



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**« L'EXTENSION REGIONALE DU
RESEAU « MIGRANTS » D'ILLE ET VILAINE POUR
UNE PRISE ENCHARGE MEDICO-SOCIAL DES
MIGRANTS EN BRETAGNE »**

– Groupe n° 13 –

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| – BERTHAU Johana | – LEBLOND Lucile |
| – ECOTO Marie-Laure | – LESCURE Corinne |
| – ELISABETH Guy | – ROQUES Julie |
| – GIVONE Gerald | – TRAMONI Annick |
| – LAUXERROIS Sandrine | |

Animateur :

– *Pascal JARNO*

S o m m a i r e

S o m m a i r e	2
Introduction	1
I. Le Réseau Ville Hôpital (RVH) 35, un dispositif local appelé à évoluer	5
A. Le RVH 35, un dispositif local efficace qui reste perfectible	5
1 Un dispositif original qui répond à des besoins spécifiques	6
2 Un dispositif qui reste perfectible	9
B. L'extension régionale du RVH 35 en question	10
1 L'opportunité de la régionalisation	11
2 Les avantages de la régionalisation	13
II. L'extension régionale, une mise en œuvre soumise à des contraintes	17
A L'extension régionale, une démarche qui rencontrera diverses contraintes ..	17
1 Des contraintes internes aux réseaux.....	17
2 Des contraintes financières, politiques et administratives.....	18
B Les modalités de l'extension régionale	20
1 Un modèle ascendant comme philosophie générale.....	21
2 La régionalisation en pratique	22
Conclusion	25
Bibliographie.....	26
Table des annexes	28

Remerciements

Nous tenons à remercier Pascal JARNO, médecin de santé publique et administrateur du Réseau Ville Hôpital 35 pour ses précieux conseils au cours du module interprofessionnel.

Nous souhaitons également remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de nous rencontrer et de nous consacrer une partie de leur temps pour nous exposer leur vision du réseau migrant et de son extension régionale notamment :

- Le responsable du Service d'Accueil et d'Orientation de Rennes
- La directrice du centre médical Louis Guilloux, ainsi que la chargée de mission du projet « régionalisation »,
- Une étudiante en master de psychosociologie.
- Le président du réseau Ville Hôpital 35 (RVH 35).
- Un médecin du centre médical Louis GUILLOUX.
- Le responsable du département Santé Publique de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne.
- Le directeur de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne.
- Un responsable du réseau au sein de l'URMLB.
- Une personnalité parlant en qualité d'évaluateur de réseau de santé.
- Un médecin de l'association Point H.

Liste des sigles utilisés

AGEHB : Association de Gestion pour l'Emploi et l'Hébergement en Bretagne

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMLG : Centre Médical Louis Guilloux

CMU : Couverture Maladie Universelle

COMEDE : COMité MEDical pour les Exilés

CSP : Code de la Santé Publique

DGARS : Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Loi HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Plan Régional de Santé

RVH : Réseau Ville Hôpital

SAO : Service d'Accueil et d'Orientation

URMLB : Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Méthodologie

Le groupe était composé de deux directrices des soins, de deux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale stagiaires, de quatre élèves directrices des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et d'un élève directeur d'hôpital.

Tous les membres ont participé activement aux échanges et chacun, avec son expérience a pu enrichir le débat aux différentes étapes de la réflexion. L'animateur très présent, nous a éclairé au fur et à mesure de l'avancée de l'étude de notre problématique. Parfaitement intégré au groupe, il nous a guidé à tous les moments clés de ce MIP 2010.

Dans ce cadre, il s'agissait d'étudier l'opportunité de l'extension du « réseau migrant » pour une prise en charge médico-sociale des migrants en Bretagne. Il convenait de s'interroger sur les modalités de régionalisation et les éventuelles contraintes qu'elle pourrait rencontrer dans sa mise en œuvre.

Dès le premier jour, un retro-planning a été réalisé et respecté tout au long de ce module. Le partage des tâches a été naturel et a permis une très bonne cohésion et entente du groupe. Tous les participants ont su s'entendre pour dégager une position commune à chaque moment de la réflexion. La complexité du sujet a induit des échanges très intéressants et nous a permis d'enrichir nos idées sur ce thème.

Dans la mesure où l'animateur de notre groupe nous avait, avant même le début du MIP, pris de nombreux rendez vous, nous avons pu, dès la première semaine, entamer les entretiens. Les premiers jours de ce module ont donc été consacrés à l'analyse de la documentation sur ce thème et à l'élaboration de la grille d'entretien.

Les entretiens se sont déroulés par binômes durant la première semaine ainsi que sur les premiers jours de la seconde semaine. Nous nous sommes transmis les comptes rendus de chaque entretien et avons fait une restitution orale générale à l'issue du dernier entretien. Nous avons pu réaliser 9 entretiens sur les 10 prévus au départ.

L'étude de la documentation et les entretiens ont été très complémentaires pour nous apporter les éléments indispensables à la problématisation de notre sujet. En effet, à

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2010

À l'issue de cette première phase, nous avons utilisé la méthode du brainstorming afin de retenir les idées essentielles qui sont ressorties de cette étape d'exploration. Cette méthode nous a conduit à l'élaboration de notre plan détaillé qui a été, à l'issue de la seconde semaine, validé par notre animateur et réparti entre quatre binômes.

Le début de la troisième semaine a été consacré à la rédaction par binôme du corps du devoir. Une relecture globale collective a été organisée à l'issue de cette rédaction. Ce temps relativement long a été l'occasion de confronter les idées de chacun et d'harmoniser l'écriture de notre rapport. Les autres éléments du rapport (résumé, bibliographie, sommaire, annexes...) ont été répartis par binômes afin de pouvoir respecter les délais.

Une relecture individuelle et les dernières interventions de l'animateur ont enfin permis d'apporter les dernières corrections. La dernière journée a été consacrée à la préparation de la présentation orale qui aura lieu le 25 juin 2010.

L'animateur a été un acteur clé de ce module. Par son implication au travers des prises de rendez vous avec les professionnels et sa présence quotidienne, physique ou par e-mail, il a su nous guider dans notre travail tout en nous laissant une liberté d'esprit nécessaire à la production de ce rapport.

Un réel travail de groupe a été réalisé lors de ce module alors même qu'une des participantes ne pouvait être présente. Elle a néanmoins réussi à s'intégrer dans le travail de groupe au quotidien en participant aux échanges de messages et en réalisant des travaux indispensables à la finalisation du rapport. Dans une ambiance de travail de groupe toujours agréable et respectueuse de chacun, ce module nous a apporté un réel enrichissement tant sur le plan personnel que professionnel.

Introduction

Dans un contexte de politique nationale d'immigration choisie, la situation des migrants fait débat dans la société française. Avec moins de 3 % de personnes de nationalité étrangère la région Bretagne est en dessous de la moyenne nationale qui est de 8.1%¹. Cependant parmi ces 3 %, environ 90 %² sont en situation administrative précaire ce qui engendre entre autre une difficulté d'accès aux soins de santé. Dans ce cadre, le pôle migrant du Réseau Ville Hôpital 35 tente d'y apporter une réponse au quotidien.

L'article L6321-1 du Code de la Santé Publique (CSP) complété par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 apporte une définition précise des réseaux de santé. Ils existent pour coordonner le travail entre les professionnels de santé. Ainsi les professionnels libéraux, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les autorités administratives travaillent ensemble dans le but de proposer une prise en charge adaptée à un public donné.

La mission principale des réseaux de santé est de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.* » L'article D6321-7 du CSP prévoit que les réseaux de santé sont évalués tous les 3 ans. S'ils satisfont les critères de qualité les réseaux peuvent obtenir des financements de l'Etat, des Collectivités Territoriales, de l'Assurance Maladie.

Un réseau de santé se met en place autour d'une charte constitutive qui prévoit les engagements de toutes les parties prenantes au réseau. Elle fixe les objectifs et les missions du réseau vis-à-vis de ses usagers. Ainsi comme dispose l'article D6321-2 du CSP les réseaux de santé « *répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction*

¹ Source INSEE, 2008

² Rapport d'activité 2009 du RVH 35

de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social. »

Le Réseau Ville Hôpital 35 (RVH) s'inscrit dans cette définition. Son objectif principal est la prise en charge médico-sociale des migrants.

La notion de migrants n'est pas simple et une confusion peut exister entre les termes relatifs aux étrangers, aux immigrés, aux migrants. Selon le Comité Médical pour les Exilés peut être considérée comme migrante une personne française ou étrangère, résidant en France mais née à l'étranger. On appelle par ailleurs « primo-arrivant » une personne qui vient d'arriver en France et qui est aux prémices de ses démarches d'obtention d'autorisation de séjour en France. Toujours d'après le COMEDE « les exilés, réfugiés, ou étrangers en situation précaire constituent des populations particulièrement vulnérables sur le plan de la santé. »

La prise en charge des migrants ne peut pas être abordé sans évoquer le contexte actuel de la migration en France. La politique française vis-à-vis des migrants prend forme dès 1945 avec l'ordonnance du 2 novembre relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France. Depuis 1945, le dispositif relatif au séjour des étrangers en France n'a pas cessé d'être complexifié depuis par de nombreuses mesures. Ainsi en 2003, quatre lois sont venues renforcer le dispositif préexistant en durcissant les conditions d'immigration et d'obtention des titres de séjour en France. De ce fait, les préfectures compétentes dans l'attribution et le renouvellement des titres de séjour ont durcies leur politique, que ce soit en matière de régularisation pour soins ou d'autorisation de séjour pour rapprochement familial. Malgré ce contexte politique défavorable à l'immigration, la France reste un pays attractif en termes de migration. En Bretagne, la population migrante est fortement concentrée en Ille et Vilaine et plus particulièrement dans la ville de Rennes. L'ensemble des primo arrivants passe par Rennes où ils trouvent une prise en charge globale.

