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories.

Là aussi, l'accès aux droits sociaux des personnes malades du travail (accident du travail, maladie professionnelle, harcèlement moral, contrats précaires...) et notamment des ouvriers et employés, est essentiel. La Case de Santé, comme Centre de Santé et comme Pôle Santé-Droits doit donc être

particulièrement attentive et compétente dans ce domaine.

Enfin, de façon plus globale, le Pôle Santé-Droits se fixe pour objectif d'être en capacité d'accompagner et d'orienter toutes les personnes inscrite au centre de santé.

Objectifs opérationnels

Pour l'ensemble des personnes inscrites à la Case de Santé et en particulier pour les migrants et les personnes présentant des problèmes de santé lié au travail, le Pôle Santé-Droits propose :

- d'assurer un accès aux droits à la santé et un accès aux droits sociaux (Protection maladie, droit au séjour des étrangers malades, logement adapté, invalidité/MDPH, ...)
- d'assurer une veille juridique, réglementaire et législative autour de la protection maladie et des droits sociaux des personnes malades
- de proposer des formations internes (stagiaires) et externes sur ces mêmes questions
- de mener des activités de plaidoyer au sein des réseaux professionnels et en favorisant par ailleurs l'autonomie et la capacitation des personnes concernées
- de mettre à disposition des personnes concernées des

outils et un espace de rencontre pour permettre la transmission d'informations et créer des solidarités.

- de mettre en place une permanence téléphonique à destination des usagers et des professionnels (de portée régionale) sur les questions de protection maladie et de droits sociaux des personnes malades. (mise en place prévue en 2013)

L'accès aux droits et l'accompagnement individuel

Des consultations individuelles

L'accueil physique des personnes désireuses d'accéder aux services du Pôle Santé-Droits est commun avec celui du Centre de Santé. Deux médiateurs en santé assurent cet accueil, recueillent et analysent les demandes et proposent des rendez-vous avec les professionnels du Pôle Santé-Droits.

Les professionnels du Pôle Santé-Droits reçoivent en consultation individuelles sur rendez-vous du lundi au jeudi de 10h00 à 13h00 et de 14h00 à 18h30 et le vendredi de 10h00 à 13h00 et de 14h00 à 16h30.

Les professionnels du Pôle Santé-Droits sont joignables par téléphone via le standard de la Case de Santé du lundi au jeudi de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00 et le vendredi de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h30.

Les créneaux de consultation sont de 45 minutes. La mobilisation d'interprètes par téléphone ou présents physiquement est possible. Par ailleurs, le Pôle Santé-Droits compte dans son effectif une Assistante de service sociale arabophone, ce qui lui confère en outre un rôle de médiatrice interculturelle notamment auprès des immigré-e-s âgé-e-s (Chibani-a-s). Pour des demandes spécifiques (droits au séjour pour les étranger-e-s malades, rédaction de recours juridiques en matière de droits sociaux, etc...) des créneaux de rendez-vous plus longs sont possibles.

Les professionnel-le-s du Pôle Santé-Droits sont compétent-e-s en matière :

- de protection maladie : ouverture de droits à la CMU/CMUC/ACS/AME, demande de prestations extralégales, prises en charge spécifiques (Coordination des systèmes de sécurité sociale européens, Fonds pour les Soins Urgent et Vitaux, IVG pour femmes mineures, etc.)
- d'accès à l'hébergement ou au logement des personnes malades : dossiers d'admission en

appartement de coordination thérapeutique, dossiers de Prestation Recherche Logement du Fonds de Solidarité Logement, SIAO, 115, etc...

- de droits sociaux des étrangers malades : droits au séjour selon l'article L313-11 11° du CESEDA, Accords bilatéraux, contentieux et jurisprudences, etc.
- de droits sociaux des immigrés âgés aussi appelés « Chibanis » (retraite, Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, contentieux sur le critère de résidence en matière de droits sociaux, etc.)
- de droit du travail en matière de santé (conseils et orientations : accident du travail et maladie professionnelle, procédure d'inaptitude, invalidité, etc.)
- de prestations de compensation du handicap (dossier MDPH)
- de suivi éducatif renforcé pour des personnes particulièrement vulnérables, éloignées du soin et des dispositifs sociaux : suivi régulier, réassurance, coordination des intervenants, visites à domicile, etc.)

Des visites à domicile, une présence régulière dans les foyers de travailleurs immigrés

Notre action auprès de certains publics particulièrement vulnérables nécessite que les professionnels du Pôle Santé-Droits se rendent ponctuellement ou régulièrement au domicile des personnes suivies. C'est le cas notamment de patients du centre de santé cumulant troubles psychiques et situation de grande précarité pour lesquels le Pôle Santé-Droits a organisé un accès au logement autonome. C'est le cas aussi pour des immigrés âgés, en particulier des résidents des foyers de travailleurs immigrés (ADOMA). Dans ces deux domaines, il s'agit d'assurer la bonne coordination des intervenants. S'ajoute en outre pour les foyers de travailleurs immigrés, un rôle de veille auprès d'une population isolée et souvent très éloignée des dispositifs de droit commun.

La coordination

Une coordination avec le centre de santé de la Case de Santé

L'une des forces et l'un des intérêts essentiels de l'organisation des équipes de la Case de Santé réside dans le travail de coordination dans le suivi des personnes. Cette coordination est la pièce maîtresse de la prise en charge globale de nos patients. Ainsi, les professionnels du Centre de Santé et du Pôle Santé-Droits mènent un travail coordonné quotidien au travers de plusieurs outils :

- un dossier patient médico-social et administratif informatisé
- le partage des informations dans le suivi des personnes (avec le consentement des personnes suivies, en conformité avec les règles imposées par le secret professionnel et dans la limite « des éléments [qu'on] estime strictement indispensables à la poursuite de l'objectif commun »)
- une réunion quotidienne des équipes autour des dossiers des patients attendus en rendez-vous à la Case de Santé (Centre de santé et Pôle Santé-Droits confondus)
- des réunions régulières de coordination autour des outils et des protocoles
- des protocoles de coordination médicosociale validés définissant les rôles de chacun (bilan médicosocial des migrants, interruption volontaire de grossesse)

Une coordination avec les services sociaux de droit commun et les autres partenaires

Le Pôle Santé-Droits est amené à interagir au quotidien avec les services sociaux de droit commun et les autres partenaires dans le suivi des personnes et ce à trois niveaux :

- Orientation de personnes par les partenaires vers le Pôle Santé-Droits
- Orientation du Pôle Santé-Droits vers les partenaires
- Coordination avec les partenaires sur le suivi des personnes

Les partenaires opérationnels locaux du Pôle Santé-Droits de la Case de Santé en matière de suivi des personnes accueillies :

- Services sociaux hospitaliers
- Services sociaux de la CAR-SAT et de la CPAM
- Services sociaux de secteur (UTAMS, ASE, PMI, MDPH)
- Services sociaux municipaux (CCAS, Veille Sociale)
- Services sociaux de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)
- Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)
- Équipes éducatives des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA), Centres d'hébergement d'urgence, et Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)
- Missions locales
- La Cimade
- Avocats (Association de Défense des Étrangers – ADE)

- Association APIAF
- Association AIDES
- Association ACT UP
- Association Grisélidis
- Médecins du Monde
- Association Alliance et Culture
- Association Karavan
- Génération solidaire

Une expertise

Une veille juridique en matière de droits sociaux

Les professionnels du Pôle Santé-Droits assurent une veille juridique en matière de droit sociaux. Les outils du Pôle Santé-Droits et du Centre de Santé sont ainsi mis en jour en temps réel en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Pour assurer cette veille juridique, le Pôle Santé-Droits s'appuie sur les ressources et les outils mis à disposition par des partenaires tels que le GISTI (Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés), le COMEDE (Le Comité médical pour les exilés), le CATRED (Collectif des Accidentés du Travail, Handicapés et Retraités pour l'Égalité des Droits), le CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale), le CISS (Collectif Interassociatif sur la Santé), l'ODTI (Observatoire sur les discriminations et les territoires interculturels).

Cette veille juridique a conduit aussi de fait le Pôle Santé-Droits de la Case de Santé à devenir une plateforme téléphonique d'information et de conseils pour les usager-e-s et les professionnel-le-s de Toulouse et de la Région. Devant



l'augmentation constante des sollicitations, il convient désormais de formaliser, d'organiser et de financer ce qui de façon empirique est apparu comme un besoin de service non couvert dans la région.

La Case de Santé prévoit la mise en place effective de cette plateforme de ressources (numéro de téléphone dédié, permanence, outils de communication) pour janvier 2013, si des financements sont trouvés.

Des formations

Force est de constater le manque de ressources en matière de formation dans la région Midi-Pyrénées sur les questions de droit à la santé et à la protection sociales des étrangers. La Case de Santé, en tant que structure de santé désormais reconnue dans le paysage médicosocial toulousain, est par ailleurs devenue un lieu de stage pour des professionnels en formation. Le Pôle Santé-Droits dispose aujourd'hui des compétences, de l'expérience et des outils pour devenir un lieu de formation :

- en interne : avec des formations destinées aux professionnels de la Case de Santé et aux bénévoles sur les thèmes de compétence précités
- en accueillant des stagiaires des écoles de travailleurs sociaux
- en externe : avec le développement de prestations de formation à destination de professionnels du social (UTAMS, Services sociaux hospitaliers, etc.) ou des professionnels de santé (no-

tamment sur la question du droit au séjour pour soins).

Participation, approche collective et plaidoyer

Un espace de rencontre

La Case de Santé dispose d'un local de 90m² destiné à des activités collectives. L'OMS et la Charte d'Ottawa de 1986 avait encouragé les actions de promotions de la santé qui auraient «pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Les théoriciens de la santé communautaire ont montré la nécessité de créer les conditions nécessaires à l'émergence de la parole des personnes concernées par aboutir à une bonne compréhension des problématiques de santé. La Case de Santé a décidé dès son ouverture au public de se situer dans ces démarches de promotion de la santé et de santé communautaire. La mise à disposition de ce local de 90m² doit permettre de voir se développer des outils permettant l'émergence de cette autonomisation et de cette prise de parole des usagers de la Case de Santé. Il s'agit aussi de provoquer la rencontre entre les usagers pour créer des solidarités, de l'entraide, et rompre l'isolement de certains d'entre eux.

Depuis 2006, cet objectif a trouvé des concrétisations dans plusieurs types d'actions, qui sont autant de tentatives, d'expérimentations, de dynamiques dont certaines ont échoué, et d'autres se sont pérennisées.

Dans le domaine de la participation des usagers, il convient de prendre en compte :

- La temporalité longue qui faut accorder aux usagers pour s'approprier un projet, le mener à bien et l'inscrire dans le temps (à opposer à la temporalité plus courte qu'il est possible d'imposer à des professionnels)
- L'assiduité forcément relative de personnes souvent en grande difficultés sociales, qui peuvent d'un jour à l'autre perdre de leur disponibilité, voire quitter la région.

Malgré ces difficultés, de nombreuses expériences ont connu le succès. La plus significative est sans doute la création du café social « El Zamane » en 2007 et toujours en activité à ce jour.

El Zamane : un lieu de rencontre, de convivialité, et de débat pour les Chibani-a-s (Immigré-e-s Agé-e-s)

« El Zamane » est ouvert tous les jeudis aux immigré-e-s âgé-e-s (Chibani-a-s). C'est un moment de convivialité hebdomadaire où les Chibani-a-s peuvent partager un repas. C'est aussi l'occasion de parler de l'actualité (sociale, politique), d'informer sur les droits de façon collective, de proposer des séances d'éducation à la santé adapté, ou plus simplement de jouer aux dominos, rire et partager.

En 2011, des séances de théâtre basées sur les techniques du théâtre forum ont été proposées aux Chibanis. Elles ont été l'occasion d'exprimer par le jeu des situations auxquels les

Chibanis ont été ou sont confrontés. Le manque de moyens ne nous a pas permis de renouveler le contrat avec le prestataire en 2012. El Zamane est animé par un membre de l'équipe du Pôle Santé-Droits.

Le groupe « étrangers malades » (GEM)

Une permanence d'accueil des « étrangers malades », suivi à la Case de Santé et désireux de rencontrer d'autres personnes concernées pour échanger, s'informer et s'entraider a lieu un mercredi après-midi sur deux. Le GEM a co-organisé avec le Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers (CTDSE, cf plus bas) plusieurs réunions publiques d'information notamment autour des récentes évolutions législatives encadrant le droit au séjour pour soins. Une médiatrice santé est chargée d'animer le GEM.

D'autres expériences d'actions communautaires (« cantines de femmes », « groupe IVG », « groupe prison ») que nous ne pouvons décrire ici, ont connu un développement puis se sont arrêtés. Pour l'exercice 2012-2013, El Zamane et le GEM sont les priorités du Pôle Santé-Droits en matière d'actions participatives. Mais, dans une perspective de santé communautaire, nous nous réservons la possibilité de voir émerger des dynamiques nouvelles d'usagers autour d'autres thématiques et de les soutenir.

Des actions de plaidoyer

Les activités d'accompagnement individuel permettent au Pôle Santé-Droits et au Centre de Santé de la Case de Santé d'observer les pratiques et les dysfonctionnements des administrations et des organismes de prestations sociales dans l'accès aux soins et aux droits des personnes. Cette position de « témoin » confère au Pôle Santé-Droits (et au Centre de Santé) une responsabilité en matière de plaidoyer.

-Le Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers (CTDSE)

Le CTDSE est à l'origine un réseau d'associations et de professionnels spécialisés dans l'accueil d'étrangers malades. Depuis quatre ans le CTDSE s'est fixé pour objectifs :

- de mettre en commun ses savoirs et ses expériences dans le domaine de la santé des étrangers
- de créer des outils à destination des étrangers et des professionnels de santé et du social pour faciliter l'accès à la santé des étrangers
- d'être un observatoire et une cellule de vigilance des pratiques des administrations (préfecture, CPAM, ARS) dans le domaine du droit au séjour pour les étrangers présentant des pathologies graves, mais aussi plus généralement dans le domaine du droit à la protection sociale.

Le CTDSE dispose d'un site internet (www.ctdse.org). Il a édité en 2010 une brochure d'information sur le droit au séjour pour les étrangers malades qui a été diffusée en région Midi-Pyrénées principalement. Il a organisé plusieurs réunions publiques d'information sur cette question, en partenariat avec le GEM (Groupe « étrangers malades ») à destination des personnes concernées et des professionnels qui les accompagnent.

