UNIVERSITE DE NANTES

Faculté de Médecine

Année 2006 N°26

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Mr Sébastien PENARD

Né le 12 décembre 1976 aux Sables d'Olonne

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 2006

La consultation médico-sociale Jean Guillon du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes : Bilan en 2004 après 5 ans d'activité.

Président : Monsieur le Professeur BARRIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur AGARD

Plan.

Plan. 2
Remerciements. 5
I-Introduction 9
I-1.Objectifs généraux de la consultation Jean Guillon. 11
I-2. L'équipe de la consultation Jean Guillon. 12
I-3. Le fonctionnement de la consultation Jean Guillon. 14
I-4.Objectif de la thèse 15
II- Matériels et Méthodes 16
II-1. Matériels 16
II-1a. Activité de la consultation Jean Guillon entre 2000 et 2003. 16
II-2. Méthodes. 19
II-2a. Activité de la consultation Jean Guillon en 2004. 19
II-2b. Activité de la consultation Jean Guillon entre 2000 et 2003. 25
III-Résultats. 29
III-1 Les données médicales. 29
III-1a. Les données médicales de l'année 2004. 29
III-1b. Evolution de l'activité médicale depuis 1999. 40
III-2. Les données sociales. 48
III-2a. Les données sociales de l'année 2004. 48
III-2b. Evolution de l'activité sociale depuis 1999. 54
III-3. Les données de soins infirmiers. 58
III-3a. Les données de soins infirmiers de l'année 2004. 58
III-3b. Evolution de l'activité de soins infirmiers depuis 1999. 60
III-4. Activité globale de la consultation Jean Guillon 62
III-4a Activité globale de la consultation Jean Guillon en 2004. 62

III-4b Evolution de l'activité globale de la consultation Jean Guillon de 2000 à 2004. 63
IV-Discussion 64
IV-1. L'activité du secrétariat 64
IV-2. Les patients de la consultation Jean Guillon : description, particularités, évolution. 65
IV-2a. Description des patients de la consultation Jean Guillon. 65
IV-2b Les particularités des patients de la consultation Jean Guillon 66
IV-2c. Evolution des caractéristiques de la population de la consultation Jean Guillon. 67
IV-3 L'activité médicale. 69
IV-4 L'activité sociale. 78
IV-5. L'activité infirmière. 85
IV-6 Le Réseau PASS 88
IV-6a. Le réseau médical. 88
IV-6b. Le réseau social 91
IV-7.La formation au sein de la consultation Jean Guillon et les travaux de recherche. 92
IV-7a.La formation médicale. 92
IV-7b. La formation paramédicale. 94
IV-7c. La formation des personnels hors PASS. 94
IV-8. Difficultés de réalisation. 95
V- Quel avenir pour la consultation Jean Guillon et le système PASS du CHU de Nantes ? 96
VI-Conclusion. 101
VII-Annexes 102

Annexe 1 :Loi no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions..... 102
Annexe 2 : Loi no 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile 105

Remerciements.

Au Professeur Barrier, merci de m’avoir accordé l’honneur de présider mon jury de thèse.

Au Docteur Agard, merci pour son soutien dans la réalisation de ce travail. Merci de la confiance que vous m’avez témoigné en me confiant ce travail.

Au Professeur Lombrail, merci d’avoir bien voulu juger ce travail et d’avoir accepter de participer à mon jury de thèse.

Au Docteur Senand, merci d’avoir bien voulu juger ce travail et d’avoir accepter de participer à mon jury de thèse.

A mes parents, merci de votre soutien tout au long de mes études, de votre amour, merci pour tout. Avec tout mon amour.

A mes beaux parents, merci de votre aide et de votre soutien. Merci de votre accueil chaleureux au sein de votre famille. Avec mon affectueuse reconnaissance.

A Karine et Alexandre, merci de m’avoir soutenu mais aussi supporté durant toutes les étapes de la réalisation de cette thèse. Avec tout mon amour.

A mes amis, merci pour tout ce qu’on a vécu au cours de ses nombreuses années d’études. Merci pour votre soutien et vos coups de pouce pour la réalisation de cette thèse. Que la distance ou le travail ne nous éloignent pas.

A l’équipe de la consultation Jean Guillon, merci de votre accueil et de vos conseils pour m’intégrer le mieux possible au sein du service. Un grand bravo pour votre gentillesse et le travail énorme que vous réalisez.

Aux patients de la consultation Jean Guillon, merci pour votre humanité, votre cosmopolitisme. Notre rencontre a changé ma façon de voir le monde et j’espère avoir pu vous être utile, en toute humilité.

I-Introduction.

A partir du milieu des années 80, une réflexion concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité commence au sein des structures hospitalières sous l'impulsion d'associations caritatives comme la Croix Rouge ou Médecins du Monde [1]. La politique économique de la gestion de l'hôpital public conduit à évincer du système de soins un public ne pouvant pas payer ses soins ou n'ayant pas de couverture sociale en dehors de l'urgence. De plus, les conditions socio-économiques défavorables entraînent une fragilisation du tissu social et la précarisation d'une frange de la population. Ainsi le CREDES (Centre de Recherche et de Documentation en Economie de Santé) estimait en 1996 que 17% des personnes vivant en France avaient renoncé à des soins pour des raisons financières [2].

Des initiatives de prise en charge hospitalière ont débuté en région parisienne ou à Dreux. Les pouvoirs publics sont interpellés suite à ces expériences locales par les associations d'aide aux démunis mais également suite au problème posé par la prise en charge des patients séropositifs, souvent en situation précaire et sans couverture sociale. Les autorités de l'Etat décident alors de créer une structure au sein de l'hôpital public qui permette la prise en charge de tout patient ayant une couverture sociale ou non se présentant pour un problème urgent ou non.

La consultation médico-sociale du CHU de Nantes a été créée en novembre 1999. Elle répond aux exigences de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (Annexe 1) qui définit l'accès aux personnes les plus démunies comme objectif prioritaire de la politique de santé publique. Dans ce cadre, il a été mis en place le dispositif

PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Ainsi au sein du CHU de Nantes, la consultation Jean Guillon représente un des éléments essentiels du dispositif PASS.

La prise en charge des personnes en situation de précarité est envisagée dans ce dispositif sous deux aspects qui ne peuvent être séparés :

- une prise en charge médicale et infirmière.
- une prise en charge sociale.

I-1.Objectifs généraux de la consultation Jean Guillon.

Ce dispositif de prise en charge a pour ambition de répondre à plusieurs objectifs généraux définis par un groupe pluridisciplinaire au sein du CHU de Nantes [3] :

- Permettre une meilleure identification des situations de précarité.
- Favoriser l'accès aux droits.
- Faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité.
- Mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste.
- Participer à la construction et au développement du réseau entre professionnels de santé et professionnels du social.
- Contribuer à informer et former les personnels aux problèmes de la précarité.

I-2. L’équipe de la consultation Jean Guillon.

La consultation Jean Guillon est gérée au quotidien par une équipe pluridisciplinaire où on retrouve :

- 1 secrétaire
- 2 infirmières
- 2 assistantes sociales
- 1 interne de médecine générale à temps plein
- 1 médecin référent interniste
- Des médecins généralistes vacataires qui assurent des consultations de médecine générale au sein de la structure.

L’équipe infirmière :

Il s’agit de deux IDE (2 Equivalents Temps Plein (ETP)) qui assurent l’accueil et la prise en charge infirmière des patients (prise de sang, prise de rendez-vous pour les examens complémentaires, réalisation de traitement et de soins, éducation et prévention)

Le secrétariat :

Son rôle est de créer et de gérer la bonne tenue des différents dossiers des patients. Elle participe également activement à l’accueil et aux formalités d’admission des patients par le recueil des données administratives des patients.

L’équipe d’assistante sociale :

Elle est composée de 2 ETP. Leur rôle est d’évaluer les besoins et les différentes solutions à apporter aux patients et de les aider dans leurs différentes démarches administratives.

L’équipe médicale :

Elle est composée à la fois par des médecins spécialistes (interniste) et des médecins généralistes :

- Un interne de médecine générale qui assure des consultations le matin et l’après midi 5 jours sur 7 ; il est chargé du suivi des dossiers et des patients
- Des médecins généralistes vacataires qui consultent l’après-midi en collaboration avec l’interne de médecine générale.

I-3. Le fonctionnement de la consultation Jean Guillon.

Le service est ouvert tous les jours de la semaine du lundi au vendredi. Les matinées sont réservées à des consultations ou des entretiens sur rendez-vous que ce soit pour les consultations médicales ou les entretiens sociaux. L'après-midi est réservé à des consultations sans rendez-vous où les patients sont accueillis par les infirmières et les assistantes sociales.

Dans le cadre de sa double mission médicale et sociale, l'ensemble des patients qui consulte la première fois est reçu à la fois par un médecin et par une assistante sociale.

Les patients déjà connus ne sont reçus que pour le problème pour lequel ils consultent (social ou médical voire les deux).

Le but de ce service est l'intégration ou la réintégration dans les meilleurs délais au sein du système de soins conventionnel. Les consultations sont gratuites et donc sans avance de frais pour les patients ; de même, suivant leur couverture sociale, les patients peuvent bénéficier de la délivrance gratuite de médicaments au sein de la pharmacie de l'hôpital.

I-4.Objectif de la thèse.

L'objectif de ce travail est de réaliser un bilan de l'activité de ce service durant l'année 2004 soit au bout de sa 5ème année d'existence. Nous expliciterons tout d'abord l'origine des données que nous avons exploitées puis dans un deuxième temps nous exposerons les résultats de l'activité de la consultation Jean Guillon en 2004 et nous comparerons par la suite ces données avec les résultats des 4 années précédentes pour mettre en évidence les grandes tendances évolutives de ce service.

Nous essaierons également par ce travail de dresser un bilan de la précarité au sein de notre société à travers les différents éléments mis en évidence au sein de ce travail de recueil et de comparaison.

II- Matériels et Méthodes

II-1. Matériels.

II-1a. Activité de la consultation Jean Guillon entre 2000 et 2003.

Les données que nous avons exploitées pour recenser l'activité de la consultation Jean Guillon sont issues des différents rapports annuels d'activité édités au sein du service.

Un des objectifs principaux du système PASS est, outre de favoriser l'accès aux soins des patients les plus démunis, de recenser et quantifier les besoins de ce type de population. L'intérêt de ce recueil est de permettre d'essayer d'anticiper sur les besoins qu'ont les patients et de permettre de faire évoluer la structure de soins vers un niveau optimal mais aussi de répondre aux exigences d'une gestion économique contrôlée.

Tout ceci s'appuie sur un recueil précis de données médico-sociales. Depuis son ouverture en 1999, la consultation Jean Guillon a vu se mettre en place plusieurs systèmes de recueil de données démographiques, administratives, sociales, infirmières et médicales.

Tout d'abord, lors d'une phase de mise en place de la consultation Jean Guillon, les données étaient recueillies sur des documents papiers difficilement exploitables par la suite d'autant plus que le support n'était pas le même pour les médecins et pour les personnels paramédicaux.

A partir de la fin de l'année 2000, un système de recueil de données sur fichier informatique Excel a été mis en place. Ce système était utilisé par tous les intervenants médicaux et paramédicaux. Chaque catégorie professionnelle de la consultation Jean Guillon possédait alors son propre fichier de recueil.

Devant la volonté de faire évoluer ce système de recueil vers un outil unique pour tous les intervenants de la consultation Jean Guillon, le CHU de Nantes a participé à une étude testant un nouveau logiciel. Il s'agit du logiciel PASS mis au point par l'équipe du Pr. Farge à l'Hôpital Saint-Louis (Consultation Verlaine)[4].

Ce système a été testé pendant 6 mois de janvier à juin 2003. La consultation Jean Guillon a ainsi participé à une étude nationale d'évaluation des PASS[4]. Il a été par la suite abandonné suite à une évaluation défavorable par l'équipe de la consultation Jean Guillon ; le logiciel n'étant pas adapté à l'activité du service en particulier pour le travail effectué par notre service social. Le tableau de recueil Excel a donc été de nouveau réutilisé pour la fin de l'année 2003.

Depuis la mise en place d'un système de recueil informatisé, toutes les données entrées ont été sauvegardées.

En 2004, nous avons exploité deux bases de données différentes. Durant la première partie de l'année 2004, les données ont été recueillies au sein du tableur Excel précédemment mis en place. Nous avons donc exploité les données des différentes équipes de la consultation Jean Guillon, médicales, sociales et infirmières.

A la fin 2004, le recueil des données a été effectué à l'aide d'un module du logiciel CLINICOM°, logiciel de gestion hospitalière dont est équipé le CHU de Nantes. Il s'agit d'un module mis au point en collaboration avec l'équipe du P.I.M.E.S.P. (Pole d'Information Médicale et de Santé Médicale) qui permet dans le même module de relever les données médicales, sociales et infirmières de chaque patient ainsi que d'effectuer un suivi plus aisé par la création d'un véritable fichier médical informatique personnalisé. Ce logiciel permet la saisie de façon codée des différents diagnostics.

Dans ce logiciel, les différents diagnostics sont classés selon la Classification Internationale des Maladies 10ème édition ou CIM 10. A partir de cette classification générale a été mis au point une classification spécifique à la consultation Jean Guillon reprenant les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées dans ce service. Il s'agit d'une classification évoluant dans le temps selon les nouvelles pathologies rencontrées.

II-2. Méthodes.

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur les éléments publiés au sein des rapports d'activité annuels de la consultation Jean Guillon. Nous en avons extrait les données afin de les comparer aux données de 2004.

Les données proviennent de systèmes de recueil qui sont renseignés par les différents acteurs de la consultation Jean Guillon, médecins, assistantes sociales à la fin de chaque consultation.

II-2a. Activité de la consultation Jean Guillon en 2004.

Il s'agit d'un travail d'analyse rétrospective sur les données de l'année 2004. Nous avons sélectionné différents items afin de pouvoir les comparer aux données des années précédentes. A partir de cette sélection, nous avons exploité les informations des deux systèmes de recueil de données utilisées en 2004. Concernant les motifs de consultations médicales et les diagnostics médicaux posés au décours des consultations médicales, nous avons converti les données du système de recueil de type Excel selon la classification du système de recueil Clinicom° qui reprend la classification CIM 10.

Au niveau des données médicales, les items retenus sont les suivants :

- le nombre de consultations médicales par mois
- l'âge des patients : nous avons classé les données en plusieurs classes d'âge ; 0 à 9 ans, 10 à 17, 18 à 30, 31 à 40, 41 à 50, 51 à 60, plus de 60ans. Ce classement permet de séparer les patients majeurs des patients mineurs. Nous avons calculé l'age moyen.
- le sexe-ratio.

- la nationalité des patients de la consultation Jean Guillon. Pour étudier cet item, nous avons rencontré une difficulté car il n'y a pas de données exploitables pour les deux derniers mois de l'année 2004. Cet item n'a pas été relevé au cours de cette période. Il s'agit donc là de données partielles qui ne correspond qu'au 10 premiers mois de l'année 2004.
- l'origine des patients de nationalité étrangère. Nous avons regroupé les différentes nationalités par continent ou grandes zones géographiques :
- - Amériques.
- - Asie.
- - Moyen Orient.
- - Ex-URSS.
- - Afrique du Nord.
- - Europe.
- - Afrique noire ou sub-saharienne.
- les primo-consultants : nous avons relevé comme items l'âge, le sexe, le statut familial, la nationalité des primo-consultants.
- les motifs principaux de consultations. Cet item est relevé par le médecin (l'interne ou le médecin vacataire) qui reçoit le patient. Nous avons retenu, dans le système de recueil Clinicom°, l'item correspondant au diagnostic principal. Cet item est le reflet de la demande médicale qui parait la plus importante au soignant. Nous avons classé ces items en les classant par spécialité médicale :
  - pédiatrie.

- toxicologie, agents physiques, allergie.
- hématologie.
- neurologie.
- urologie, néphrologie.
- pneumologie.
- endocrinologie, pathologie métabolique.
- cardiologie et vasculaire.
- psychiatrie, toxicomanie.
- gastro-entero-hepatologie.
- dermatologie.
- pathologie sociale et médicolégale.
- rhumatologie.
- traumatologie.
- infectiologie.
- gynecologie-obstetrique.
- oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie. Il convient de noter que les infections bénignes des voies aériennes supérieures figure dans cette catégorie.

- motifs sans orientations. Nous retrouvons au sein de cette catégorie toutes les plaintes qui ne relèvent pas strictement d'une spécialité médicale clairement identifiée. Les principaux items de cette catégorie sont les inquiétudes sur l'état de santé, le renouvellement d'ordonnance, la remise d'examens complémentaires anormaux.

- les principales catégories de diagnostics posés. Il s'agit des diagnostics posés par les soignants au décours immédiat de la

consultation médicale. Lors d'une même consultation plusieurs diagnostics peuvent être mis en évidence. La classification utilisée a été la même que celle des motifs principaux de consultation, classification basée sur la CIM 10. A noter que l'on retrouve également une catégorie motifs sans orientation au sein de cette classification qui correspond aux symptômes mis en évidence au cours de la consultation sans qu'un diagnostic précis n'ait été posé.

- le devenir des patients au décours de la consultation médicale : la prescription d'examens biologiques, radiologiques, la prescription de médicaments, une hospitalisation, une consultation spécialisée, un suivi au sein de la consultation, la rédaction de certificat médical.
- les demandes de cartes de séjour pour raisons de santé : nous avons étudié l'âge des demandeurs selon s'il s'agit d'une demande de renouvellement ou d'une première demande, la nationalité des demandeurs, les motifs médicaux des demandes.
- la réorientation des patients : Il s'agit du retour des patients vers le système de soins de droit commun. La décision est prise lors d'une réunion hebdomadaire au sein du service où sont réunis tous les acteurs de la consultation Jean Guillon (médecins, infirmières, assistantes sociales). Elle ne peut être envisagée que si le patient est bénéficiaire d'une couverture sociale complète et qu'il soit suffisamment autonome pour accéder au système de soins de droit commun. Le patient est alors adressé vers le médecin généraliste de son choix. Nous avons repéré comme

item la nationalité, le sexe, la moyenne de durée de fréquentation du service avant la réorientation, le nombre moyen de consultations médicales avant la réorientation. Nous avons ensuite analysé les différences de réorientations des patients selon leur nationalité. Nous avons également examiné la couverture sociale de ces patients.

En ce qui concerne les données de l'activité de soins, nous ne disposons de données exploitables que pour les 3 premiers trimestres de l'année 2004. Nous n'avons aucune donnée pour le mois d'octobre et seulement des données partielles pour les 2 derniers mois. Nous avons ainsi réalisé une étude rétrospective de l'activité de soins et une évaluation de l'activité de soins globale de l'année 2004. Nous avons relevé comme items :

- les actes techniques infirmiers
- les accompagnements de patients à des rendez-vous. Nous avons calculé le nombre moyen d'accompagnement par mois.
- la prise en charge infirmière : aide à l'hospitalisation, la réalisation d'un ECG, de douches, la distribution de traitement, la réalisation de prélèvements urinaires, d'injections, de pansements, d'action d'éducation, de prélèvements sanguins, la prise de rendez-vous.

Nous avons ensuite comparé les items sélectionnés au cours des différentes années.

Les résultats de l'activité sociale correspondent pour les données provenant du système de données Excel à une analyse rétrospective des données sociales des nouvelles personnes prises en charge au cours de l'année 2004.

Les items relevés concernant les primo-consultants au niveau social sont les suivants :

- la situation familiale.
- le statut administratif.
- le logement.
- les ressources financières.
- la couverture sociale des patients au début de leur prise en charge.
- les obstacles aux soins.
- les orientations sociales des patients. Il s'agit des interlocuteurs administratifs, associatifs ou sociaux vers lesquelles le patient va être dirigé.

A partir du système de recueil Clinicom, on a pu réaliser une étude rétrospective de la file active des patients au cours des deux derniers mois de l'année 2004. Les items sélectionnés sont les suivants :

- le nombre de consultations sociales ayant permis de réaliser une estimation de l'activité sociale sur l'année.
- les interventions sociales : accès aux droits sociaux, à un hébergement, aux soins.
- les obstacles levés.

- les orientations sociales des patients.

II-2b. Activité de la consultation Jean Guillon entre 2000 et 2003.

A partir des rapports d'activité de la consultation Jean Guillon publiés au sein du CHU, nous avons extrait les données concernant à la fois les données médicales mais aussi sociales et infirmières. Nous nous sommes intéressés aux différents facteurs démographiques :

- le nombre de patients consultants au sein de la consultation Jean Guillon pour la première fois : les primo-consultants.
- âge des patients, nous avons alors séparé les données par classe d'âge 0 à 9 ans, 10à 17 ans, 18 à 30 ans, puis par tranche de 10 ans jusqu'à 60 ans. Cette séparation permet de repérer les patients mineurs.
- le sexe-ratio
- la nationalité.

Nous avons relevé les données médicales suivantes :

- le nombre de consultations par an.
- le motif principal de consultation. Cet item est relevé par le médecin (l'interne ou le médecin vacataire) qui reçoit le patient. Cet item est le reflet de la demande médicale qui parait la plus importante au soignant. Nous avons classé ces items en les classant par spécialité médicale :
  - pédiatrie.
  - toxicologie, agents physiques, allergie.
  - hématologie.

- neurologie.
- urologie, néphrologie.
- pneumologie.
- endocrinologie, pathologie métabolique.
- cardiologie et vasculaire.
- psychiatrie, toxicomanie.
- gastro-entero-hepatologie.
- dermatologie.
- pathologie sociale et médicolégale.
- traumatologie.
- infectiologie.
- gynecologie-obstetrique.
- oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie. Il convient de noter que les infections bénignes des voies aériennes supérieures figure dans cette catégorie.