Le réseau « migrants » du R.V.H. 35 bien qu'initialement mis en place en 1991 pour répondre à la problématique de la prise en charge des personnes atteintes du V.I.H a diversifié son activité. En effet, à la fin des années 90 l'amélioration de la situation des personnes atteintes du SIDA a remis en cause la pérennité du RVH 35. Le réseau a donc décidé de réorienter son activité afin d'apporter une réponse aux besoins locaux, en palliant l'absence de structuration de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), en s'adaptant à la prépondérance des pathologies infectieuses et surtout en répondant au besoin de prise en charge médico-sociale des populations migrantes. Aujourd'hui, c'est un

acteur incontournable de la prise en charge médico-sociale des migrants en Ille et Vilaine.

Mais si son activité est concentrée en Ille et Vilaine, le Réseau Ville Hôpital 35 s'interroge aujourd'hui sur la possibilité d'étendre à l'ensemble de la région Bretagne son activité. La notion d'extension régionale s'attache surtout au fait que la dimension du réseau sera de portée régionale et plus seulement départementale voire locale. A cet égard d'autres initiatives existent dans d'autres départements comme le point H dans le Finistère mais les structures bretonnes d'accueil et de prise en charge des migrants se trouvent parfois en difficultés pour satisfaire les demandes qui leurs sont faites. L'idée d'une harmonisation fait donc son chemin dans l'esprit des professionnels acteurs du réseau.

Au total si les demandes de certains partenaires sont bien identifiées (intégration des prises en charge médicales et sociales, suivi psychologique et/ou psychiatrique adapté aux troubles liés à la migration tels que les syndromes de stress post traumatiques, mise en place d'un interprétariat...), le paysage de la prise en charge médico-sociale des migrants est en pleine mutation d'une part dans le contexte plus large de la mise en place récente des agences régionales de santé (ARS) et des futurs territoires de santé et d'autre part dans le contexte plus large de la politique vis-à-vis des migrants en France.

Se pose donc la question de l'opportunité d'une extension régionale du RVH 35 pour la prise en charge médico-sociale des migrants en Bretagne. En effet, si l'extension régionale du pôle migrant du RVH35 présente certes un intérêt (I) ; elle ne se fera pas sans contraintes, compte tenu des modalités de mise en œuvre (II).

I. Le Réseau Ville Hôpital (RVH) 35, un dispositif local appelé à évoluer

Si le RVH 35 est un dispositif local efficace, il demeure perfectible (A). Dans cette optique, l'idée de son extension pose question (B).

A. Le RVH 35, un dispositif local efficace qui reste perfectible

Le RVH 35 est un dispositif original répondant à des besoins spécifiques (1), il reste toutefois perfectible (2).

1. Un dispositif original qui répond à des besoins spécifiques

a. Le Réseau Ville Hôpital d'Ille et Vilaine :

Le réseau Ville Hôpital 35 (RVH 35) est une association loi 1901 créée en 1991. Il emploie aujourd'hui 26 salariés dont 14 interprètes. À l'origine entièrement dédié à la lutte contre le VIH, le réseau a, peu à peu, étendu ses activités pour s'orienter principalement vers une prise en charge médico-sociale des migrants. Aujourd'hui composé de cinq pôles différents, il constitue un dispositif complet chargé à la fois de la prévention, du dépistage et du traitement des pathologies diagnostiquées chez les usagers de ce réseau ainsi que de la promotion de la santé. Le pôle VIH créé en 1991 a été complété en 2006 par l'ouverture du Centre médical Louis Guilloux et le pôle tuberculose, puis en 2007, par le pôle interprétariat et enfin le pôle chargé de gérer les appartements de coordination thérapeutique en 2008.

Ces cinq pôles, ouverts à l'ensemble de la population, sont tout de même destinés à la prise en charge des populations en situation de précarité. Les migrants représentent donc une partie importante des usagers de ce réseau dans la mesure où leur situation administrative les conduit dans la majeure partie des cas à une situation précaire. Ainsi, le réseau ville hôpital se confond bien souvent, au moins dans le vocabulaire employé par les acteurs, avec le réseau migrant.

Les objectifs opérationnels du R.V.H 35 sont clairement identifiés. Ainsi il est chargé de réaliser une évaluation sanitaire de chaque patient au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³, de proposer une prise en charge médicale individualisée au travers d'un plan personnalisé de soins ou encore d'orienter les patients vers le système de santé de droit commun. Il est également missionné pour informer les patients sur leurs droits sociaux et sur le fonctionnement du système de santé français. Pour répondre à ces objectifs, le R.V.H. 35 propose des actions précises de prise en charge médicale individualisée, de prévention des maladies infectieuses entraînées par les conditions de migrations. Le R.V.H. reçoit les personnes orientées par des professionnels sociaux ou médicaux, mais également des personnes venues spontanément, s'il s'agit

³ Définition OMS : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

« d'une personne migrante ayant besoin d'une prise en charge médicale et rencontrant des difficultés d'accès aux soins ».

b. Le réseau migrant :

Le réseau « migrant » s'appuie donc sur un ensemble de pôles afin de délivrer une prise en charge efficace dont la priorité reste l'intégration ou la réintégration des usagers du réseau au sein du système de santé de droit commun. Cependant, ce réseau migrant s'appuie principalement sur deux pôles du RVH 35, le Centre Médical Louis Guilloux (CMLG) ainsi que sur le pôle interprétariat.

Le Centre Médical Louis Guilloux s'inscrit dans une démarche de travail en partenariat avec le secteur hospitalier, ambulatoire, médico-social et associatif. Il se situe Place du Banat dans le quartier du Blosne à Rennes. Il permet à tout migrant ayant besoin d'une prise en charge médicale ou médico-sociale de bénéficier d'une consultation, au besoin assistée par un interprète (14 langues sont représentées et l'interprète est nécessaire dans 80% des consultations). Cette consultation se déroule toujours sur le même schéma. Les migrants sont accueillis au centre par un travailleur social qui va prendre un rendez-vous pour une consultation médicale. La consultation se déroule avec un médecin qui débute l'entretien par une évaluation de la situation du migrant (évaluation sociale portant sur le logement, le travail éventuel, la situation administrative, ouverture des droits à la CMU...). Par la suite, un bilan personnel et médical de la personne est réalisé, des tests de dépistages sont proposés, des examens médicaux complémentaires peuvent être prescrits et la personne est enfin orientée vers le centre ou service médical de la ville du département d'Ille et Vilaine le plus adéquat. Les consultations sont assurées par une douzaine de médecins qui se relayent sur le centre.

En 2009, le CMLG a reçu 418 patients dont 307 nouveaux patients. Son activité est principalement orientée vers les primo arrivants. En moyenne, un migrant a consulté 2,2 fois au CMLG. L'âge moyen des patients accueillis est de 24 ans avec une forte représentation de la tranche d'âge de 21 à 40 ans. Ces patients viennent principalement du Caucase (44 %), d'Asie (24 %) et d'Afrique subsaharienne (18 %) et présentent des pathologies telles que les hépatites B et C, le syndrome du VIH, du diabète, des problèmes cardio-vasculaires ou la tuberculose (140 fois plus diagnostiquée que dans un cabinet de médecine libérale). Ces pathologies s'expliquent par les insuffisances des systèmes de santé des pays d'origine des patients mais aussi par leur situation économique et sociale en

France. En effet, en 2009, 48 % des patients étaient des sans domicile fixe et 41% d'entre eux n'avaient qu'un logement précaire contre seulement 9,7 % qui avaient un logement stable. De plus, 78 % des patients n'avaient pas de situation administrative stabilisée puisque leurs demandes d'autorisation de séjour étaient en cours d'étude, 12 % d'entre eux étaient en situation irrégulière et seulement 8 % en situation régulière.

Par ailleurs, le CMLG organise des temps de formation sur la santé des migrants à destination d'autres structures (ex : formation avec travailleurs sociaux sur comment parler de certaines questions de santé telles que la sexualité avec migrants). Des articles de fonds sur les pathologies susceptibles d'affecter les migrants sont également présentés dans la publication mensuelle du réseau « La Lettre ». En outre, le réseau migrant bénéficie pour tous les problèmes de prise en charge psychiatrique de l'aide d'une équipe mobile de l'hôpital Guillaume Régnier de Rennes.

Le CMLG a de plus un atelier de savoir linguistique qui permet notamment aux femmes d'appréhender le français à travers des thèmes tels que la grossesse. Cet atelier d'apprentissage de la langue française permet une première insertion sociale des migrants. Le pôle interprétariat est en effet, un des plus développé de ce réseau migrant dans la mesure où il permet une accessibilité du système de soins très efficace. L'intimité de la personne est préservée, la parole est par la même plus libre et le diagnostic plus facile à établir. Ce pôle assure également des publications en plusieurs langues expliquant les différentes prises en charge auxquelles les migrants ont accès, leurs droits sociaux, les structures d'accueil ainsi que les renseignements essentiels sur la ville de Rennes. L'interprétariat est, pour toutes ces raisons, un pôle du RVH 35 très envié par les partenaires qui rencontrent des difficultés pour communiquer avec leurs patients.

c. Une action incontournable :

Le réseau migrant permet donc une prise en charge médicale complète des personnes y compris celles ne bénéficiant que d'une couverture sociale minimale (aide médicale de l'Etat pour les sans papiers résidant en France depuis plus de trois mois) en raison de leur situation administrative.

Selon le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, à l'alinéa 11, « *la Nation garantit à tous [...] la protection de la santé* ». Le RVH 35 s'inscrit dans cet esprit et vise ainsi à palier les insuffisances de l'Etat en la matière.

Le réseau apparaît donc incontournable pour les différents partenaires, pour lesquels, il serait aujourd'hui difficile de travailler sans lui dans la mesure où son action est unique sur ce territoire.

2. Un dispositif qui reste perfectible

a. Les difficultés liées à la structuration en réseau :

La pertinence du RVH 35 et son activité ne sont donc plus aujourd'hui à remettre en cause. Cependant, comme toute organisation, elle reste perfectible. En effet, la structure même du réseau peut poser des difficultés. Sa souplesse et son adaptabilité permettent certes, une prise en charge au plus proche des besoins de cette population mais cette structuration impose une évaluation triennale qui conditionne la reconduction des financements. Cette conditionnalité conduit à remettre en cause régulièrement la pérennité du réseau et restreint les possibilités de se projeter à long terme.