Le CTDSE est régulièrement reçu par les représentants de l'Etat (Préfecture et ARS), des collectivités locales (Mairie et Conseil Général) et par la CPAM dans le cadre de réunion de travail. Il s'agit pour le CTDSE de faire remonter les dysfonctionnements observés sur le terrain

Le CTDSE et le GEM sont à l'origine d'un film de 8 minutes intitulé « Paroles d'étrangers malades »

-L'Association pour la Défense des Droits des Immigrés Retraités (ADDIR)

L'ADDIR est une émanation d'El Zamane et du Collectif « Justice et Dignité pour les Chibanis ». C'est une association loi 1901, dont le Conseil d'Administration est composé d'immigrés retraités et de professionnels de façon paritaire. La coprésidente de l'ADDIR est une salariée du Pôle Santé-Droits. L'ADDIR se positionne comme un interlocuteur des pouvoirs publics concernant les problématiques auxquelles sont confrontés les Chibanis. (Logements inadaptés, accès aux droits, question des va-et-vient vers le pays d'origine

et leurs conséquences sur les droits sociaux, etc.). L'ADDIR se fixe par ailleurs comme objectif de relayer ou de créer des outils d'information adaptés sur les droits des Chibanis, et d'organiser des événements pour sensibiliser le public (réunions publiques, forums...). L'ADDIR participe aussi aux rencontres régulières du réseau national des Collectifs « Justice et Dignité pour les Chibanis »

Festival « Ali Bernard »

Le Pôle Santé-Droits, en collaboration avec le Tactikollectif (Zebda), prévoit, à compter de 2014, l'organisation d'un Festival annuel sur la place Arnaud Bernard à Toulouse, intitulé « Festival Ali Bernard ». Ce festival, où se mêleront concerts, projections de films, expositions, forums, rencontres et débats, aura pour thème principal la question de l'immigration. Il sera l'occasion pour la Case de Santé d'interagir avec les habitants du quartier en proposant ce rendez-vous annuel de culture et de débats ouvert à tous.

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
 ADDIR : Association de Défense des Droits des Immigrés Retraités
 ADE : Avocats pour la Défense des Etrangers
 ADOMA : (ex Sonacotra)
 ANCIC : Association Nationale
 ARS : Agence Régionale de Santé
 CAF : Caisse d'Allocations Familiales
 CARSAT : Caisse Assurance Retraite et Santé au Travail
 CATRED : Collectif des Accidentés du Travail, Handicapés et Retraités pour l'Egalité des Droits
 CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
 CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
 CFFE : Centre Francophone de Formation à l'Echographie (Nîmes)
 CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
 CIMADE : Comité Inter-Mouvements Auprès des Evacués
 CMP : Centre Médico-Psychologique
 CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
 CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
 COMEDE : Comité Médical pour les Exilés (Paris)
 CoMeGAS : Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins
 COREVIH : Coordination Régionales de lutte contre l'infection due au VIH
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 CREA : Campagne de Réquisition et d'Entraide Autogérée (Toulouse)
 CTDSE : Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers
 DIAMIP : Réseau Midi-Pyrénées Diabète
 DRJSCS : Direction Régionale Jeunesse et Sports et de la Cohésion Sociale
 DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale (Faculté de Médecine)
 FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
 Formindep : Formation et Information Médicales Indépendantes
 FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé
 FNFCEPPCS : Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de Santé
 GIPSI : Groupe des Internes Pour la Santé des Immigrés (Toulouse)
 GISTI : Groupe d'Information et de Soutien aux Travailleurs Immigrés (Paris)
 HJD : Hôpital Joseph Ducaing (Toulouse)
 ICT : International Cross Talk (Clermont Ferrand)
 INCa : Institut National du Cancer (Paris)
 INPES : Institut National de Promotion et d'Education à la Santé
 ISM Interprétariat : service d'interprétariat professionnel
 MARS : Médecin de l'ARS
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
 ORSMIP : Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PRA 31 : Passage Réseaux Addictions 31
 RAP 31 : Réseau Adolescence Partenariat 31
 REVHO 31 : Réseau Ville Hôpital pour l'Orthogénie
 SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
 SMPR : Service Médico-Psychiatrique Régional
 TREND/OFDT : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues/Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
 UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

AUTOUR DE LA CASE

La double page précédente illustre les espaces dans lesquels évolue la Case de Santé.

Ce paysage mis à plat représente en réalité une très grande diversité de modes de relation. Qu'il s'agisse de partenariats opérationnels, de liens - anciens ou récents - liés à la philosophie des démarches, de relations de financement, d'espaces de plaidoyer et de revendications... l'ensemble montre une structure ouverte sur son environnement qui entretient des interactions permanentes avec des acteurs hétérogènes.

Agir avec, agir sur...

Nombreux sont les services de droit commun avec qui l'équipe de la Case de Santé organise au quotidien une complémentarité : les services sollicitent l'équipe, orientent des personnes vers la Case de Santé ; l'équipe noue des relations de travail, y cherche des filières privilégiées sans lesquelles l'accès à ces services n'est souvent pas possible pour ses usager-e-s. Ces services partenaires dépendent pour la plupart d'institutions et de collectivités locales. Ces mêmes qui financent, avec de l'argent public, notre fonctionnement et nos actions. L'articulation avec les politiques publiques est donc doublement une réalité pour la Case de Santé.

Cette articulation se veut la plus opérationnelle possible. Au besoin, nous agissons pour la réorientation des politiques publiques, l'adaptation des prises en charge chez nos partenaires...

Rendre compte, donner à voir...

Chaque année la Case de Santé rend compte de son activité à différents organismes. Ce sont pas moins de dix à douze rapports et bilans qui sont élaborés et remis. C'est le niveau formel de relation aux partenaires financiers avec qui un dialogue peut aussi être organisé tout au long de l'année pour aller au-delà des seuls rapports.

La Case de Santé rend également compte de son projet et des actions qui le concrétisent en dehors de ces cadres formels et bien au-delà de Tou-

2
équipes en
projet
1
centre de santé
associatif

Dans la galaxie de la Case de Santé, l'équipe entretient des relations privilégiées avec d'autres projets dont la dynamique veut s'inscrire dans le sillon tracé par la Case de Santé.

En 2012, un centre de santé associatif a ouvert ses portes à Saint-Denis dans le quartier des Francs Moisins, la Place Santé.

A Marseille et à Grenoble, deux équipes portent des projets émergents inspirés de l'expérience toulousaine.

louse. Depuis plusieurs années la Case de Santé produit des contributions lors du congrès annuel des Centres de Santé où son innovation et l'originalité de son modèle sont reconnues.

Participer, contribuer...

La Case de Santé participe également à différents réseaux d'acteurs de santé primaire. En 2011, à l'initiative de la Place Santé, un réseau d'équipes de premier recours en quartiers populaires s'est constitué. La Case de Santé y a contribué. Deux jours de rencontres ont été organisés à Lille en octobre 2012.

L'équipe reçoit régulièrement au centre de santé des délégations, des équipes, des promoteurs de projet avec qui elle est en mesure de partager des retours d'expérience et son modèle d'organisation.

Enfin, il n'est pas rare que la Case de Santé soit sollicitée afin de contribuer à une publication par un article. En 2012, la revue Pratiques (Les Cahiers de la Médecine Utopique) a publié un article dans un numéro consacré à l'accès aux soins en danger. Plein Droit, la revue du GISTI, nous a commandé un article sur la lutte des Chibani-a-s dans son numéro de juin 2012 intitulé « Vieillir en migration ».



LES USAGER-E-S

LES USAGER-E-S

Habitant-e-s du quartier qui y trouvent leurs médecins de famille, immigré-e-s retraité-e-s qui y ont leurs habitudes, primo-arrivant-e-s en quête d'un service de santé adapté, sortant-e de prison, étranger-e-s malades orienté-e-s pour une demande de titre de séjour pour soins... Ils et elles sont toujours plus nombreux à avoir recours aux services de la Case de Santé.

DES HOMMES, DES FEMMES

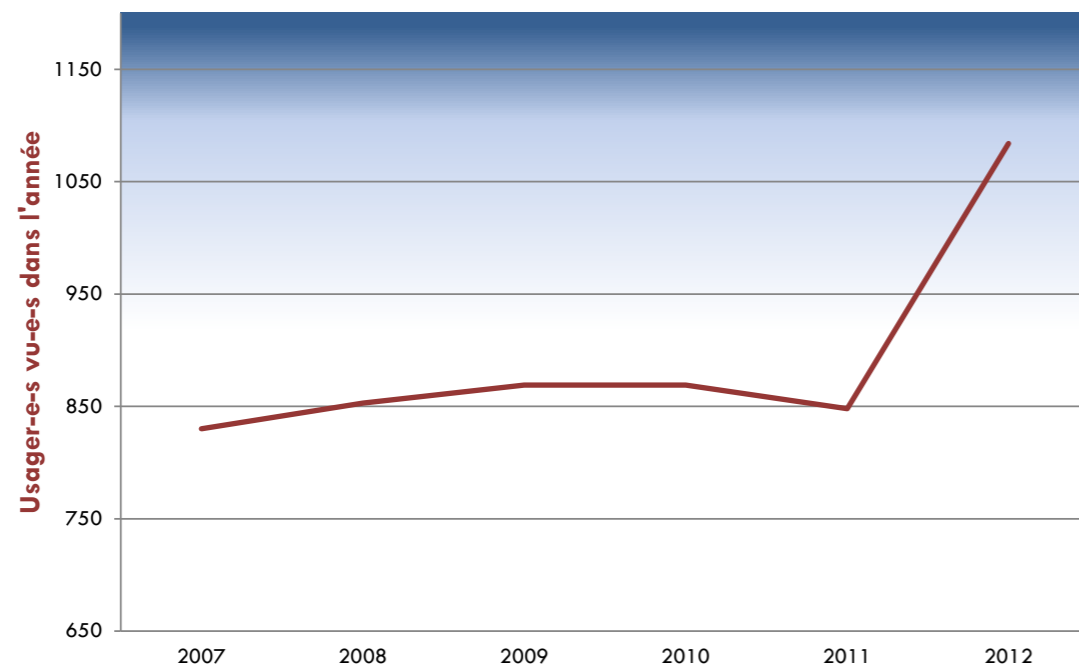
Les usager-e-s de la Case de Santé ne sont pas des usager-e-s comme les autres. A l'encontre des tendances sociales actuelles, ils et elles n'y viennent pas consommer un service parmi d'autres. Le projet de la Case de Santé s'emploie à les impliquer au mieux dans la prise en charge de leur santé comme dans le devenir de la structure.

Beaucoup en 2012 ont craint la fermeture du seul lieu de santé qui leur conviennent. Certain-e-s se sont mobilisé-e-s à nos côtés pour éviter cette échéance pourtant bien

menaçante. Un soutien qui a parfois pris des formes inattendues. Ainsi les Chibani-a-s ont-ils décidé pendant quelques jours de ne plus venir à El Zamane pensant ainsi « *couter moins cher à la Case de Santé* » et lui faire faire des économies... Nos usager-e-s sont bien une richesse...

La photo de la grande famille se compose au quotidien, un regard porté sur la salle d'attente, où se cotoient des personnes que notre société isole et que certains choix politiques tendent à opposer les un-e-s aux autres.

La Case de Santé - Evolution de la File active



Très forte augmentation de la file active

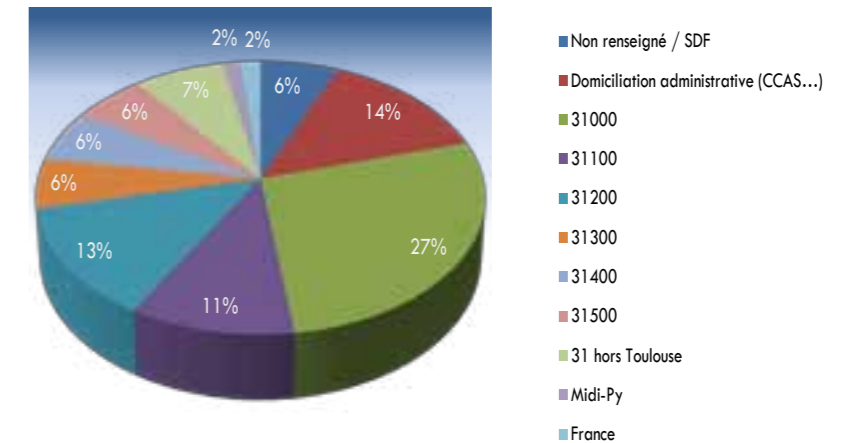
Longtemps stable, le nombre d'usager-e-s à explosé en 2012. Près de 250 personnes supplémentaires ont eu recours à nos services par rapport à 2011. L'augmentation est énorme pour une structure comme la nôtre : 28% !

La relative stabilité observée de 2007 à 2011 s'expliquait essentiellement par le mode d'inscription des usager-e-s. La Case de Santé comptait deux portes d'entrée : le quartier et les programmes. L'équipe inscrivait une personne dès lors qu'elle vivait dans le secteur Arnaud Bernard - vivre doit être entendu au-delà de la résidence, la personne pouvait y travailler, y avoir ses habitudes... - ou qu'elle était orientée vers nous dans le cadre d'un des programmes de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Depuis 2012, la Case de Santé a décidé de passer d'une logique d'inscription à une logique d'adhésion : peut venir à la Case de Santé qui veut accéder à ses services en adhérant à son projet de santé.

Dans la mesure où la Case de Santé n'a pas véritablement communiqué sur ce point, il ne peut expliquer à lui seul la très forte augmentation de la file

Répartition géographique des usager-e-s en 2012



active en 2012. Il faudra plutôt chercher du côté des besoins auxquels répond la Case de Santé et qui sont de plus en plus forts. Mais aussi du côté du repérage toujours plus important de la Case de Santé par les autres acteurs de la Santé, de l'accès aux droits, du tissu associatif toulousain.

Précarité

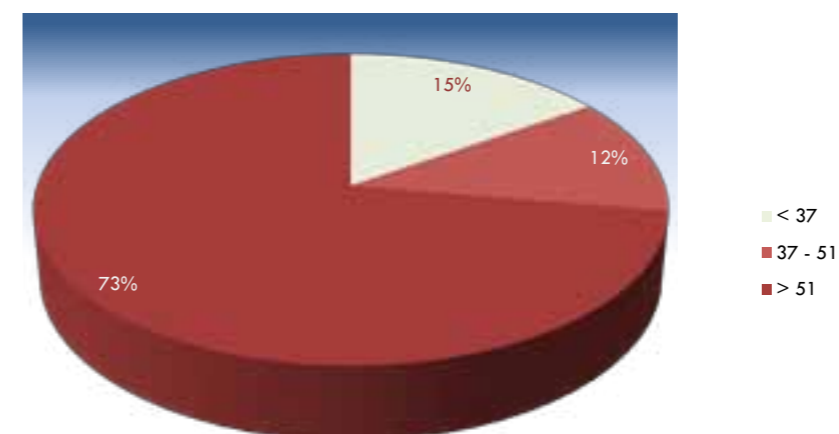
La Case de Santé a cet image de lieu de santé pour les précaires. L'image est trompeuse, comme la description du projet et des missions de la Case de Santé le montre. La Case de Santé n'est pas un simple dispensaire. Mais cette image traduit une réalité.

Une première illustration se

trouve dans la répartition géographique des usager-e-s présentée ci-dessus. Les mentions SDF et domiciliation postale représentent une part importante des usager-e-s. Catégorie à laquelle il convient d'ajouter une proportion importante des usager-e-s ayant un domicile, dans le quartier Arnaud Bernard comme dans d'autres quartiers populaires de la ville touchés par des manifestations massives de paupérisation.

Cette répartition géographique montre également une autre évolution de la file active : on y vient de plus loin que le quartier dans lequel le centre de santé est installé. Et de plus en plus. C'est la traduction de la montée en charge progressive des pro-

Score EPICES des usager-e-s en 2012



de la protection maladie des usager-e-s de la Case de Santé est analysée dans le graphique présenté en bas de page suivante. En 2012, 27 % des usager-e-s étaient bénéficiaires de la CMUc et 16 % de l'AME (Aide Médicale d'Etat).