- motifs sans orientations. Nous retrouvons au sein de cette catégorie toutes les plaintes qui ne relèvent pas strictement d'une spécialité médicale clairement identifiée. Les principaux items de cette catégorie sont les inquiétudes sur l'état de santé, le renouvellement d'ordonnance, la remise d'examens complémentaires anormaux.

- les principales catégories de diagnostics posés. Il s'agit des diagnostics posés ou des demandes formulés au cours d'une même consultation. Les données sont saisies par les soignants au décours immédiat de la consultation médicale. La classification utilisée a été la même que celle des motifs principaux de consultation. A noter que l'on retrouve également une catégorie

motifs sans orientation au sein de cette classification qui correspond aux symptômes mis en évidence au cours de la consultation sans qu'un diagnostic précis n'ait été posé.

- le devenir des patients au décours de la consultation médicale que ce soit la prescription d'examens de biologie, de médicaments ou la rédaction de certificats médicaux.
- le nombre de réorientations. Il s'agit du nombre de patients qui sont réorientés vers le système de soins de droit commun. L'évaluation du nombre des réorientations n'a débuté qu'en 2001.

Concernant les données sociales, nous avons sélectionné au sein des différents rapports d'activité les items suivants :

- le nombre de consultations sociales par an.
- le nombre de primo-consultants.
- la proportion de patients d'origine étrangère.
- le statut administratif des patients d'origine étrangère.
- le logement des patients au moment de leur arrivée dans le service.
- les ressources des patients.
- la couverture sociale des patients au début de leur prise en charge.
- les obstacles aux soins. Cet item correspond aux difficultés principales au niveau social. On retrouve le logement, les problèmes financiers, la marginalité, les problèmes de

couverture sociale. Ces données sont recensées au décours de la consultation sociale par les assistantes sociales elle-même.

Concernant les données de soins infirmiers, les items retenus sont les suivants :

- le nombre global d'actes infirmiers.
- la classification des différents actes infirmiers en plusieurs catégories : la prise de rendez-vous, la réalisation de pansements ou l'administration de traitement, la réalisation de prélèvements sanguins ou urinaires, la réalisation de douches, les actions d'éducation, les accompagnements physiques des patients à leur rendez-vous.

Concernant l'activité globale de la consultation Jean Guillon, nous avons retenu les items concernant :

- le nombre de consultations médicales.
- le nombre de consultations sociales.
- le nombre de primo-consultants.

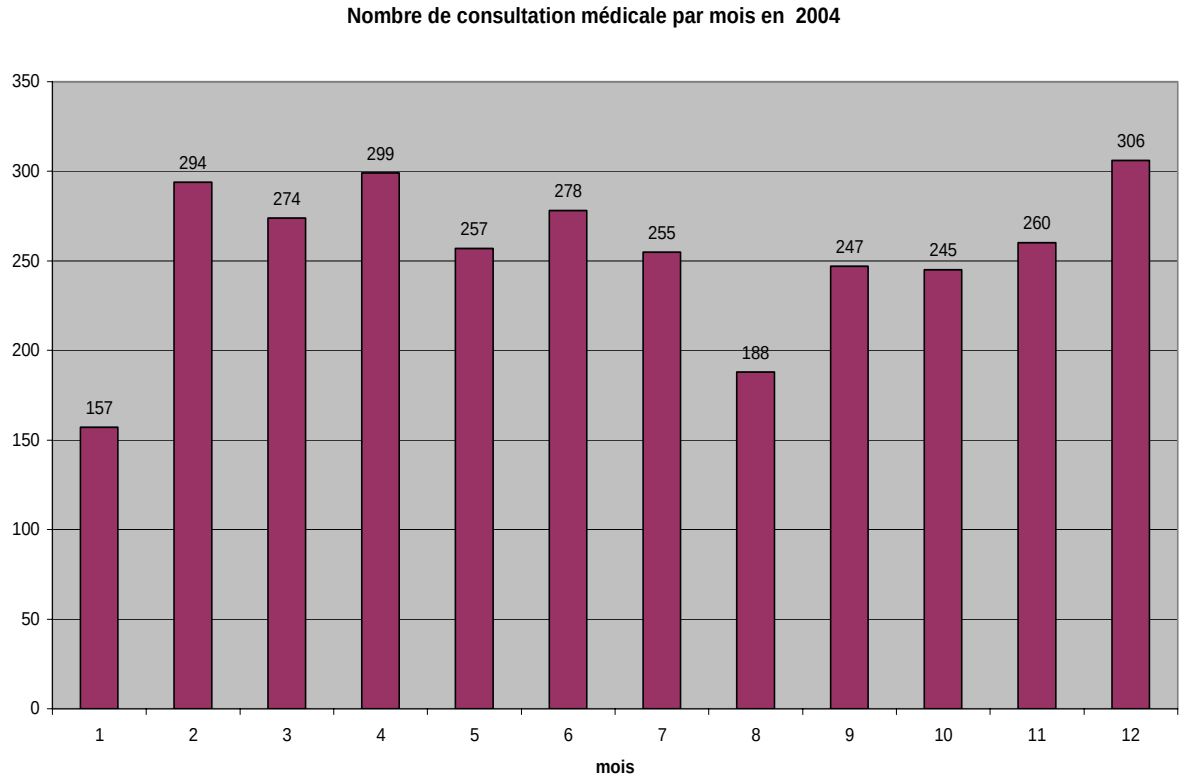
III-Résultats.

III-1 Les données médicales.

III-1a. Les données médicales de l'année 2004.

La fréquence des consultations médicales.

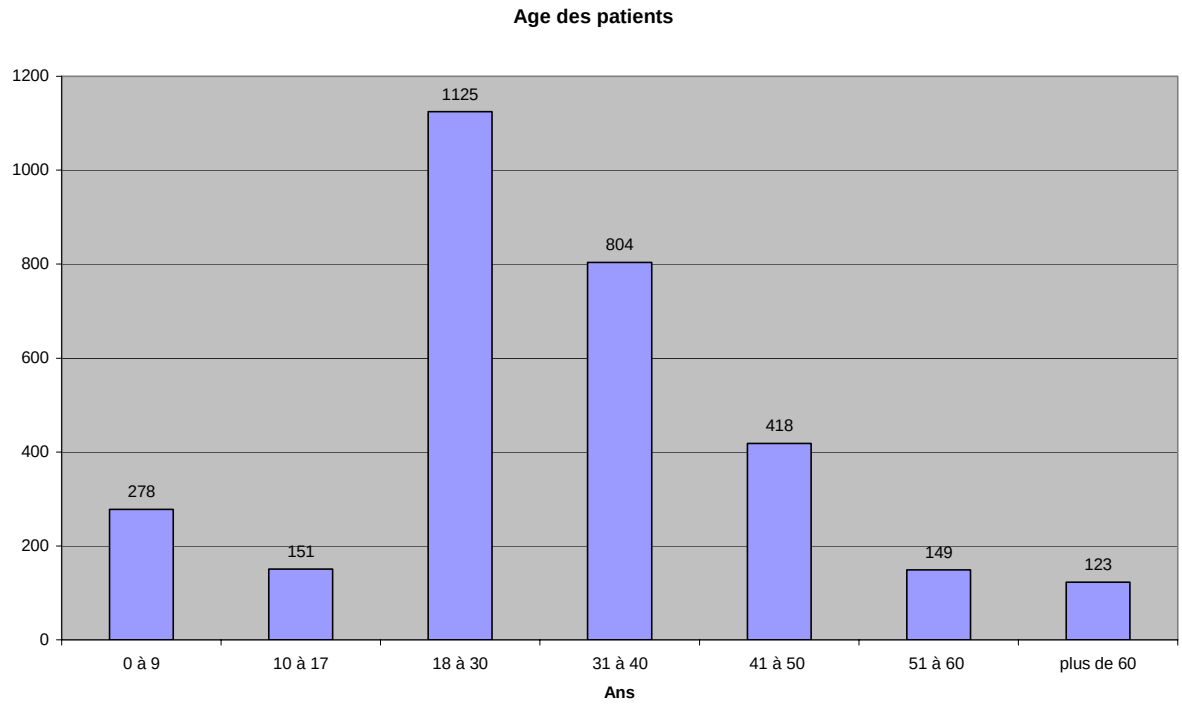
On retrouve un total de 3060 consultations médicales pour l'année 2004. Le graphique suivant reprend de façon mensuelle le nombre de consultations au sein de la consultation Jean Guillon.



L'âge des patients.

On retrouve toutes les classes d'âge au sein de la population fréquentant la consultation Jean Guillon. 9.1% des patients ont entre 0 et 9 ans (n=278/3048), 4.95% ont entre 10 et 17 ans (n=151/3048). Ainsi on note que 14.05% des patients consultants à la consultation Jean Guillon sont mineurs (n= 429/3048). 36.9% ont entre 18 et 30 ans (n= 1125/3048) ; 26.4% sont âgés entre 31 et 40 ans (n=804/3048) ; 13.7% ont entre 41 et 50 ans (n=418/3048) ; 4.9% ont entre 51 et 60 ans (n=149/3048) ; 4% ont plus de 60ans (n=123/3048).

Le graphique suivant montre la répartition des différentes classes d'âge.



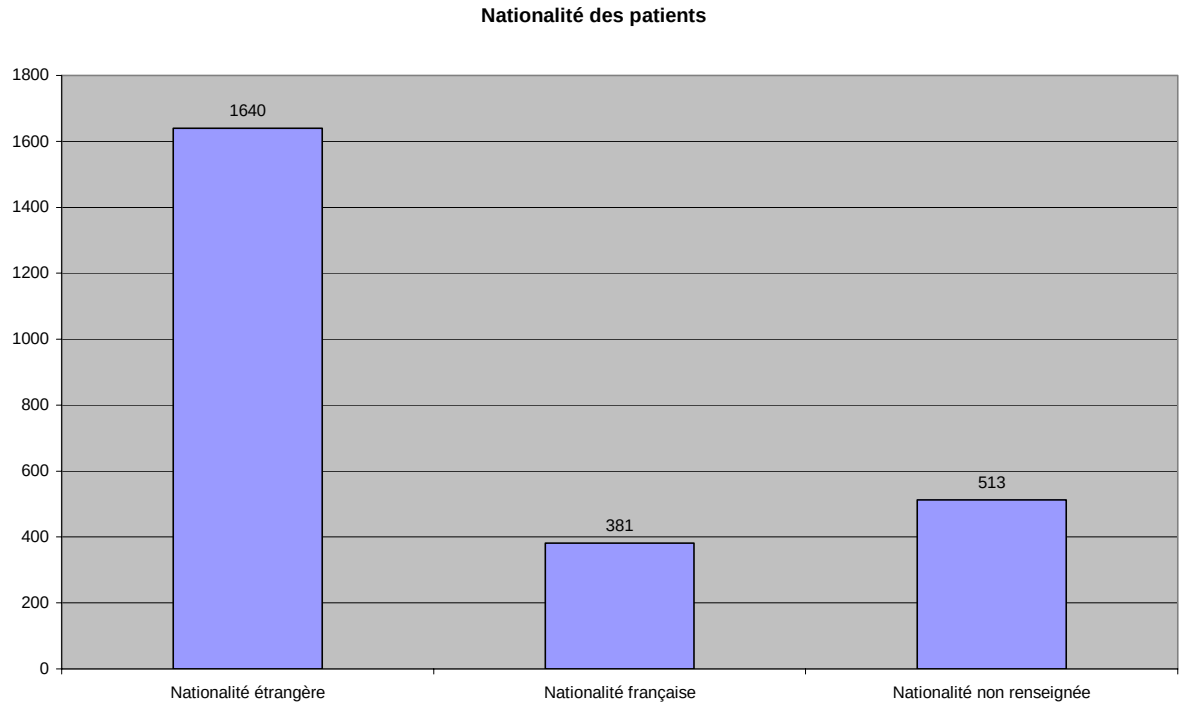
Les âges les plus extrêmes vont de la naissance à 83 ans. L'âge moyen est de 30.75 ans.

Le sexe ratio.

Dans 55% des cas, les patients qui ont consulté un médecin à la consultation Jean Guillon en 2004 sont des hommes (1675/3058).

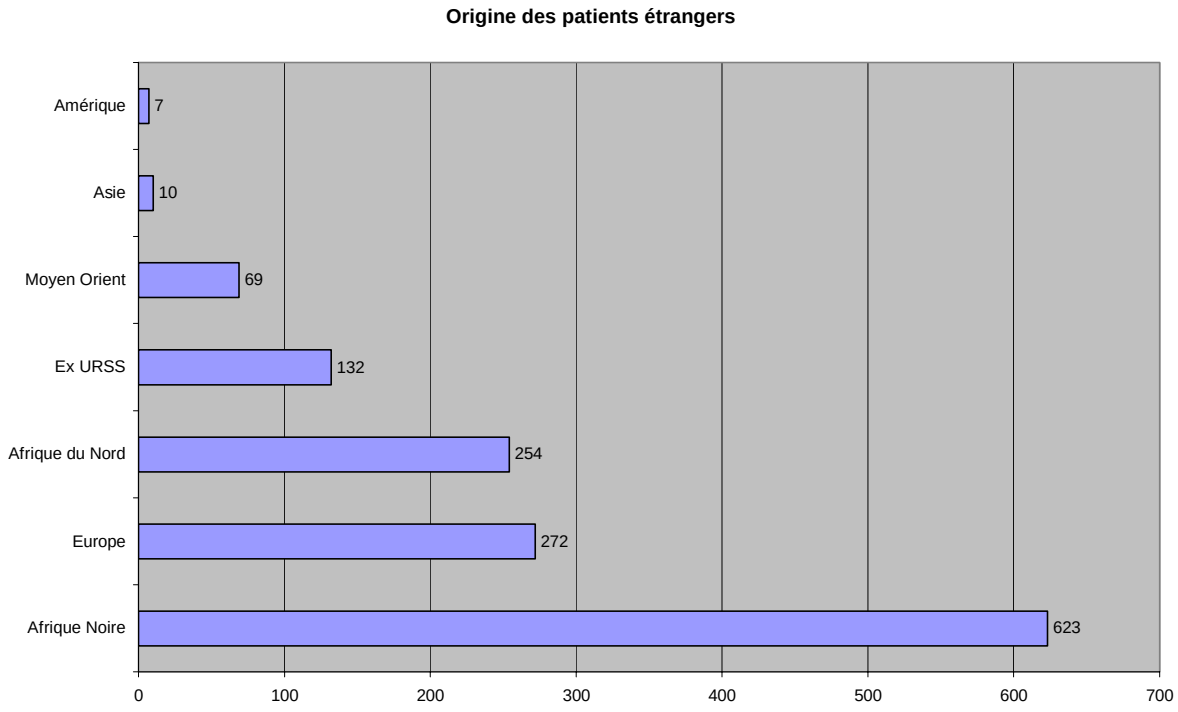
La nationalité des patients.

Sur les dix premiers mois de l'année 2004, 65 % des patients reçus au cours des consultations médicales au sein de la consultation Jean Guillon étaient de nationalité étrangère (1640/2534). Trois cent quatre-vingt un étaient de nationalité française soit 15 %. La nationalité de 20 % des patients sur cette période est inconnue (513/2534). Le tableau suivant reprend ces données.



Origine des patients de nationalité étrangère.

La majorité des patients de nationalité étrangère sont originaires d'Afrique Noire (45.57% ; 623/1367) et d'Afrique du Nord (254/1367 ; 18.58%). Le graphique suivant reprend les origines des patients étrangers en les classant par grandes régions démographiques.

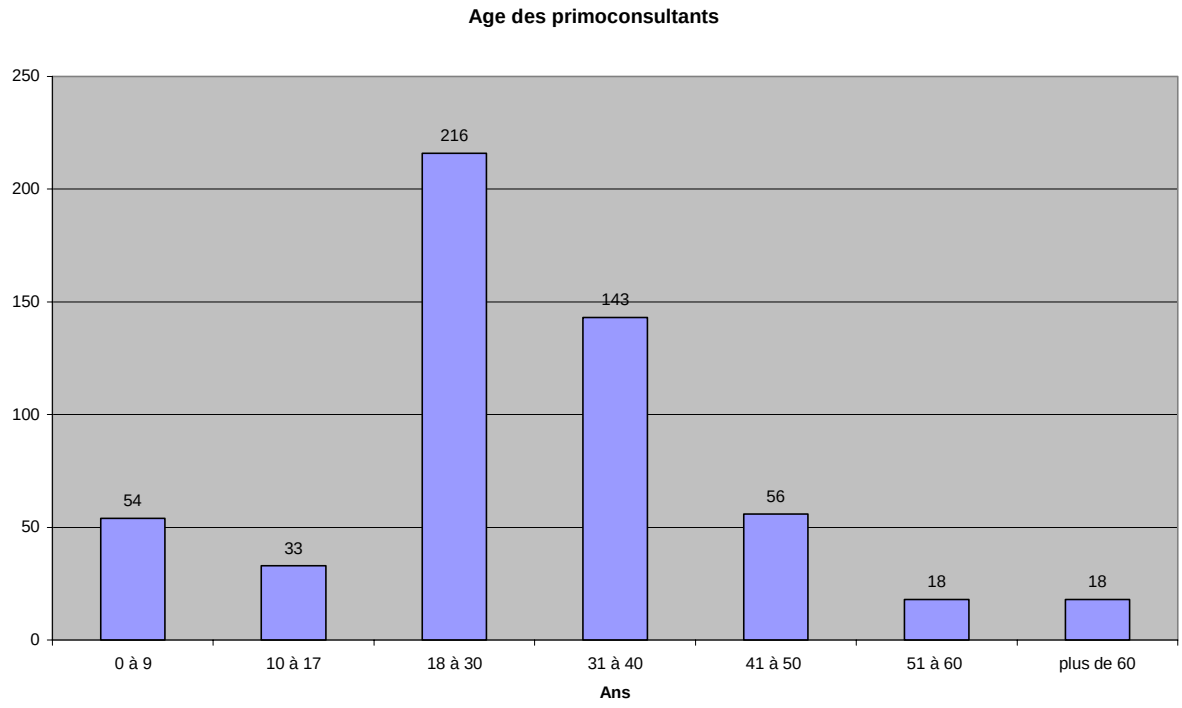


Les primo-consultants.

La consultation Jean Guillon a reçu au cours de l'année 2004 neuf cent quatorze nouveaux patients. A partir des données des deux derniers mois de l'année, il s'agit en majorité d'homme (53.7% ; 202/376). Les données des 10 premiers mois de l'année montrent qu'ils s'agit d'une majorité d'étrangers (59.5% ; 320/538), le plus souvent il s'agit également de personnes seules (51% ; 274/538)

Il apparaît à partir de ces mêmes données que 41% des nouveaux arrivants sont âgés de 18 à 30 ans (216/538), 27% ont entre 31 et 40 ans (143/538), 10% ont entre 0 et 9 ans (54/538) et entre 41 et 50 ans (56/538), 6% ont entre 10 et 17 ans (33/538), 3% ont entre 51 et 60 ans (18/358) et plus de 60 ans (18/358).

La répartition des âges des patients se retrouve dans le schéma suivant :

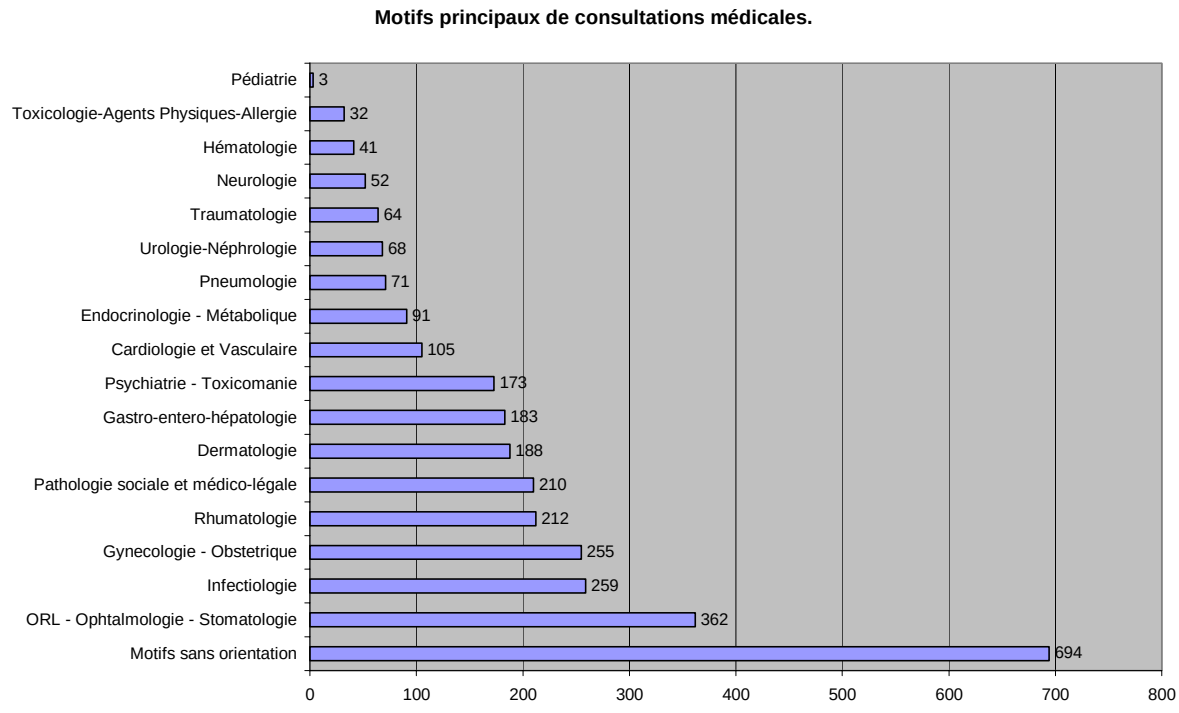


Les motifs de consultations.