Cette évaluation triennale effectuée par l'ARS repose sur deux logiques complémentaires : une évaluation interne et une évaluation externe. Or dans un contexte de redéfinition des politiques publiques notamment vis-à-vis des migrants, le RVH 35 devra apporter la preuve de sa pertinence, de sa cohérence, de son efficacité et de son efficience. Or, comme l'énonce un élu au sein de l'URMLB reprenant les conclusions du rapport de l'IGAS sur les réseaux de santé de 2007 « *les réseaux ont des effets peu concluants pour un coût très important* ». Cette structuration fait, en effet, appel à de nombreux financements pour des missions qui selon cet élu « *devraient être effectuées par l'hôpital* ». Même s'il faut relativiser ces propos dans la mesure où la diversité des activités du réseau migrant nous conduit à conclure que ces dernières ne pourraient être pratiquées au sein du CHU de Rennes avec autant d'efficacité, l'idée même de réseau ne fait pas l'unanimité et suscite la méfiance des institutions.

La souplesse du réseau permet, par ailleurs, à ce dernier de s'adapter aux besoins de la population. L'augmentation très importante du nombre de consultations depuis ces dernières années montre les besoins croissants de la population migrante même si ces derniers engendrent en contrepartie une augmentation des délais de prise en charge qui peuvent venir réduire l'efficacité de ce réseau.

Cette organisation en réseau spécifiquement dédiée aux migrants peut être également source de stigmatisation envers cette population et peut être vue comme un frein à l'insertion de cette dernière dans le système de prise en charge de droit commun. Cette spécificité est cependant indispensable pour répondre à une problématique qui s'intéresse à un public instable et mobile, conduisant soit à des interruptions de prise en charge soit à des prises en charge répétitives.

b. Les difficultés internes au réseau :

Par ailleurs, le fonctionnement même du centre induit une discontinuité dans la prise en charge des patients dans la mesure où les médecins effectuent des vacations d'une demi-journée tous les mois. Cette prise en charge par de nombreux professionnels est également un obstacle à un travail en partenariat efficace. En effet, comme le souligne le président du SAO « *le travail en partenariat avec le RVH 35 est indispensable et les CADA ne pourraient pas aujourd'hui s'en passer, cependant ce travail mérite d'être approfondi* ». De plus, l'absence jusqu'alors d'un partenariat formalisé avec l'URMLB montre qu'il existe encore un travail nécessaire à effectuer avec l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes libéraux de la région. Le colloque du 19 mars 2010 « les migrants en Bretagne » organisé par le RVH 35 a toutefois montré que de nombreux acteurs sont prêts à s'engager dans cette problématique.

Ces difficultés rencontrées par le RVH 35 montrent que ce dernier est appelé à évoluer. En effet, pour répondre aux nouvelles exigences gouvernementales, le réseau doit se poser la question de son évolution. Cette dernière passe nécessairement par l'interrogation de sa régionalisation. Celle-ci présenterait des intérêts multiples qui méritent d'être soulignés.

B. L'extension régionale du Réseau Ville Hôpital 35 en question

La régionalisation constitue une opportunité pour les intervenants de la prise en charge des migrants (1) en Bretagne. En effet, la régionalisation présente un certain nombre d'avantages (2).

1. L'opportunité de la régionalisation

a. La volonté exprimée des différents partenaires :

Il ressort des entretiens menés auprès des partenaires et des membres du réseau une volonté de voir évoluer la prise en charge des migrants en modifiant le périmètre d'intervention du réseau. D'un point de vue général, la majorité des partenaires souhaite une coordination plus développée en associant de multiples acteurs. On retiendra principalement le réseau ville hôpital 35 situé à Rennes et le Point H situé à Brest.

Ainsi, le réseau ville hôpital 35 a organisé le 19 mars 2010 un colloque à Lorient. Cette journée a eu pour finalité d'engager une réflexion commune à l'échelon régional de la Bretagne et de questionner les différents acteurs présents sur leur volonté et leurs besoins de travailler sur le projet de régionalisation. Un questionnaire⁴ a été remis à l'ensemble des invités, lequel a mis en exergue une volonté manifeste des différents partenaires de la région Bretagne d'œuvrer ensemble pour une meilleure coordination des soins et une prise en charge de qualité. Le questionnaire a été remis aux 131 participants, 69 retours ont été obtenus, soit plus de 52 %. L'exploitation des questionnaires a mis en avant la volonté d'étendre le réseau et de coordonner les pratiques notamment par la mise en place de groupes de travail.

Un médecin au point H, présent au colloque du 19 mars dernier a fait part de sa volonté d'inscrire le point H dans un réseau « régional » de prise en charge des migrants.

Un exemple de partenaire potentiel : Le point H de Brest.

Le département du Finistère dispose lui aussi depuis 1987 d'un dispositif de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes en situation d'exclusion situé à Brest, le Point H. Lors de sa création le Point H, dont le H fait référence à l'hygiène était essentiellement destiné aux personnes en situation de précarité, notamment aux personnes sans domicile fixe. Les populations bénéficiaires des services du Point H évoluent cependant avec les années. La crise économique mondiale de l'année dernière a fait croître le nombre des demandes de prise en charge par l'association. On constate que 18 à 25% des personnes qui viennent au point H sont de nationalité étrangère, soit 150 à 200 personnes. Auparavant, il s'agissait en majorité d'africains francophones alors qu'aujourd'hui, les migrants sont originaires principalement d'Europe de l'est. Ne s'exprimant ni en anglais, ni en français la langue est devenue une nouvelle barrière pour leur prise en charge. Enfin le Point H propose également une prise en charge psychologique rendue souvent difficile par les problèmes liés à la langue. Cela montre à quel point l'interprétariat est essentiel dans la prise en charge médico-sociale des migrants. Tant d'un point de vue éthique que d'un point de vue juridique il n'est pas envisageable de faire traduire un diagnostic par une personne non assermentée et non formée aux problématiques liées à la migration.

⁴ Questionnaire analysé par une étudiante en MASTER en stage au CLG

Cette volonté n'est toutefois pas suffisante, une étude des besoins au niveau de la région devra être menée afin d'évaluer la pertinence de cette « régionalisation ».

b. Une nécessaire étude des besoins :

Un des freins à la prise en charge globale des migrants concerne l'étude des besoins qui demeure aujourd'hui éparse. Si des études des besoins sont menées par les partenaires de façon isolées aucune étude officielle n'est communiquée à ce jour aux différents acteurs concernés. Ainsi, le RVH 35 obtient des informations auprès des CADA. Au niveau des départements, jusqu'alors la DDASS fournissait les données tandis que les préfetures n'étaient pas toujours disposées à les transmettre. Dans tous les cas, aucune statistique fiable n'est élaborée et les difficultés se situent au niveau des personnes sans papiers pour lesquelles il existe une carence de données. De ce fait, une coordination de la prise en charge est difficilement applicable. Seule une étude à l'échelon régional permettrait de répondre de façon optimale aux différents besoins des migrants. Un partenariat à ce niveau éviterait les doublons de prise en charge dus à un manque de coordination.

Rappelons qu'à ce jour, le CMLG établit ses propres statistiques et évalue les besoins des personnes au niveau social et médical. De même, le point H publie chaque année des données dans son rapport annuel.

Le réseau ville hôpital joue ainsi indéniablement un rôle « d'observatoire de la réalité » qu'il a tout intérêt à étendre à l'échelon régional pour répondre à une prise en charge globale des migrants et pallier la diminution des moyens sur le territoire.

c. Le réseau : « observatoire de la réalité » :

Grâce à leur expertise, le Réseau Ville Hôpital de Rennes et le Point H de Brest peuvent jouer ce rôle « d'observatoire de la réalité » et ainsi répondre à l'exigence d'une étude des besoins au niveau régional.

Ces réseaux établissent chaque année un rapport d'activité précis qui traduit leur parfaite connaissance de la population au niveau local. De plus, ils permettent de mettre en évidence l'augmentation du nombre de personnes prises en charges et la diminution de l'offre en termes de logement sur le territoire. Ainsi, le CMLG a constaté au cours de l'année 2009 une hausse de l'activité du pôle migrant, la file active des patients a été multipliée par 2,4. Selon une évaluation réalisée en 2009, le réseau répond à un réel besoin

non satisfait par le système de santé existant.

Même si l'étude de besoins au niveau régional n'a pas été formalisée jusqu'à présent, il existe des données recensées localement par les différents acteurs. Cette bonne connaissance du terrain dont parle notamment un médecin du Point H confère aux réseaux leur légitimité dans leur rôle « d'observatoire de la réalité ». Par conséquent, proche du terrain et des besoins des migrants, la volonté affichée par les acteurs des réseaux pour développer une « régionalisation » n'est pas dénuée de toute étude des besoins.

Après avoir posé la question de l'opportunité d'une extension régionale du réseau et avoir montré qu'elle pouvait être utile si elle répondait à un besoin identifié, celui des professionnels et des migrants, les avantages d'une telle démarche doivent à présent être envisagés.

2. Les avantages de la régionalisation

a. Offrir une prise en charge globale :

L'un des objectifs du réseau est d'offrir une prise en charge « globale » aux migrants, avec l'intervention de nombreux professionnels du sanitaire et du social. L'extension régionale du réseau migrant devrait permettre d'améliorer cette prise en charge « globale » en dépassant le cadre restreint du département comme territoire de santé.

- Du sanitaire au médico-social :

Au-delà de la prestation de soins, le CMLG, tout comme le Point H à Brest, orientent les patients vers d'autres structures sanitaires ou sociales en fonction des besoins exprimés. La régionalisation du réseau permettrait d'offrir une réponse plus adéquate à une population dont la mobilité est grande du fait notamment des difficultés d'hébergement rencontrées.

Ainsi, des maladies comme le VIH, la tuberculose ou les hépatites virales nécessitent une bonne observance du traitement. Un lien formalisé entre les centres de soins des différents départements de la région Bretagne pourrait permettre d'éviter une rupture dans la prise en charge de ces patients et garantir de ce fait un meilleur traitement de ces maladies. La régionalisation permettrait un maillage de la prise en charge prenant en compte les pathologies physiques et mentales sur l'ensemble du territoire breton.