Ces deux catégories, à rapprocher des éléments relatifs à la précarité sociale, représentent 43 % des usager-e-s. Un chiffre qui, s'il reste très important, s'est un peu tassé. En 2011, elles comptaient pour 52 %. Cette évolution doit être pondérée compte tenu de l'augmentation brutale de la file active.

L'ensemble de ces données donne une image des situations sociales vécues par les usager-e-s de la Case de Santé. Les chiffres présentés ici sont par ailleurs sans comparaison avec les réalités des nombreux centres de santé existant ailleurs. Précarité et vulnérabilité sociale sont intensément accrues à la Case de Santé.

Un seul exemple : l'étude Epidauré conduite en 2010 par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) auprès de 21 centres de santé. Cette étude a révélé la capacité des centres de santé à répondre aux situations de précarité. On constate dans les résultats publiés que si en population générale le score Epice dépassant le seuil de vulnérabilité est constaté chez 38,3 % des personnes, il l'est pour 63,5 % dans les centres

grammes Inégalités Sociales de Santé, en particulier concernant les Migrant-e-s, dont on verra en page suivante la progression dans la file active.

Un autre phénomène est à souligner à ce propos : cette évolution marque l'image de la Case de Santé. On y va ou on y oriente de plus en plus pour une prise en charge et un accompagnement en situation complexe. Ce qui a une incidence sur la perception de la Case de Santé : elle est moins vue comme un centre de santé de quartier. Certain-e-s pensant ne pas nécessiter de consacrer à leur propre situation les moyens utiles à d'autres personnes en situation bien plus défavorisée.

Vulnérabilité sociale

Les inégalités sociales de santé sont marquées par un gradient. Ce fait nécessite de s'intéresser plus à la vulnérabilité sociale en santé et non à la seule notion de précarité. La Case de Santé utilise le score EPICES construit par le centre d'études

des centres d'examen de l'Assurance Maladie.

Le tableau ci-dessus indique la répartition des scores Epices réalisés avec les usager-e-s vu-e-s en 2012. Cette répartition est organisée selon les trois tranches communément repérées : sous le seuil de vulnérabilité sociale situé à 37, entre 37 et 51, et au-delà de 51 considéré comme le seuil de grande vulnérabilité. **85% des usager-e-s de la Case de Santé sont en situation de vulnérabilité sociale en 2012.**

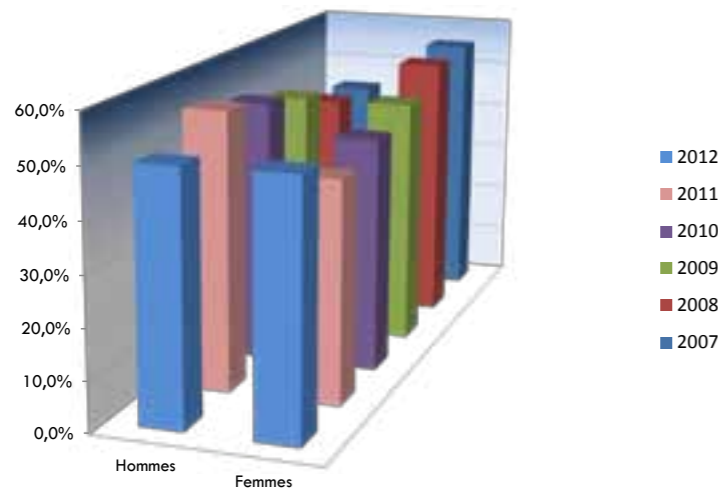
26% en 2009, 21% en 2010 et 15% en 2012 : voici, à l'inverse, l'évolution de la part des usager-e-s qui ne sont pas diagnostiqué-e-s « en situation de vulnérabilité sociale » présentant des risques en santé majeurs. Cette réalité est sans aucun doute l'un des phénomènes majeurs de ce qui peut être observé à la Case de Santé.

Couverture sociale

La couverture sociale au regard



Repartition des usager-e-s selon le sexe



de santé étudiés. 85 % à la Case de Santé...

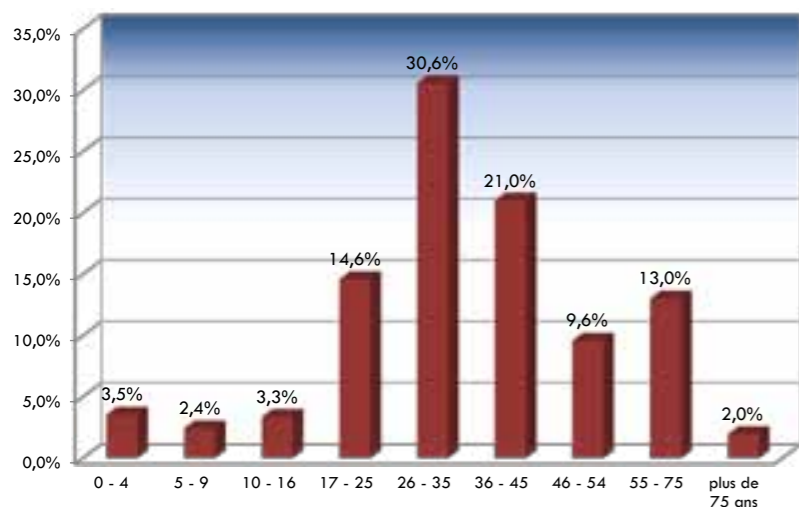
Des hommes, des femmes ...

2012 montre un renversement de tendance notable. Depuis l'ouverture du centre de santé, la part des usagères n'a cessé de décroître, passant de 55% en 2007 à 44% en 2011 (voir la graphique ci-contre).

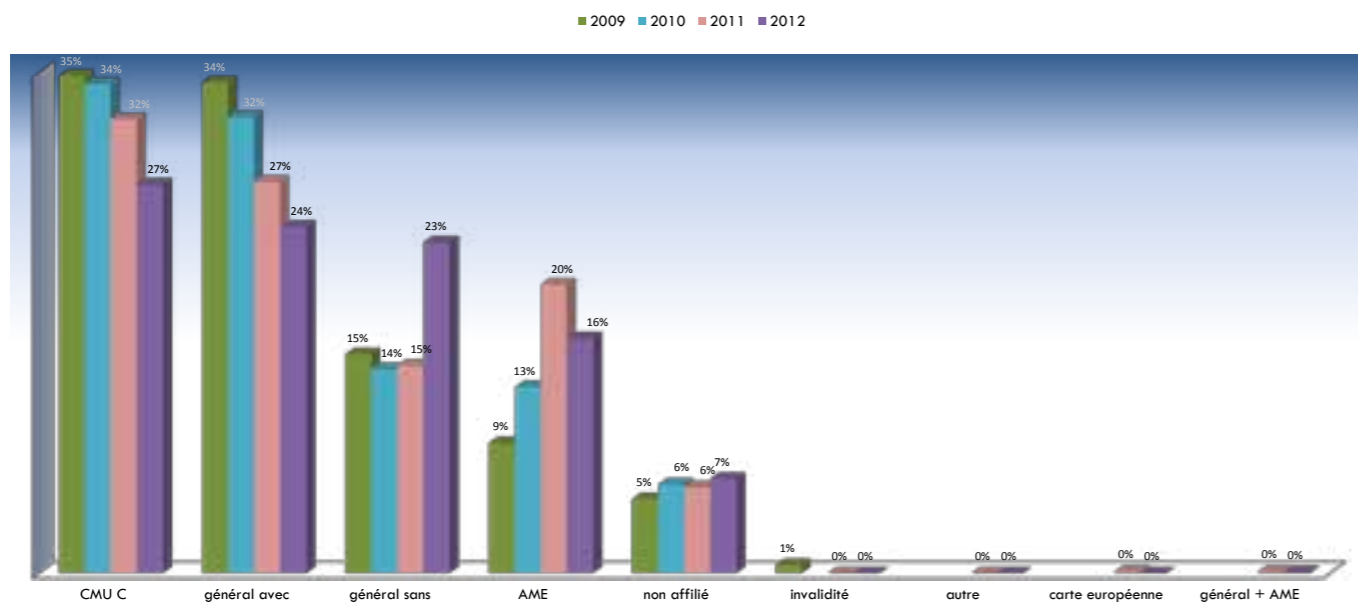
Pour la première fois depuis 2009, le nombre de femmes est légèrement supérieur (50,2%) au nombre d'hommes reçus à la Case de Santé.

L'orientation donnée au centre de santé vers la santé des femmes se trouve renforcée par ces éléments. La pratique de la gynécologie par les médecins généralistes, la prise en compte des inégalités sociales de santé propres aux femmes, la possibilité de pratiquer une IVG médicale au centre de santé... sont autant d'éléments qui ont généré l'inversion de la tendance à la masculinisation de la file active de la Case de Santé.

Les usager-e-s selon leur âge



La Case de Santé - Couverture Sociale des usager-e-s



... de tous les âges ...

Le deuxième graphique de la page 98 montre la répartition des usager-e-s selon leur âge. Un quart a moins de 25 ans. La moitié se situe entre 26 et 45 ans. Et le dernier quart à plus de 46 ans.

Cette répartition est stable par rapport aux deux dernières années. Et cette pyramide des âges est assez atypique, marquée par une sur-représentation des classes d'âge entre 25 et 45 ans. Là encore, ce constat est intéressant quand on le croise avec d'autres données. Les tranches d'âge en question sont aussi celles où l'on constate le plus grand nombre de renoncement aux soins en France.

Autre constat général : la part des moins de 15 ans est légèrement plus faible qu'en population générale (de 3 à 4 points).

D'autres observations peuvent être formulées en analysant plus finement ces données à l'intérieur de certaines catégories d'usager-e-s (par exemple le nombre d'usager-e-s de plus de 55 et de 20 points supérieur chez les immigré-e-s que chez les nationaux) et seront à retrouver dans la partie consacrée aux programmes spécialisés.

C'est en 2010 que les courbes du nombre d'usager-e-s français-es et étranger-e-s se sont croisées.

L'orientation stratégique visant à proposer des services en santé et un accompagnement dans l'accès aux droits adaptés aux situation vécues par les migrant-e-s est de ce point de vue un vrai succès de la Case de Santé.

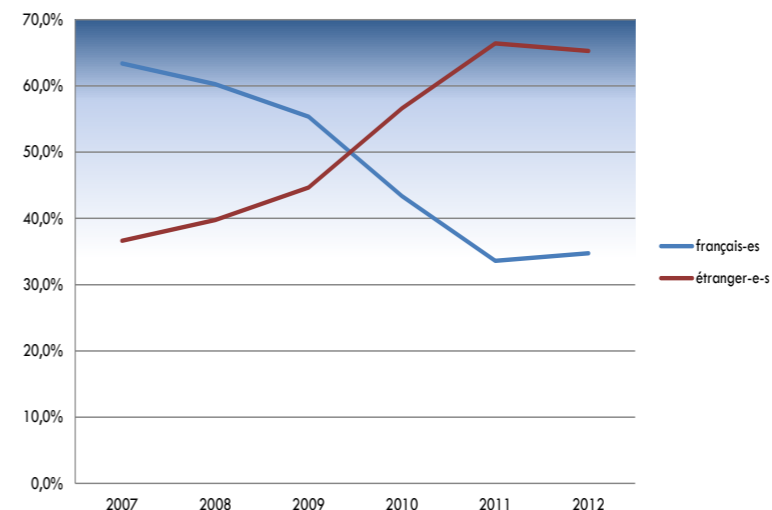
62%
des usager-e-s sont immigrées

... et de tous les continents

La part de étranger-e-s parmi les usager-e-s de la Case de Santé a progressivement cru depuis 2006, jusqu'à atteindre 66,4 % en 2011. Elle semble se stabiliser en 2012 à 62 %.

On compte 70 nationalités différentes parmi les usager-e-s ; 4 de plus qu'en 2011. Elles font l'objet d'une présentation graphique en page 101.

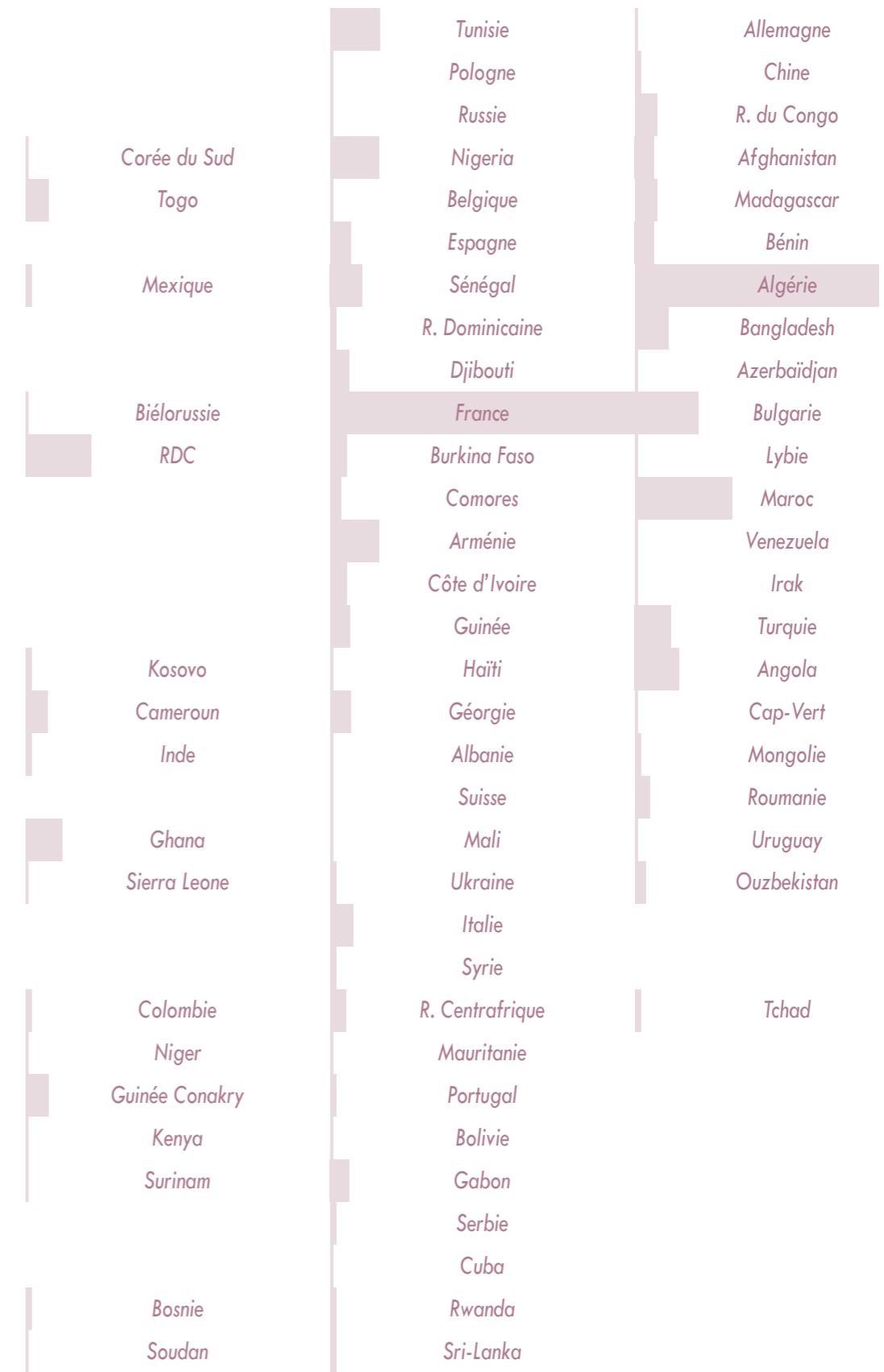
La Case de Santé - Evolution du nombre d'usagers français et étrangers





70 Nationalités

Les Algérien-ne-s sont les étranger-e-s les plus représenté-e-s avec 19% de la file active. Suivent les Marocain-e-s, 8%, les Bulgares, 6%... Parmi les évolutions récentes citons l'augmentation des personnes venant d'Arménie et du Bangladesh.