Sur 3065 consultations recensées, 694 soit 22.64% sont liés à des motifs sans orientations. On retrouve au sein de cette catégorie :

- Le résultat d'examen clinique ou biologique anormaux 9.49% (291/3065)
- L'inquiétude sur l'état de santé 3.45% (106/3065)
- Le renouvellement d'ordonnance 3.26% (100/3065)

Dans 11.93% des cas (362/3065), le motif de consultations a été une pathologie ORL, ophtalmologique ou stomatologique. L'infectiologie est retrouvé dans 259 cas soit 8.53%. La gynécologie obstétrique vient ensuite avec 8.4% des cas (255/3065). Le reste des données est visible sur le schéma suivant :



Les différents diagnostics posés lors des consultations médicales.

Au décours des consultations médicales, différents diagnostics ont été posés. Ainsi, on retrouve dans 19.13% des consultations, le diagnostic de consultation pour motifs sans orientations (834/4358). Dans cette catégorie, on retrouve en particulier la remise d'examen complémentaire anormaux (300 diagnostics ; 6.88%), 123 renouvellements d'ordonnances (2.82%), 118 consultations pour inquiétude sur l'état de santé (2.7%).

On retrouve les consultations liés aux problèmes ORL, stomatologiques et ophtalmologiques dans 10.62% des cas (463/4358). Dans cette catégorie, on retrouve l'un des diagnostics le plus fréquemment retrouvés : l'infection bénigne des voies aériennes supérieures (276 diagnostics ; 6.33%) dont en majorité la rhinopharyngite (147 diagnostics ; 3.37%).

Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés par ailleurs sont :

- le suivi de grossesse normale (117 diagnostics /2.68%).
- l'hypertension artérielle (109 diagnostics ; 2.5%).
- les vaccinations (103 diagnostics ; 2.36 % des consultations).

Devenir des patients au décours de la consultation médicale.

Il y a eu prescription d'examens biologiques dans 784 cas sur 3060 consultations soit dans 25,6% des cas. Les consultations ont donné lieu à une prescription de médicaments dans 61.1 % des cas (1870/3060).

Les patients ont bénéficié d'un bilan radiologique dans 9.42% des cas (283/3060).

Trente deux patients ont été hospitalisés au décours de leur consultation à la consultation Jean Guillon soit 1.04%.(32/3600)

Seize virgule sept pour cent des patients (511/3060) ont bénéficié de consultations spécialisées au sein du CHU de Nantes.

A partir des données des derniers mois de l'année (fichier de recueil Clinicom), les médecins de la consultation Jean Guillon ont proposé une consultation pour un suivi dans 22% des cas (116/527).

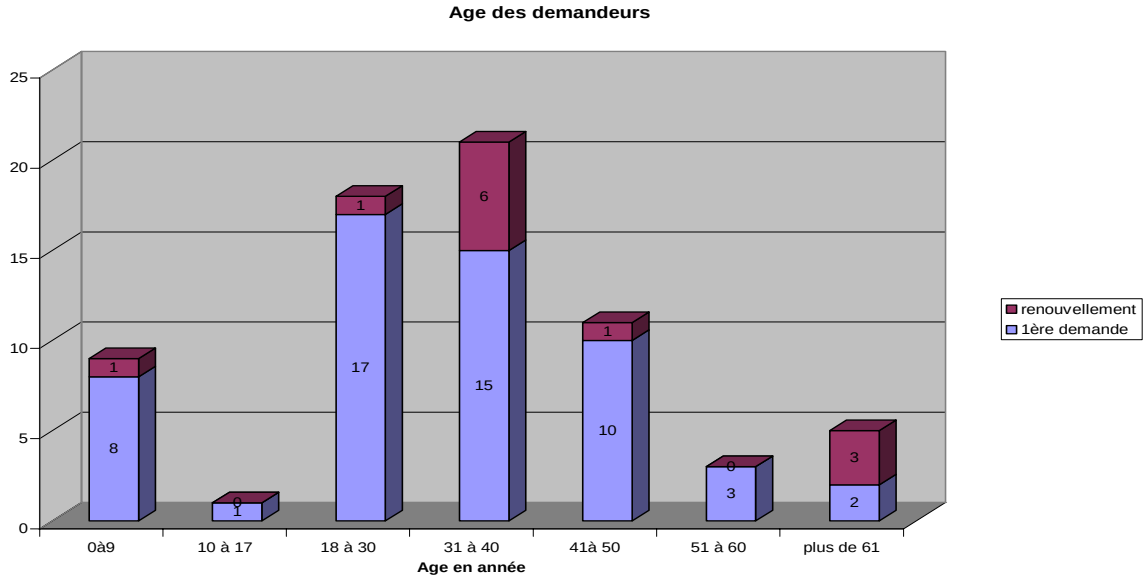
A partir du fichier de recueil du début de l'année (fichier Excel), les consultations ont abouti à la rédaction de certificat dans 7% des cas (178/2534). Ces certificats ont été le plus souvent des certificats de coups et blessures pour les patients en attente de dossiers OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides) pour des demandes d'asile ou des demandes de carte de séjour pour raisons de santé.

Demande de cartes de séjour pour raisons de santé.

En 2004, le service médical de la consultation Jean Guillon a établi 68 certificats adressés au Médecin Inspecteur de Santé Publique de la DDASS (Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales) dans le cadre des démarches administratives de patients faisant une demande de carte de séjour pour raison de santé. Il y a eu 56 certificats concernant des nouveaux dossiers et 12 certificats pour des renouvellements de carte de séjour pour raison de santé.

Les patients concernés par ces demandes se répartissent dans les classes d'âge suivantes : 13.24% ont entre 0 et 9 ans (9/68), 1.47% ont entre 10 et 17 ans (1/68), 26.47% ont entre 18 et 30 ans (18/68), 30.88% ont entre 31 et 40 ans (21/68), 16.18% sont âgés de 41 à 50 ans (11/68), 4.41% ont entre 51 et 60 ans, enfin 7.35 % des patients demandeurs de cartes de séjour pour raison de santé ont plus de 60 ans(5/68).

L'age des demandeurs est représenté sur le graphique suivant :



On peut remarquer que la population des plus de 60 ans représente une part importante des demandes de renouvellement (25% ; 3/12).

Les patients demandeurs de cartes de séjours pour raisons de santé sont originaires de 15 nationalités différentes. La moitié des dossiers concerne des patients de nationalité roumaine (34/68).

On a recensé 75 motifs médicaux différents dans les dossiers de demandes de carte de séjour pour raison de santé. Dans 20% des cas, on retrouve une hépatite chronique (15/75) et dans les mêmes proportions une tuberculose (14/75). Le reste des motifs retrouve des maladies chroniques comme le diabète (12% ;9/75), l'hypertension artérielle (6.7% ;5/75), l'insuffisance cardiaque (6.7% ;5/75).

Réorientation des patients.

L'objectif de la consultation Jean Guillon est de favoriser la réinsertion dans le système de soins conventionnel dans les plus brefs délais. Dès que la prise en charge sociale et médicale le permet, nous adressons les patients à des médecins généralistes de leur choix, ce qui correspond à une réorientation dans le système de droit commun.

En 2004, il a été effectué 50 réorientations (25 hommes et 25 femmes). Il s'agit en majorité de patients étrangers (88% des cas 44/50).

La durée moyenne de fréquentation de la consultation Jean Guillon est de 12.54 semaines pour l'ensemble des patients réorientés. L'écart-type de la durée de fréquentation des patients réorienté est de 11.2 mois. La durée de fréquentation de la consultation Jean Guillon varie de 1 mois à 50 mois.

La moyenne du nombre de consultations médicales effectuées par les patients réorientés à partir de la consultation Jean Guillon est de 6.84 consultations par patient. Les extrêmes sont de 1 consultation à 27 consultations.

On note une différence de temps de fréquentation et de fréquence de consultation entre les patients français et les patients étrangers. Ainsi, la moyenne de durée de fréquentation est de 6.4 mois pour les français contre 13.88 pour les patients étrangers.

De même, le nombre de consultation est en moyenne plus faible chez les patients français (3.8 consultations par personne) par rapport aux patients étrangers (7.25 consultations par personne).

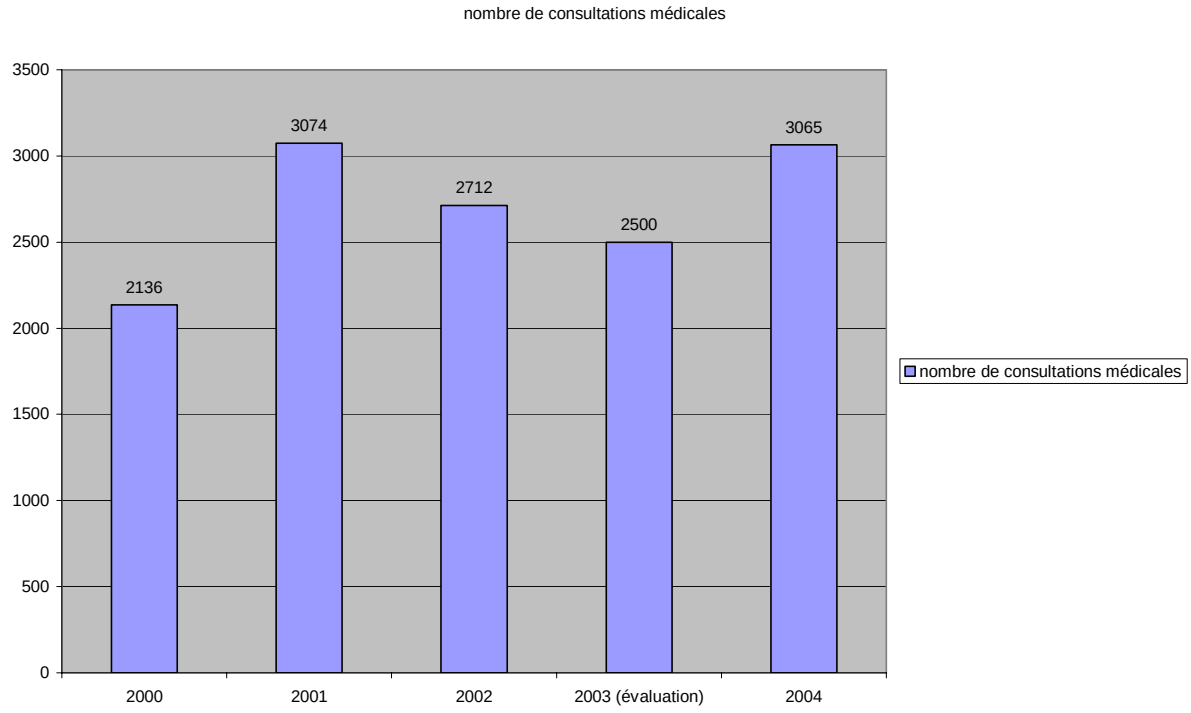
Concernant la couverture sociale de ces patients, on retrouve les données suivantes :

- Au niveau de la couverture sociale, 78% des patients réorientés ont la CMU au moment de leur réorientation.
- Il s'agit de personnes seules dans 56% des cas (célibataire, séparé ou veuf(ve) (28/50)).
- On constate que 46% des patients n'ont pas de revenus (23/50), 12% perçoivent le RMI (6/50).
- 80% des patients réorientés sont sans profession au moment de leur réorientation (40/49).

III-1b. Evolution de l'activité médicale depuis 1999.

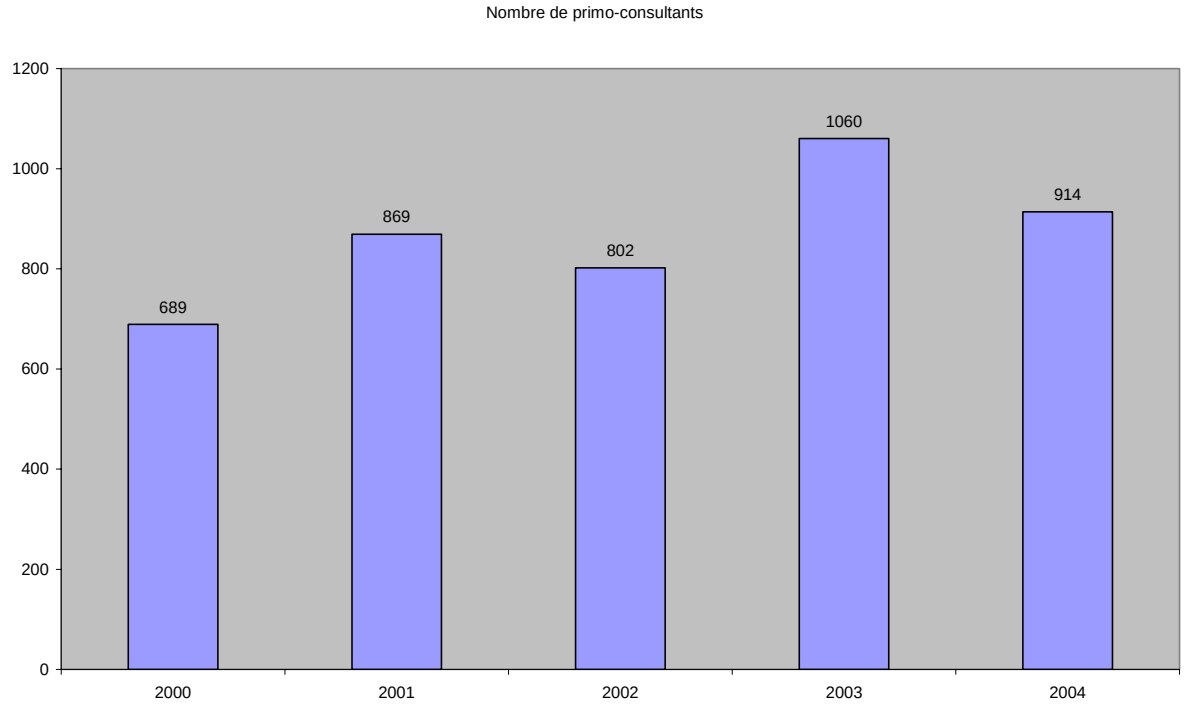
Nombre de consultations médicales[5-8].

Le nombre de consultations médicales a varié de 2136 en 2000 jusqu'à 3074 en 2001. Il y a en moyenne 2697.4 consultations médicales par an au sein de la consultation Jean Guillon. Le schéma suivant reprend l'évolution de l'activité médicale depuis la création de la consultation médico-sociale.

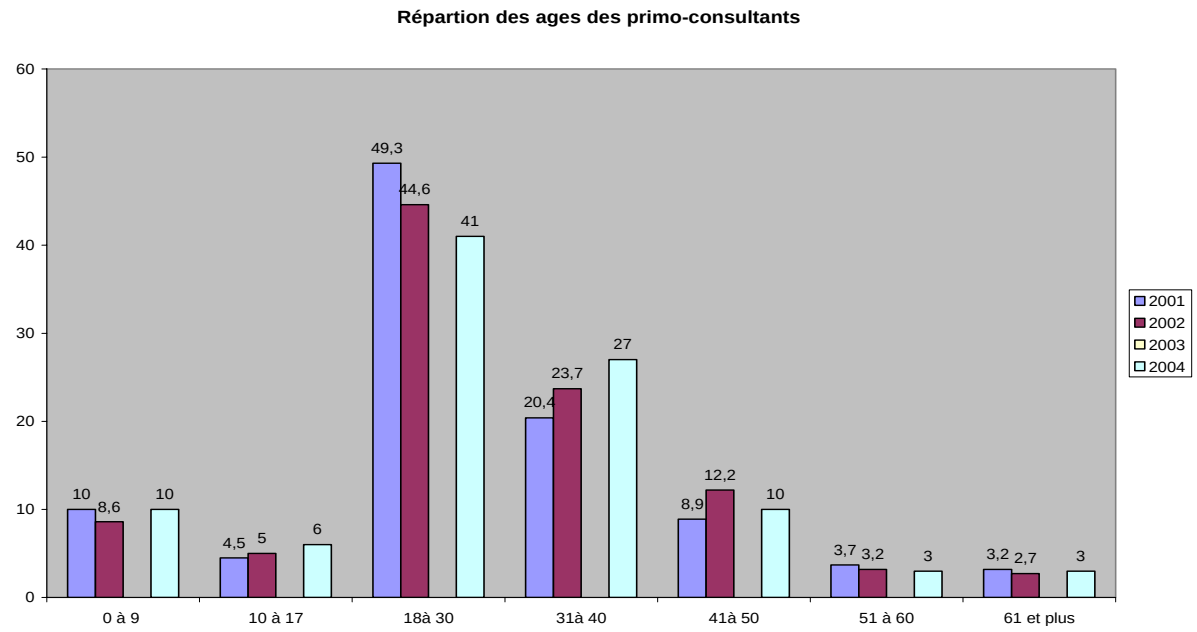


Evolution du nombre de primo-consultants[5-8]

Le nombre de patients consultants pour la première fois à la consultation Jean Guillon varie entre 689 patients en 2000 et 1060 en 2003, il faut noter cependant que ce chiffre est une évaluation. En moyenne, il y a eu 866.8 primo-consultants chaque année. L'évolution se retrouve sur le schéma suivant :



Il s'agit toujours d'une population de patients jeunes avec en majorité des patients âgés entre 18 et 40 ans entre 69.7% en 2001 et 68% en 2004. Nous notons une diminution de la proportion de patients entre 18 et 30 sur les 4 dernières années mais cette baisse est compensée par la hausse de la classe d'âge des 30-40 ans. La proportion de mineurs reste stable entre 13.6 et 16%.



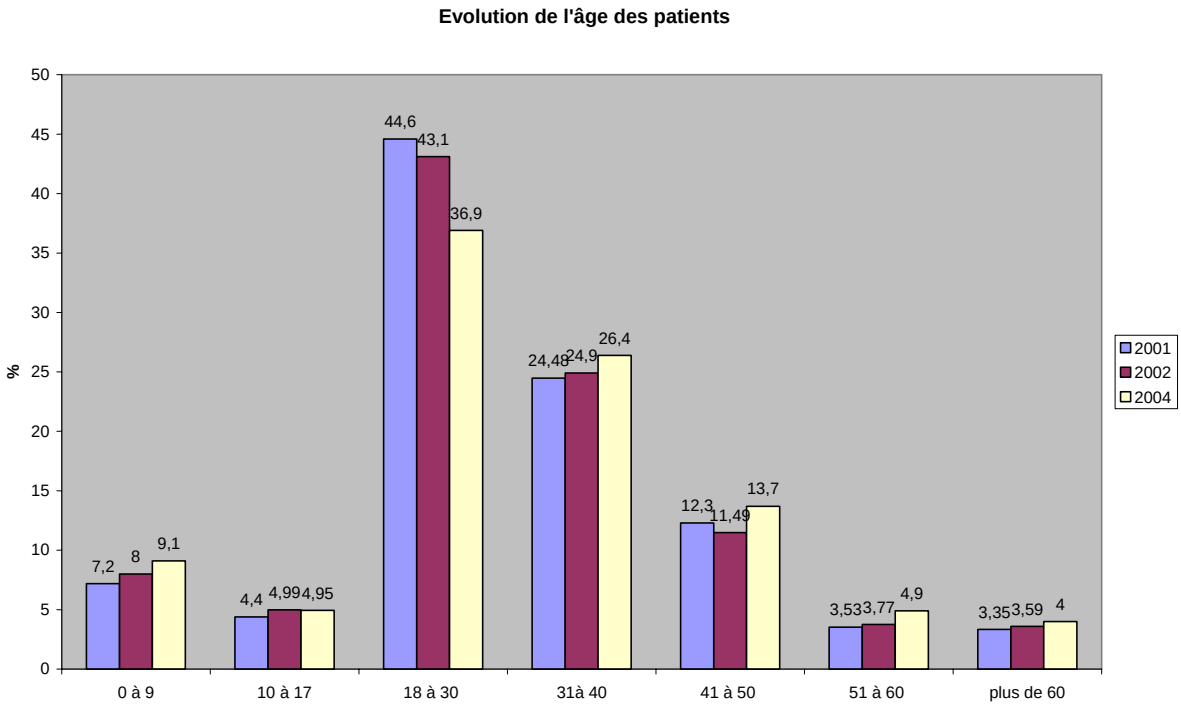
Age des patients[5-8]

La moyenne d'âge reste stable sur les 4 dernières années avec cependant une légère tendance à l'augmentation. Ainsi l'âge moyen des patients est passé de 28.3 ans en 2001 à 30.75 ans en 2004.

On note sur le schéma suivant que la répartition par tranche d'âge des patients montre quelques évolutions au cours des 4 dernières années.

Ainsi le nombre de mineurs représente 14.05% de la population totale en 2004 contre 11.6% en 2001. On note également que les 18-30 ans représentent en 2004 36.9% des patients contre 44.6% en 2001.

La population fréquentant la consultation reste dans son ensemble une population jeune car les moins de trente ans forment toujours la majorité des patients (56% en 2001 et 2002, 51% en 2004).