A l'inverse le développement de structures médico-sociales dans toute la région permettrait d'élargir les possibilités d'orientation des migrants malades vers les autres départements et ainsi désengorger le dispositif rennais.

En insistant sur la nécessité de mettre en oeuvre des « pratiques de soins coordonnés », les réseaux inscrivent leur démarche dans une conception globale de l'individu, prenant en compte leur santé mais aussi leurs difficultés sociales, d'hébergement, d'intégration... Autrement dit, les réseaux sont l'expression même de la définition de la santé par l'OMS, elle n'est pas simple absence de maladies mais bien « un état de complet bien-être physique, mental et social »⁵.

Au-delà du lien entre le social et le médico-social, l'extension régionale du réseau permettrait d'homogénéiser les réponses qui restent aujourd'hui hétérogènes selon les départements. Le point H à Brest est directement en lien avec les assistantes sociales, les éducateurs de rue, la PASS, le staff précarité, l'hôpital des armées, les CHRS, la cellule mobile psychiatrie, le 115. A Rennes, les acteurs du réseau Ville Hôpital sont sensiblement les mêmes. Après avoir promu la constitution d'un réseau d'acteurs multiples sur un territoire donné, la rencontre entre ces différents réseaux départementaux permettrait de répondre au défi que représente la mobilité des migrants, et d'améliorer la réponse apportée en terme de prise en charge médico-sociale. Le réseau répondrait alors d'autant plus à son objectif lequel consiste notamment à assurer la « coordination des parcours de soins ».

- *Une mutualisation de l'interprétariat :*

Si les différences culturelles constituent l'une des difficultés qui peut être levée selon Olivier Bouchaud par l'adoption d'une « attitude d'acceptation de l'Autre différent »⁶, les conditions économiques et sociales de ces populations pèsent encore plus, la langue ne venant que renforcer les difficultés de prise en charge.

Pour faire face aux difficultés de communication au point H, un médecin souligne les difficultés : « *Nous utilisons reverso sur internet, les guides INPES sur la santé, des petits dictionnaires, des dessins ou d'autres membres de la famille.* ». Usant des « *moyens du bord* », les questions de secret professionnel, d'intimité ou tout simplement d'accès à la bonne compréhension de sa maladie se posent tous les jours. Le médecin « *a eu un cas*

⁵Cf. note de bas de page n°3

⁶O. Bouchaux, « Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants ». La santé de l'homme, nov-déc 2007, 392, p.25-27

d'une albanaise atteinte d'un mélanome très grave, il fallait absolument qu'on puisse lui traduire exactement la situation. On l'a envoyé au CHU en dermatologie, un interne d'origine russe a fait la traduction. Ca ne pouvait pas être un bénévole à cause du secret professionnel et le conseil général ne pouvait pas financer un interprète. »

La mutualisation des moyens en interprétariat serait sans nul doute l'un des avantages de l'extension régionale, répondant à la demande des professionnels et assurant une meilleure prise en charge des migrants.

b. Un intérêt financier certain :

Le second avantage lié à une possible extension régionale du réseau migrant est financier. Au vu des difficultés économiques rencontrées par les associations, l'union régionale du réseau devrait lui donner plus de poids et garantir un certain niveau de financements.

Les différents acteurs rencontrés soulignent le problème de la reconduction des financements. Le médecin du Point H a ainsi mentionné le fait que la contribution du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) avait diminué d'un tiers cette année. D'un autre côté, la direction de la santé publique de l'ARS de Bretagne souligne la nécessité pour les associations de se regrouper si elles veulent continuer à exister.

L'extension régionale permettrait d'offrir une réponse globale et coordonnée à moindre coût, une réponse en quelque sorte à l'exigence d'efficience, contrepartie de tout financement public. En ce sens, cela répondra parfaitement à la politique du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) telle que définie par un des évaluateurs du réseau : *« il faut rationaliser, se rapprocher ou augmenter la couverture territoriale du réseau »*.

L'extension régionale du réseau migrant représente enfin une opportunité pour obtenir des financements au niveau de l'ARS et des fonds européens : l'accroissement de sa légitimité et de sa visibilité favorisant un soutien économique de la part de ces acteurs.

- c. Un contexte de régionalisation du secteur administratif et médico-social opportun :

La régionalisation de l'administration déconcentrée au niveau du sanitaire, ainsi que celle de la prise en charge administrative des migrants sont les éléments d'un contexte porteur.

La prise en charge administrative des demandeurs d'asile a été régionalisée par les arrêtés du 12 mars 2009. Jusqu'à présent, les demandes d'asile avaient lieu au niveau des départements. La Bretagne a fait l'objet de l'expérimentation de cette régionalisation. Depuis l'arrêté du 30 décembre 2006, selon l'article 1, « *lorsqu'un étranger se trouvant à l'intérieur du territoire de l'un des départements de la région Bretagne demande à bénéficier de l'asile, l'autorité administrative compétente pour l'examen de sa demande d'admission au séjour est le préfet du département d'Ille-et-Vilaine, chef-lieu de la région Bretagne* ». De même, le Service d'Accueil et d'Orientation de Rennes gère les migrants pour l'ensemble de la Bretagne.

De plus, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, à destination des personnes en situation de précarité, ont également été régionalisées. Dorénavant, la PASS du CHU de Brest va coordonner l'ensemble des PASS de la région Bretagne.

La création des ARS depuis le 1er avril 2010 est aussi un élément du contexte porteur pour le réseau. La prévention et le soin ont été réunis dans cette entité « régionale » mais administration déconcentrée. La direction de la santé publique de l'ARS souligne que le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de santé ou les plans santé de lutte contre l'alcoolisme ou contre le cancer peuvent comporter des actions en faveur des plus démunis et par conséquent des migrants. L'extension régionale du réseau, en s'inscrivant dans un contexte plus global de régionalisation de ces différents partenaires, peut lui permettre de défendre un objectif commun à tous. Comme le souligne un médecin du Point H « *Nous sommes dans la même problématique que les objectifs de l'OMS : réduire les écarts de pauvreté. On sait bien que plus ils sont importants moins c'est bon pour la société en général* ».

L'examen de tous ces avantages nous amène cependant à interroger les contraintes d'un tel développement, lesquelles auront tout leur poids quand il s'agira de s'intéresser aux modalités de la régionalisation.

II. L'extension régionale, une mise en œuvre soumise à des contraintes

L'extension régionale est une démarche soumise à diverses contraintes (A), ces dernières ont un impact sur ses modalités (B).

A. L'extension régionale, une démarche qui rencontrera diverses contraintes

L'extension régionale du RVH se heurte à diverses contraintes : internes au réseau (1), financières, politiques et administratives (2).

1. Des contraintes internes aux réseaux

a. Le respect des spécificités locales :

Certaines thématiques de santé publique apparaissent beaucoup plus consensuelles et bénéficient de ce fait d'une adhésion franche de la population locale et d'un soutien des pouvoirs publics. Le pôle « migrants » du RVH rencontre des oppositions politiques et culturelles contrairement à des réseaux ciblés sur de grandes thématiques de santé publique tels que les réseaux Onco Bretagne, Réseau Breizh IMC ou le Réseau Périnatalité. De plus, le lien entre le RVH et ses partenaires (le service d'accueil et d'orientation) reste encore à développer dans le département d'Ille et Vilaine.

Les structures implantées dans les autres départements ont leurs propres modes de fonctionnement, c'est le cas notamment du « Point H » de Brest. Le contexte historique, administratif voire géographique de certaines villes comme Brest, ville portuaire, conditionne fortement l'organisation et la mise en place du réseau.

Aussi, l'extension régionale du pôle « migrants » du RVH devra tenir compte des méthodes de travail de chacun. Pour certains acteurs du « réseau migrants » en Bretagne, s'il y a régionalisation, celle-ci ne pourra dupliquer le même modèle, car chacun veut garder ses prérogatives et ses spécificités propres. Ces spécificités sont souvent liées à l'origine du réseau, à sa philosophie, au public accueilli et aux particularismes locaux. Enfin, si cette démarche met entre trois et quatre ans pour aboutir cela risque de décourager certains acteurs.

b. Un coût de l'interprétariat élevé :

Comme nous l'avons évoqué précédemment il existe une barrière linguistique dans la prise en charge des migrants. La prise en charge médico-sociale des migrants pour être adaptée et efficiente doit être accompagnée d'interprétariat professionnel. Cependant l'interprétariat représente un coût élevé pour les structures recevant les migrants. Une régionalisation entraînerait un surcoût global du fait de l'augmentation de la demande en interprétariat même si une mutualisation des moyens permettrait de limiter l'impact de cette augmentation. De plus, le recrutement d'interprètes risque de poser problème pour certaines langues telles que le rom, le somali ou encore le mongol. De même, la question de la mobilité des interprètes au sein de la région pourrait être une contrainte supplémentaire.

c. Un risque de spécialisation locale :

L'un des risques de la régionalisation est de rendre plus complexe la prise en charge des migrants. Une spécialisation des territoires par disciplines médicales aurait un impact négatif sur la qualité de la prise en charge globale. L'obligation de se déplacer dans un autre département pour bénéficier de soins entraînera nécessairement des ruptures de prise en charge du fait d'un renoncement aux soins des migrants.

2. Des contraintes financières, politiques et administratives

a. Une logique financière :

La politique économique nationale, contrainte par des recettes moindres, impose une recherche de l'efficacité des actions menées par les pouvoirs publics. Ainsi, la LOLF oblige à une justification au premier euro de chaque dépense de l'Etat. La création des ARS en est la traduction dans le domaine sanitaire et médico-social. Il s'agit pour les DGARS d'organiser une prise en charge sanitaire des populations de qualité au meilleur coût : la recherche de l'efficacité est un objectif permanent. Le financement des réseaux de santé est de la responsabilité de la direction de l'offre de soins de l'ARS.