« Les conditions de vie défavorables, les atteintes à la dignité individuelle et collective, ont des effets si profonds, et à si long terme, qu'elles représentent une force pathogène de destruction de la santé au moins égale aux virus et aux bactéries »
(J.Mann, ancien directeur OMS)



LES
PROGRAMMES
DE LUTTE
CONTRE LES
INÉGALITÉS
SOCIALES
DE SANTÉ

SANTÉ DES FEMMES

Pas tout à fait constitutif d'un programme en tant que tel à ce stade du développement du projet, l'ensemble d'actions mises en place à la Case de Santé orientées vers les inégalités sociales de santé des femmes montre une certaine cohérence et donne une réelle capacité d'intervention à la structure dans ce domaine.

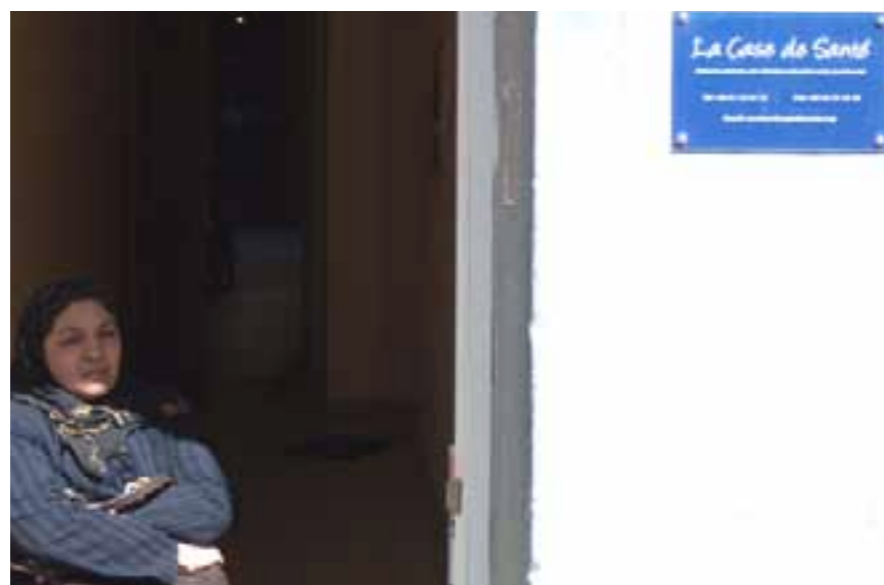
Dès l'origine, entre convictions politiques et approche en santé, le projet devaient intégrer les problématiques vécues par les femmes.

Immédiatement la Case de Santé a pris le parti de mettre en place la possibilité de pratiquer l'IVG médicamenteuse en conventionnant avec un établissement de santé, HJD en l'occurrence.

Les enjeux autour de ce programme en construction dépassent le cadre des actions

concrètes qui sont présentées ici et que nous pouvons mettre en place en direction des femmes, de celles en situation de vulnérabilité en particulier. Ils sont de deux ordres. Il y a une réalité profondément sexiste de la médecine. C'est une médecine construite par des hommes, pour des hommes, avec des traitements testés sur des hommes. L'autre réalité touchent aux inégalités sociales de santé vécues par les femmes souvent ignorées derrière des chiffres rassurants comme l'espérance de vie, la bonne santé ressentie, le plus faible renoncement aux soins...

Ce programme doit être élaboré en 2013 pour être présenté en 2014.



DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

L'infirmière était au centre de ce programme et le succès a dépassé nos attentes : à la fois concernant l'efficacité du dépistage (36% à l'entrée dans le programme contre 73% en fin de programme) mais aussi sur la description plus fine de ces populations qui échappaient au dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus.

Ces résultats ont été présentés aux journées de restitution « Cancer du col de l'utérus et

précarité» de l'INCa du 26 janvier 2012.

Nous avons ainsi défini deux obstacles majeurs : l'accès au médecin (accessibilité à la fois géographique ou sociale) mais aussi la situation spécifique de groupes de femmes en situation de vulnérabilité et pour qui les messages nationaux et l'approche classique du soin ne correspond pas (accessibilité culturelle) : femmes migrantes, femmes lesbiennes, femmes atteintes de pathologies chroniques

comme le VIH...

L'infirmière, par son action de suivi, de relances et de coordination a montré son rôle prépondérant dans cette première phase de notre programme de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de vulnérabilité sociale.

L'enjeu de la deuxième phase de cette action est le suivant : tout en poursuivant le programme tel qu'il a été initialement financé par l'INCa nous voulons aller plus en avant dans la résolution des freins liés au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Vis-à-vis de l'accès au médecin, nous avons proposé la mise en place d'un protocole de réalisation des frottis cervico-utérin par l'infirmière dans un cadre de coopération interprofessionnelle. Ce protocole élaboré en lien avec l'ARS Midi Pyrénées suivra une procédure de validation HAS pour mutualisation et reproductibilité au niveau national.

Vis-à-vis du ciblage de populations spécifiques échappant aux campagnes nationales et au circuit de droit commun, nous proposons des actions de formation de « personnes relais » dans des lieux définis avec nos partenaires du secteur médico-social, et notamment au sein du réseau santé précarité. Ces formations utiliseront des approches interactives, participatives issues des principes de l'éducation thérapeutique et des approches

L'Institut National du Cancer a soutenu un premier projet de la Case de Santé en 2009 et 2010 visant la mise en place d'un dépistage du cancer du col de l'utérus ciblé sur les femmes en situation de vulnérabilité sociale.

Le succès de ce projet nous a conduit à en proposer un second permettant d'approfondir ces résultats dans un contexte où la question de l'organisation de ce dépistage commence à émerger plus fortement.

Le comité de sélection, convaincu de la qualité du programme proposé, a décidé d'attribuer un nouveau financement à cette proposition.

2 projets soutenus par l'Institut National du Cancer

centrées sur l'utilisateur.

Notre première expérience d'intervention de l'infirmière dans les lieux de vie des femmes en situation de vulnérabilité nous a semblé pouvoir être largement potentialisée par la dynamique « communautaire » permettant à des femmes en situation de vulnérabilité de véhiculer par elle-même une information sur le dépistage du cancer du col auprès d'autres femmes dans la même situation sociale. L'idée est de faire ainsi « boule de neige » et de toucher une population plus large.

Nous attendons ainsi de cette deuxième phase de notre action autour du dépistage du

cancer du col de l'utérus au sein des populations vulnérables :

- confirmer par un échantillon plus large l'amélioration du taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes les plus vulnérables
- diversifier l'offre des frottis cervico-utérins en situation d'isolement
- montrer qu'une approche ciblée, adaptée, utilisant des personnes issues des populations cibles (médiatrices paires) est efficace.

L'INCa a accepté de financer cette deuxième phase du projet.

MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Nous recevons régulièrement des femmes ayant subi des mutilations sexuelles (le plus souvent des excisions de type 2).

Le sujet est abordé en consultation, dans le cadre du bilan de santé adapté aux femmes migrantes, de l'activité de gynécologie, ou pour les femmes demandeuses d'asile pour la réalisation de certificats médicaux.

La prise en charge est proposée mais devant le constat de l'absence de référent local nous avons réalisé un état des lieux du réseau toulousain en la matière.

Celui-ci a permis d'une part de mettre en évidence l'absence de possibilité de prise en charge pluridisciplinaire adéquate dans la région, de façon concordante avec les données du GAMS, et d'autre part de repérer de nombreux acteurs concernés et intéressés par la question, prêts à se réunir pour développer la problématique.

PRATIQUES DE GYNÉCOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

L'activité de soins du centre de santé comprend par ailleurs les suivis de grossesse, la contraception (dont la pose de DIU) et la gynécologie courante, en lien avec divers partenaires dont le Planning Familial et Griselidis.

L'infirmière assure une consultation qui inclue le counselling en contraception. Elle dispose d'une malette présentant l'ensemble des moyens de contraception existants qui lui permet d'intervenir au centre de santé (en consultation comme en salle d'attente) ou à l'extérieur.

Le cadre raisonné de prescription appliqué à la Case de Santé a permis qu'aucune pilule de troisième génération n'a jamais été prescrite à aucune patiente...

L'IVG

« La case de santé » pratique des IVG médicalement depuis 2007. Elle a signé une convention avec l'hôpital Joseph Ducuing (obligation légale). Le centre de santé a mis en place un protocole pluridisciplinaire impliquant toute l'équipe. La réalisation de ce protocole IVG au centre de santé a pris en compte les obstacles au droit à l'avortement. Il est régulièrement réévalué en fonction des différents retours d'expérience dans le centre ou avec les différents partenaires.

Trente-huit ans après sa légalisation par la loi Veil du 17 janvier 1975, le droit à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste « un combat permanent ». Les obstacles sont plurifactoriels :

- délai de rendez-vous trop long dans les structures pratiquant l'IVG à Toulouse (hôpital Joseph Ducuing, hôpital Paul de Viguier ...) qui parfois impose la méthode chirurgicale. Le rapport IGAS 2010 note par exemple que « le nombre d'établissements pratiquant l'IVG est passé de 729 en 2000 à 639 en 2006, réduisant de fait le choix quant aux méthodes d'IVG (par médicaments ou par voie chirurgicale). »
- financier car le forfait est remboursé à hauteur de 70% en 2012, et il ne comprend pas l'échographie de datation, le bilan sanguin ou les consultations médicales surnuméraires au forfait. Cela concerne principalement les patientes vulnérables, c'est-à-dire les étudiantes, les mineures, les patientes en précarité socio-administrative, en absence de couverture sociale (en situation irrégulière....)
- obstacles liés au personnel de santé :
 - Peu de médecin généraliste conventionné pour plusieurs raisons : problème organisationnel au cabinet, peur de la banalisation de l'acte, crainte des complications médicales, raisons éthiques ou morales...
 - Peu de personnel en santé formé sur la question : du pharmacien, au laboratoire d'analyse en passant par le corps médical.

EN CENTRE DE SANTÉ

- Mode relationnel problématique des différents intervenants : écoute des bruits des cœurs fœtaux lors de l'échographie, discours moralisateurs (« ce n'est pas si catastrophique d'avoir un enfant », « réfléchissez bien, on peut le regretter ensuite... »), froideur...

- Multiplier les intervenants dépersonnalise la prise en charge médicale dans ce cadre potentiellement fragilisant.

Protocole IVG au centre de santé

L'équipe est formée sur l'ensemble de ces questions et des freins extérieurs à l'IVG. Toute l'équipe respecte le choix des patientes et n'apporte pas de jugement de valeur tout au long de l'accompagnement.

Dès l'accueil une écoute attentive est organisée et des informations transmises. Tous les appels pour une demande d'IVG qu'on soit ou non médecin traitant sont régulés par un médecin. Les délais de rendez-vous sont courts, du lendemain de l'appel jusqu'à un maximum de 5 jours. Le premier appel permet de recueillir le minimum (orientation, date des dernières règles, coordonnées...). Pour assurer des délais courts, nous avons mis en place des créneaux dédiés aux demandes IVG.

Le protocole IVG respecte les temps légaux : 4 consultations assurées par l'équipe soignante (médecins, IDE). La première consultation est primordiale, c'est le premier contact avec la patiente. Cette consultation peut durer plus de 30mn si nécessaire, le temps de recueillir les informations. Le moment aussi de dépister, d'apprendre à connaître la patiente, d'évaluer l'ambivalence, le contexte socio-économique et les éventuelles violences.

Une échographie de datation est réalisée par les médecins généralistes après la première consultation, qui permet de confirmer la grossesse intra-utérine, d'éliminer une grossesse extra-utérine, de dater et donc de réorienter si nécessaire. Cette échographie peut être réalisée lors de la première consultation si la patiente ne connaît pas la date de ses dernières règles ou si elle dépasse le terme légal pour réaliser l'IVG en ambulatoire. Nous limitons ainsi les rendez-vous, les intervenants. Cette organisation permet aussi de réorienter dès la première consultation.

Toute l'équipe médicale est interchangeable et formée à l'échographie de datation. Elle est vigilante à l'approche des patientes : pas de visibilité sur l'écran de l'échographe, emploi un vocabulaire adapté au

contexte...

En plus de l'entretien psychosocial légalement proposé, l'équipe de la Case de Santé est composée d'une psychologue disponible pour recevoir les patientes.

En cas d'obstacle à l'accès aux soins, les travailleurs sociaux sont formés à la question, et sont réactifs pour proposer des solutions dans les limites de la législation, notamment pour l'anonymat.

Le centre de santé utilise un service d'interprétariat qui permet un accès à l'IVG via une information prodiguée dans la langue de la patiente.

Cette prise en charge permet de dégager les problématiques administratives qui compliquent la prise en charge. La patiente peut ainsi choisir la méthode qu'elle souhaite, non pas en fonction de sa situation socio-administrative, mais de ce qu'elle souhaite.

Lors de la consultation de contrôle faite par IDE, il est proposé à la patiente un dépistage du cancer du col, et une consultation contraception. En fonction de son choix, les actes gynécologiques peuvent être réalisés par un médecin généraliste dans le centre de santé (pose de DIU, pose d'implant, démonstration pose d'un cap cervicale...).

Il reste néanmoins plusieurs difficultés :

- accueil des femmes en demande d'IVG sans ouverture de droit sécurité sociale
- anonymat pour les majeurs et mineurs en dehors du centre de santé ou en cas de complications.
- difficultés économiques ne permettant de couvrir la part complémentaire.

Formation IVG au centre de santé

- En interne, les soignant-e-s (IDE, médecins) assurent une formation continue basée sur les preuves (recherche Cochrane, Prescrire, OMS, et recommandations ANCIC et REVHO...)
- Formation annuelle obligatoire dans le cadre de la convention avec l'hôpital Joseph Ducuing où les difficultés sont posées avec les correspondants du centre d'orthogénie.
- Formation de l'équipe (travailleurs sociaux, accueillant-e-s, psychologue et

coordinateur du centre de santé) sur l'IVG sur le plan administratif pour faire face à plusieurs situations : couverture maladie étudiante, sans couverture maladie, gestion de l'anonymat pour les examens externe

Activité en 2012

Sur les 86 demandes d'IVG, 58 patientes ont eu une échographie de datation au centre de santé, 12 de ces échographies ont amené à réorienter les femmes.

Sur les 63 IVG réalisées au centre de santé, 50 patientes sont venues à la consultation de contrôle, et on retrouve 3 échecs qui ont nécessité soit une réorientation vers l'hôpital soit un suivi biologique en ambulatoire. On note que 13 patientes ne sont pas venues à la consultation de contrôle, et les résultats ont été relevés par l'équipe soignante et transmis à la patiente.