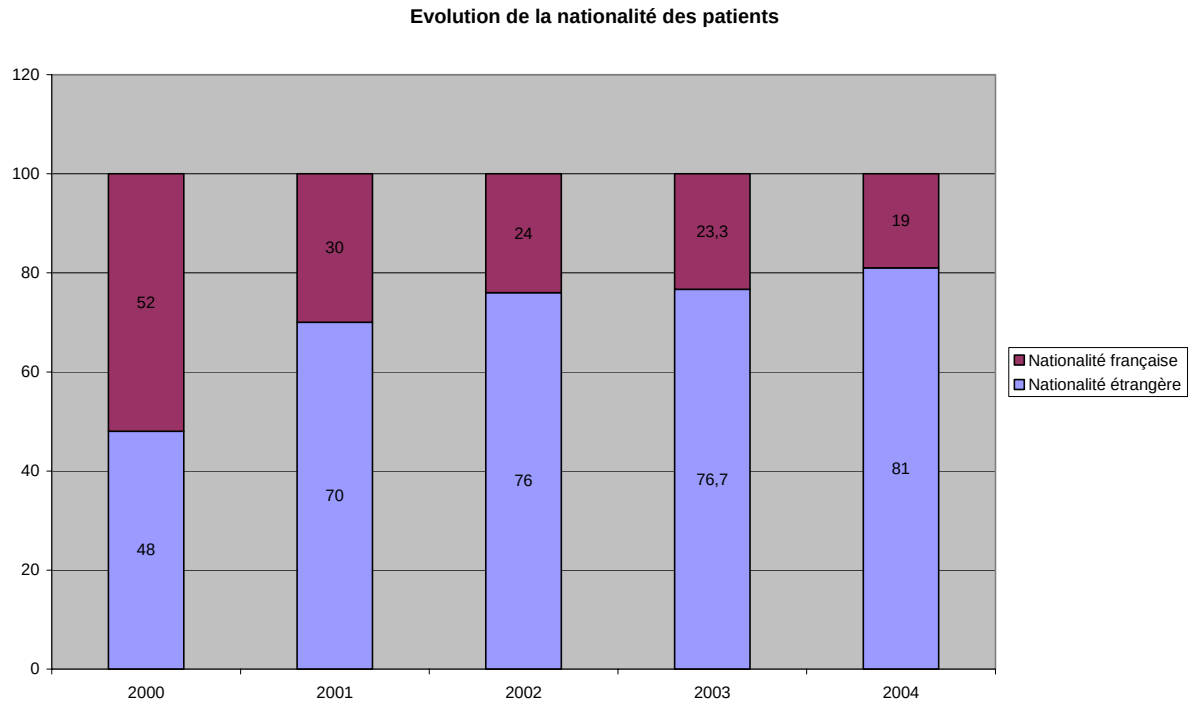


Le Sexe-Ratio[5-8].

La population fréquentant la consultation Jean Guillon est en majorité masculine et cette tendance est une constante depuis la création de cette structure. La proportion de patients masculins a varié entre 55% en 2004 et 64% en 2000.

La nationalité des patients de la consultation Jean Guillon[5-8].

On note une évolution significative de la proportion de patients étrangers ayant consulté au sein de la consultation Jean Guillon. En effet, en 2000, 52 % des patients pris en charge étaient de nationalité française. Depuis lors, on observe une croissance continue de la proportion de patients étrangers avec 70% de patients étrangers en 2001, 76% en 2002, 76.7% en 2003, 81% en 2004.



Les motifs principaux de consultations médicales [5-8].

Les principaux motifs de consultation médicale au sein de la consultation médico-sociale sont multiples. On entend par motif principal de consultation médicale, la plainte ou la pathologie médicale que le médecin a noté comme étant la plus importante au sein des demandes ou des plaintes du patient qui peuvent être multiples. On observe des tendances évolutives au sein de ces motifs. On retrouve toujours une forte proportion de motifs sans orientations médicales spécifiques (demande de bilan, inquiétude sur l'état de santé). Cette catégorie représente de façon stable entre 2121.2 % à 22.6 % des motifs de consultations. Il faut noter cependant une baisse en 2003 à 17.95%.

On note également que la pathologie ORL-Ophtalmo-Stomatologique représente une part importante des motifs de consultations même si celle-ci a tendance à baisser en 2004.

On note une augmentation de la part des motifs infectieux qui sont en croissance depuis 4 ans.

La plus forte diminution est représentée par les problèmes traumatologiques passant de 14% en 2002 à 2 % en 2004.

Les motifs de consultation pouvant se rattacher à la gynéco obstétrique représentent une part qui est en diminution depuis 4 ans passant de 11.5% en 2001 à 8.3% en 2004. A noter que le minimum a été atteint en 2003 avec 5.46%

Le nombre de demandes de certificats médicaux a diminué entre 2003 et 2004 passant de 21% à 6.8% et revenant à des niveaux plus proche de ceux de 2001 et 2002 (5% et 4.5% respectivement).

On note un repli des motifs de consultation à orientation dermatologique en 2004, cette baisse ayant débuté en 2003.

De même, les consultations de gastro-entérologie sont en diminution depuis 2003 passant de 8.7% en 2002 à 5.9% en 2004.

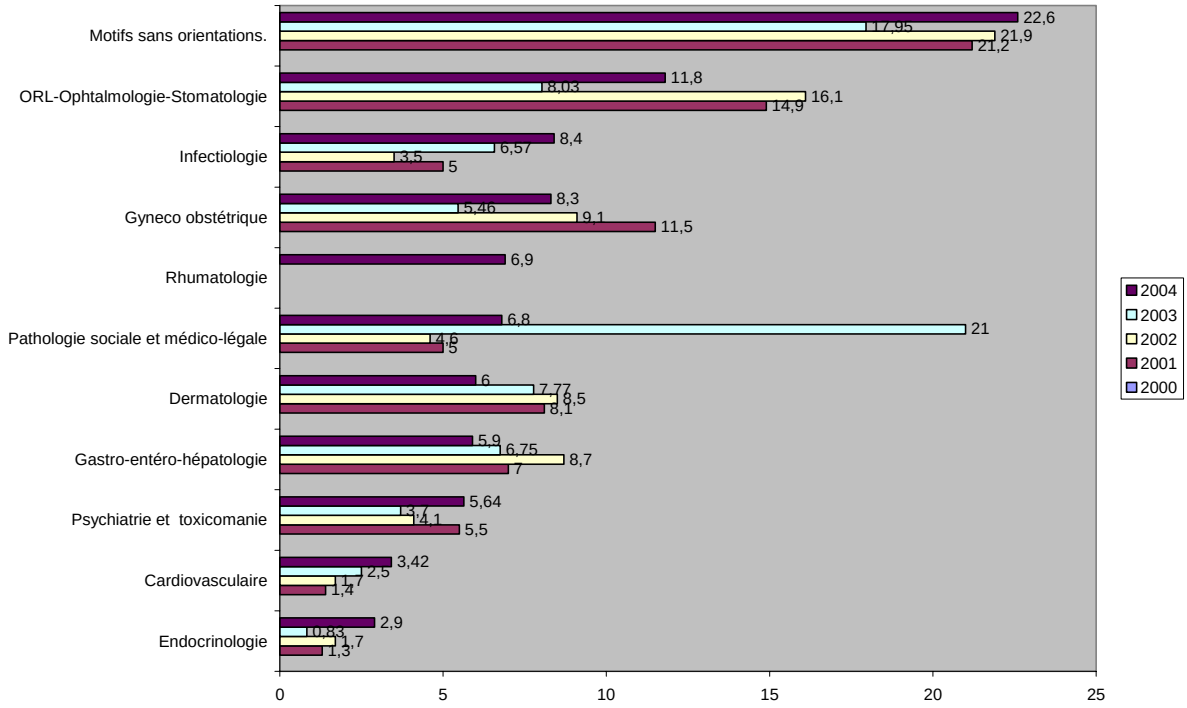
Les problèmes psychiatriques et toxicomaniaques ont été proportionnellement plus nombreux en 2004 alors que l'on avait noté une baisse constante depuis 2001.

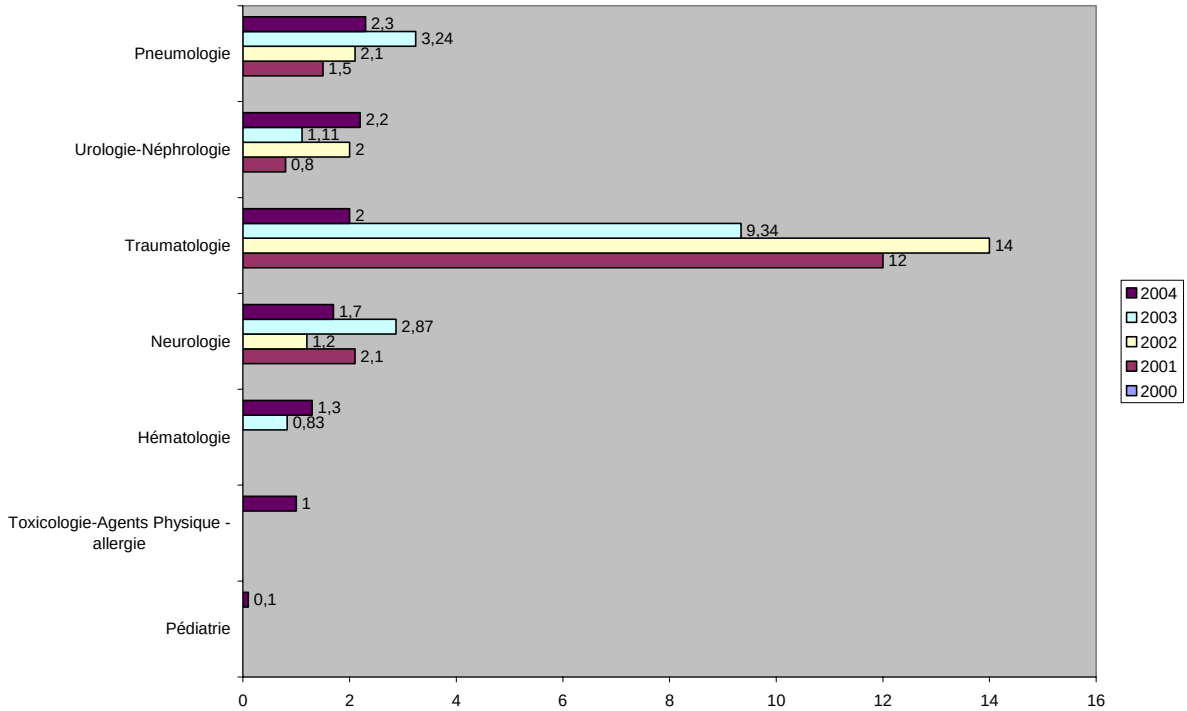
Nous retrouvons la même tendance pour les problèmes endocriniens avec une ré-ascension de leur proportion à 2.9% alors que le taux était de 0.83% en 2003.

A l'inverse, la proportion de motifs de consultation concernant la pneumologie présente une baisse après une phase de croissance constante depuis 3 ans ;

Les causes cardio-vasculaires sont quant à elle en augmentation constante depuis 4 ans passant de 1.4% en 2001 à 3.42 en 2004.

Les évolutions des différentes classes de motifs de consultations sont représentées dans les 2 tableaux suivants :



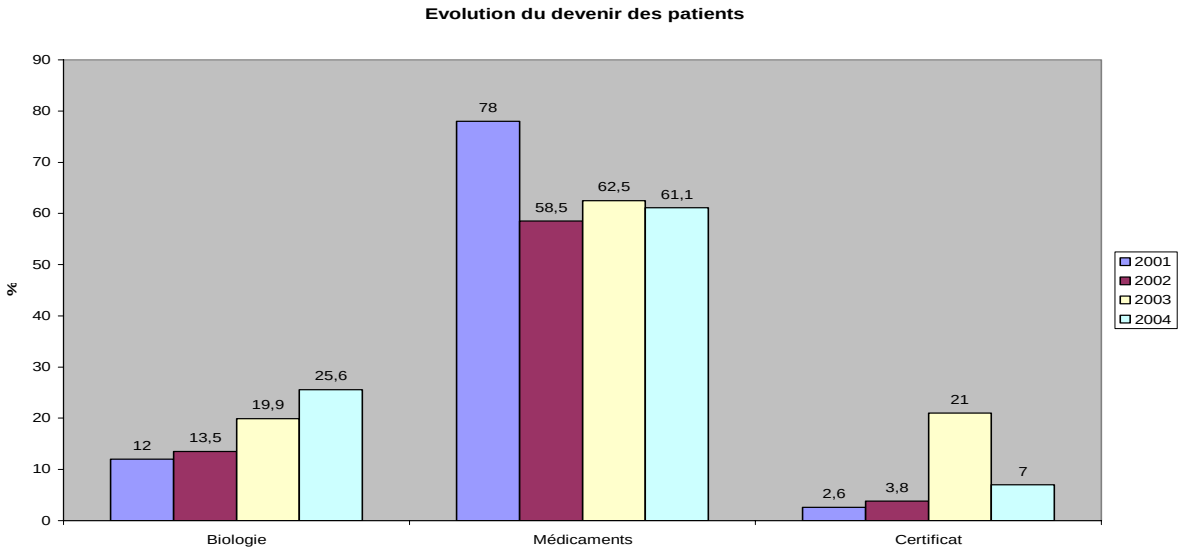


Devenir des patients au décours de la consultation médicale[5-8].

On observe une augmentation continue depuis 4 ans de la proportion de bilans biologiques passant de 12% en 2001 à 25.6% en 2004. La proportion de prescriptions médicamenteuses semble se stabiliser autour de 61% depuis 3 ans, on note cependant une légère baisse cette année.

La proportion de certificat représente une part beaucoup plus faible qu'en 2003 (7 % contre 21%).

L'ensemble de ces évolutions est repris sur le schéma ci-dessous :



Réorientation[5-8].

On note une diminution des réorientations d'après les données 2004 (50 réorientations) alors [9] que sur les années 2001 et 2002, 145 patients avait été réorientés vers le système de soins de ville. Nous ne disposons pas d'éléments pour les autres années.

III-2. Les données sociales.

III-2a. Les données sociales de l'année 2004.

Les nouveaux patients.

Les données exploitées à partie du système de recueil Excel ont permis de recenser 944 nouveaux patients ayant consulté le service social de la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes. Nous allons maintenant nous intéresser aux caractéristiques sociales de ces nouveaux patients.

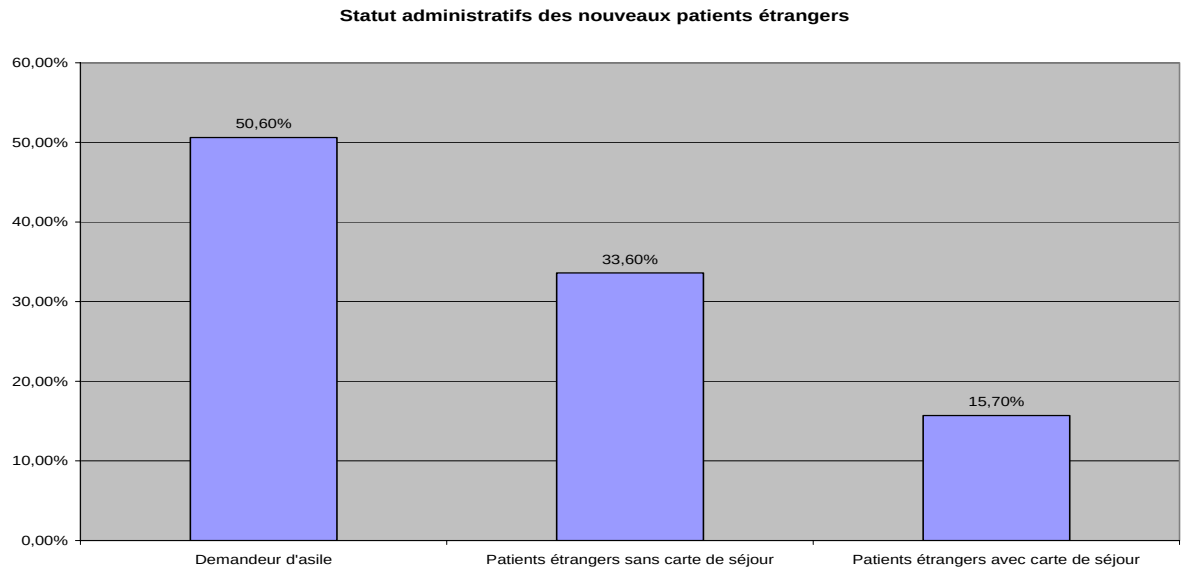
La situation familiale.

On retrouve 74.26% de patients célibataires avec ou sans enfants (652/878) et seulement 25.74% de patients mariés ou en couple (226/878). On notera que la situation familiale n'a pas été renseignée dans 66 cas soit 7% des dossiers.

Le statut administratif.

Les données du premier semestre 2004 retrouvent une majorité de patients étrangers à 74.52 % (433/581). Nous avons pu exploiter les données sur l'année entière uniquement pour les patients étrangers.

Il ressort de cette étude que sur les 679 nouveaux patients étrangers, 344 sont des demandeurs d'asile (50.6%), 228 sont des étrangers sans permis de séjour (33.6%) et 107 ont un permis de séjour (15.7%).

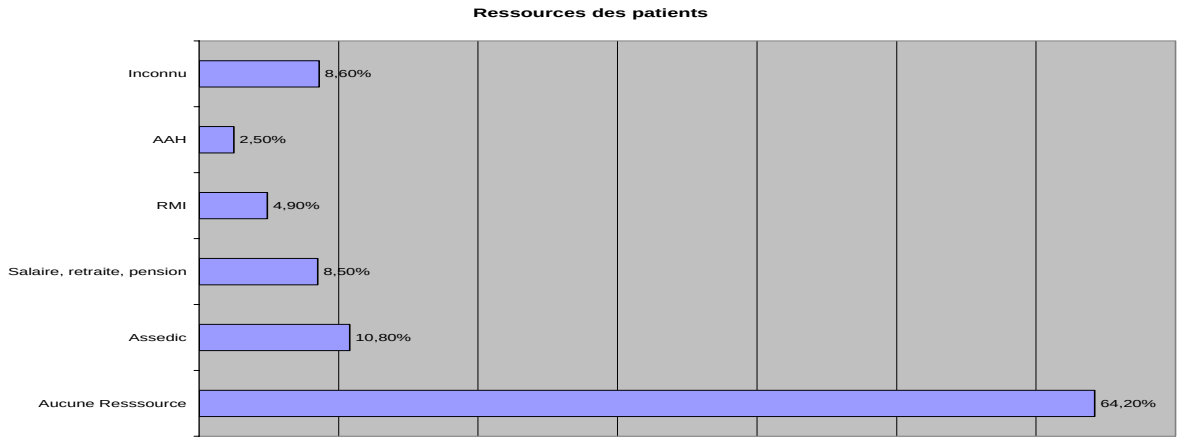


Le logement

Les nouveaux patients consultant au sein de la consultation Jean Guillon ont un logement personnel dans 10.7% des cas. 172 bénéficient d'un logement stable (18.6%), 215 d'un logement précaire (23.2%), 192 vivent en squat ou dans la rue (20.7%), 163 en hôtel, en caravane, en CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) ou autres (17.6%). Pour 81 patients le type d'hébergement n'était pas renseigné (8.8%).

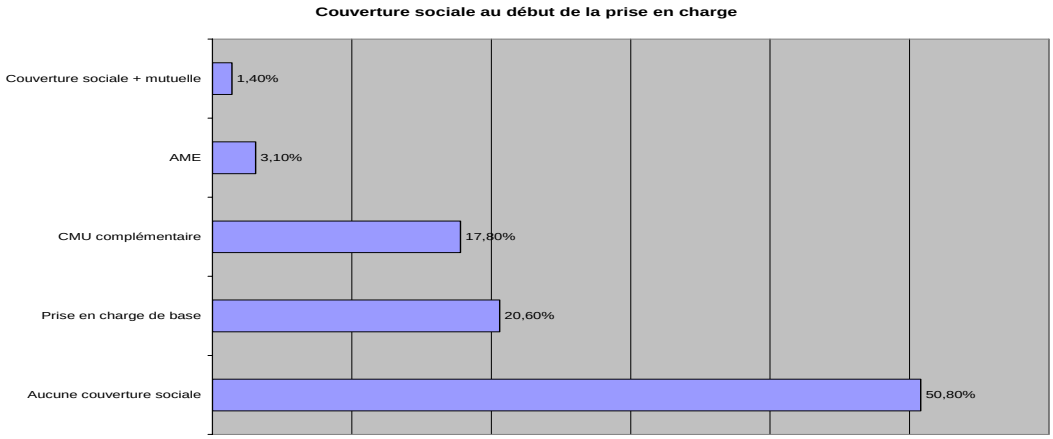
Les ressources des patients.

La grande majorité des patients n'ont aucune ressource (64.2% ; 610/944). 10.8% des patients bénéficient des Assedic (102/944) ; 8.5% perçoivent un salaire, une retraite, une pension (80/944) ; 4.9% sont titulaires du RMI (Revenu Minimum d'Insertion) (46/944) ; 2.5% sont bénéficiaires d'une Allocation Adulte Handicapée (AAH) (24/944). A noter que dans 8.6% des cas, les ressources des patients sont inconnues (82/944).



La couverture sociale des patients au début de leur prise en charge.