Dans un rapport remis fin mars 2007 au ministre de la santé, l'IGAS se montrait particulièrement critique vis à vis des réseaux qui n'avaient pas fait preuve de leur

efficacité en terme de service médical rendu aux personnes malades alors que près de cinq cent millions d'euros ont été versés aux réseaux. Le nombre de malades bénéficiaires de l'activité des réseaux était mal évalué. Le rapport fait également état de la faiblesse de l'implication des professionnels de santé, notamment des généralistes. Toutefois l'IGAS ne préconisait pas la fin du financement des réseaux du fait de leur potentialité. Les réseaux de santé doivent respecter ce cadre et les implications réglementaires concernant l'évaluation.

Un ancien membre du comité d'évaluation des réseaux en Bretagne suggère qu'il convient d'aider les réseaux à devenir de bons évaluateurs, ce qui n'est pas dans la culture des réseaux de santé très souvent constitués de militants. Il indique également que la raréfaction des financements va imposer le regroupement des réseaux travaillant sur des thématiques proches comme cela s'est fait pour les réseaux cardio-vasculaires et diabète.

b. Des contraintes politiques :

Les préfetures ne souhaitent pas créer un appel d'air à l'immigration par l'affichage de politiques sociales spécifiques à l'attention des migrants. Cette volonté préfectorale s'inscrit dans une politique nationale d'immigration choisie.

De plus, la suppression du Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) dans les autres départements par la régionalisation de son activité à Rennes engendre un désengagement de certains acteurs locaux. Il convient de noter que la diminution du nombre de places en CADA représente aussi un frein important à l'extension régionale du pôle « migrants ».

En outre, la régionalisation de l'activité du réseau migrant nécessiterait une entente des conseils généraux, actuellement c'est le département d'Ille et Vilaine qui finance le RVH. Alors qu'ils rencontrent des difficultés budgétaires, les exécutifs départementaux acceptent-ils de financer une activité à vocation régionale ? Prendront-ils le risque de créer un appel d'air sur leur territoire ? En effet, la question du financement du réseau se pose dès lors que celui-ci sera étendu à la région. Quels en seront les financeurs (Etat, Région, ARS, Europe, Conseils généraux, Communes ...) ?

Une partie de la médecine libérale n'a pas un avis très favorable sur l'existence des réseaux. Ce discours ne semble pas soutenir l'action des réseaux et par conséquent son implication risque de s'en trouver limitée.

c. Un positionnement de l'ARS Bretagne à déterminer :

Mises en place depuis le 1er avril 2010, les ARS doivent s'organiser en fonction de leurs missions dont la principale consistera à élaborer un Plan Régional de Santé (PRS) avant fin juin 2011. Le PRS sera arrêté après une vaste concertation des professionnels et des acteurs de terrain. Il définira les territoires de santé retenus pour mener les actions de santé publique. L'ARS sera alors en mesure de lancer des appels à projets sur les thématiques de santé retenues et les réseaux devront y répondre en tant qu'opérateurs.

Aujourd'hui pour l'ARS, la politique médico-sociale en faveur des migrants doit s'inscrire dans un plan de santé publique de type tuberculose, cancer, VIH. L'ARS ne souhaite pas afficher une politique à caractère populationnel. Actuellement, deux directions fonctionnelles, la direction de la santé publique et la direction de l'offre de soins, ont compétence pour le financement des activités des réseaux.

Selon l'un des responsables de l'ARS, celle-ci ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur les conditions de l'extension régionale de la prise en charge médico-sociale des « migrants » en Bretagne.

Même si la régionalisation n'émerge pas d'une demande institutionnelle mais d'une volonté du terrain, elle devra néanmoins être défendue et justifiée devant les différentes institutions parties prenantes. Dans un contexte économique difficile, la direction de la santé publique de l'ARS Bretagne redoute que la politique de prévention et de promotion de la santé ne soit réduite. Cette situation serait problématique pour les personnes en situation de précarité, notamment les migrants.

La démarche d'une régionalisation est donc soumise à diverses contraintes. Pour autant, plusieurs modalités de l'extension régionale du réseau peuvent être envisagées dans ce cadre contraignant.

B. Les modalités de l'extension régionale

L'extension régionale du réseau migrant est envisagée par les acteurs selon un modèle ascendant (1). Ce modèle initié par les acteurs de terrain aura un impact sur les modalités de la régionalisation (2).

1. Un modèle ascendant comme philosophie générale

a. La régionalisation s'inscrit dans un contexte local particulier :

Le travail d'enquête effectué par les étudiants de l'EHESP en 2009 a mis en avant le questionnement des partenaires du réseau sur le périmètre territorial de ce dernier. Les responsables de la structure CMLG évoquaient déjà « *un élargissement de son rayon d'actions au-delà du département, comme plateforme de la prise en charge médico-sociale des migrants en Bretagne* ». Le président du réseau précise qu' « *il serait nécessaire, après une cartographie des populations des migrants et l'identification des professionnels et associations concernées, de fédérer les intervenants et de mutualiser les outils* ».

Il s'agit d'avancer par étapes pour déterminer les fondements de cette régionalisation. Une première option serait de prendre appui sur des thématiques de prises en charge telles que la tuberculose ou le syndrome de stress post traumatique du migrant. Celles-ci peuvent s'inscrire dans la coordination d'un parcours de soins pour une population spécifique dans un contexte de précarité. En effet, un des évaluateurs du réseau a insisté sur le fait qu' « *un réseau n'est pas un centre de santé mais un instrument de coordination. La régionalisation doit être cohérente : coordonner une activité, démontrer que les permanences d'accès aux soins de santé, Médecins du Monde ou autres organismes ne font pas la même chose, faire le distinguo entre sanitaire, cohésion sociale et humanitaire. L'un des atouts serait la contribution à la sécurité sanitaire, à l'accès aux soins et à une activité de proximité* ». Une seconde option consisterait en une réflexion axée sur le suivi de la prise en charge médico-sociale des migrants afin de les insérer au sein du système de santé.

Les problématiques d'hébergement et de domiciliation des migrants sur l'ensemble de la région peuvent conditionner les modalités de la régionalisation. Ainsi, le président du réseau évoque le fait qu' « *en raison des difficultés d'hébergement, les migrants sont mobiles. Avoir des contacts dans les autres villes permettrait d'avoir une meilleure prise en charge médico-sociale des patients.* ». Cet argumentaire est renforcé par un médecin participant au réseau « *il y a des déplacements des migrants sur décision du CADA. Par le déplacement, il y a risque de perte du suivi et de la prise en charge médicale de la personne. Ceci est déjà une nouvelle épreuve pour la personne, et de plus, dans la prise en charge, ce qui est difficile à obtenir, c'est la création des liens de confiance* ».

Selon un médecin du point H de Brest, dans le contexte de la régionalisation des politiques de santé, « *les ARS représentent une véritable opportunité, [les associations devront] faire du lobbying, l'extension régionale, pour [elles] c'est avoir un représentant du réseau qui l'incarne.* »

La formalisation vers un réseau régional ne peut exclure la réflexion préalable autour des modalités d'évaluation imposées par les organismes financeurs des réseaux. Ainsi, selon l'un des évaluateurs du réseau de santé « *L'objet de l'évaluation est de mesurer la réalité et les pratiques des réseaux* ».

b. Un réseau qui part du terrain, garantie de sa pérennisation :

Selon le président du réseau, l'aboutissement de la régionalisation ne semble pas envisageable avant 4 à 5 ans. Cette durée s'explique par un travail nécessaire de construction et d'invention par les acteurs de terrain d'un réseau au niveau régional. En effet, il s'agit de ne pas être dans la reproduction d'un modèle déjà existant. La transposition au niveau régional du fonctionnement du réseau migrant de Rennes comme modalité de la régionalisation a été interrogée. Pour les acteurs de terrain, l'extension régionale du réseau n'exclut pas les actions locales et spécifiques. Ainsi, selon un médecin du Point H « *l'histoire locale est très importante. On ne peut pas aller contre. Ici quand on a commencé, c'était un peu « touche pas à mon pauvre », les gens craignent la nouveauté.* ».

D'autre part, les modalités juridiques seront à déterminer dans le contexte de ce développement : faut-il garder le cadre associatif dans la perspective de l'extension régionale ? Le maintien du statut associatif ou le passage au statut juridique de réseau pose des questions en termes de responsabilité des professionnels dans l'exercice de leur activité.

2. La régionalisation en pratique

Selon les partenaires et les membres du réseau, la régionalisation pourrait, en pratique, consister en une mise en commun de l'offre existante en Bretagne en termes de prise en charge médico-sociale des migrants. A côté de cette mise en commun, de nouvelles actions sont à imaginer afin d'améliorer cette prise en charge.

a. Une mise en commun de l'existant :

Selon un médecin du Point H, la régionalisation pourrait être formalisée par une charte ou une convention signée entre les membres de ce nouveau réseau régional. Les différents partenaires et les membres du réseau s'accordent sur le fait que la régionalisation passerait tout d'abord par un échange des pratiques. *« Les échanges d'informations sont essentiels, ils permettent de savoir qui fait quoi et de bien orienter les personnes »*. *« Ces échanges sont importants pour avoir connaissance les uns des autres. Après, on peut formaliser en s'appuyant sur des Chartes pour sécuriser une fois le stade des expérimentations terminé. L'idée, c'est aussi de permettre une continuité au-delà des personnes impliquées à un moment donné »*.

La régionalisation pourrait également consister en une mise en commun des outils déjà réalisés par les différents partenaires de terrain (ex : document d'information sur le scanner traduit en divers langues).

Les acteurs de terrain auront un rôle essentiel à jouer dans la régionalisation du réseau migrant. Le recensement des différents acteurs et partenaires déjà actifs dans la prise en charge médico-sociale des migrants pourra être utilisé comme premier support. Dans cette optique, le colloque de Lorient du 19 mars 2010 qui avait réuni des acteurs de terrain sur la problématique de prise en charge médico-sociale des migrants a permis de créer un premier répertoire de personnes ressources.

Enfin dans le cadre de cette régionalisation, les « chefs de file » du projet auront un rôle déterminant dans la recherche d'appuis politiques nécessaires et l'obtention de financements incontournables.

b. De nouvelles actions à imaginer :

La constitution d'un réseau régional pourrait également être l'occasion de mener de nouvelles actions. Elles consisteront tout d'abord à étendre les partenaires dans les autres départements ou à démarcher des acteurs peu impliqués jusqu'alors sur cette problématique.