RÉSEAU REIV 31

Plusieurs réunions annuelles qui regroupent les partenaires ville-hôpital du département de la Haute-Garonne : Hôpital Joseph Ducuing, les médecins généralistes et gynécologues pratiquant IVG médicamenteuses, l'hôpital Paul de Viguiet et la Case de Santé. L'objectif étant de faire un état des lieux.

PAROLE D'USAGÈRE :

« Je voulais vous remercier pour votre accueil et votre gentillesse... et vous dire que tout s'est très bien passé. Je souhaitais aussi rassurer les médecins, puisque j'ai fait la recherche d'agglutinines irrégulières (avérée négative) et que j'ai le document signé par le biologiste. Je vous le remettrai lors de ma visite de contrôle le 21 août prochain.

L'accompagnement de toute l'équipe de la Case de Santé m'a fait beaucoup de bien, et sincèrement merci !! Une belle journée à vous tous, fidèles au poste en plein mois d'août ! Bien à vous, Mme AL »

PRÉPARATION CONGRÈS 2013 ANCIC

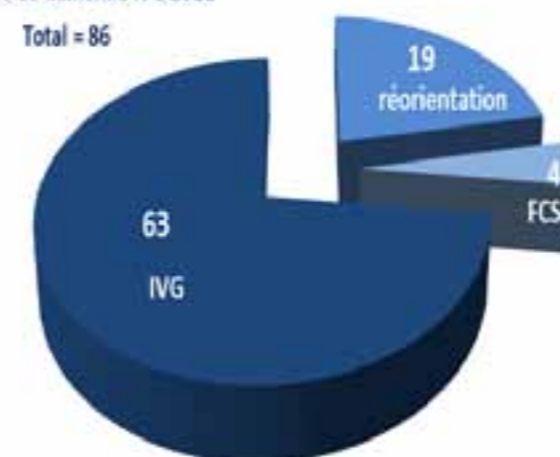
Le centre de santé participe activement à l'organisation des 20ème journées nationales de l'ANCIC (Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception) qui se tiendront à Toulouse.

Le centre de santé avait déjà participé en 2011 à Vannes à ces journées où l'infirmière avait présenté le protocole IVG du centre de santé.

En 2013, l'évènement sera centré sur l'état des lieux en Midi Pyrénées. Le centre de santé présentera un poster sur la place de l'échographie en centre de santé.

Nombre de demande IVG 2012

Total = 86



SANTÉ DES MIGRANT-E-S

Installé dans un quartier de migration, où se croisent toutes les précarités et les problèmes sociaux, construire un programme sur la santé des migrant-e-s s'est rapidement imposé. Nous avons ciblé deux problématiques bien spécifiques. L'une concerne les migrant-e-s atteint-e-s de pathologies graves, l'autre concerne les migrant-e-s âgé-e-s. Deux publics dont les études montrent leur vulnérabilité sociale et leurs difficultés d'accès aux soins et aux droits. Il est proposé un bilan médicosocial et des actions collectives et de plaidoyer.

UN BILAN MÉDICOSOCIAL ADAPTÉ

Nous proposons une approche globale de proximité adaptée à une population migrante cumulant à la fois facteurs de risque médicaux et difficultés d'accès aux soins. Il s'agit ainsi de rapprocher du système de santé de droit commun cette population qui s'en trouve éloignée par des obstacles qui sont isolément assez simples à résoudre mais dont l'accumulation et l'intrication peut entraîner des situations semblant quasi-insolubles. Cette action combine trois volets complémentaires.

Suivi social et accès aux droits et aux soins

Il s'agit de les accompagner dans l'acquisition d'une couverture sociale adéquate tout en faisant le bilan des conditions de vie et des facteurs de risque sociaux (logement, revenus, violences...) et de faire le relais avec le réseau social partenaire.

Accueil/évaluation/diagnostic/suivi autour de la question des demandes de régularisation pour raison médicale, lien avec les avocats et les juristes de la Cimade: il s'agit d'organiser une prise en charge « de proximité » et rapide auprès d'acteurs spécialisés partenaires (notamment pour le VIH et l'hépatite C).

Le relais vers le secteur de santé de droit commun est l'objectif principal de l'association. Il s'agit d'agir en synergie avec le réseau de santé existant.

Prévention et dépistage

Ces patients sont souvent éloignés des lieux de dépistage traditionnels (CDAG, Médecins libéraux...). La facilité d'accès aux locaux de l'association ainsi que l'implication des membres de l'association dans les problématiques du quartier et dans les structures de

soutien aux migrants facilitent le contact avec les usagers les plus isolés (de par leur situation administrative notamment).

Bilan médical

En complément de l'action du médecin traitant quand l'usager en a un, les médecins de « la case de santé » proposent un bilan de santé spécifique en fonction du parcours migratoire et du pays d'origine de l'usager. Les consultations se font avec interprète professionnel quand c'est nécessaire.

Les médecins du centre de santé se forment particulièrement à l'approche des pathologies chroniques dans ce contexte de migration (hépatites, VIH, diabète...)

L'équipe médicale est impliquée dans un module de formation des médecins généralistes de la faculté de Toulouse autour du thème « santé des migrants ».

Activité 2012 autour des migrant-e-s

La Case de Santé » a accueilli 654 migrant-e-s en 2012. Âgé-e-s d'1 an à 91 ans. 278 femmes et 376 hommes. Sur l'ensemble de ces personnes, 348 ont sollicité nos services pour la première fois cette année. 271 migrant-e-s ayant eu recours à l'équipe de la Case de Santé en 2011 n'ont pas été vu-e-s en 2012.

373 sont bénéficiaires soit de la CMUc soit de l'AME (202 CMUc et 171 AME) soit 57 % des migrant-e-s reçu-e-s. En moyenne, les migrant-e-s ont eu 4 consultations en médecin générale dans l'année, 0,4 avec l'infirmière, 0,4 avec la psychologue et 2,3 entretiens

avec l'équipe du Pôle Santé-Droits.

88 % des entretiens avec l'équipe sociale concernent des usager-e-s migrant-e-s. 63 % des consultations réalisées par l'équipe médicale. On sait que la part des migrant-e-s dans la file active de la Case de Santé est de 62 % en 2012.

On constate donc qu'une part très importante du travail du Pôle Santé-Droits est consacrée aux migrant-e-s. En particulier dui fait du programme autour du titre de séjour pour raison médicale. En 2012, 306 migrant-e-s malades ont été accompagné-e-s dans l'acquisition de leur droit au séjour conformément à l'article 313-II 11° du CESEDA.

DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGER-E-S MALADES

La Case de Santé a mis en place depuis 2007 un protocole pluridisciplinaire pour l'accès aux soins et aux droits des étranger-e-s malades.

Nos équipes se coordonnent autour d'un bilan de santé du migrant primo-arrivant, du suivi de pathologies chroniques et l'accès à la protection maladie et aux droits sociaux comme il vient d'être détaillé ici.

Nous accompagnons en outre les étranger-e-s atteint-e-s de pathologies graves dans l'accès au droit au séjour, droit prévu par la législation depuis 1998 (cf. encadrés en pages suivantes).

Primo-arrivant-e-s ne bénéficiant pas de droits ouverts, immigré-e-s âgé-e-s, « jeunes de la place », migrant-e-s atteint-e-s d'une pathologie grave sans possibilité de prise en charge dans le pays d'origine...

Leurs situations sont diverses. Leurs parcours tout autant. On compte 69 nationalités différentes.

L'équipe a consacré 63 % des consultations de l'équipe médicale et 88 % des rendez-vous du Pôle Santé-Droits à cette partie des usager-e-s de la Case de Santé en 2012.

564

Migrant-e-s reçu-e-s en 2012

Nous présentons ici les outils de travail et les résultats de notre activité autour de cet accès au droit au séjour pour les personnes étrangères malades. Il présente notamment des statistiques concernant l'ensemble des personnes étrangères malades accompagnées à la Case de Santé pour lesquelles les services préfectoraux ont rendu une décision entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012 concernant leur demande de Titre de Séjour « Etranger Malade » (TSEM).

Le Protocole DASEM

L'équipe s'appuie sur un protocole pluridisciplinaire établi en 2007 et régulièrement mis à

jour. Ce protocole définit précisément le rôle de chacun-e et le circuit d'accompagnement des patient-e-s entre les différents intervenant-e-s à la Case de Santé. Il est mis en oeuvre conjointement par l'équipe du centre de santé et celle du Pôle Santé-Droits. La dernière version a été actualisée à la date du 25/04/2013.

L'ensemble des données médicales, sociales et administratives sont saisies dans un dossier unique informatisé géré dans notre logiciel métier (Chorus). A notre demande, l'éditeur de ce logiciel a créé des modules de saisie de données spécialement dédiés à notre protocole.



DASEM les textes

#1

-Article L313-11 11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) :
« La carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : [...] A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire [...] La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé »

Les Moyens

Les moyens matériels sont ceux de la Case de Santé : locaux, matériel de bureau et matériel informatique.

Les moyens humains se sont repartis comme suit en 2012 : Assistants de service social (0,7 ETP salarié), Coordinateur (0,1 ETP salarié), Médecin généraliste (0,35 ETP salarié et 0,15 ETP stagiaire et 0,4 ETP bénévole), Médiateur Santé (0,2 ETP salarié).

Soit l'équivalent d'1,35 ETP salarié, 0,15 ETP stagiaire et de 0,4 ETP bénévole pour un total d'heures de travail en équivalent temps plein annuel de 1,9.

Depuis 2011, des internes en médecine générale rencontrés lors de formations dispensées par la Case de Santé au sein du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) viennent bénévolement assurer le travail de recueil des éléments médicaux des patients reçu dans la cadre du protocole. Ces internes ont formalisé un Groupe des Internes Pour la Santé des Immigré-e-s (GIPSI).

Depuis 2011, une quinzaine de ces internes se sont relayés pour assurer les parties médicales du protocole, sous le contrôle et la responsabilité des médecins salarié-e-s du centre de santé.

-Article 6-7 de l'Accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié :

« Le certificat de résidence d'un an portant la mention « vie privée et familiale » est délivré de plein droit : [...] 7) au ressortissant algérien, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse pas effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays. »

L'activité en 2012

En 2012, 306 personnes ont été reçues dans le cadre du protocole. Soit pour une première demande, soit dans le cadre d'un renouvellement. Le titre de séjour délivré dans le cadre de l'article L313-11 11° du CESEDA ou de l'article 6-7 de l'Accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié sont au mieux des Cartes de Séjour Temporaire d'un an. Les personnes doivent donc renouveler leur demande chaque année.

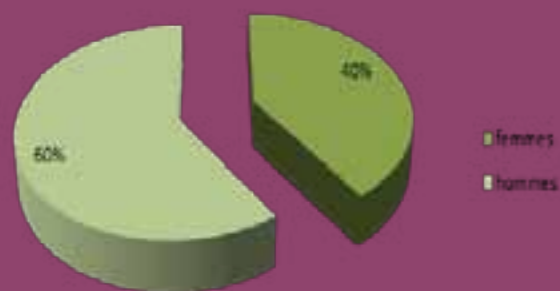
Toujours en 2012, nous avons recensé 104 décisions prises par la préfecture sur des dossiers de personnes que nous avons accompagnées dans le cadre du protocole. Par définition, ces 104 décisions concernent des dossiers que nous avons évalués et pour lesquels nous avons conseillé d'entreprendre

DASEM les textes

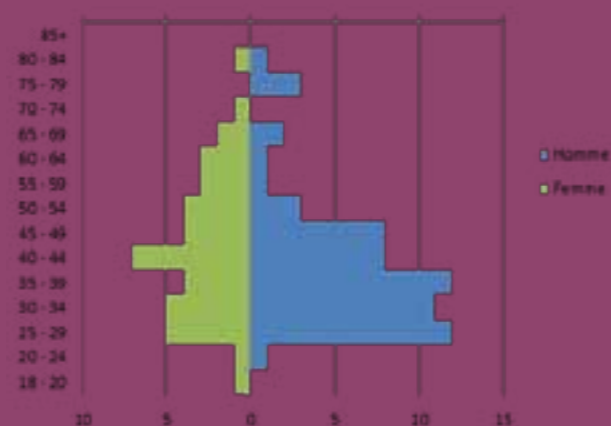
#2

les démarches en préfecture (sauf pour 3 dossiers pour lesquels les personnes ont fait les démarches malgré notre avis négatif). Nous vous proposons une étude autour de ces 104 décisions en page suivante.

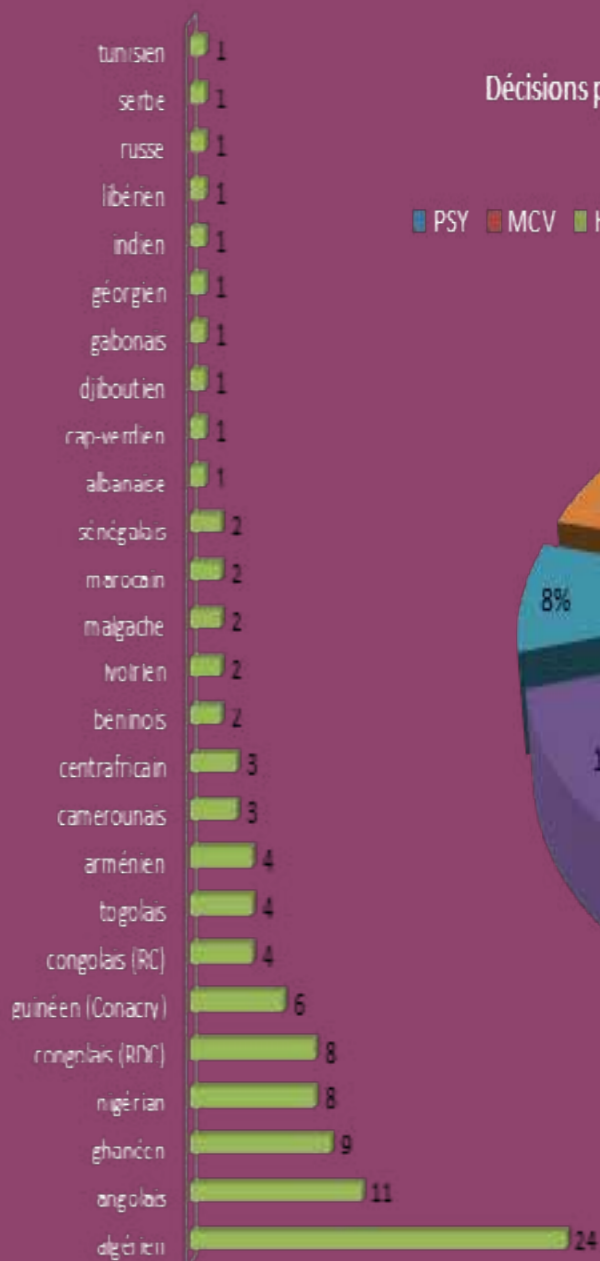
Décisions préfectorales: Demandes de TSEM 2012 accompagnées par la Case de Santé - Le sexe



Décisions préfectorales: Demandes de TSEM 2012 accompagnées par la Case de Santé - Pyramide des Âges