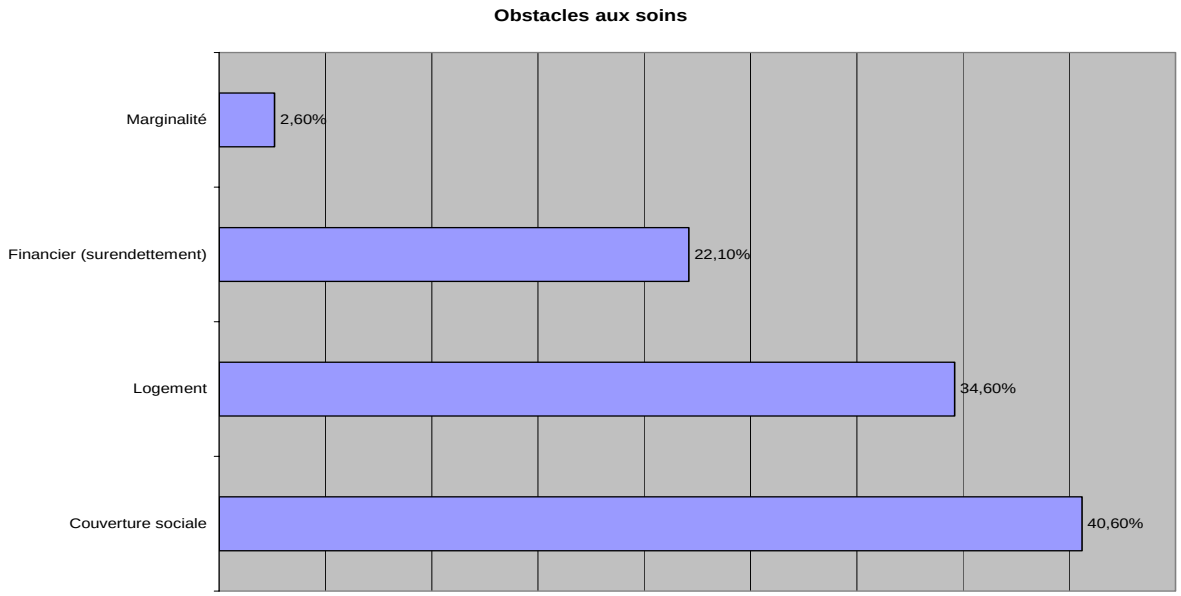
50.8% des patients n'ont aucune couverture sociale au début de leur prise en charge au niveau de la consultation Jean Guillon (500/984). 20.6% bénéficient d'une prise en charge de base ; il existe alors deux situations : soit ils sont bénéficiaires de la sécurité sociale sans complémentaire soit de la Couverture Médicale Universelle sans complémentaire (263/984). 17.8% ont une couverture sociale complète grâce à une CMU (Couverture Médicale Universelle) Complémentaire (176/984). 3.1% des patients bénéficient de l'Aide Médicale d'Etat (AME) (31/984) et enfin 1.4% ont une couverture sociale complète avec une mutuelle personnelle (14/984).



Lors de la seconde partie de l'année, une estimation des possibilités de couverture sociale a été réalisée pour 282 patients. Il en résulte que plus de la moitié des nouveaux patients (55.6%) pourraient bénéficier d'une couverture sociale complète grâce à la CMU complémentaire (157/282). Par ailleurs, 22.3% peuvent prétendre à l'A.M.E. (63/282), 11.7% à une prise en charge de base (33/282). Quatorze patients pourraient bénéficier d'une prise en charge par une mutuelle (3.5%). Seuls 15 patients ne peuvent prétendre à aucune couverture sociale (5.3%).

Les obstacles aux soins.

Dans l'étude ayant eu lieu en 2ème partie d'année, on note que dans 40.6% des cas, les problèmes de couverture sociale sont une des principales causes d'obstacle aux soins (169/416). Dans 34.6% des cas, on retrouve un problème de logement (144/416); un problème financier (surendettement) est un obstacle aux soins dans 22.1% des cas (92/416). Enfin, la marginalité est l'obstacle majeur dans 2.6% des cas (11/416).



Exploitation des données de la file active de novembre et décembre 2004.

L'activité sociale sur 2 mois.

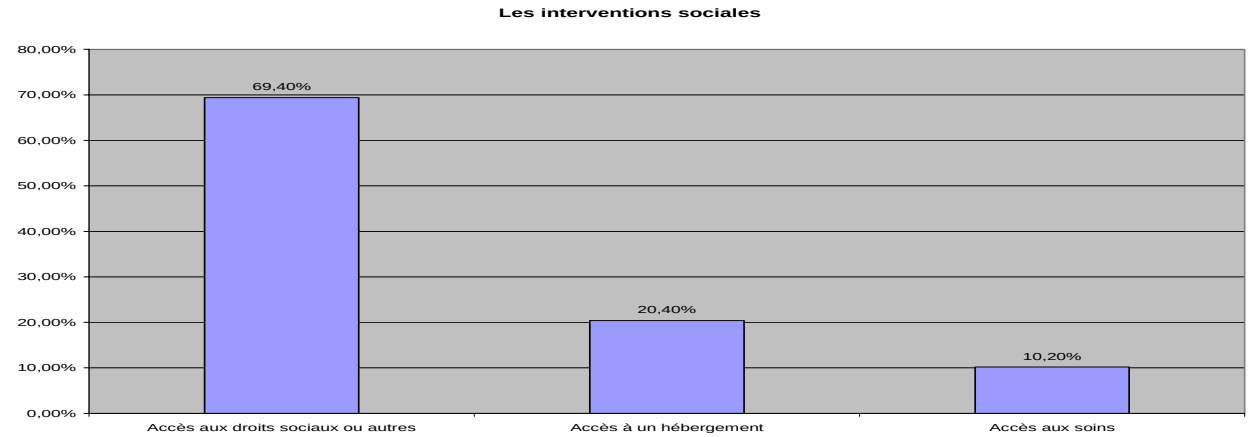
On a recensé 268 patients ayant eu au moins une consultation sociale au cours des deux derniers mois de l'année. Il y a eu 550 consultations entre le 1er novembre et le 31 décembre. En moyenne, il y a eu 2.05 consultations par patient.

Le nombre minimal de consultations est de 1 et un patient a eu 20 consultations sociales en 2 mois. La médiane est de 1 consultation.

A partir de ces données, on peut évaluer l'activité de consultations sociales à 3300 consultations par an.

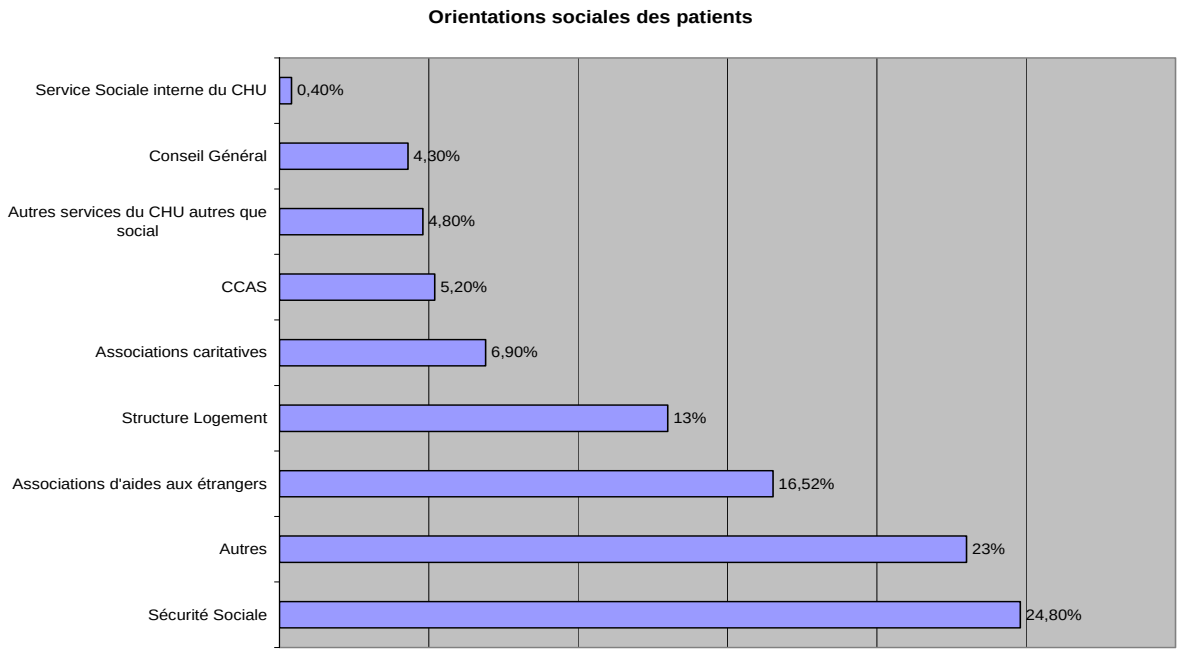
Les interventions sociales.

Il n' y a pas de renseignements dans 3 dossiers. On note 333 interventions dans les 265 autres dossiers. Il s'agit dans 231 cas d'un problème d'accès aux droits sociaux ce qui regroupe les problèmes avec l'Assurance Maladie mais aussi les problèmes de droit aux personnes (69.4%). Il y a eu de plus 68 interventions concernant l'accès à un hébergement (20.4%). Enfin, il y a eu 34 interventions pour l'accès aux soins (10.2%).



Les orientations sociales des patients.

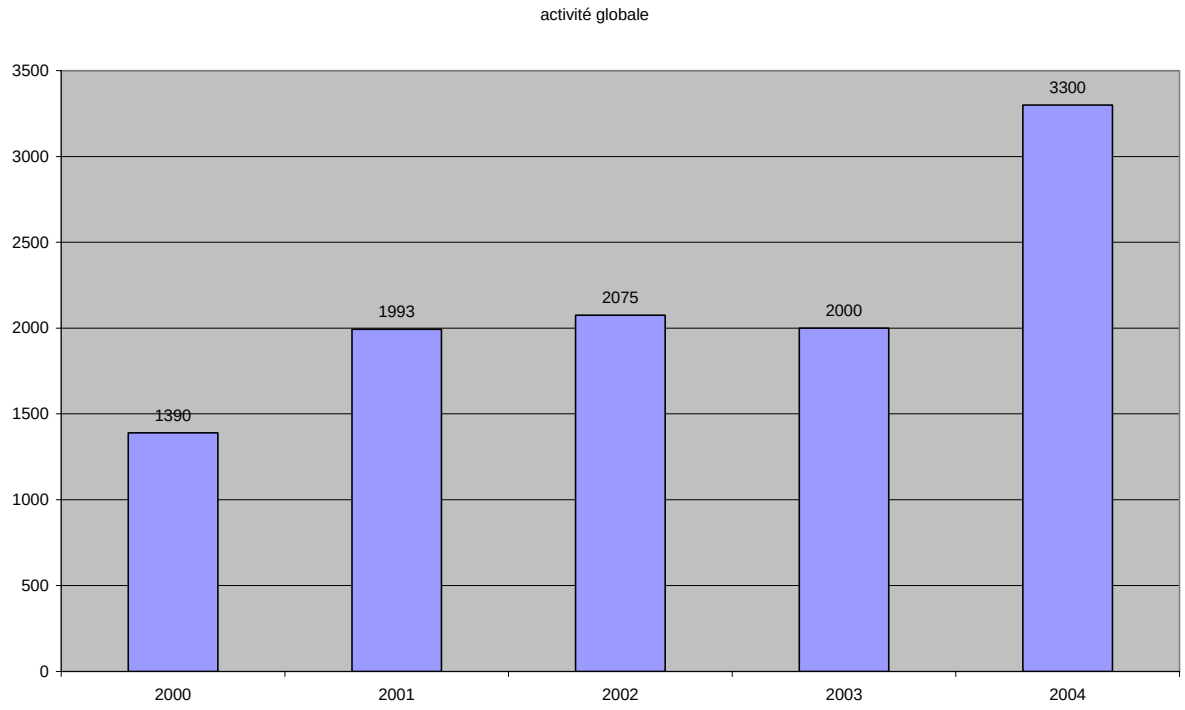
Il y a 90 dossiers non renseignés (33.6%). Dans les 178 dossiers restants, on retrouve 230 orientations de patients, un patient pouvant être orienté vers plusieurs intervenants. Dans 57 cas sur 230, les patients ont été orientés vers les services de la sécurité sociale (24.8%). Les patients ont été dirigés vers une association d'étrangers dans 16.52% des cas (38/230), vers une structure de logement dans 13% des cas (30/230), vers une association caritative dans 6.9% des cas (16/230), vers le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) dans 5.2% des cas (12/230), vers un service interne au CHU de Nantes autre que le service social (admission, consultation médicale,…) dans 4.8% des cas (11/230), vers le service social du conseil général de Loire-Atlantique dans 4.3% des cas (10/230), vers une assistante sociale du CHU de Nantes d'un autre service dans 0.4% des cas (3/230). Il convient de noter que les patients ont été orientés vers d'autres services que ceux précédemment cités dans 23% des cas (53/230). Le tableau suivant reprend les différentes orientations des patients.



III-2b. Evolution de l'activité sociale depuis 1999.

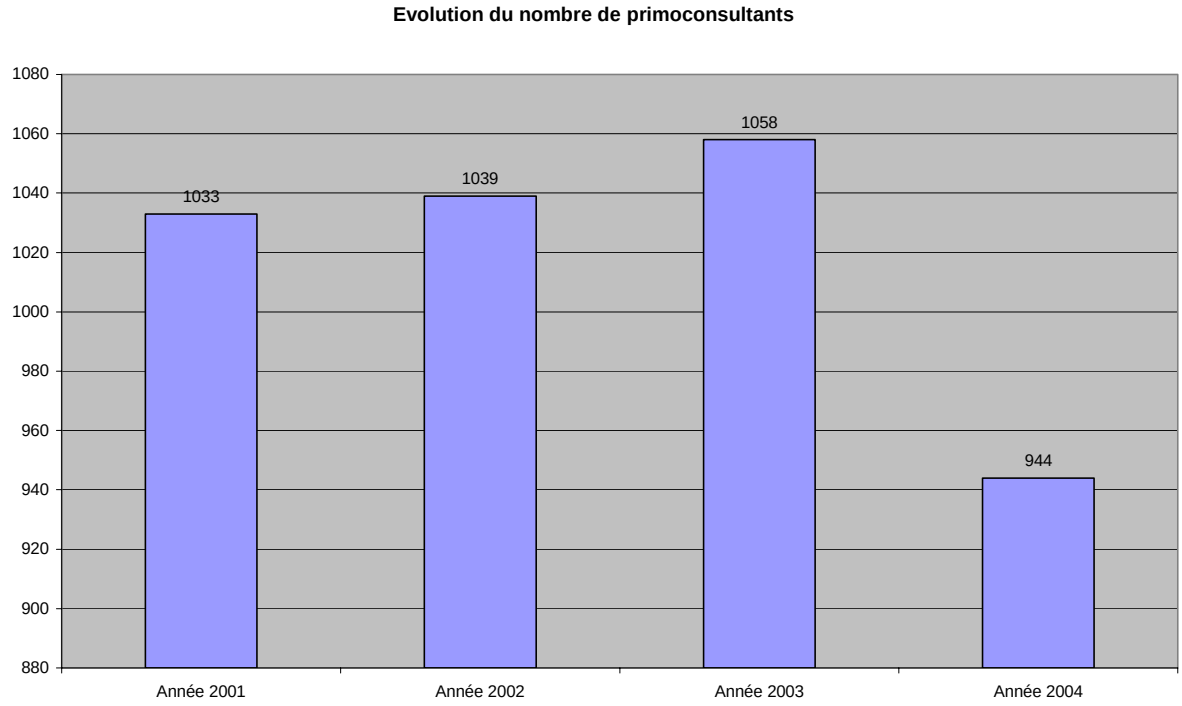
Activité Globale[5-8].

A partir des données des deux derniers mois de l'année, on a estimé le nombre d'entretiens sociaux à 3300. Ceci représente une augmentation du nombre d'entretiens par rapport aux années antérieures dont la moyenne était de 1864.5 sur les 4 dernières années et de 2022 sur les 3 dernières années. On doit cependant rappeler qu'il s'agit d'une évaluation de l'activité sociale basée sur des données partielles. On note l'évolution du nombre d'entretiens sociaux sur le graphique suivant :



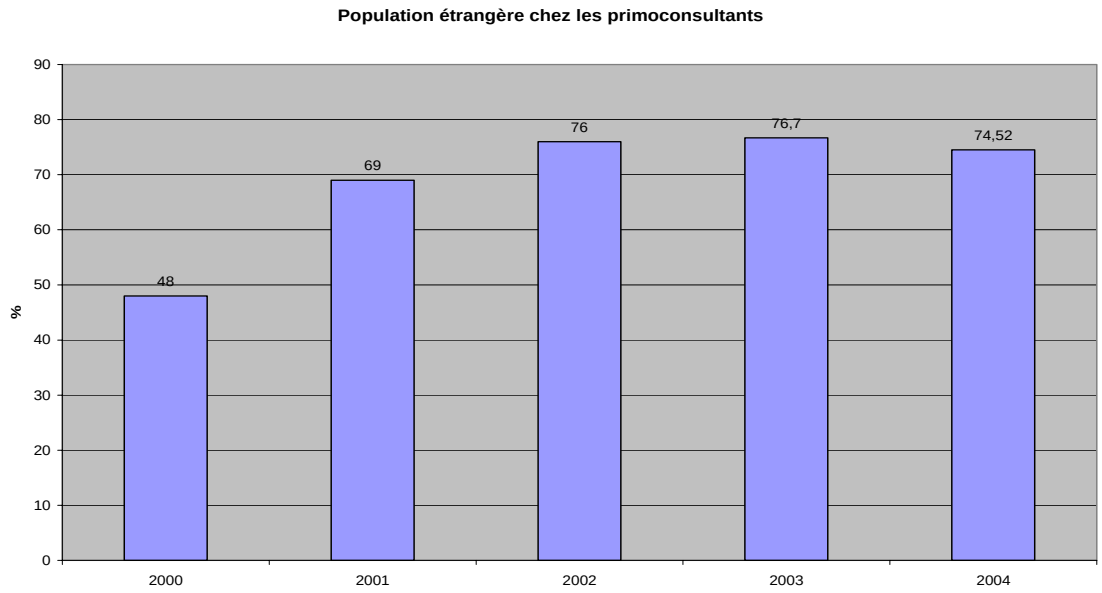
<u>Le nombre de primo-consultants [5-8].</u>

On note une baisse du nombre de primo-consultants au niveau du service social en 2004 par rapport aux années précédentes où, en moyenne, 1043 nouveaux patients venaient consulter à la consultation Jean Guillon sur les 3 dernières années. On retrouve l'évolution du nombre de nouveaux patients sur le graphique suivant :



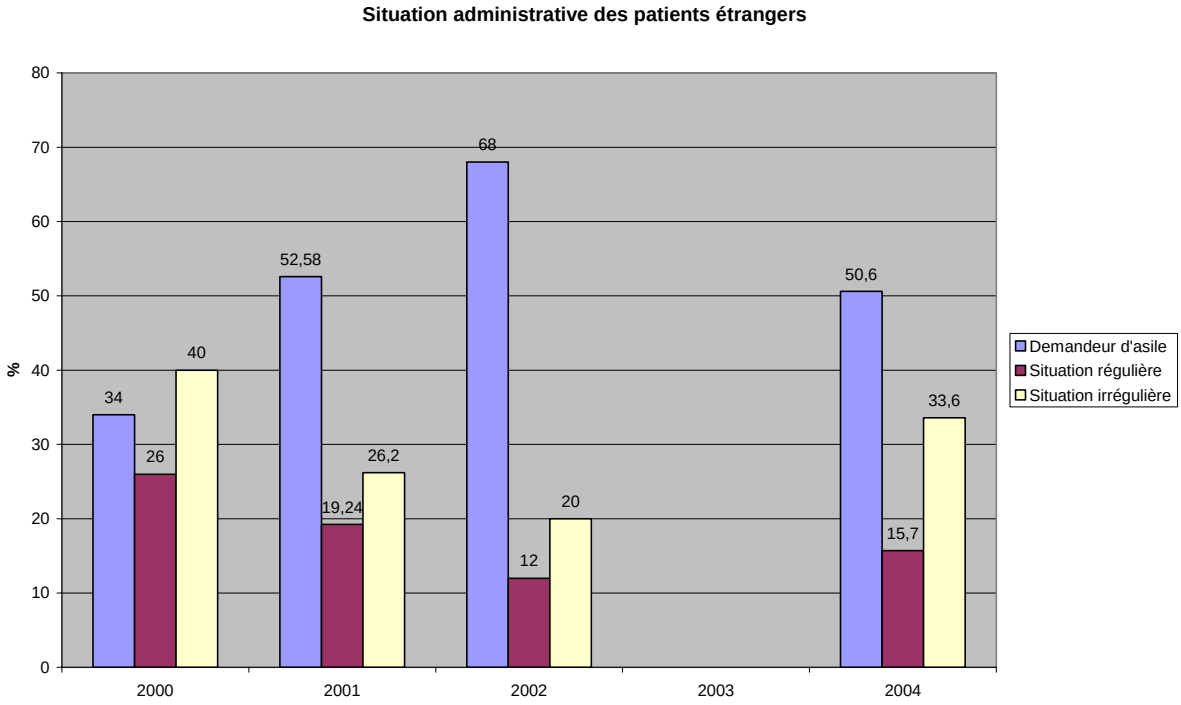
La population d'origine étrangère au sein des primo-consultants de la consultation sociale.[5-8].

Il existe une variation significative de l'origine des nouveaux patients depuis la création de la consultation Jean Guillon. En 2000, seulement 48% des patients étaient d'origine étrangères puis on a assisté à une croissance rapide de ce taux pour atteindre un équilibre autour de 75% comme le montre le graphique suivant :



Le statut administratif des patients d'origine étrangère[5-8].

La proportion de demandeurs d'asile a diminué par rapport aux années précédentes passant de 68% des patients à 50.6%. Dans le même temps, on note une ré-ascension de la proportion de patients en situation irrégulière alors que cette proportion avait tendance à diminuer depuis le début de l'activité de la consultation Jean Guillon. On note une légère augmentation de la proportion de patients étrangers détenteurs d'un permis de séjour. L'ensemble de cette évolution est décrit dans le graphique ci-dessous.