Selon un médecin du Centre Médical Louis Guilloux, la régionalisation pourrait passer par une sensibilisation des médecins généralistes et spécialistes. Les actions pourraient porter dans un premier temps sur la formation de ces professionnels, puis sur la diffusion ou la publication de nouveaux outils afin de valoriser l'initiative locale et

harmoniser les pratiques professionnelles.

Les acteurs de terrain ont également envisagé plusieurs idées pour que cette régionalisation soit la plus efficace possible. L'une d'entre elles consisterait à rechercher des appuis au sein des centres hospitaliers, à l'aide par exemple d'antennes ou de correspondants dédiés. Par ailleurs, un hébergement spécifique pour les migrants malades pourrait être envisagé au niveau régional.

Il serait également intéressant d'étendre la prise en charge psychiatrique à l'ensemble de la région et de s'appuyer sur les premières expériences déjà réalisées. L'équipe mobile de psychiatrie de l'hôpital Guillaume Rognier intervient déjà au niveau du Réseau Ville Hôpital. Et de manière plus générale, le réseau d'Ille et Vilaine aurait tout intérêt à prendre connaissance des expériences en cours dans d'autres régions de France que ce soit le Réseau Migrations Santé Alsace ou les Consultations Santé Migrants du C.H.U. de Toulouse.

C o n c l u s i o n

L'action du RVH 35 en faveur de la prise en charge médico-sociale des migrants en Ille et Vilaine est aujourd'hui reconnue pour l'efficacité de son action au niveau local tant par les professionnels que par les migrants.

De ce fait, l'extension régionale du réseau est aujourd'hui envisagée par différents acteurs. L'opportunité d'une telle évolution se pose avec plus de force depuis la tenue du colloque de Lorient en mars 2010. A cette occasion, de nombreux participants ont exprimé leur volonté de travailler ensemble. Cependant, cette évolution ne pourra pas faire l'économie d'une étude des besoins au niveau régional.

Même si cette évolution présente un certain nombre d'avantages, diverses contraintes ont été identifiées. Dans le contexte actuel, une prise en charge globale et homogène ainsi que des financements pérennes participeront d'une amélioration de la qualité de la réponse apportée aux besoins des migrants. Il n'en demeure pas moins que des contraintes internes (le respect des spécificités locales, le coût important de l'interprétariat, le risque de spécialisation locale) et externes (logique financière, contraintes politiques, positionnement de l'ARS) devront être prises en compte.

Cependant, plusieurs modalités de mise en oeuvre de l'extension régionale apparaissent pertinentes. En s'appuyant sur un ancrage local, un développement des partenariats au niveau de la région pourra se traduire par une mutualisation des compétences, des expériences et des pratiques. Toutefois, de nouvelles actions restent à imaginer afin que la régionalisation devienne réalité.

Il n'en demeure pas moins que la réflexion sur l'extension régionale de l'activité du réseau migrant ne doit pas empêcher de s'interroger sur la pertinence d'une action plus globale en faveur des personnes en situation de précarité. En effet, être migrant n'est pas un problème en soi. C'est bien parce que les migrants sont plus souvent en situation de précarité par rapport au reste de la population française que des structures de prise en charge médico-sociales des migrants existent. Autrement dit, le réseau doit-il continuer son action en faveur des migrants ou plutôt s'inscrire dans le cadre plus général de la politique de lutte contre la précarité ?

Bibliographie

ARTICLES

BOUCHAUD O., « Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants », La santé de l'homme, novembre-décembre 2007, 392, p.25-27

BRUYERE C. et BONAFINI P., « Les réseaux de santé : une structuration à double sens », Sociologie santé, décembre 2008, 29, p.123-147

BUTTARD A. et GADREAU M., « Le réseau de santé : une démarche en mutation », Sociologie santé, décembre 2008, 29, p.101-121

CHOSSEGROS P., « Les réseaux de santé : une histoire française », Sociologie santé, décembre 2008, 29, p.17-29

DORIER D., « Réseaux de santé : peut mieux faire », Sociologie santé, décembre 2008, 29, p.209-211

DELBECCHI G. et collaborateurs, « COMEDE : des consultations pour promouvoir la santé des exilés », La santé de l'homme, novembre-décembre 2007, 392, P.32-33

DOURGNON P. et collaborateurs « La santé perçue des immigrés en France », Questions d'économie de la santé, juillet 2008, 133, p.1-6

FASSIN D., « La santé des étrangers : une question politique », La santé de l'homme, novembre-décembre 2007, 392, p.15-17

MIZRAHI A et A., « Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger », Journal d'économie médicale, 2008, 26(3), p.159-176

STANOJEVICH E.A., « Repères sur la santé des migrants », La santé de l'homme, novembre-décembre 2007, 292, p.8-12

STANOJEVICH E.A., « Migrants et santé : pour des actions de proximité adaptées », La santé de l'homme, novembre-décembre 2007, 392, p.1

RAPPORTS

WLUCZKA M. et KERN T. « La santé des primo migrants en 2007 », ANAEM, mai 2008, 19 p.

MRS (Mission Régionale de Santé), « Grille d'évaluation des réseaux de santé », Rennes, 2009, 8 p.

Plaquette de présentation du Point H à Brest

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, « La régularisation pour raison médicale : un bilan de santé alarmant ? », Rapport d'étude, mai 2008, 52 p.

Réseau Ville-Hôpital, « Rapport d'activité 2009 du pôle migrants du RVH », Avril 2010, 46 p.

Rapport IGAS, « Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux », rapport n°200622, Mai 2006

MEMOIRES

CHOA G., « L'accès aux soins des personnes migrantes primo arrivantes à Rennes », Thèse de médecine, 2009, 112 p.

CLAPPIER P. et les membres de l'atelier 28, « L'évaluation des réseaux de santé : quelle réalité », Mémoire ENSP MIP, 2006, 28 p.

GINGUENE, A. « Contribution à l'évaluation d'un centre médico-social dédié à la population migrante d'un réseau ville-hôpital », Thèse de médecine, 2007, 137 pages

GUILLON, F. « Les discriminations dans l'accès aux soins des migrants à travers l'action du centre médical Louis Guilloux », Mémoire de master 1 de sciences politiques, 2007, 54 p.

LE CLAINCHE, E. « Les réseaux de santé en France : accueil et suivi des migrants au Centre Médical Louis Guilloux », Thèse de pharmacie, 2007, 105 pages

SITES INTERNET

- Le site de l'OMS

<http://www.who.int/fr/>

- Le site du RVH d'Ille et Vilaine

<http://www.reseauvillehopital35.org/>

- Le site de l'INPES

<http://www.inpes.sante.fr/>

- Le site de l'IGAS

<http://www.igas.gouv.fr/>

Table des annexes

ANNEXE 1 Document d'information sur le scanner en arménien

ANNEXE 2 Document d'information sur le scanner en français

ANNEXE 3 Plaquette de présentation du pôle interprétariat

ANNEXE 4 Plaquette de présentation du Réseau Ville Hôpital 35

ANNEXE 5 Présentation de l'activité du Point H à Brest

ANNEXE 6 Grille d'entretien

ANNEXE 7 Retro planning

ANNEXE 1

Document d'information sur le scanner en arménien



Ձեր սկանի ենթարկվելու պայմանավորվածությունը ծրագրված է՝

Խնդրում ենք վերցրեք Ձեզ հետ Ձեր Vitale քարտը (ֆրանսիական սոցիալական քարտ), այս պայմանագիրը, Ձեր վերջին ռենտգենները և սրսկման նյութը (սկաների համար), եթե այն Ձեզ նշանակված է եղել:

Ինֆորմացիա սկաների վերաբերյալ

Ի՞նչ է սկաները

Դա ռադիոլոգիական տեխնիկա է, որը թույլ է տալիս լայնական կտրվածքով պատկերել մարդկային մարմինը: Պատկերումները շատ ճշգրիտ են՝ սկաները կարողանում է այնպես անել, որ մի միլիմետրի վրա մանրամասներ ի հայտ գան: Սկաները օգտագործում է ռենտգենյան ճառագայթներ:

Չնման մասին

Դուք կպատկեր զննման մահճակալին՝ շատ հաճախ հետևի վրա: Մահճակալը կանցնի լայն օղակի միջով: Ձեզ կթողնեն միայնակ զննման սենյակում: Մասնագետները և ռադիոլոգները կլինեն պատուհանի հետևում: Ամբողջ զննման ընթացքում նրանք տեսնելու են Ձեզ, լսելու են Ձեզ և խոսելու են Ձեզ հետ բարձրախոսի միջոցով:

Ձեր համագործակցությունը անհրաժեշտ է: Դուք պետք է մնաք անշարժ, և Ձեզ կասեն, թե երբ դադարեք շնչել: Երբեմն անհրաժեշտ է զննման ընթացքում կատարել նյութի ներերակային սրսկում: Այդ դեպքում, նախքան պատկերը, մի փոքր ասեղ կմտցվի Ձեր բազուկի երակը: Սրսկման նյութը հիմնականում բաղկացած է լինում յոդից: Երբեմն Դուք ինչ-որ ջերմություն կզգաք կամ ինչ-որ տարօրինակ համ կզգաք Ձեր բերանում:

Չննումը տևում է 5-ից 15 րոպե:

Ի՞նչ պետք է անել զննումից հետո:

Չկա ինչ-որ յուրահատուկ նախազգուշական միջոց: Դուք կարող եք սովորականի պես սնվել:

Ի՞նչ բարդություններ կարող են առաջանալ

Յուրաքանչյուր միջամտություն մարդկային մարմնի վրա, եթե նույնիսկ այն իրականացվում է հմուտ անձնակազմի միջոցով, որոնք դիմում են մաքսիմալ նախազգուշական միջոցների, բարդության առաջացման ռիսկ է պարունակում: Դա առաջանում է ոչ թե սկաներից, այլ հնարավոր է յոդի սրսկումից:

Հարցաթերթիկ լրացնելու համար

Շնորհակալություն հետևյալ հարցերին պատասխանելու համար՝

- 1 – Դուք վերջերս ստուգել եք Ձեր մարսողական համակարգը հակազդող նյութի միջոցով
- Այո Ոչ
-
- 2 – Դուք ավերգիկ եք
- որոշ դեղամիջոցների նկատմամբ Այո Ոչ
 - դուք ասթմա ունեք Այո Ոչ
 - Դուք ավերգիկ ռեակցիա ունեցել եք նախորդ ստուգման ընթացքում Այո Ոչ
- 3 – Դուք դիաբետիկ եք Այո Ոչ
- Եթե այո, ապա Մեթֆորմին ընդունել եք Այո Ոչ
- 4 – Դուք հղի եք կամ հնարավոր է, որ լինեք Այո Ոչ
- Դուք կրծքով կերակրում եք Այո Ոչ
- 5 – Դուք երբևիցե երիկամների խնդիր ունեցել եք Այո Ոչ
- 6 – Դուք համաձայն եք հականյութի ներերակային սրսկման եթե անհրաժեշտ լինի Այո Ոչ

Պարոն, Տիկին _____

Անձնապես լրացրել է այս փաստաթուղթը _____

Եվ համաձայնվել է, որ զննումը իրականացվի:

Ստորագրություն՝

- Մրսկումը կարող է առաջացնել տհաճ, սակայն անվնաս կապտուկ: Այն կանհայտանա մի քանի օրից:
- Մրսկման ընթացքում մաշկի տակ նյութի հոսք կարող է նկատվել: Այս բարդությունը հազվադեպ է հանդիպում և բուժվում է տեղային կերպով:
- Հավանական է, որ օրգանիզմը յոդը չընդունի կամ ավերգիկ ռեակցիաներ առաջ գան: Դրանք սովորաբար անցողիկ են և լուրջ չեն:

ANNEXE 2

Document d'information sur le scanner en français



Votre rendez-vous de scanner est prévu le _____ à _____

Veillez vous présenter directement au scanner avec votre carte vitale (ou attestation CMU ou AME), ce consentement, vos derniers clichés de radiographie, et les produits d'injection si vous en avez.

INFORMATION SUR LE SCANNER

Qu'est-ce qu'un scanner ?

C'est une technique radiologique permettant de réaliser des images en coupes du corps humain. Les images obtenues sont très précises, elles différencient des détails de l'ordre du millimètre.

Le scanner utilise les rayons X.

Déroulement de l'examen

Vous serez allongé, le plus souvent sur le dos, sur un lit d'examen qui se déplace à travers un large anneau. Vous serez seul dans la salle d'examen, les manipulateurs et le radiologue seront derrière une vitre, ils vous verront, vous entendront et communiqueront avec vous à l'aide d'un micro pendant l'examen.

Votre coopération est indispensable. Vous devez être immobile, nous dirons éventuellement quand vous arrêter de respirer. Dans certains cas, il peut être nécessaire de réaliser une injection intra-veineuse pendant l'examen, dans ces cas une petite aiguille sera mise en place dans une veine du pli du coude juste avant de vous allonger sur le lit d'examen. Le produit utilisé est à base d'iode. L'injection n'est pas douloureuse, parfois vous ressentirez une sensation de chaleur ou un goût bizarre dans la bouche.

La durée de l'examen est très courte, 5 à 15 minutes.

Que devez-vous faire après l'examen ?

Il n'y a pas de précaution particulière, vous pourrez vous nourrir normalement.

Quelles complications peuvent survenir ?

Toute intervention sur le corps humain, même réalisé par des équipes compétentes s'entourant de précautions maximales, comporte un risque de complication. Les risques du scanner ne sont pas liés à l'examen en lui-même mais à l'éventuelle injection de produit iodé.

- la piqûre peut provoquer la formation d'un hématome sans gravité, il disparaîtra en quelques jours.
- Lors de l'injection, il peut se produire une fuite du produit sous la peau. Cette complication est rare, elle peut nécessiter un traitement local.
- Les réactions d'intolérances et d'allergie au produit de contraste iodé sont possibles. Elles sont généralement transitoires et sans gravité. Elles peuvent cependant être plus sévères, entraîner des troubles cardio-respiratoires et nécessiter un traitement. Le risque de décès est exceptionnel, inférieur à un cas sur 100 000 (il est beaucoup moins important que le risque d'accident de la route mortel)

- Dans le cas de patient souffrant de maladie fragilisant le rein (diabète, insuffisance rénale chronique), certaines précautions devront être prises.

Questionnaire à remplir

Merci de répondre aux questions suivantes :

1. Avez-vous eu récemment un examen du tube digestif avec utilisation de produit de contraste ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------
2. Êtes-vous allergique ?
 - A certains médicaments ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------
 - Êtes-vous asthmatique ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------
 - Avez-vous fait une réaction allergique
 lors d'un précédent examen ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------
3. Êtes-vous diabétique ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------

et si oui prenez-vous de la METFORMINE

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------
4. Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------

Allaitez-vous ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------
5. Avez-vous une insuffisance rénale connue ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------
6. Acceptez-vous une injection intraveineuse
 de produit de contraste si nécessaire ?

	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	--	-----	--------------------------

M., Melle, Mme _____

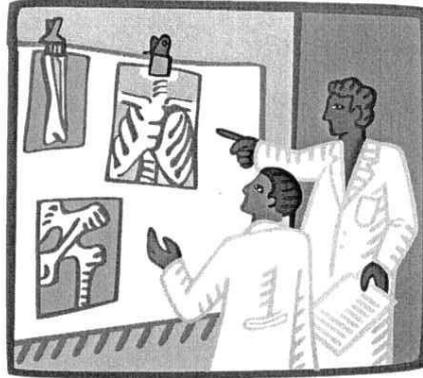
A personnellement rempli cette fiche le _____

Et donné son accord pour que l'examen soit réalisé.

Signature :

Signature de l'autorité légale :

(pour les mineurs)



Quand vous entrez dans le cabinet de radiologie, dirigez vous vers la secrétaire, montrez lui votre ordonnance ainsi que vos papiers de sécurité sociale (attestation CMU, AME...). Elle vous fera patienter en salle d'attente et viendra vous chercher pour réaliser la radio pulmonaire.

Principe de l'examen

Entrer dans la cabine que l'on va vous indiquer

Se mettre torse nu. Pour les femmes enlever le soutien-gorge

Enlever les bijoux (collier, boucles d'oreilles, montres, bagues...)

Attendre dans la cabine

Le manipulateur radio (c'est la personne qui va vous faire passer la radio) vient vous chercher, il vous positionne devant l'appareil d'une certaine façon (pas très confortable). Il est important de rester ainsi.

La radio pulmonaire va se réaliser en 3 temps. Le manipulateur vous dira « un » « deux » « trois » :

« un » = Gonflez les poumons au maximum

« deux » = Bloquez la respiration au moins 5 secondes

« trois » = Respirez normalement

Après l'examen, retournez dans la cabine où vous vous êtes déshabillés. Attendez dans la cabine pendant que le manipulateur vérifie la qualité du cliché (peut-être faudra-t-il faire une seconde radio).

S'il est correct, vous pourrez vous rhabiller.

Attendez dans la salle d'attente avant de partir que l'on vous donne le cliché de la radio pulmonaire.

Vous garderez la radio avec vous et la ramènerez à la consultation au Centre Médical Louis Guilloux dans le mois qui suit.

Il est important de conserver le cliché de votre radio pulmonaire à vie car il peut permettre des comparaisons en cas de nouvelle radiographie pulmonaire dans le futur.

ANNEXE 3

Plaque de présentation du pôle interprétariat

Horaires d'ouverture

Du lundi au vendredi :

9 h 00 – 12 h 30

14 h 00 – 17 h 00

Chargée de mission interprétariat:

Mme Oksana VATS

Comité de pilotage:

- AMSSIC/ Maison des Squares
- Réseau ville hôpital 35
- AFTAM/ Service d'Accueil et d'Orientation
- Union des Associations Interculturelles de Rennes (UAIR)

Nos partenaires financiers:

ACSÉ, Conseil Général35, CUCS, DDASS, GRSP, Ville de Rennes



1, place du Banat (rez-de-chaussée)
35200 RENNES

Tél: 02.99.32.47.36

Fax:02.99.50.51.20

E-mail:

reseauvillehopital35@wanadoo.fr

Site web:

www.reseauvillehopital35.org

Accès métro et bus

métro : arrêt Le Blosne

bus : Ligne 33A ou 33B arrêt Le Blosne

RESEAU
VILLE
35
HOPITAL



Pôle d'interprétariat

*Pôle
d'interprétariat
médico-social*

Plaquette d'informations à destination des professionnels en contact avec des personnes migrantes

Objectifs

Faciliter la communication

entre les professionnels de santé et du social et la personne migrante

Répondre

aux difficultés des structures en proposant un service de qualité avec des interprètes formés et expérimentés

Favoriser

l'accès aux soins, aux droits sociaux et l'intégration de la personne migrante

Fonctionnement

Le pôle d'interprétariat se compose de **17 interprètes**, salariés de l'association et d'un **coordinateur**.

L'interprète assure la traduction orale d'une langue vers une autre entre la personne migrante et le professionnel.

Nos interprètes sont formés aux :

- **respect des règles déontologiques:**

- ❖ Confidentialité
- ❖ Impartialité
- ❖ Restitution objective, complète et fidèle du message

- **entretiens médicaux et sociaux**

Toute demande d'interprétariat doit **impérativement être préalablement enregistrée par l'association** qui est seule habilitée à missionner les interprètes dont elle est employeur.

Langues

Les langues dont nous disposons actuellement sont suivantes:

- Afghan
- Albanais
- Anglais
- Arménien
- Géorgien
- Kurde
- Lingala
- Mongol
- Portugais
- Roumain
- Serbe
- Somali
- Russe
- Turc

Axes d'intervention

- ❖ Médical
- ❖ Social
- ❖ Educatif
- ❖ Juridique



ANNEXE 4

Plaquette de présentation du Réseau

Ville Hôpital 35

OBJECTIFS

Faciliter

l'amélioration de l'accès aux soins de proximité et du maintien à domicile

Améliorer

la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques (VIH, VHC, Tuberculose...) en favorisant la coopération entre les différents intervenants.