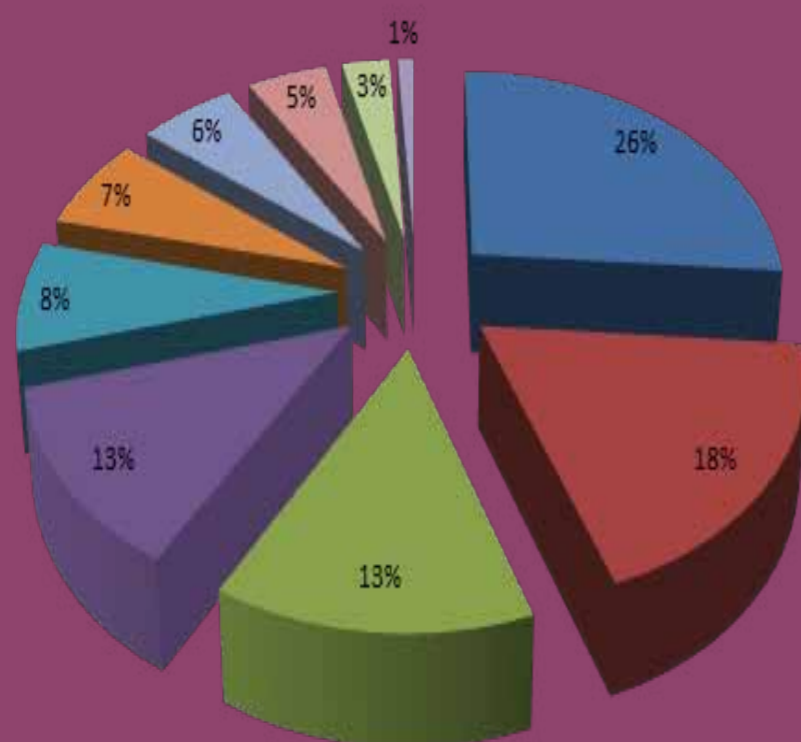


Décisions préfectorales des demandes de TSEM 2012 accompagnées par la Case de Santé - Les nationalités



Décisions préfectorales: Demandes de TSEM 2012 accompagnées par la Case de Santé - Les pathologies

■ PSY ■ MCV ■ Handicap ■ VHB ■ VIH ■ Diabète ■ Cancer ■ Autre ■ VHC ■ TUBERCULOSE



ANALYSE DES DONNÉES

Sur les 104 décisions recensées, on retrouve 95 délivrances de titre de séjour et seulement 9 refus de séjour assortis d'Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) ce qui représente un taux d'accord de 91%.

En regardant un peu plus dans le détail parmi les 9 refus de séjour assortis d'OQTF, on constate que pour 3 d'entre eux, l'avis médical rendu par le médecin de l'Agence Régionale de Santé (ARS) était « positif », c'est-à-dire que selon lui, l'état de santé des personnes justifiait qu'elles soient maintenues sur le territoire français et qu'on leur délivre donc un titre de séjour.

Mais dans ces 3 dossiers, le Préfet n'a pas pris en compte cet avis, ce qui est extrêmement rare, et a refusé le séjour à ces personnes pour des raisons de procédure (le Préfet exige par exemple la présentation d'un passeport en cours de validité, ce qui n'est pas prévue par la législation). Le tribunal a d'ailleurs annulé ces décisions et ces 3 personnes ont depuis obtenu un titre de séjour.

Au final donc, c'est bien 98 dossiers sur 104 (94%) qui ont fini par déboucher sur la délivrance d'un titre de séjour.

En outre, sur les 6 refus de séjour assortis d'OQTF restant, pour 3 d'entre eux, nous avons déconseillé d'engager la procédure, mais les personnes

104 décisions en 2012

En 2012, nous avons recensé 104 décisions prises par la Préfecture sur des dossiers de personnes que nous avons accompagnées dans le cadre du protocole. Par définition, ces 104 décisions concernent des dossiers que nous avons évalués et pour lesquels nous avons conseillé d'entreprendre les démarches en Préfecture (sauf pour 3 dossiers pour lesquels les personnes ont fait les démarches malgré notre avis négatif).

avaient souhaité déposer leur demande malgré tout.

Autrement dit, sur 101 décisions recensées pour lesquels la Case de Santé, au terme de l'application de notre protocole, a orienté les personnes étrangères malades vers la procédure de demande de titre de séjour pour raison médicale, le Médecin de l'ARS a suivi notre avis médical dans 98 cas, et la Préfecture a délivré des titres de séjour (soit un taux d'accord effectif de 97%).

26 nationalités sont représentées parmi les 104 dossiers. Un quart sont des personnes algériennes.

60% sont des hommes, dont la plupart ont moins de 50 ans. Du côté des femmes la répartition

des âges est plus large.

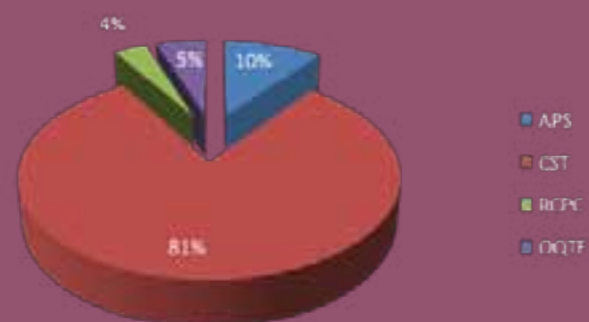
Concernant les types de titre de séjour délivrés, on observe que dans le cadre des premières demandes, dans 64% des cas, la Préfecture a délivré des Autorisations Provisaires de Séjour de 6 mois (APS). Pour les renouvellements, on retrouve 81% de délivrance de Carte de Séjour Temporaire. Ces nombreuses délivrances d'APS en première demande doivent nous interroger.

En effet, l'article L313-11-11° du CESEDA prévoit explicitement la délivrance d'une « carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " [...] à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des

Décisions concernant les premières demandes de TSEM en 2012



Décisions concernant les renouvellements demandes de TSEM en 2012



Nombre d'APS délivrées en 1ère demande	29	100 %
dont Art. L311-12 du CESEDA (Parents d'enfants malades)	3	10 %
dont condition résidence non remplie (présence en France de moins d'un an)	4	14 %
en lieu et place d'une CST (délivrance illégale d'APS par les services préfectoraux)	22	76 %

OQTF = Obligation de Quitter le Territoire Français
 APS = Autorisation Provisoire de Séjour
 RCPC = récépissé de demande de titre de séjour
 CST = Carte de Séjour Temporaire

conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire [...] »

L'autorisation provisoire de séjour pour soins (APS) concerne les étranger-e-s dont la condition de résidence habituelle n'est pas remplie : « L'étranger mentionné au 11° de l'article L313-11 qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement » (art. R313-22 du CESEDA). L'autorisation provisoire de séjour pour soins (APS) peut aussi concerner les parents d'enfant malade. La réforme de l'immigration du 24 juillet 2006 a introduit dans le CESEDA un article L311-12 qui prévoit que la Préfecture « peut » délivrer une Autorisation provisoire de Séjour de 6 mois sans droit au travail à un seul des deux parents sous réserve que ce parent réside habituellement en France.

La condition de résidence est réputée remplie lorsque la personne étrangère justifie d'une présence en France de plus d'un an. Dans le tableau ci-dessous, nous présentons les données issues de dossiers de personnes concernées par la délivrance d'une APS en première demande.

Nous avons pu établir, en nous appuyant sur des documents probants (visa d'entrée, preuve de demande de titre de séjour ancienne, autres documents...) si ces personnes remplissaient ou non la condition de résidence en France au moment de leur demande de titre de séjour pour raison

médicale. Nous avons par ailleurs distingué les APS délivrées dans le cadre de l'article L311-12 (Parents d'enfant malade).

Les chiffres sont donc accablants pour les services préfectoraux qui délivrent manifestement à tort des APS en lieu et place de Cartes de Séjour Temporaires dans 76% des cas recensés. Ces données ne font que confirmer une pratique très répandue et systématique lors de la première réponse dans certaines Préfectures qui imposent un « stage d'un an » sous couvert de deux APS de 6 mois sans droit au travail.

Ces délivrances abusives d'APS ont des conséquences graves pour les personnes concernées dans la mesure où ces APS n'autorisent pas à travailler à la différence des Cartes de Séjour Temporaires (CST). L'accès à un certain nombre de prestations sociales (AAH, RSA, Prestations vieillesse, etc...) est conditionné à l'obtention de la CST. Ainsi par ces décisions illégales, les services préfectoraux maintiennent les personnes étrangères malades dans la précarité administrative et sociale. Ces personnes sont par conséquent contraintes de faire appel aux dispositifs d'hébergement d'urgences (pourtant déjà suffisamment engorgés) et aux aides humanitaires pour se vêtir et se nourrir.

La Case de Santé est membre active du Collectif Toulousain Pour le Droit à la Santé des

Etrangers (CTDSE – www.ctdse.org) qui a saisi le Préfet à ce sujet. Ce dernier réfute les faits avancés. Le CTDSE a aussi saisi Mme Catherine Lemorton, député de la 1ère circonscription de la Haute-Garonne et Présidente de la Commissions des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, qui a à son tour demandé des explications au Préfet et saisi dans le même temps le Ministre compétent. Nous attendons à ce jour de connaître les suites qui y seront données.

En conclusion, si l'accompagnement des personnes étrangères malades au travers de notre protocole s'avère efficace, nous constatons des restrictions à l'accès aux droits de ces personnes liées principalement à la procédure et aux décisions de délivrance d'APS en lieu et place de CST. L'application de la loi BESSON en 2011, qui a considérablement durci l'article L313-11-11° (la notion « d'accès effectif aux traitements » dans le pays d'origine a été remplacée par une notion de simple « existence » de ces traitements dans le pays d'origine), pouvait faire craindre le pire.

En 2012, sur les 104 décisions recensées, nous n'avons pas réellement observé de changement radical dans les avis rendu par le médecin de l'ARS. L'analyse des premières données de 2013 montrent par contre une nette augmentation des refus de séjour qu'il conviendra d'analyser.

La situation des parents d'enfant malade est par ailleurs très préoccupante, en raison de la délivrance d'APS prévue par l'article L311-12 du CESEDA. Nous voyons de nombreuses familles, avec des enfants atteints de pathologies extrêmement graves, et dont un seul des parents s'est vu délivrer une APS. Il est nécessaire d'interroger le législateur sur le caractère apparent d'absurdité d'une loi qui sous-entend qu'un enfant atteint d'une pathologie grave n'aurait besoin que de l'un de ses parents, qui d'ailleurs ne pourrait même pas subvenir aux besoins de sa famille puisqu'il n'est pas autorisé à travailler.

Dans le rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades de l'IGA et de l'IGAS rendu en mars 2013 au Ministère de l'Intérieur et au Ministère des Affaires Sociales, il est recommandé « d'amender l'article L311-12 du CESEDA pour prévoir l'admission sur un carte de séjour temporaire « salarié » du conjoint de l'étranger malade et des parents d'un enfant mineur malade et abrogé l'article L311-12 ». Ce qui sans doute est une bonne et nécessaire chose.

Ce même rapport préconise « d'investir les médecins exerçant à l'OFII de la compétence pour rendre un avis médical au préfet » et donc d'en dessaisir les médecins de l'ARS. Sur cette question (et sur d'autres), nous partageons l'analyse de l'Observatoire pour le Droits à la Santé des Etrangers (ODSE).

N' OUBLIONS PAS LES CHIBANI-A-S !

Alors qu'ils consultent trois fois moins que les Français âgés, les vieux travailleurs maghrébins souffrent, dès 55 ans, de pathologies observées chez les Français de vingt ans plus âgés, selon le HCI (Rapport sur «la condition sociale des travailleurs immigrés âgés», mars 2005). Elles sont liées aux conditions de travail sur les chantiers, au logement précaire, aux carences alimentaires, à des affections respiratoires, etc. De plus, nombre d'entre eux sont en situation d'errance perpétuelle. Venus travailler en France lors des Trente Glorieuses, ils sont confrontés à un terrible dilemme : partir ou rester ? Où aller ? Ce qui a pour conséquence une détresse psychosociale importante. Pourtant, les parcours de vie de ces personnes sont bien souvent d'une richesse remarquable, richesse qui mérite d'être mise en valeur.

Par ailleurs, ces personnes sont confrontées de plus en plus à de multiples tracasseries administratives liées à leurs habitudes de vies (aller/retour constant entre la France et les pays d'origine). Elles sont enfin confrontées à des inégalités de traitements et à l'inadaptation des dispositifs de droit commun à prendre en charge leurs problématiques sanitaires, sociales et administratives.

Le programme « N'oublions pas les Chibanis » consiste en un accueil spécifique et adapté à la population des migrants vieillissants (Les « Chibanis »= les anciens), dans une démarche participative et conviviale, afin de prévenir au maximum la perte d'autonomie d'autant plus dramatique que l'entourage naturel de cette population est en général éloigné. Comme les autres programmes «Migrant-e-s», il s'appuie sur un bilan médical adapté et un accès aux droits protocolisé.

Soins et prévention : un bilan de santé adapté

- Dépister les pathologies chroniques et prévenir leurs complications (maladies cardiovasculaires/diabète, démence/troubles amnésiques) et organiser la prise en charge et l'orientation vers les structures adaptées.

- Dépister la surconsommation et le mésusage médicamenteux et informer sur le bon usage du médicament.
- Dépister les phénomènes d'isolement et proposer une participation aux activités de la Case de Santé
- Dépister les problèmes alimentaires (carence, alimentation déséquilibrée, achats alimentaires désordonnés, perte de plaisir autour des repas, difficultés à cuisiner) et orienter vers une nutritionniste qui organisera la prise en charge (conseils, voire mise en place d'aides à domicile)
- Dépister systématiquement les pathologies professionnelles par un entretien adapté sur le parcours professionnel et les accidents de travail avec recours à un interprète.

Accès aux droits

Faire le point sur la situation socio-administrative des personnes, et orienter vers les structures de droit commun : droit au séjour, prestations sociales, retraite, logement...

Le Pôle Santé Droits, dont les missions sont centrées sur l'accès aux droits et l'accès aux soins des personnes malades a élaboré en 2012 un protocole spécifique à l'accueil et à l'accompagnement des Chibanis. Ce protocole organise un travail systématique de l'équipe sociale autour des thématiques suivantes : Protection Maladie ; Revenus ; Entourage ; Problématiques des contrôles de la condition de résidence ; Logement ; Perte d'autonomie ; Décès.

El Zamane : Un espace d'autonomie et d'action pour les Chibani-a-s

Au-delà de la consultation individuelle, notre salle collective (80m² + une cuisine équipée qui ont vocation à être à la fois un lieu de sociabilité à bas seuil, mais aussi un lieu d'activité communautaire : repas collectif, projection, débat, spectacle, ateliers...), a permis de développer du lien social pour ces personnes, et de combattre

la solitude et cette forme de détresse psychosociale que les études ont détecté.

Ce rendez-vous hebdomadaire des chibanis à « la case de santé » est animé par une travailleuse sociale et autogéré par les Chibanis eux-mêmes. Les Chibanis qui participent déjà à cette journée hebdomadaire ont choisi d'appeler ce moment « El Zamane » (« le temps »). Tous les jeudis, les Chibanis se retrouvent dans nos locaux, confectionnent et partagent le déjeuner. C'est eux qui proposent et décident du programme des activités : jeux de cartes, dominos, projection de film, ateliers théâtre, ateliers mémoires...