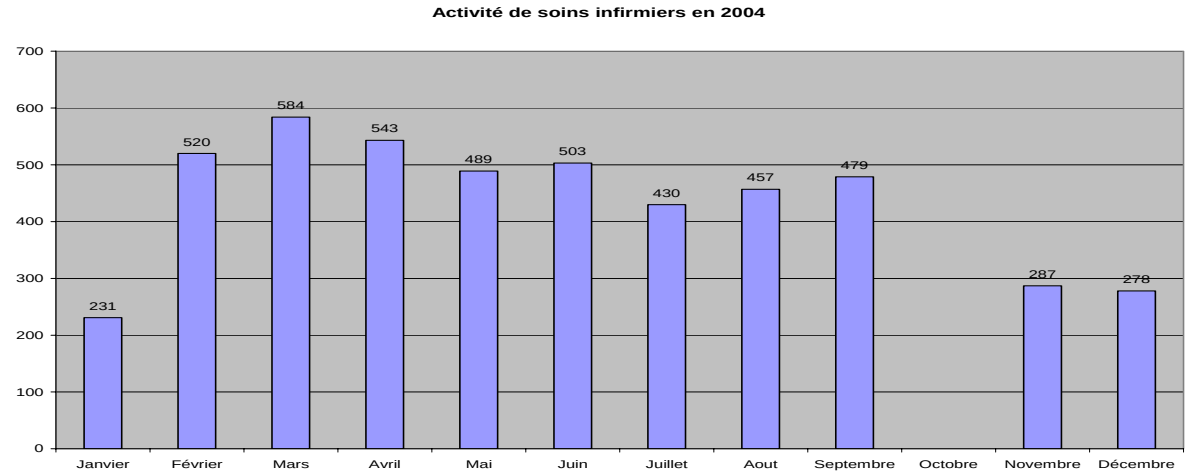
III-3. Les données de soins infirmiers.

III-3a. Les données de soins infirmiers de l'année 2004.

Activité globale

Nous avons utilisé les systèmes de recueil Excel et Clinicom. Cependant nous n'avons pas de données pour le mois d'octobre 2004 concernant l'activité de soins. Nous avons relevé 4801 prises en charge infirmières sur onze mois soit une moyenne de 470.6 prises en charge par mois. Par extrapolation, nous pouvons ainsi évaluer l'activité globale de l'année à 5647 prises en charge.

Le minimum de consultations infirmières en 1 mois est de 231 en janvier et le maximum est de 584 en avril. Le graphique suivant reprend l'activité de soins infirmiers au cours de l'année.



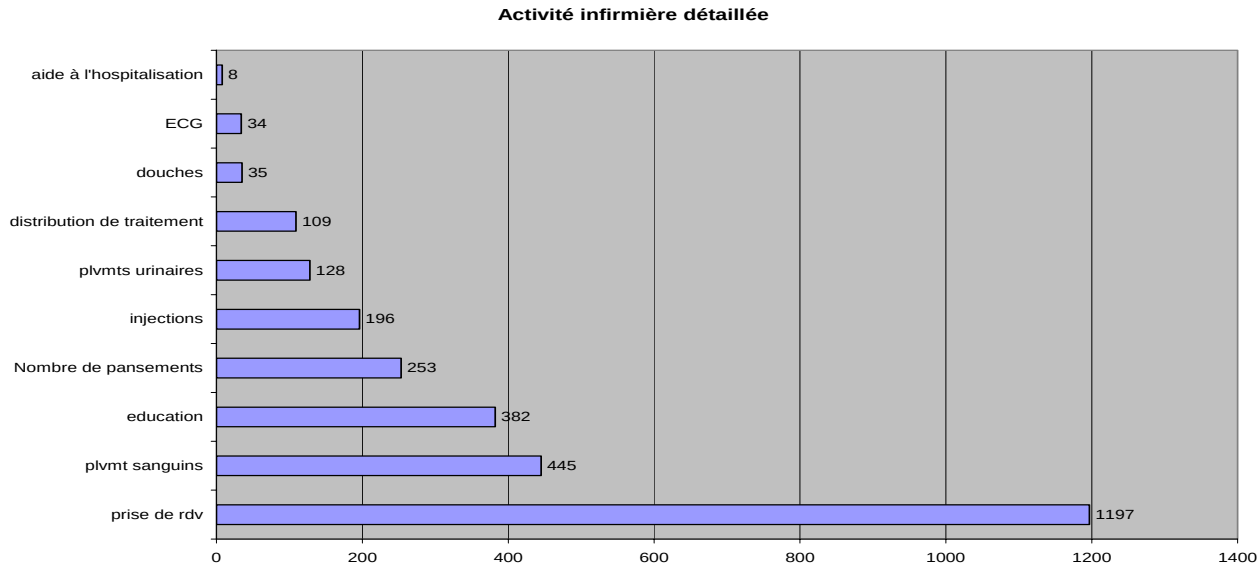
Les actes de soins infirmiers techniques représentent 49% des actes infirmiers au sein de la consultation Jean Guillon (2355/4801).

Le nombre d'accompagnement de patients à des rendez-vous ou des consultations au sein du CHU de Nantes est de 658 sur 11 mois soit une moyenne de 59.8 accompagnements par mois.

Exploitation des données des 3 premiers trimestres.

L'exploitation des données du système de recueil Excel des 9 premiers mois permet d'apprécier plus spécifiquement le type de prise en charge et les actes infirmiers effectués au sein de la consultation Jean Guillon. Deux mille sept cent quatre vingt sept actes ont été répertoriés.

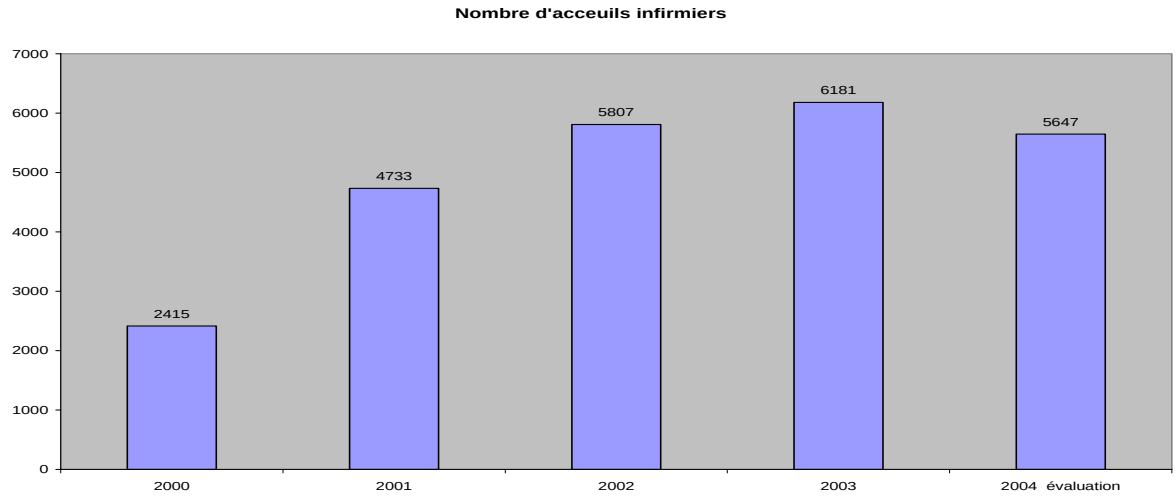
Dans 0.28% des cas, on retrouve une aide lors de l'hospitalisation des patients (8/2787). Trente quatre électrocardiogrammes ont été réalisés soit 1.21% des actes infirmiers. La réalisation de douches pour les patients représentent 35 actes soit 1.25% de l'activité de soins infirmières. Par ordre croissant, on retrouve ensuite la distribution de traitements aux patients (3.91% ; 109/2787), la réalisation de prélèvements urinaires (4.59% ; 128/2787), la réalisation d'injections (7.03% ; 196/2787), la réalisation de pansements (9% ;253/2787), l'éducation à la santé et les actes de prévention (13.71% ; 382/2787), la réalisation de prélèvements sanguins (15.97% ; 445/2787) et enfin la prise de rendez-vous pour les patients (42.49% ; 1197/2787). Le schéma suivant reprend les données précédentes.



III-3b. Evolution de l'activité de soins infirmiers depuis 1999.

Activité globale[5-8].

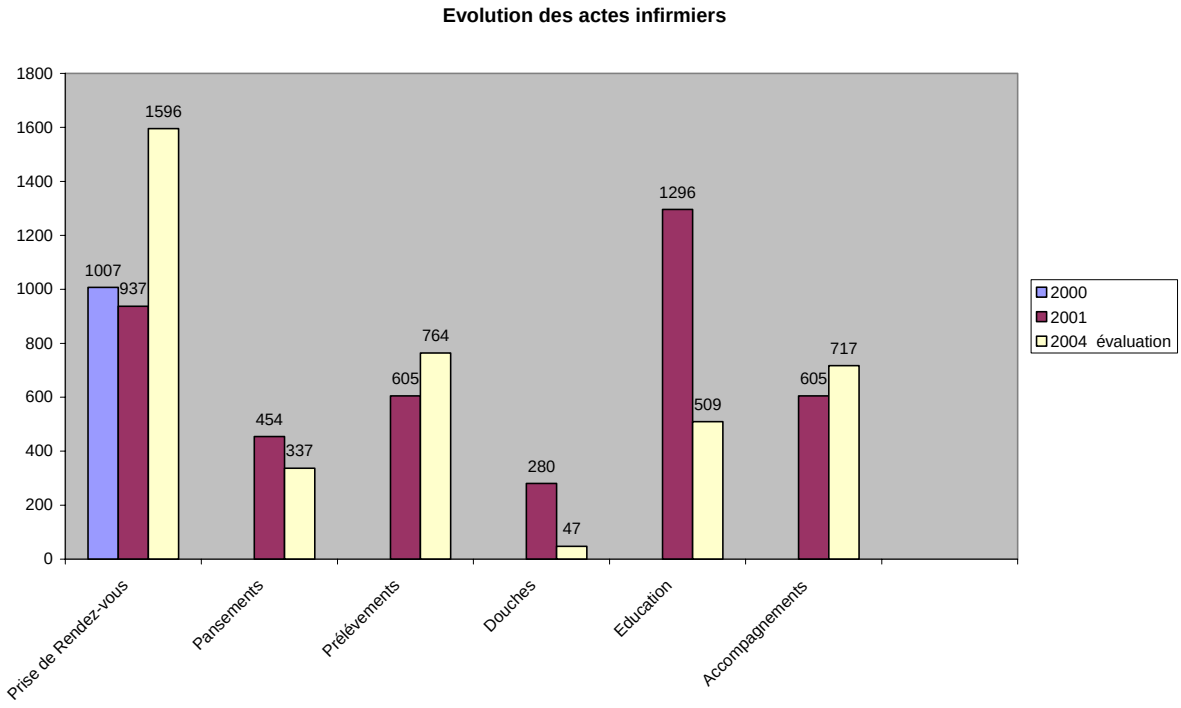
On note une diminution du nombre d'accueils infirmiers au cours de l'année 2004 alors que l'on assistait à une croissance constante depuis l'année 2000. En effet, le minimum d'accueil est de 2415 en 2000 et le maximum est atteint en 2003 avec 6181 accueils infirmiers. On note une baisse de 534 accueils en 2004 soit une diminution de 8.6%.



Evolution des actes infirmiers[5-8].

Nous avons pu exploiter les données des années 2000, 2001 et 2004 pour tenter de mettre en évidence l'évolution de l'activité infirmière. Il ressort de ces données une augmentation de certains actes comme la prise de rendez vous (+70%) en 3 ans passant de 937 en 2001 à 1596 en 2004, une hausse des accompagnements physiques de 18.5% passant de 605 en 2001 à 717 en 2004, une majoration de 26% du nombre de prélèvements (764 en 2004 contre 605 en 2001).

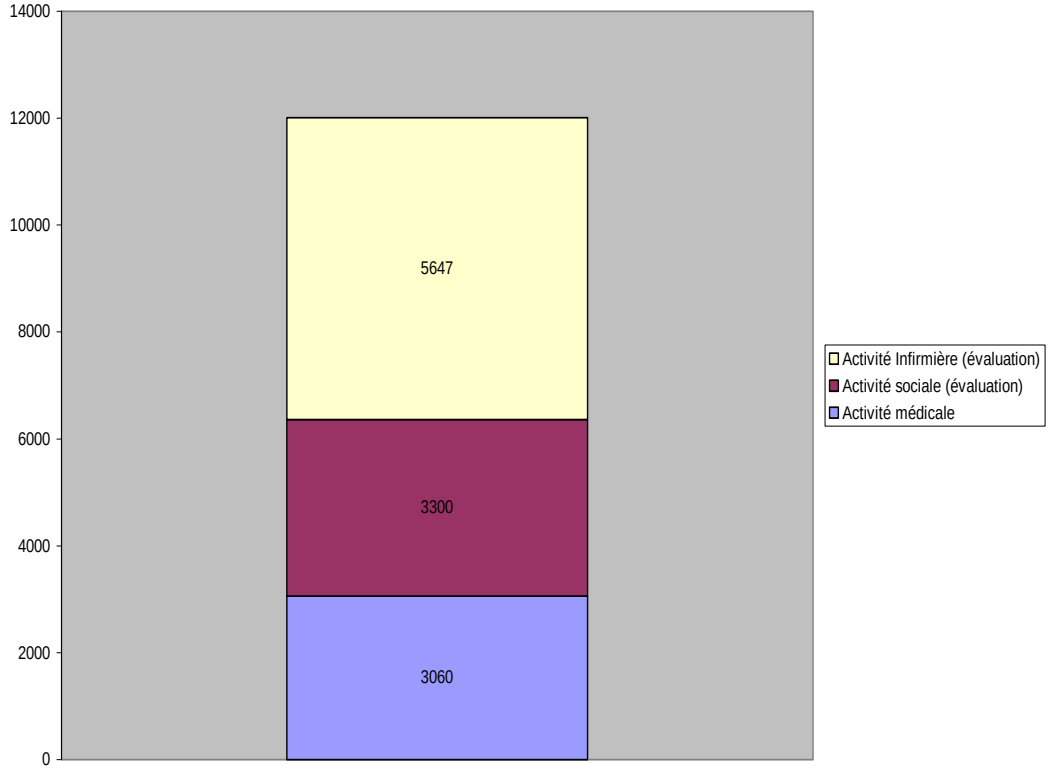
D'autres actes ont connu à l'inverse une baisse : il s'agit de la réalisation de pansements (- 26% ; 454 en 2001 pour 337 en 2004), des actions de prévention et d'éducation (- 60 % ; 1296 en 2001 pour 509 en 2004), de la réalisation de douches (- 83% ; 280 en 2001 pour 47 en 2004).



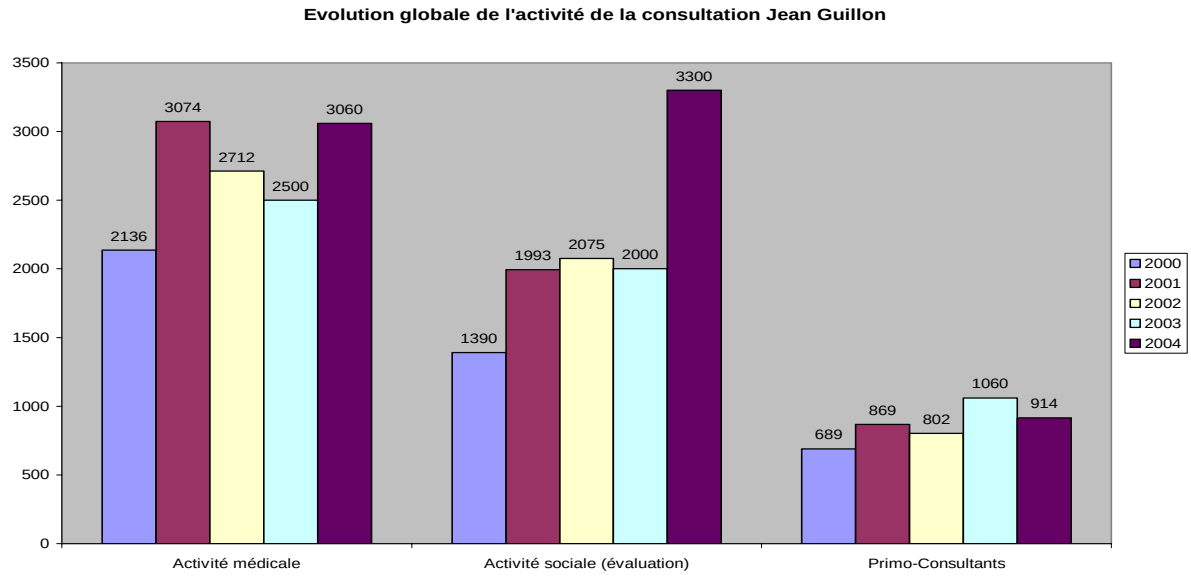
III-4. Activité globale de la consultation Jean Guillon

III-4a Activité globale de la consultation Jean Guillon en 2004.

A partir des différentes activités relevées dans les secteurs infirmiers, sociaux et médicaux, on peut évaluer l'activité globale de la consultation Jean Guillon à 12007 prises en charge dont voici la répartition :



III-4b Evolution de l'activité globale de la consultation Jean Guillon de 2000 à 2004.



On note une baisse du nombre de primo-consultants en 2004 par rapport à 2003 mais on retrouve cependant un nombre de primo-consultants assez élevé par rapport aux années 2000 à 2002[5-8].

Le nombre de consultations médicales est en augmentation en 2004 alors qu'une baisse était entamée depuis 2001.

On note que le nombre de consultations sociales a fortement augmenté en 2004 passant de 2000 en 2003 à 3300 en 2004. Il convient cependant de rappeler que l'activité sociale a été évaluée à partir de l'activité de 2 mois seulement. Il s'agit là d'un biais d'évaluation lié à l'exploitation de données partielles.

IV-Discussion

IV-1. L’activité du secrétariat

L’activité du secrétariat n’a pu être étudiée car nous n’avons pas de données chiffrées concernant le travail de secrétariat. Il convient cependant de saluer le travail et le rôle essentiel du secrétariat dans l’accueil des patients au quotidien et dans l’orientation des patients vers le bon interlocuteur social, médical ou infirmier.

Le secrétariat est aussi un poste important dans le travail en réseau autant au niveau interne du CHU qu’au niveau du réseau externe. Il permet de coordonner et de gérer des situations en accord avec les partenaires de la consultation Jean Guillon et crée ainsi des conditions améliorées pour le reste de l’équipe du service.

IV-2. Les patients de la consultation Jean Guillon : description, particularités, évolution.

IV-2a. Description des patients de la consultation Jean Guillon.

En 2004, il s'agit d'une population jeune (30 ans en moyenne), dont 14% ont moins de 18 ans. Soixante trois pour cent ont entre 18 et 40 ans. La plupart des patients sont célibataires (74%). Ils sont majoritairement masculins (55%) et étrangers (65%).

Parmi ces étrangers, 16% ont un permis de séjour, 50% sont demandeurs d'asile et 34% sont en situation irrégulière.

La grande majorité (70.7%) des nouveaux patients consultant au sein de la consultation Jean Guillon ont un logement précaire ou sont sans logis (38%).

Ils sont sans ressources pour la plupart (64%) et la moitié des nouveaux patients n'ont aucune couverture sociale à leur arrivée dans le service.

Le profil type du patient est celui d'un homme jeune, célibataire, sans ressources ou couverture sociale, sans logement, étranger, demandeur d'asile originaire d'Afrique Noire.

Ce type de patient correspond bien au profil de patients concernés par la consultation Jean Guillon. Le service est pour ces personnes le seul lieu du service public où ils peuvent consulter en dehors du service des urgences.

Une grande partie des patients étrangers sont non francophones ; on voit là tout l'intérêt d'avoir un personnel bilingue et l'importance du système d'interprétariat auquel nous avons quotidiennement recours (sur place ou par téléphone).

Les pays d'origine des patients de nationalités étrangères reflètent l'ensemble des zones mondiales où la situation politique et militaire est instable.

On note cependant que nous ne recevons que peu de patients originaires d'outre-atlantique, la destination de prédilection étant les pays nord-américains pour cette zone. Les immigrants viennent particulièrement d'Afrique Noire et d'Europe de l'Est. On peut signaler ici l'arrivée de patients liés aux conflits tchétchènes (Tchétchènes, Russes, Daghestan), aux conflits africains (Nigeria), à l'instabilité politique de l'ensemble des républiques de l'ex-URSS (Azerbaïdjan, Kirghizistan).

IV-2b Les particularités des patients de la consultation Jean Guillon

La population nantaise fréquentant la consultation Jean Guillon présente quelques caractéristiques propres. Même si la population fréquentant le système PASS dans les différentes régions de France est la plupart du temps une population jeune, masculine et volontiers étrangère[1, 2, 4, 10], l'origine géographique des patients de la consultation Jean Guillon de Nantes a ses propres spécificités.

Les patients originaires de l'Afrique Noire.

La majorité des patients étrangers sont africains mais on retrouve une origine sub-saharienne prédominante ce qui est une exception par rapport au système PASS d'Avignon ou de Paris[2, 10]. Il faut noter également l'arrivée depuis quelques années de prostituées originaires d'Afrique Noire en particulier du Nigeria. Ces jeunes femmes sont arrivées à Nantes par le biais de filières d'immigration clandestine liée à leur activité de prostitution.

La population des Roms de Roumanie.

Lors de l'année 2003 et depuis lors, on a observé à Nantes la venue de patients Roms de Roumanie. Il s'agit d'une ethnie roumaine qui fuyant des

conditions de vie très difficiles en Roumanie, est venue s'installer à Nantes ; la particularité de cette population est le fait qu'il ne s'agit pas de personnes isolées mais de familles entières qui se sont installées à Nantes et à sa périphérie. On note dans cette population une grande sollicitation en termes de soins et on retrouve au sein de cette population des problèmes récurrents de tuberculose. Cette population ne répond pas aux critères d'inclusion dans le système de soins classiques (défaut de couverture sociale, refus d'asile politique) ce qui entraîne une fréquentation chronique de ces patients au sein de la consultation Jean Guillon.