Permettre

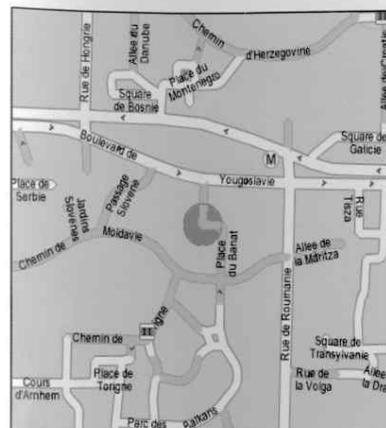
à tout professionnel de santé et à tout intervenant d'accéder à l'information, la formation et l'actualisation des connaissances.

Assurer

la continuité des soins entre la ville et l'hôpital.

Contribuer

à la prévention à travers différentes actions et la formation des professionnels.



1, place du Banat (rez-de-chaussée)
35200 RENNES

Tél: 02.99.32.47.36

Fax: 02.99.50.51.20

E-mail:

reseauvillehopital35@wanadoo.fr

Site web:

www.reseauvillehopital35.org

Accès métro et bus

métro : arrêt Le Blosne

bus : Ligne 33A ou 33B arrêt Le Blosne

Nos partenaires financiers:

ARH, URCAM, ACSÉ, Conseil Général 35,
CUCS, DDASS, GRSP, Ville de Rennes

RESEAU

VILLE
35
HOPITAL



Pôle d'Interprétariat



Le Centre Médical
Louis Guilloux



Le Pôle Interprétariat

*Une équipe
multidisciplinaire*

Permanences téléphoniques
du lundi au vendredi
de 9h00 à 17h00

Ouvert au public
Lundi après-midi

Mardi, jeudi et vendredi
matin

Pôle Migrants
Centre médical Louis Guilloux
Consultations de médecine générale sur rendez-vous
Ouverture des droits pour l'accès aux soins
Orientation médico-sociale



Prévention
Information
Formation des professionnels médico-sociaux

Pôle Tuberculose
Coordination de la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose



Prévention
Organisation de dépistages ciblés
Formation et information des professionnels médico-sociaux

Pôle VIH
Accompagnement des personnes séropositives

Prévention
Organisation de dépistages
Formation et information des professionnels médico-sociaux



Appartements de coordination thérapeutique



Prise en charge médico-sociale de personnes atteintes de pathologies chroniques et en situation de précarité.

Pôle interprétariat
Faciliter la communication entre les professionnels de la santé et du social et la personne migrante en assurant un interprétariat de qualité dans les domaines médical, social, éducatif et juridique



14 langues
Afghan, albanais, anglais, arménien, géorgien, kurde, lingala, mongol, portugais, roumain, serbe, somali, russe, turc

ANNEXE 5

Présentation de l'activité du Point H à Brest

Nom du service : POINT H

Type de service : Centre d'accueil médicalisé

Adresse : 16 rue Alexandre Ribot – 29200 BREST
20 rue Gaston Ramon – 29200 BREST

Effectif du personnel en équivalent temps plein : 2 etp 1/2

Objectif du service : proposer des soins sans avance de frais et amener la personne en précarité à entreprendre une démarche de soins tout en respectant ses choix

Conventions : CPAM nord finistère, DDASS, Conseil général, MSA

Nombre de personnes reçues en 2009 : 1008 (778 avec un dossier médical enregistré)
personnes différentes ont bénéficié des services du Point H en 2008 pour un total de 4164 actes

Activité du service : consultations médicales (1 ETP, 2 médecins généralistes spécialisés en addictologie), soins infirmier et accueil (1 ETP infirmier), consultation de psychologue clinicienne (1 quart-temps psychologue) et des soins dentaires, en partenariat avec le CHU: 1 vacations dentaires/semaine

Caractéristiques principales des personnes :

- 70 % n'ont pas de médecin traitant.
- 20 % ne possède aucun justificatif de couverture sociale,
- 80% n'ont aucune activité (professionnelle ou occupationnelle),
- 85 % sont isolés ou en rupture familiale

Pathologies : Une pathologie chronique est retrouvée chez 50% des patients et relève le plus souvent d'une pathologie chronique d'ordre psychiatrique, alcoolique ou toxicomaniaque.

Les motifs de consultation (stable depuis 10 ans) ont pour la deuxième fois changé avec l'apparition de la toxicomanie en seconde place avant le suivi alcool: 1er psychiatrie ou psychologie, 2nd la toxicomanie (suivis pour substitution à l'héroïne, 100 personnes différentes), 3^{ème} l'alcool.

Les faits marquants de l'année 2009 :

Les nouveautés en 2008:

au niveau de la structure

- Permanence de la Cpm qui est assurée une fois par semaine dans les locaux du centre ville au Pôle santé-environnement pour une ouverture de droits ou mise à jour.
- Une des 2 vacations de soin dentaire devait être assurée par un étudiant en fin d'étude mais n'a jamais été pourvue, de ce fait seule 1 vacation par semaine a été effectuée en 2009
- 2 médecins
- Poursuite du travail d'évaluation des pratiques avec l'ITES

Au niveau de la population

- Il est a noté un **doublment des moins de 25 ans** (de 15% en 2008 à 35,3%), **du nombre d'enfants** (de 5% à 9,3%) **et surtout de jeunes adultes** (de10% à 22% de 15-25ans).
- le nombre de personnes de nationalité étrangère (avec des difficultés d'expression et/ou sans papiers) a encore augmenté en 2009 confirmant la tendance 2008 en passant à **23 %**
- le nombre de personnes ayant des problèmes d'avance de frais a également nettement augmenté en 2009 confirmant la tendance 2008 (82 % ont des problèmes d'avance pour une consultation en liberal)
- Les motifs de consultation (stable depuis 10 ans) ont pour la première fois changé avec l'apparition de la toxicomanie en seconde place.**

ANNEXE 6

Guide d'entretien

Guide d'entretien semi-directif :

Nous sommes en formation à l'école de santé publique de Rennes. Dans le cadre d'un module interprofessionnel de santé publique, nous avons choisi de travailler sur le thème proposé par M Jarno. Notre thème concerne l'extension régionale du réseau « migrants » d'Ille et Vilaine pour une prise en charge médico-sociale des migrants en Bretagne. Nous sommes au début de notre étude, pour mieux cerner la problématique, nous souhaitons vous poser quelques questions. Nous permettez-vous d'enregistrer cet entretien pour une retranscription de vos propos plus fidèles ?

Identification de l'interviewé

Question de départ :

Que savez-vous de ce réseau migrant ou pouvez vous nous présenter ce réseau ?

Thème 1 Le réseau « migrant » d'Ille et Vilaine

1/ Pourriez-vous nous présenter votre opinion sur le réseau migrant d'Ille et Vilaine ?

2/ Pourriez-vous nous décrire votre rôle vis à vis de ce réseau migrant ? Quels sont les partenaires actuels du réseau en amont et en aval ?

3/ Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients d'une structure en réseau pour répondre à la problématique de la prise en charge médico-sociale des migrants ?

Thème 2 La prise en charge médico-sociale des migrants dans les autres départements

4/ Avez-vous connaissance de l'organisation des autres départements de la région Bretagne pour la prise en charge médico-social des migrants ? Avez-vous déjà des partenaires identifiés ?

Thème 3 La régionalisation du réseau

5/ Que pensez-vous d'une régionalisation de ce réseau ?

6/ Quel pourrait en être les objectifs ?

7/ Avez-vous déjà engagé des démarches en ce sens ? Avez-vous participé au colloque du 19/03 dernier ? Quelles conclusions en avez-vous tiré ?

8/ Selon vous la création des ARS aura-t-elle un impact sur cette régionalisation ?

9/ Selon quelles modalités imagineriez-vous cette régionalisation ? Quels acteurs/partenaires ? Quels moyens ? Quelles actions ? Sous quelle forme ? Dans quel délai ?

10/ Quels seraient, selon vous, les principaux obstacles que le réseau pourrait rencontrer dans la mise en place de cette régionalisation ?

11/ Quels seraient, selon vous, les principaux avantages de cette régionalisation ?

ANNEXE 7

Retro planning

PLANNING MODULE INTERPROFESSIONNEL - GROUPE 13 –

L'Extension régionale du réseau de santé « migrants » d'Ille et Vilaine pour une prise en charge médico-sociale des migrants en Bretagne

<i>Lundi 03 mai</i>	<i>Mardi 04 mai</i>	<i>Mercredi 05 mai</i>	<i>Jeudi 06 mai</i>	<i>Vendredi 07 mai</i>	<i>Lundi 10 mai</i>	<i>Mardi 11 mai</i>
Lecture	Lecture 13 h 30 : Rencontre avec Séverine Steffan	14 h : Elaboration de la grille d'entretien	9 h 30 : Brest : Johanna et Guy 10 h : RVH : Marie-Laure et Sandrine 9 h 30 : URML : Julie et Lucile 14 h 30 : Président RVH Corinne et Gérald	14 h 30 : ARS, M. Doki Thonon Gérald et Guy	15 h 30 : S.A.O. Marie-Laure et Lucile 17 h 00 : ARS, M. Joseph : Johanna et Julie 16 h 30 : Natalia SPAACK	9 h : Debriefing en C5 13 h 30 : Débriefing des entretiens
<i>Mercredi 12 mai</i>	<i>Lundi 18 mai</i>	<i>Mardi 19 mai</i>	<i>Mercredi 20 mai</i>	<i>Jeudi 21 mai</i>	<i>Vendredi 22 mai</i>	
9 h – 17 h : Réadaptation de la problématique. Plan détaillé. Dispatching de la rédaction.	Rédaction	Rédaction 14 h : Lissage, mise en commun	9 h – 17 h : Rédaction : Introduction et conclusion Bibliographie, annexe, mise en page	9 h : Mise en forme et annexes 14 h : Présentation orale	9 h : Présentation orale	