En 2012, deux gouters intergénérationnels ont également été organisés en janvier et en avril. À cette occasion les plus jeunes usagers inscrits au centre de santé ont pu côtoyer les Chibani-a-s et partager avec eux ce moment de convivialité.

En 2011, 67 personnes ont participé régulièrement à El Zamane.



Primo-arrivant-e-s ne bénéficiant pas de droits ouverts, immigré-e-s âgé-e-s, « jeunes de la place », migrant-e-s atteint-e-s d'une pathologie grave sans possibilité de prise en charge dans le pays d'origine...
Leurs situations sont diverses. Leurs parcours tout autant. On compte 69 nationalités différentes.
L'équipe a consacré 63 % des consultations de l'équipe médicale et 88 % des rendez-vous du Pôle Santé-Droits à cette partie des usager-e-s de la Case de Santé en 2012.

130

Chibani-a-s reçu-e-s en 2012

Collectif « justice et dignité pour les Chibanis »

Le collectif « justice et dignité pour les Chibanis » dont la case de santé fait partie est un collectif national créé en 2009 qui s'est fixé pour objectif de veiller, alerter, se mobiliser autour des conditions de vie indignes, des pratiques discriminatoires et des contrôles abusifs dont sont victimes les immigré-e-s retraité-e-s. Parmi les Chibani-a-s, beaucoup vivent au rythme des allers-retours entre la France et les pays d'origine depuis qu'ils sont à la retraite. Ce mode de vie leur cause de nombreuses tracasseries administratives qui entravent leur accès aux droits.

Le collectif « Justice et dignité pour les Chibani-a-s revendique :

- Un accès aux soins sans restrictions ici et là-bas
- Accès aux droits sociaux et politiques sans restrictions

Monsieur F est un algérien de 65 ans ayant vécu en France de 1971 à 1982. En mai 2011, il décide de revenir en France. Il a des problèmes de santé chroniques consécutifs d'un accident du travail dont il a été victime en France en 1971.

Nous l'aidons à faire valoir son droit au séjour au motif qu'il bénéficie d'un rente d'accident du travail servie par un organisme français (Article 313-11-9° du CESEDA). Il obtient un certificat de résidence algérien de 10 ans.

Nous constituons un dossier de demande d'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA). La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) lui demande de justifier d'un droit au séjour de cinq antérieur à sa demande. Par retour de courrier, nous indiquons à la CARSAT que selon l'article L 262-4 du code de l'action sociale et des familles aucune condition de résidence préalable ne peut être opposé aux personnes titulaires d'une carte de résident (ou certificat de résidence algérien de dix ans). Nous attendons la position de la CARSAT...



ici et là-bas.

- Un accès au logement digne et adapté à leurs conditions de vieillissement.
- La reconnaissance et la visibilité de l'histoire et la mémoire des luttes.

Le collectif « Justice et Dignité » a été très actif en 2009, 2010 et 2011 dans la dénonciation des contrôles opérés par la CRAM, la MSA et la CAF dans les foyers ADOMA toulousains ; ce qui lui a permis de se former sur ces questions précises et développer des compétences en matière de défense des droits des Chibanis.

En 2012 le collectif « justice et dignité pour les Chibanis » a été sollicité par des membres de l'assemblée national afin d'être auditionné courant 2013 dans le cadre d'une mission d'information parlementaire sur les migrants âgés. La mission est chargée d'étudier les difficultés auxquelles cette population est confrontée (droits, soins, logement, isolement...) puis de formuler des propositions visant à améliorer sa situation. La mission parlementaire rendra son rapport en juillet 2013.

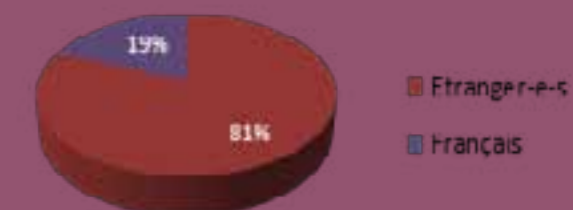
L'activité en 2012

130 personnes immigrées âgées de plus de 55 ans ont été prises en charge à la case de santé en 2012, dont 66 ont été vues pour la première fois. On comptait, en 2011, 121 personnes immigrées de plus de 55 ans. Ces personnes représentaient 14% de l'ensemble des usager-e-s de la Case de Santé en 2011, et 12% en 2012.

Rapportée à l'ensemble des usager-e-s de plus de 55 ans accueilli-e-s au centre de santé, la part des migrant-e-s s'établit à 81%, alors que sur l'ensemble de la file active du centre de santé les migrant-e-s représentent 64% des usager-e-s.

On observe donc une « sur-représentation » des migrant-e-s parmi les plus de 55 ans. Une réalité déjà observée en 2011 où la

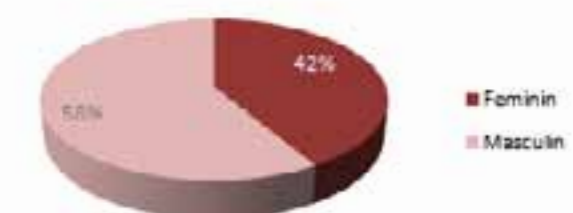
Usager-e-s âgé-e-s de plus de 55 ans
Part des Migrant-e-s



Usager-e-s étranger-e-s de plus de 55 ans
Nationalités les plus représentées

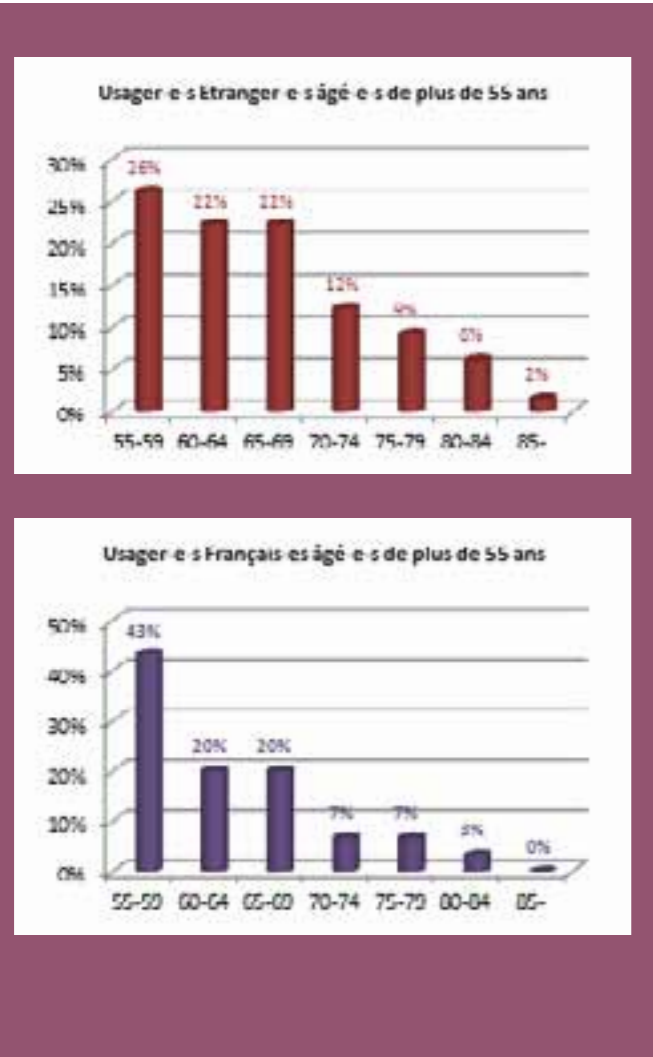


Usager-e-s étranger-e-s de plus de 55 ans
Répartition selon le sexe



Usager-e-s français-es de plus de 55 ans
Répartition selon le sexe





La répartition selon les âges présente une échelle d'âge concernant les usager-e-s étranger-e-s du centre de santé qui se caractérise par une plus grande profondeur en comparaison avec les seul-e-s usager-e-s français-es âgé-e-s de plus de 55 ans.

La prise en charge mise en œuvre à la Case de Santé est donc, en comparaison, effective à des âges plus avancés pour les migrant-e-s reçu-e-s au centre de santé.
 Nombre de rendez-vous des personnes immigrées âgées de plus de 55 ans en 2012 :

En 2012, le nombre de consultations en médecine générale des personnes immigrées de plus de 55 ans s'élèvent à 635 ce qui représentent 15% du nombre total des consultations de 2012.
 Les consultations infirmières sont d'environ 60 soit 13,8% de l'ensemble des consultations infirmières de 2012.

La psychologue a tenu 35 entretiens de personnes immigrées âgées ce qui représentent 12% du nombre total des entretiens
 Quant au travail social le nombre d'entretiens est estimé à 325 en 2012 ; soit 19% du nombre total de rendez-vous dispensés par les travailleurs sociaux

La case de santé, compte tenu de l'ancienneté de son action matière d'accueil et de prise en charges des personnes immigrées âgées de plus de 55 ans et de l'expertise construite par les professionnel-le-s de l'équipe est devenu un lieu de référence que l'on sollicite pour un appui, un conseil, ou vers lequel de nombreux partenaires orientent des personnes qui ne trouvent pas de réponse adaptée dans les dispositifs de droits commun.

proportion était de 83% pour les migrant-e-s et de 17% pour les Français-es.

Cette donnée indique que le centre de santé, de par son implantation, son organisation et ses programmes, est bien un lieu de santé adapté au public des migrant-e-s vieillissant-e-s.
 La répartition des usager-e-s selon leur nationalité reste marquée par une forte proportion de ressortissant-e-s algérien-ne-s (52% en 2011, 44% en 2012). L'évolution la plus nette étant une présence croissante de ressortissant e-s arménien-ne-s et bulgares par rapport à 2011. Sur l'ensemble, on compte 24 nationalités différentes.

L'analyse de la population âgée de plus de 55 ans usagère du centre de santé selon le sexe indique une grande stabilité, à la fois comparativement à 2011 et comparativement aux seul-e-s usager-e-s français-es.



SANTÉ DES DÉTENU-E-S

La population des sortant-e-s de prison est particulièrement fragilisée. La sortie se fait souvent de façon soudaine, non programmée, parfois simplement mal préparée. Des sortant-e-s de prison se retrouvent à l'extérieur, sans logement, parfois sans papiers ou sans couverture sociale, et avec peu de transmission des informations médicales malgré les efforts de certains soignants de l'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires)

DEDANS-DEHORS : UN PONT POUR LES SORTANT-E-S DE PRISON

La Case de Santé tient ce programme depuis plusieurs années grâce à un financement de Sidaction. Il vise à améliorer le suivi médico-social des sortant-e-s de prison.

Au fil des ans, les réalités de vie des usager-e-s de la Case de Santé ont amené à repenser cette intervention en ne se limitant plus à la seule sortie de prison. L'équipe est sollicitée parfois lors de l'entrée ou au cours d'une période d'enfermement de l'un-e de ses usager-e-s.

Bilan médico-social

La Case de Santé favorise l'accueil de détenu-e-s à la sortie ou en aménagement de peine dans un cadre non spécifique et non stigmatisant. Elle propose un bilan médico-social réalisé en coordination pluridisciplinaire par l'équipe du centre de santé.

Un volet social permet en premier lieu d'évaluer les conditions matérielles de la sortie de la personne (moyens de subsistance, hébergement...) et d'organiser un plan d'action mobilisant les services compétents à partir de priorités définies avec la personne. Les travailleurs sociaux s'assurent aussi de répondre immédiatement aux problèmes d'accès aux soins quasi-systématiques. Ils clarifient également la situation administrative.

Le volet médical est pris en charge d'abord par l'IDE qui collecte les éléments du dossier médical et engage un plan de prévention et de dépistage, avec suivi protocolisé des pathologies chroniques (VIH, VHB, VHC). Le MG complète la synthèse médicale et organise un éventuel parcours de soin. Une approche particulière autour des facteurs de risque liés à la détention et

aux addictions est partagée par l'équipe appuyée par la psychologue spécifiquement sur la question de la souffrance psyco-sociale, du syndrome de stress post-traumatique et des troubles mentaux (parfois à l'origine de l'incarcération).

L'équipe sociale

- * -Fait un point sur la situation administrative (pièce d'identité, titre de séjour, Assurance Maladie, ASSEDIC, RSA, carte de transport...)
- * -Fait un point sur les conditions de vie (logement, travail, entourage)
- * -Fait le lien avec le réseau social de la ville

L'infirmière

- * -Réunit les informations sur l'état de santé (questionnaire infirmier)
- * -Récupère les informations médicales auprès de l'UCSA et /ou du SMPR

Le médecin

- * -Effectue une synthèse médicale et propose un suivi en fonction des éventuelles pathologies.
- * -Une orientation pour un avis spécialisé peut être proposée.

En 2012, 47 personnes ont bénéficié du bilan médico-social.

La Case de Santé a eu un contact avec 92 personnes ayant été concernées par une période d'enfermement (détention ou rétention) en 2012. Information, orientation, sensibilisation au dépistage, accès aux droits... toutes ont bénéficié d'une action ponctuelle.

47 personnes ont été suivies sur un temps plus long, permettant de mettre en place le bilan médico-social complet. 4 femmes et 43 hommes, dont la moyenne d'âge est de 36 ans.

47

personnes suivies en 2012



LES NON-SUBSTITUABLES

Depuis sa création, la Case de Santé engage des dynamiques innovantes dans tout ce qu'elle entreprend. Cette caractéristique imprègne les modes d'intervention, les pratiques professionnelles, les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'équipe et les programmes construits. Dernière tentative en date, celle autour d'un groupe nommé «Les Non-Substituables» créé en 2012 autour de la réduction des risques et des TSO.

CONSULTATIONS COLLECTIVES DE RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Le projet de santé porté par l'équipe pluridisciplinaire est inspiré de la Charte d'Ottawa et vise à une approche globale de la prise en charge des personnes, en dynamique communautaire. Au cœur de ce processus, il y a la reconnaissance du pouvoir qu'ont les personnes à prendre en main leurs destinées, à assumer la responsabilité de leurs actions et à prendre en charge leur santé, avec le soutien - si nécessaire - des professionnels de santé.

Parmi les patient-e-s reçu-e-s à la Case de Santé, certain-e-s bénéficient d'un médicament de substitution aux opiacés. La prescription de ces traitements ne peut dépasser légalement 28 jours. Il est parfois nécessaire qu'un-e patient-e sous substitution soit reçu-e mensuellement par son médecin traitant. Mais dans beaucoup de cas, on se rend compte que l'on est face à un-e patient-e qui gère son traitement, dans le cadre d'une prise en charge au long cours, comme cela pourrait être le cas pour le diabète, l'HTA ou d'autres pathologies. Un suivi individuel aussi fréquent (et parfois bien contraignant) est-il nécessaire du point de vue des soins ? Ne risque-t-on pas d'entretenir une forme de domination et de contrôle social ?

Dans le même temps, les personnes ayant un traitement de substitution aux opiacés peuvent être confrontées à des difficultés parfois importantes : co-morbidités (VIH, hépatites, problème psychiatriques), stigmatisation, parfois en lien avec les co-morbidités, parfois en lien avec le seul traitement, précarité sociale et/ou administrative,

dépendance à la voie injectable ou nasale, etc...