Un des problèmes que pose également cette population est celui de la compréhension car il n'y a pas d'interprète officiel pour la langue Rom au CHU de Nantes. Nous sommes donc obligés d'avoir recours aux quelques personnes de ce groupe qui parlent français pour réaliser les interrogatoires des consultants Roumains. Cela pose le problème évident du secret professionnel d'autant plus que ces personnes vivent en communauté très restreinte et soudée.

IV-2c. Evolution des caractéristiques de la population de la consultation Jean Guillon.

L'âge moyen des patients

On note que l'âge moyen des patients est resté stable même si il est en légère augmentation, l'âge moyen passant de 28 ans en 2001 à 30.75 ans en 2004. On peut estimer qu'il s'agit là d'un vieillissement naturel de la population consultant au sein de la consultation Jean Guillon.

Cependant la population reste une population jeune car les moins de 30 ans sont toujours majoritaires.

La nationalité des patients.

Au début de son activité, on a constaté que la population d'origine étrangère ne représentait que 50% des consultants de la consultation Jean Guillon. On a observé une augmentation croissante de cette part. Plusieurs facteurs ont participé à ce phénomène. Le principal d'entre eux a été la mise en place du système de prise en charge de la Couverture Médicale Universelle ou CMU.

Toute personne de nationalité française peut prétendre à la CMU si ses revenus sont insuffisants pour pouvoir souscrire à la sécurité sociale ordinaire. Ainsi après la mise en place de ce système par la loi du 28 juillet 1999, les patients français ont eu accès sans avance de frais au système de soins conventionnel. Ainsi on a pu voir partir une partie des consultants vers les médecins de ville.

De plus, la consultation Jean Guillon est l'un des seuls lieux de consultations accessibles aux patients d'origine étrangère quel que soit leur statut. Au sein de cette population, le service de consultation médico-sociale est bien repéré par les patients et l'information des nouveaux arrivants se fait par le relais des patients déjà suivi au sein du système PASS[11].

La consultation Jean Guillon est bien identifiée par l'ensemble des partenaires sociaux et associatifs prenant en charge les personnes en situation de précarité[11]. Ainsi, par le biais d'une bonne information des populations visées par le dispositif PASS et d'un accès plus facile au système de soins classiques grâce à la CMU, la proportion de patients de nationalité étrangères a fortement augmenté au fur et à mesure des années.

IV-3 L'activité médicale.

On retrouve en 2004, une activité importante par rapport aux années précédentes. Cependant, l'activité n'a pas été régulière tout au long de l'année 2004. On note une nette diminution au mois d'août, cela étant probablement lié au manque de médecins vacataires lors de la période estivale. Le nombre de patients pouvant être reçu est alors inférieur à l'offre de soins habituelle.

On note par ailleurs une diminution du nombre de primo-consultants par rapport à 2003. Il y a donc eu une augmentation du nombre des consultations médicales malgré une baisse du nombre de nouveaux patients. Il n'a pas été mis en évidence de facteurs expliquant ce phénomène.

Les principaux motifs de consultations

Nous avons constaté que les demandes et les motifs de consultations sont multiples et variés chez les patients et la plupart du temps on peut rattacher ces demandes à une spécialité médicale. On retrouve ainsi que les pathologies ORL, infectieuse et les motifs gyneco-obstétriques sont les motifs les plus fréquemment évoqués.

Les pathologies ORL-Stomatologique-Ophtalmologique.

Il convient de noter que la catégorie des pathologies ORL voit ses résultats surestimés du fait de la classification des infections bénignes des voies aériennes supérieures au sein de cette catégorie et non au sein de l'infectiologie. Ainsi en 2004, on a retrouvé 128 rhinopharyngites pour 368 motifs de consultations pour cette spécialité. On retrouve ensuite les bronchites aigues, les otites et les angines.

Les motifs de consultation concernant l'infectiologie.

Il existe dans cette catégorie deux types de demandes soit la demande d'une prise en charge d'une pathologie aigue en cours soit le dépistage d'une maladie infectieuse .

Les dépistages.

Le dépistage est la demande la plus importante de cette catégorie et en particulier le dépistage de la tuberculose ou du VIH.

Pour la tuberculose, il s'agit d'une demande importante des patients Il existe pour cela plusieurs raisons :

- les patients nouveaux arrivants viennent de pays où la tuberculose est toujours très active voire même de pays où des formes de tuberculose résistante aux antibiotiques sont en expansion (Roumanie)

- les patients sont amenés à vivre en contact étroit que ce soit au sein des foyers ou au sein des squats ou autre campement de fortune. Ces logements précaires ayant un niveau sanitaire très faible représentent un facteur de risque à la propagation des maladies infectieuses et en particulier de la tuberculose.[12]

Les demandes de dépistage du VIH sont comparativement moins nombreuses que celles concernant la tuberculose. On peut rapprocher cela du fait que la consultation Jean Guillon et le centre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles sont voisins au sein du CHU et que les patients se présentant uniquement pour cette raison sont alors orientés vers ce service. Il existe des facteurs différents amenant le patient à demander le dépistage du VIH:

- Un certain nombre de patient de la consultation Jean Guillon sont des prostitués et sont exposés ainsi à un risque accru de

MST, ces patients demandent de façon assez récurrente des tests de dépistage.

- Une grande proportion des nouveaux arrivants est originaire d'Afrique, zone de forte incidence du VIH et où les patients ont pour un certain nombre subi des tortures ou des viols. Ils sont alors très demandeurs à leur arrivée de test VIH.

La prise en charge des pathologies infectieuses

On retrouve une dichotomie entre les prises en charge des maladies infectieuses aigues et chroniques

Dans ce cadre, un des motifs de consultations des plus fréquents en infectiologie est la prise en charge des hépatites virales. Le travail de thèse du Docteur Boudeau-Charruau a mis en évidence des facteurs de risque différents selon l'origine géographique des patients. Ainsi les patients originaires d'Europe de l'est et de la communauté européenne ayant contracté l'hépatite C sont le plus souvent des anciens toxicomanes par voie intraveineuse alors que les facteurs de risque pour la population africaine sont plus difficiles à mettre en évidence[13]. Il s'agit là du premier motif de consultation pour les pathologies infectieuses chroniques.

L'autre grande pathologie infectieuse chronique est la tuberculose. Les patients sont reçus tous les mois pour leur suivi de traitement en accord avec le service d'infectiologie. Cela leur permet quand ils n'ont pas de revenus suffisants ou de couverture sociale de bénéficier de la délivrance gratuite de leur traitement au sein de la pharmacie du C.H.U. Ils s'agit de réaliser un suivi qui est gage d'une meilleure observance en expliquant ou en ré-expliquant les modalités du traitement et la nécessité qu'il soit bien suivi et réalisé jusqu'à son terme[12, 14].

Les motifs de consultation concernant la gynécologie et l'obstétrique.

Il s'agit du 3ème motifs de consultation rattachée à une spécialité. Il s'agit dans la grande majorité des cas du suivi de grossesse non compliquée. Il est effectué également de nombreux dépistages de grossesse.

Le suivi de grossesse est assuré en collaboration avec le service de gynécologie et d'obstétrique et son équipe de médecins et de sage-femmes. Il s'agit d'un bon exemple de collaboration entre services qui fait la force du travail de la consultation Jean Guillon.

Les consultations pour motifs sans orientation.

Dans environ 20 % des cas, il n'y a pas de motif spécifique évident de consultation. Il s'agit du premier motif de consultation. On retrouve également cette tendance au sein des différentes PASS de l'hexagone[4].

Dans environ la moitié de ces consultations, les patients viennent chercher les résultats des analyses qu'ils ont précédemment réalisées.

On retrouve ensuite dans 1 cas sur 7 le motif d'inquiétude sur l'état de santé. Les patients viennent consulter car ils craignent avoir une maladie ou pour réliser un bilan de santé. Il s'agit pour certains de la première occasion où ils peuvent rencontrer un médecin. Il s'agit de consultations très importantes car il s'agit d'un moment privilégié. Au niveau médical, c'est lors de ces consultations que l'accent est mis sur le dépistage. Pour que cela puisse être convenablement fait, il s'agit de pouvoir connaître les antécédents et le vécu des patients. C'est à ce moment que le facteur humain est important pour mettre en place une relation de confiance, rassurer les patients et les amener à raconter des éléments parfois traumatisants d'un passé parfois récent.

La diminution des consultations pour motifs traumatologiques.

On a mis en évidence une baisse très importante de la part de la traumatologie. Il s'agit là d'un biais résultant de la différence de classification des systèmes de recueil entre 2004 et les autres années. Ainsi les problèmes ostéo-articulaires ne constituent qu'une seule classe de 2001 à 2003 alors qu'en 2004, on retrouve une catégorie traumatologie et une catégorie rhumatologie. Si on additionne ces deux dernières classes, on obtient une proportion de 8.9% ; on s'aperçoit alors que la baisse entamée en 2003 se poursuit mais que l'importance de cette baisse est moins importante que décrite précédemment.

Comparaison par rapport aux autres PASS.

On note que les consultations pour motifs sans orientation constituent au sein des différents systèmes PASS de France le premier motif de consultation. Il faut noter qu'il existe des différences concernant la consultation Jean Guillon. Les problèmes infectieux et de gynécologie-obstétrique sont des motifs de consultations fréquents que ce soit à Nantes ou dans le reste de la France. Il faut noter que les consultations ayant pour motif un problème d'hépato-gastro-entérlogie, de rhumatologie, de psychiatrie sont les principaux motifs mis en évidence au sein de l'étude national sur les PASS[4]. Or à Nantes, ces motifs sont relégués après les problèmes infectieux, ORL et gynécologie-obstétrique. On peut avancer une explication concernant la psychiatrie. La psychiatrie est un des principaux motifs de consultation concernant les patients de nationalité française[2]. L'importance de la proportion de patients d'origine étrangère au sein de la consultation Jean Guillon a vraisemblablement relégué les motifs psychiatriques au second plan. On peut cependant se poser la question du stress post-traumatique présent chez un certain nombre de réfugiés. Ce motif est peut-être sous-estimé étant confondu avec des demandes imprécises (inquiétude sur

l’état de santé, douleur, céphalées, insomnies…). Ainsi, il semble probable qu’un certain nombre de motifs psychiatriques ont été recensé dans d’autres catégories, en particulier les motifs sans orientations.

Les diagnostics posés au cours de la consultation médicale.

La catégorie la plus représentée des diagnostics posés au cours des consultations est celle des diagnostics sans orientations, qu’il s’agisse de la remise de résultats de laboratoire, de renouvellements d’ordonnance ou d’une inquiétude sur l’état de santé. Cette catégorie ne regroupe pas de diagnostic au sens propre du terme mais les plaintes ou les symptômes pour lesquels un diagnostic précis n’a pas été posé. Cette catégorie rend compte de la multiplicité des plaintes des patients et de la difficulté pour les médecins à poser rapidement dans ce cas un diagnostic précis.

Parmi les diagnostics qui sont le plus souvent posés par ailleurs on retrouve les infections des voies aériennes supérieures (6.33% des diagnostics posés) avec en majorité la rhinopharyngite (3.37% des diagnostics posés). On retrouve ensuite le suivi de grossesse, l’hypertension artérielle.

Les différents articles étudiant l’activité des PASS au niveau national ont mis en évidence ces mêmes diagnostics parmi les 10 principaux diagnostics posés[4]. Il faut noter l’absence à Nantes des pathologies dentaires au sein des diagnostics posés. Ceci est du à l’orientation rapide par les infirmières des patients vers le centre de soins dentaires quand il s’agit de problèmes odontologiques. Dans ce cas, les patients sont vus au niveau social pour ouvrir leurs droits sociaux. Les patients ne seront alors reçus en consultation médicale que s’ils consultent à nouveau.

Le devenir des patients au décours de la consultation.

La prescription de médicaments.

Au décours des consultations, dans environ 60 % des cas, les patients ressortent avec une prescription de médicaments ; on note que cette proportion s'est stabilisée depuis 2002. On a observé également une forte baisse par rapport à 2001. On peut penser qu'il s'agit d'une volonté des médecins d'envisager une prise en charge raisonnable au niveau économique tout en assurant la qualité de la prise en charge.

La prescription d'examen de biologie.

Dans le même temps on retrouve une augmentation continue de la prescription d'examens de biologie. Cela révèle l'implication des différents médecins de la consultation Jean Guillon dans le dépistage ; en effet, un effort d'information a été fait auprès de ces médecins pour les inciter à s'inscrire plus intensément dans une stratégie de dépistage (VIH, hépatites, thalassémie…). L'implication du service médicosocial dans des travaux de recherche[13, 15] entraîne également une majoration de la prescription des bilans biologiques.

La rédaction de certificats.

La rédaction de certificats médicaux répond à une demande des patients pour des raisons administratives. En effet, ils doivent fournir des certificats médicaux pour compléter les dossiers de demandes d'asile politique auprès de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et les Apatrides) ou alors pour demander un titre de séjour pour raisons médicales. Dans le premier cas, il s'agit de certificats de coups et blessures qui sont ensuite comparés aux récits des patients concernant leur passé et ce qu'ils ont subi dans leur pays d'origine ou lors de leur périple pour arriver en France. C'est un moment douloureux pour ces patients et le médecin se doit d'instaurer un climat de confiance et de respect pour que les patients puissent raconter sereinement ce qu'il leur est arrivé et vaincre leur pudeur et parfois leur honte. L'OFPRA selon l'article L 732-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile : « *se prononce sur la reconnaissance de la qualité de réfugié ou l'octroi de la protection subsidiaire au terme d'une instruction unique au cours de laquelle le demandeur d'asile est mis en mesure de présenter les éléments à l'appui de sa demande.* » On voit alors l'importance que revêt la rédaction de ces certificats.

La rédaction de certificats pour obtenir un permis de séjour pour raisons de santé a pour but de permettre au médecin inspecteur de santé publique du service de la préfecture de vérifier si le patient est atteint d'une pathologie qui rentre dans le cadre de la loi du 11 mai 1998 (Annexe 2) qui permet la délivrance d'une carte de séjour temporaire aux « *étrangers 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 effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ».

On note une grande augmentation en 2003 des demandes de certificats médicaux. Il existe de multiples facteurs à cette augmentation mais il faut noter que les demandes d'asile ont pour la majorité été déboutées ce qui a entraîné des demandes de recours ou la mise en place d'autres dossiers administratifs dont un des éléments est un certificat médical[8].

Les réorientations.

On peut rattacher la diminution du nombre de réorientation en 2004 par rapport à 2001 et 2002 à plusieurs facteurs. L'obtention d'un statut social avec une prise en charge à 100% est plus difficile à obtenir (refus du droit d'asile, patient en situation irrégulière…). Le système PASS reste alors la seule option de soins pour ces patients.

Un autre facteur est la multiplication des origines géographiques et ethniques des patients et surtout le fait qu'un grand nombre de patients sont non francophones ; la barrière de la langue est un élément important qui bloque le processus de réorientation ; en effet, les patients ne peuvent être autonomes dans leurs démarches tant médicales que sociales s'ils ne possèdent ou ne comprennent la langue de leurs interlocuteurs.

On note que des patients réorientés reviennent parfois consulter au sein de la consultation Jean Guillon. Deux phénomènes entrent en ligne de compte : l'attachement au service de patients parfois suivis pendant des années et les difficultés rencontrées par les patients réorientés (problème d'avance des frais de médicaments,…)[9].

IV-4 L’activité sociale.

L’activité sociale fait partie intégrante de la consultation Jean Guillon. La prise en charge des patients consultants au sein du système PASS relève d’un travail de coordination avec les équipes médicales et infirmières.

On note cependant des différences par rapport à l’activité médicale en particulier. Le nombre de primo-consultants est différent entre le relevé effectué par l’équipe médicale et celui de l’équipe sociale. La différence est due au fait que certains patients ne consultent que pour un motif odontologique, motif pour lequel l’intervention de l’équipe médicale n’est pas nécessaire. Ainsi ces patients sont pris en charge par l’équipe sociale de la Consultation Jean Guillon puis orientés directement vers le centre de soins dentaires.

Les patients en situation de précarité posent souvent plusieurs problèmes sociaux (couverture sociale, logement, surendettement).

La couverture sociale et l’accès aux soins.

C’est le problème social le plus fréquemment rencontré. Il y a plusieurs facteurs qui concourent à cette situation ; les 3/4 des nouveaux patients sont d’origine étrangère dont la moitié sont des demandeurs d’asile politique. L’arrivée de ces patients sur le territoire français pose le problème de leur accès aux soins. En effet, ils n’ont aucune ressource financière, ils ne connaissent pas les procédures ni leur droit ; cet isolement social est aggravé par leur situation administrative (1/3 des nouveaux patients d’origine étrangère sont en situation illégale).

Le choc culturel de l’arrivée dans un nouveau pays associé à la peur de l’administration (peur des expulsions) fait que les patients pourraient prétendre à des droits mais ne le savent pas. On a montré ainsi que 51 % des patients à leur

arrivée dans le service n'avaient aucune couverture sociale, 55% peuvent bénéficier d'une couverture sociale complète par le biais de la Couverture Médicale universelle (CMU) et la Couverture Médicale Universelle Complémentaire.

La CMU et la CMU complémentaire.

Le principal critère d'admission à la couverture de base par la CMU est la résidence. Ainsi d'après l'article L161-2-1 du code de la sécurité sociale : « toute personne qui déclare auprès d'une CPAM ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affilié sans délai au régime général sur critère de résidence ». Cela sous entend que le patient doit être en situation régulière et pouvoir apporter la preuve de sa résidence sur le sol français depuis plus de 3 mois de manière ininterrompue. La couverture complémentaire est obtenue quant à elle sur des critères de ressources. Pour les patients sans ressources, cela ne représente pas un obstacle à l'ouverture des droits sociaux et ainsi à l'obtention d'une couverture complète. Cependant, il se pose le problème d'un effet seuil pour l'obtention de la CMU complémentaire. Ainsi certains patients ont des revenus qui se situent juste au dessus du plafond de ressources permettant l'obtention de la couverture complémentaire mais dans le même temps leur revenus ne leur permettent pas de souscrire une assurance complémentaire privée. Ils doivent donc supporter une partie des frais de la consultation et cela représente un obstacle à l'accès aux soins.

L'aide médicale d'état (AME).

L'ouverture des droits de la CMU impose des conditions que nous venons de voir, cependant pour les patients ne les remplissant pas, il existe une autre forme de prise en charge : l'Aide Médicale d'Etat.

Ainsi l'A.M.E peut être attribué aux patients d'origine étrangère résidant en France de façon habituelle mais « qui ne remplissent pas la condition de régularité de séjour prévue par la loi » (la résidence en France se prouvant par n'importe quel moyen et au besoin par une déclaration sur l'honneur), aux patients étrangers en situation régulière mais dont le délai de 3 mois de condition de résidence stable n'est pas encore rempli.

Il faut noter que le délai de 3 mois n'est pas imposable aux demandeurs d'asile. L'obtention de cette couverture est subordonnée à une inscription au sein d'un CCAS ou d'un organisme agrée par le préfet pour les patients sans domicile fixe.

Ainsi on a retrouvé que seulement 5% des nouveaux patients ne pouvaient prétendre à une couverture sociale car ne répondant pas aux critères d'admission alors qu'il s'agit du premier problème soulevé lors de l'admission des patients dans le réseau PASS. C'est pourquoi l'accès à une couverture sociale et aux soins représente la grande majorité des interventions sociales et des obstacles levés.

De plus, le retour des patients dans la filière de soins « conventionnelle » ne pourra être envisagée que si les patients bénéficient d'une couverture sociale complète.

Le logement.

Il s'agit de la deuxième cause la plus fréquente en terme d'obstacles aux soins. La plupart des patients qui arrivent dans le service de consultation Jean Guillon n'ont pas de logement stable. Ils vivent dans la rue, dans des squats, au sein de centre d'hébergement et de réinsertion sociale, en caravane, à l'hôtel ou chez des compatriotes. Seuls 30% ont un logement stable ou un logement personnel. Le problème du logement est un problème majeur car il a plusieurs

conséquences : d'une part, il existe une majoration du risque sanitaire et de précarisation des populations vivant n'ayant pas de logement stable et d'autre part cela engendre des difficultés administratives et de suivi des patients.

La résolution de ces problèmes de logement repose sur l'offre de logement accessible pour les populations en situation de précarité.

Les solutions de logement.

Un plan d'hébergement d'urgence est mis en place par la ville de Nantes avec le concours de la DDASS, des associations et différents services publics. L'accès à ces différentes structures se fait par l'intermédiaire du 115, numéro de téléphone gratuit accessible à partir de n'importe quelle cabine téléphonique.

Les différentes solutions d'hébergement d'urgence sont des centres gérés soit par des associations soit par la municipalité. Ils peuvent être mixtes mais reçoivent presque toujours uniquement des femmes ou des hommes.

Il faut noter que lors de la période d'hiver, des lits supplémentaires sont mis à la disposition des populations en état de précarité. Ces structures sont malheureusement régulièrement saturées surtout en hiver et lors de la fermeture des lits supplémentaires au printemps, on assiste à une situation où les capacités d'accueil restant ouvertes toute l'année sont submergées.

Dans le même temps, le service social informe et met en relation les patients avec les différentes structures leur permettant de se nourrir, de se laver, de se vêtir.

L'accès aux droits administratifs.