Dans une démarche communautaire en partant du point de vue que les ressources existent chez les personnes pour répondre à de nombreuses problématiques et qu'un autre cadre que le tête-à-tête des consultations peut être envisagé, l'idée du collectif a émergé.

À l'initiative de quelques patients du centre de santé, d'une infirmière, d'un médecin et d'un médiateur en santé des consultations se déroulent donc de façon collective tous les 28 jours, dans le cadre légal, pour les usager-e-s se retrouvant dans ce mode de prise en charge (de 6 à 10 personnes environ). Sans objectif posé au préalable, mais avec l'envie de replacer la relation au cœur des rapports entre les personnes. Et cela si possible dans un cadre convivial, à la fois pour les usager-e-s et les professionnel-le-s présent-e-s !

Le temps de ces rencontres est divisé en deux : un temps collectif d'échanges et, si nécessaire, un temps individuel de consultation de quelques minutes pour les usager-e-s qui le souhaitent (suivi autre que TSO, adaptation de dose, ou tout autre problème).

Lors du temps collectif, le théâtre forum a été proposé comme outil d'échange. Usager-e-s et professionnel-le-s écrivent actuellement collectivement plusieurs scènes évoquant les représentations des professionnel-le-s de santé et de la société au sens large, les représentations des usager-e-s, la stigmatisation perçue, etc... Par le biais du théâtre, les professionnel-le-s pré-

sents sont là au même titre que les autres membres du groupe et peuvent être amené-e-s à exprimer des positions personnelles ou des émotions, au-delà de la prescription médicale et cherchant à en dépasser les enjeux. Les ordonnances de renouvellement de traitement sont pré-établies et placées à la disposition des patient-e-s présent-e-s sous pli confidentiel.

Le collectif permet aussi de solliciter les savoirs des usager-e-s et de l'organiser en auto-support. Les personnes prenant un traitement depuis longtemps peuvent être des « expert-e-s » de ce traitement, au même titre que les soignant-e-s. Le savoir du collectif peut être mobilisé pour répondre aux difficultés individuelles, par exemple dans la gestion des effets secondaires des traitements, où les usager-e-s sont souvent plus amenés à répondre que les soignant-e-s. Des accompagnements dans une démarche thérapeutique, comme un passage à la méthadone pour des personnes en difficulté avec l'injection, peuvent aussi être organisés par des patient-e-s ayant eux le même parcours de soins.

Comme toute démarche collective, la pérennité du projet peut connaître des aléas : rythme collectif différent des rythmes individuels, désengagement de certain-e-s participant-e-s... Pour se donner des chances de réussite, le projet a donc d'abord été proposé aux personnes suivies depuis quelque temps à la Case de Santé, avec lesquels s'est établie une relation de confiance.

Les Non Substituables, «le groupe qui fait de la réduction des risques à la Case de Santé» a construit un site internet vitrine de son activité : www.moutonnoir.org/nonsubstituables/

Pour présenter l'envergure de ce groupe, les mots ne suffisent pas et vous devrez aller visionner le court film de présentation qu'ils ont réalisé, en ligne sur le site indiqué ci-dessus.

1
site internet et
un film réalisé
en 2012

Ce mode de prise en charge n'est pas excluant d'un suivi plus classique. Le collectif n'est pas non plus obligatoire pour un renouvellement et peut cesser à tout moment. Les usager-e-s participant-e-s aux consultations collectives peuvent aussi choisir de prendre un rendez-vous individuel au centre de santé, en plus ou à la place du collectif, au même titre que tout autre patient-e de la Case de Santé. Il est d'ailleurs intéressant d'observer l'interaction entre les consultations collectives et les consultations individuelles au centre de santé, l'individuel n'excluant finalement pas non plus le collectif !

PLAIDOYER ET SANTÉ DES MIGRANT-E-S

Le Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Étrangers (CTDSE) regroupe depuis 2007 des associations et des professionnels œuvrant dans l'accompagnement et la défense des droits des étrangers malades. La Case de Santé fait partie de structures fondatrices de ce réseau. En sont membres en 2012 : AIDES Midi Pyrénées, Act Up, La Case de Santé, La Cimade, La Clef, Grisélidis, Médecins du Monde, et Syndicat des Avocats de France + des

COLLECTIF TOULOUSAIN POUR LE DROIT À LA SANTÉ DES ÉTRANGERS

Le Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Étrangers (CTDSE) regroupe depuis 2007 des associations et des professionnels œuvrant dans l'accompagnement et la défense des droits des étrangers malades. La Case de Santé fait partie de structures fondatrices de ce réseau. En sont membres en 2012 : AIDES Midi Pyrénées, Act Up, La Case de Santé, La Cimade, La Clef, Grisélidis, Médecins du Monde, et Syndicat des Avocats de France + des avocats spécialisés en droit des étrangers qui participent à titre individuel.

Le CTDSE a pour objectif :

- de mettre en commun nos savoirs et nos expériences dans le domaine de la santé des étrangers
- de créer des outils à destination des étrangers et des professionnels de santé et du social pour faciliter l'accès à la santé des étrangers
- d'être un observatoire et une cellule de vigilance des pratiques des administrations (préfecture, CPAM, ARS) dans le domaine du droit au séjour pour les étrangers présentant des pathologies graves, mais aussi plus généralement dans le domaine du droit à la protection sociale.

Le CTDSE dispose d'un site internet : www.ctdse.org. Il s'agit d'un outil à destination des professionnels et du public qui visent à informer de façon concrète et pratique sur les droits des personnes étrangères malades. Poursuivant le même

objectif que le site internet, le CTDSE a édité une brochure en 2010 (Cf. Ci-dessous)



Les membres du CTDSE se réunissent chaque premier jeudi du mois dans les locaux de la Case de Santé ou d'un autre partenaire.

Un travailleur social du Pôle Santé-Droits de la Case de Santé est mandaté pour participer à ces réunions et représenter la Case de Santé.

Etude de situations individuelles

Les membres du CTDSE présentent des situations problématiques individuelles de personnes étrangères malades rencontrées dans nos structures. Il

s'agit de mettre en commun nos savoirs et nos outils pour tenter de solutionner le problème (d'accès aux soins, d'accès aux droits, de séjour...). Le collectif peut décider d'intervenir en son nom auprès des services concernés (CPAM, Préfecture, ARS...) pour défendre les droits des personnes. 22 situations ont été présentées. 8 ont nécessité l'intervention du CTDSE. Nous produisons en annexe 1 un exemple de courrier envoyé par le CTDSE pour alerter sur la situation d'un patient suivi à la Case de Santé.

Action de plaidoyer

Les activités d'accompagnement individuel des membres du CTDSE permettent d'observer les pratiques et les dysfonctionnements des administrations et des organismes de prestations sociales dans l'accès aux soins et aux droits des personnes. Cette position de « témoin » confère au CTDSE une responsabilité en matière de plaidoyer.

Le CTDSE a tenté à plusieurs reprises des médiations avec

les services de la Préfecture au cours des dernières années. En 2008/2009 la Préfecture de Haute-Garonne avait nommé un référent chargé d'étudier les cas signalés par le CTDSE et de répondre à nos observations de dysfonctionnement. Ce référent a fini par disparaître. En 2012, le CTDSE n'a pas pu rétablir un lien constructif avec la Préfecture.

Le CTDSE s'efforce d'alerter les élus locaux sur les dysfonctionnements, les freins et blocage à l'accès aux droits des étrangers malades. Mme LEMORTON, député de la première circonscription et présidente de la commission des affaires sociales nous a reçu à plusieurs reprises en 2012 a saisi le ministre de tutelle sur les éléments que nous lui avons communiqué.

Action collective

Un réformé de l'article L313-11-11° du CESEDA sur les droits au séjour pour raison médical

été entrée en application en juin 2011. Elle durcit considérablement l'accès au droit au séjour pour raison médicale puisqu'elle a substitué la notion d'accès effectif aux soins dans le pays d'origine à une notion d'existence des traitements dans le pays d'origine. Le CTDSE a organisé en 2011 et 2012 trois réunions publiques d'information à destination des personnes concernées et suivi dans nos structures. Ces réunions se sont déroulées dans les locaux de la Case de Santé et ont permis d'expliquer aux personnes étrangères malades les probables conséquences de cette réforme sur leur droit au séjour. Environ 200 personnes ont participé au total à ces trois réunions publiques. Un Groupe des Etrangers Malades (GEM) est né de ces rencontres (voir page 130). Un film de 8 minutes intitulé « Paroles d'étrangers malades » a été réalisé en avril 2012 et diffusé largement sur internet. (www.ctdse.org/film-paroles-detrangers-malades)

GROUPE DES ÉTRANGER-E-S MALADES

Le Groupe des Etrangers Malades (GEM) est né à partir des trois réunions publiques organisées par le Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers (CTDSE) de l'automne 2011 au printemps 2012.

Un groupe de 15 personnes étrangères malades, titulaire de titre de séjour ou en cours de procédure ont souhaité se regrouper avec pour objectif :

- de donner de la visibilité à leur situation et témoigner

- sensibiliser le public sur les conséquences de la réforme de juin 2011 sur le droit au séjour pour les personnes étrangères malades
- participer aux activités du CTDSE
- mettre en place une permanence dans les locaux de la Case de Santé pour accueillir des personnes étrangères malades, les informer, les orienter et pour créer les solidarités.

La Permanence du GEM

A partir de décembre 2011 et jusqu'à septembre 2012, le GEM a assuré une permanence toutes les deux semaines, le mercredi de 15:00 à 17:00

dans les locaux de la Case de Santé. Une médiatrice santé de la Case de Santé y participait. Ces permanences avaient pour objectifs d'accueillir des personnes étrangères malades, de les informer, de les orienter et de créer les solidarités. Environ 100 personnes ont participé à ces permanences sur les 10 mois d'activité. Les participants ont notamment organisé des accompagnements individuels des personnes en préfecture pour les aider dans leurs démarches, ou d'autres accompagnements dans le parcours de soins.

La participation au CTDSE

Le GEM est représenté par un ou deux de ses membres à chaque réunion mensuelle du CTDSE. La présence de personnes concernées directement par le droit au séjour pour raison médicale apporte un éclairage nécessaire dans les discussions et les décisions prises par le CTDSE.

Une émission de radio

Le GEM anime depuis septembre 2012 une émission de radio mensuelle (tous les derniers lundis du mois de 19:00 à 20:00 sur Canal Sud- 92.2

FM). Cette émission a pour objectif de donner des informations d'actualité sur le droit au séjour et l'accès aux soins des personnes étrangères. Elle permet aussi le débat. Elle est surtout un outil de témoignage pour les personnes étrangères malades.

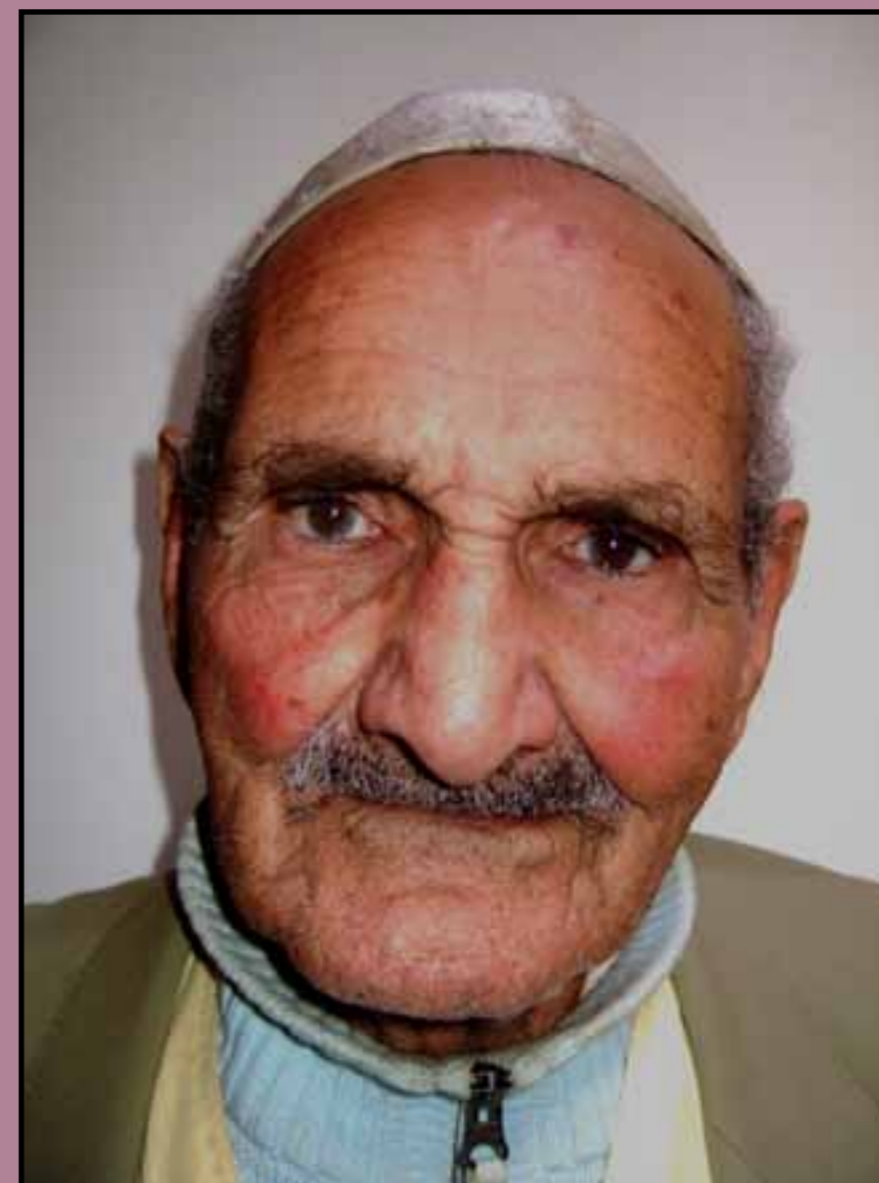
Un film pour témoigner

Le GEM a participé activement à la production du film « *Paroles d'étrangers malades* » (8 minutes, visible sur www.ctdse.org) en avril 2012. Plusieurs membres du GEM témoignent dans ce film.

Une action publique

Le 1er mai 2012, une cortège organisé par le GEM et le CTDSE a pris place dans la traditionnelle manifestation des travailleurs dans les rues de Toulouse. Une action pour sensibiliser le public sur les conséquences de la réforme de la loi sur le droit au séjour pour les personnes étrangères malades.





Ce rapport d'activité est dédié à la mémoire de M. RACHI Zarouki. Un Chibani parmi d'autres, que la République Française, ses lois et ses administrations, ont méprisé tout au long de sa vie.

Qu'il repose en paix dans sa terre natale. Nous continuerons à entretenir son souvenir dans la lutte sur sa terre d'adoption. Allah yarahmou !

La Case de Santé
Centre de Santé et Pôle Santé Droits



17, place Arnaud Bernard
31000 TOULOUSE

Standard centre de santé : 05 61 23 01 37
Standard Pôle Santé-Droits : 05 61 23 62 35

contact@casedesante.org
www.casedesante.org

N° FINESS : 310021027
N° SIREN : 48784677600010