Le statut administratif des patients peut être un frein important à leur prise en charge et est un élément essentiel de leur bien-être. C'est pourquoi le rôle joué par le service social de la consultation Jean Guillon est primordial. Les assistantes sociales sont les interlocutrices privilégiées avec les services administratifs de la préfecture et de l'Etat en général. Leur rôle est de coordonner les demandes et de s'assurer du suivi des dossiers en partenariat avec les associations d'aide aux immigrés. Elles dirigent les patients vers les interlocuteurs institutionnels dont ils ont besoin selon leur statut administratif que ce soit pour leur domiciliation ou les demandes d'asile politique. On retrouve là l'importance du travail en réseau pour la prise en charge des patients en situation de précarité.

Le problème des patients Mineurs-Majeurs.

Il existe un problème récurrent quant au statut administratif d'une catégorie de patients : les Mineurs-Majeurs. En effet, lorsque les services de la préfecture prennent en charge un mineur d'origine étrangère pour lequel ils doutent de son âge, ils font passer un test radiologique de détermination de l'âge osseux à ces patients sur réquisition d'un juge pour enfant. Ces jeunes patients déclarent être mineurs mais pour certains d'entre eux l'âge osseux est reconnu comme celui d'un adulte. Le juge pour enfant décide donc que ce patient est majeur et ne peut donc prétendre à la prise en charge prévue pour les personnes mineures (hébergement et prise en charge par la DDASS). Cependant, il n'est pas délivré dans certains cas de certificat attestant de l'âge du patient. Il ne peut donc pas prétendre aux différentes prises en charges administratives et sociales des adultes. Un des principaux problèmes est celui de l'hébergement car étant

mineur, il n’a pas accès à l’hébergement pour adulte et il n’existe pas de structures pour les mineurs. Il s’agit là d’un vide institutionnel qui a de graves répercussions sur le devenir de ces adolescents à qui le service social ne peut apporter que peu de solutions. Ce problème a été relevé par les institutions et on peut espérer que les choses vont évoluer[9] . En 2005, la mission d’analyse des conditions d’accueil des mineurs étrangers isolés de l’inspection générale des affaires sociales préconisait que le recours à la datation radiologique de l’âge osseux soit fait avec discrétion et qu’il importait que les résultats soit exprimés en une fourchette d’âge et non pas en un âge strict qui est impossible à définir par ce procédé. Cette mission recommandait également que les analyses des clichés et l’estimation soient faites par des médecins radiologues habitués à ce genre d’évaluation[9].

L'évolution de l'activité du service social.

L'activité globale de la consultation a sûrement été surévaluée en 2004 car il s'agit là d'une évaluation à partir de l'activité des 2 derniers mois. On peut penser que l'activité a été stable voire même légèrement inférieure du fait de la baisse du nombre de primo-consultants par rapport aux années précédentes.

Comme on l'a montré précédemment la proportion de nouveaux patients d'origine étrangère a rapidement varié depuis la création de la consultation passant de 48% à 75%. Cela est principalement lié au fait que l'instauration et l'obtention de la CMU et de la CMU complémentaire par les patients de nationalité française a fait que ces patients peuvent bénéficier d'une prise en charge en ville et qu'ils ont pu ainsi quitter le système PASS.

On a observé chez les patients d'origine étrangère une modification du statut administratif. Il y a une forte diminution (-17%) en 2004 de la proportion de demandeurs d'asile associé à une ascension (+13%) de la proportion de patients en situation irrégulière. On peut rapprocher cette situation du durcissement de la politique française en matière d'immigration clandestine mais aussi par rapport à l'obtention du titre de séjour de demandeurs d'asile. Ainsi les patients qui sont déboutés de ce droit d'asile ou à qui un retour à la frontière est demandé perdent leur droit sociaux et n'ont plus que la solution de retourner au sein du système PASS et ainsi au sein de la consultation Jean Guillon.

IV-5. L’activité infirmière.

Les infirmières assurent au sein de la consultation Jean Guillon de multiples fonctions allant de l’accueil jusqu’aux soins infirmiers. Elles représentent un maillon essentiel du fonctionnement de la consultation médico-sociale.

Au niveau des actes infirmiers, on retrouve la réalisation des prélèvements sanguins ou urinaires, des traitements injectables, la distribution des médicaments, la réalisation de pansements

Cependant l’acte le plus fréquemment effectué par les infirmières est la prise de rendez-vous. Cela représente 42.5% des actes infirmiers. Elles ont donc un rôle essentiel dans l’organisation et le suivi des patients.

Un autre aspect de leur activité est l’éducation à la santé et la prévention. Grâce à ces actions, la mise en place de moyens d’explication des traitements et de leur posologie, on tend à obtenir une meilleure observance des traitements prescrits[14]. Les infirmières de la consultation médico-sociale ont des relations privilégiées avec leurs confrères des autres services et participent à l’élaboration de notices d’information et d’actions de prévention traduites en plusieurs langues afin de toucher un maximum de personnes (soins dentaires, MST).

Les infirmières assurent également, dans certains cas, l’accompagnement physique des patients au sein de leur parcours de soins au sein du CHU. Cela permet de s’assurer que les patients ne connaissant pas l’établissement et ayant des difficultés liées à la barrière de la langue puissent se présenter dans les délais pour leur rendez-vous chez les spécialistes du CHU. Il s’agit d’une fonction qui était dévolue dans un premier temps à la personne employée comme emploi jeune au sein de la consultation. Ce poste ayant disparu et l’accompagnement étant une chose importante ce sont donc les infirmières qui assurent ce travail.

C’est une charge de travail non négligeable car cela représente en moyenne environ 3 accompagnements par jour sur les jours ouvrées.

Evolution de l’activité infirmière.

On a noté une diminution de 8 % du nombre d’actes infirmiers en un an probablement en relation avec la diminution du nombre de nouveaux consultants.

Depuis la création du service, la répartition des actes effectués par les infirmières s’est elle aussi modifiée ; ainsi on a observé la hausse des accompagnements physiques depuis 2001. Cela peut être mis en relation avec le fait que la proportion d’étrangers a augmenté. Ainsi le nombre de patients qui se trouve désemparé face à l’hôpital et qu’il faut accompagner augmente aussi.

De même, on note une majoration du nombre de prélèvements ainsi que des prises de rendez-vous. Ceci est une des conséquences de l’information qu’ont reçu les médecins exerçant à la consultation Jean Guillon concernant les dépistages des différentes maladies sexuellement transmissibles (VIH, syphilis…) et aussi concernant les hépatites (VHB et VHC). La multiplication des dépistages et donc des détections de nouveau cas ont entraîné une augmentation du recours aux spécialistes. L’activité de prises de rendez-vous s’en trouve elle aussi augmentée.

La plupart des nouveaux patients n’ont pas de suivi médical antérieur ce qui incite d’autant plus les médecins à effectuer des analyses de dépistages plus ou moins systématiques.

A l’inverse, certains actes ont proportionnellement diminué comme la réalisation de pansements ou de douches. On peut émettre l’hypothèse que la diminution de la proportion de patients marginalisés a entraîné la diminution de prise en charge de plaie chronique. L’explication est en partie la même pour la

réalisation des douches mais il faut noter également la condamnation de la douche en 2004 suite à la découverte de légionelles au sein de la douche de la consultation médicosociale.

On note une forte diminution des actes de prévention et d'éducation. On peut rattacher cela au manque de temps disponible pour la préparation et la réalisation de ces actes par les infirmières du fait du temps de travail qui a été destiné à la prise de rendez-vous (+70 % en 3 ans) et pour l'accompagnement physique des patients.

IV-6 Le Réseau PASS

La consultation Jean Guillon est une structure de soins unique au sein du CHU car c'est le seul lieu où sont assurées des consultations de médecine générale.

Elle fait partie du système PASS qui comme son nom l'indique est l'ensemble des moyens engagés tant humains qu'organisationnels pour assurer la permanence d'accès aux soins de santé quelle que soit la couverture sociale.

Du fait même de son appartenance au CHU et au système PASS, la consultation Jean Guillon appartient à un réseau. Il existe en fait deux réseaux :
un réseau médical.
un réseau social.

IV-6a. Le réseau médical.

Le réseau interne au CHU.

On a vu que les consultations médicales peuvent déboucher sur la prise de rendez-vous et de consultations médicales spécialisées le plus souvent au niveau du CHU mais pas exclusivement. Cela implique un travail en réseau avec l'ensemble des services du CHU qu'il s'agisse de services de soins ou d'examens complémentaires. Il faut remarquer les relations particulières qu'entretiennent le service de consultation Jean Guillon et les services de médecine interne car ils appartiennent au même pôle. De plus, le référent hospitalier du service est un médecin interniste.

Grâce à ce travail en réseau interne, nous pouvons obtenir pour les patients une prise en charge la plus rapide possible ce qui répond à une des exigences de la prise en charge des patients en situation d'exclusion qui est de

leur offrir une réponse à leur demande la plus immédiate possible. En effet, la prise de rendez-vous et l'accompagnement de ceux-ci par les infirmières sont un gage d'une meilleure prise en charge.

Deux autres services sont des partenaires privilégiés, il s'agit du service de pédiatrie et celui des urgences ; services avec lesquels les rapports sont fréquents et riches afin de pouvoir coordonner la prise en charge des patients soit de la consultation Jean Guillon vers les Urgences mais aussi des Urgences vers la consultation Jean Guillon. Nous faisons intervenir les pédiatres pour certaines prises en charge de nos jeunes patients et à l'inverse, le service de pédiatrie nous oriente le reste des familles en situation de précarité de leurs jeunes patients.

Cependant il existe un véritable problème de reconnaissance du système PASS au sein de l'hôpital[8] et ainsi un effort doit être entrepris pour informer les personnels médicaux, infirmiers mais surtout les internes sur les possibilités qu'offre un service comme la consultation Jean Guillon.

A noter qu'un service non médical est un partenaire privilégié : il s'agit du centre universitaire de soins dentaires. Il convient de noter qu'un certain nombre de patients consultants le service de la consultation Jean Guillon est demandeur de prises en charges odontologiques. Ils rentrent dans le système de la consultation Jean Guillon car ils sont pris en charge socialement même si ils ne présentent pas de problème médical au sens strict. Ceci explique les différences du nombre de patients pris en charge par les assistantes sociales et les médecins, certains patients n'étant reçus que par le service social avant d'être orientés vers le service de soins dentaires.

Le réseau médical externe au CHU.

Il s'agit à la fois des spécialistes auxquels nous avons recours en dehors du CHU quand la couverture sociale des patients le permet, mais surtout les médecins généralistes vers lesquels nous réorientons les patients. On demande aux patients qui vont être réorientés de nous fournir les coordonnées de leur médecin traitant afin de pouvoir lui communiquer le dossier médical de ces patients.

Il existe certainement un manque de retour d'information de la part des médecins prenant en charge les patients de la consultation Jean Guillon du fait d'un manque d'informations des médecins à propos des services et des conditions d'admission des patients au sein du service. Ceci a été mis en évidence par le Dr Boché qui notait que les médecins généralistes recevant les patients issus de la consultation Jean Guillon avait des interrogations sortant le plus souvent du cadre médical strict[9]. Ce phénomène a tendance à inciter les patients à revenir vers le service hospitalier où une prise en charge complète médicale et sociale leur est proposée.

IV-6b. Le réseau social.

Le réseau social interne au CHU.

Les assistantes sociales de la consultation Jean Guillon travaillent en contact étroit avec le service social du CHU mais aussi avec les autres structures administratives du CHU telles que les admissions, le centre de paiement…

Le réseau social externe[8].

Le service social de la consultation Jean Guillon a tissé un véritable réseau avec l'ensemble des structures ayant un rôle dans la prise en charge des patients en situation précaire dans la région nantaise.

Il peut s'agir de partenaires institutionnels comme le conseil général, la DDASS, la CPAM, la mairie de Nantes, la préfecture.

Il s'agit également de partenaires comme Médecins du Monde pour laquelle on a une complémentarité de l'offre de soins et avec lesquels il y a des réunions communes.

A noter un partenaire qui prend de plus en plus d'importance du fait de l'augmentation de la proportion de patients étrangers volontiers non francophones : l'A.S.A.M.L.A. (Association Santé Migrants de Loire-Atlantique). Il s'agit d'interprétes-médiateurs qui travaillent en partenariat avec le CHU et qui nous aident lors des consultations mais assistent aussi les patients étrangers dans leurs différentes démarches au sein ou en dehors du CHU.

Il y a également des relations avec des associations comme le Triangle (prise en charge des toxicomanes), les différents foyers d'hébergements, AIDA.

Le réseau développé au niveau social est un réseau qui est efficace et bien établi. C'est une des différences notables avec le réseau médical et en particulier le réseau externe qui lui est moins systématisé.

IV-7.La formation au sein de la consultation Jean Guillon et les travaux de recherche.

Dans les objectifs fixés lors de l'élaboration du projet de consultation médico-sociale, un des objectifs mis en avant était la formation. La formation et l'information du personnel hospitalier font donc partie intégrante de l'activité de la consultation Jean Guillon.

IV-7a.La formation médicale.

La consultation Jean Guillon accueille depuis son ouverture des médecins généralistes en formation. Ces internes sont ainsi formés à prendre en charge un patient en tenant compte à la fois des problèmes médicaux mais aussi de la situation du patient, de sa culture. C'est le lieu également où plusieurs de ces internes ont réalisés des travaux de recherche afin de soutenir leur thèse d'exercice de médecine générale [9, 11-13, 15, 16].

Plusieurs aspects de la prise en charge des patients en situation de précarité ont ainsi été étudiés :

- dépistage et traitement de pathologies infectieuses (tuberculose[12], hépatite C[13]) ou carentielles (hypovitaminose C[15]).
- Evaluation du fonctionnement de la consultation Jean Guillon (repérage de la consultation par les patients [11]).
- Evaluation de l'état de santé des populations suivies au sein de la consultation médico-sociale[16].
- Analyse du devenir des patients en réorientation[9].

Des étudiants en médecine sont reçus au sein de la consultation soit lors de leur stage dans le service de Médecine Interne ou dans le cadre du certificat

Médecine et société. Ces étudiants participent sous la tutelle d'un médecin senior aux consultations.

Les médecins vacataires n'ont pas à proprement parlé de formation médical continue propre à la consultation médico-sociale. Cependant les réunions trimestrielles de service sont le lieu d'échange et d'informations sur un ou plusieurs thèmes concernant les patients d'origine étrangère ou en situation de précarité.

IV-7b. La formation paramédicale.

La consultation reçoit de façon régulière des étudiants en soins infirmiers en stage de formation pratique.

Les étudiants en pharmacie sont eux aussi invités à prendre part à l'activité du service et c'est ainsi que des études ont été réalisées au sein du service concernant par exemple l'observance des traitements[14].

Il faut noter l'intervention régulière des élèves podologues qui prennent en charge les patients au sein même du service.

IV-7c. La formation des personnels hors PASS.

Une des missions fixées par le projet de consultation médicosociale est d'informer et de former les personnels hospitaliers aux problèmes de la précarité et de sa prise en charge.

Ainsi le personnel de la consultation médico-sociale informe l'ensemble des partenaires avec lesquels il travaille de l'existence de la consultation Jean Guillon et des prises en charges qu'elle propose.

De plus, des réunions d'informations ont eu lieu pour informer les personnels soignants et non soignants du système PASS mis en place au sein du CHU de Nantes et de la consultation Jean Guillon en particulier.

Il faut noter également que le service accueille des infirmières pour la réalisation de stages de comparaison : l'objectif étant de leur permettre d'appréhender plus facilement la prise en charge des patients en situation de précarité.

IV-8. Difficultés de réalisation.

La réalisation de ce travail s'est heurtée à plusieurs problèmes. Tout d'abord le fait de changer de système de recueil de données ne nous a pas permis de pouvoir comparer de manière fiable et rigoureuse l'évolution de tous les paramètres relevés sur ces deux systèmes de recueil. En effet, lors de l'évolution de ces systèmes les items relevés ont, eux aussi, changées. De fait, toutes les données recueillies en 2000 ne sont pas les mêmes que celles recueillis en 2004 et surtout un certain nombre d'items ne sont plus pris en compte. Il a fallu aussi à partir des fichiers Excel concernant les diagnostics médicaux posés en consultation, traduire ces diagnostics dans le système de recueil Clinicom. Ces manipulations sont une source d'imperfection. De même, nous avons été obligés de recourir à des évaluations de l'activité annuelle de certains domaines à partir des données de quelques mois seulement.

De plus, le personnel de la consultation Jean Guillon a du se familiariser avec ces différents outils de recueil. On note que, malgré une utilisation devenue quotidienne, les dossiers informatiques ne sont pas complètement remplis de façon systématique. Il s'en suit une perte de données. Ainsi on a pu noter que pour 20% des patients, l'item concernant la nationalité n'a pas été renseigné das le système de recueil Clinicom°. On peut cependant penser que ces manques de renseignements sont liés au fait qu'il s'agit encore d'une phase d'apprentissage de ce nouvel outil et que les données informatiques seront de plus en plus complétées au fur et à mesure de l'utilisation du nouveau logiciel.

Assurer le recueil de données complètes et comparables d'une année sur l'autre est le gage d'une meilleure évaluation de l'activité de ce service et c'est le seul moyen de pouvoir gérer de façon totalement judicieuse ce système de consultation ouverte qui est une particularité au sein du CHU.

V- Quel avenir pour la consultation Jean Guillon et le système PASS du CHU de Nantes ?

Le système PASS répond à un besoin de prise en charge d'une partie importante de la population pour qui il représente le seul moyen d'accès aux soins. La consultation Jean Guillon doit cependant faire face à des difficultés qu'elle devra surmonter dans les années à venir.

Les difficultés.

Développement d'un système de recueil de données stable.

Le système PASS a été mis en place afin de permettre une prise en charge des personnes les plus démunies quel que soit leur statut. Il s'agit tant d'offrir une aide et des soins à ce type de population que de pouvoir réaliser une gestion comptable des dépenses de ce service comme tout autre service du CHU. Nous avons vu les difficultés d'évaluation de l'activité globale du service médico-sociale.

Ceci tient au fait que depuis sa création, les systèmes de recueil de données d'activité tant médicale que paramédicale ont été nombreux. Il en découle une perte de données et donc de moyen d'évaluer correctement l'évolution des différents items relevés antérieurement.

Ce problème va se résoudre grâce à l'utilisation du système de recueil standardisé intégré au logiciel Clinicom°. C'est un outil qui permet de garder les mêmes bases de classification des items relevés et dans le même temps de permettre une évolution des données. Par exemple, ce système laisse la possibilité d'intégrer de nouveaux diagnostics au fur et à mesure de leur prise ne charge au sein de la consultation Jean Guillon. L'association d'une stabilité du

système de recueil associée à une certaine souplesse va permettre de comparer sur plusieurs années l'activité du service.

Le problème des locaux du service médico-social.

Le développement de la consultation Jean Guillon a conduit à un problème d'encombrement des patients dans le service. De plus, la découverte de légionelles dans la douche du service a fait condamner cette dernière. Ces problèmes devraient être réglés par le déménagement du service au niveau du quai de tourville.

Un autre problème se posera alors : celui de l'accompagnement physique des patients du fait de l'éloignement géographique du CHU. Cela posera problème lors des rendez-vous chez le spécialiste mais également pour la délivrance gratuite des médicaments au sein de la pharmacie centrale du CHU.

Le développement des activités de prévention et les problèmes de personnel.

On a mis en évidence qu'une partie de l'activité infirmière est consacrée à l'accompagnement physique des patients à leur rendez-vous. Il en découle une perte de temps et on observe ainsi une baisse de l'activité de prévention.

Dans le projet initial de consultation médicosociale [3], un poste d'accompagnant de santé (poste qui a disparu par la suite) était prévu. La mise en place d'un tel poste lors de l'installation dans les nouveaux locaux permettra de dégager du temps pour les infirmières afin de consacrer plus de temps aux activités d'éducation et de prévention auprès des populations fréquentant la consultation Jean Guillon.

Le réseau PASS : enjeu et difficultés.

Nous avons mis en évidence l'importance et le bon fonctionnement du réseau social et associatif autour de la consultation médicosociale. Il est primordial de poursuivre les efforts entrepris pour maintenir, entretenir voir créer de nouveaux partenariats.

Au niveau du réseau médical, il faut développer le réseau de médecins généralistes de ville pour pouvoir entreprendre un nombre de réorientations plus important[9]. C'est un des enjeux majeurs du système PASS que le retour dans le système de droit commun des patients[3]. Le partenariat avec les médecins de ville est un gage d'une meilleure prise en charge ultérieure et cela limite le risque de retour vers la consultation Jean Guillon des patients réorientés[9].

Il existe un véritable problème de reconnaissance voire même de connaissance du système PASS au sein du CHU de Nantes. Il ne s'agit pas d'une exception au sein des différentes PASS française[17]. Le 2ème rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions en 2003 montrait que dans l'ensemble des établissements où un système PASS existe réellement, ce dispositif est peu connu des médecins comme des paramédicaux et que de nombreux efforts doivent être entrepris pour informer les personnels. Cette reconnaissance est le gage d'une meilleure prise en charge des patients relevant de la consultation médico-sociale et c'est le seul moyen de faire que les consultations médico-sociales du système PASS ne soient pas des « *"ghettos" réservés aux plus démunis, des lieux de soins pour pauvres* » comme le préconisait le Dr Lebas dans son rapport remis en 1997 au ministre de l'emploi et de la solidarité et au secrétaire d'Etat à la santé[18].

L’évolution des populations et des prises en charge.

Evolution des populations reçues

La population fréquentant la consultation Jean Guillon a évolué depuis sa création. Ainsi, le nombre de patients d’origine étrangère volontiers non francophones a rapidement augmenté jusqu’à représenter la majeure partie des patients. La poursuite de la qualité de la prise en charge au sein de la consultation médico-sociale passe par l’adaptation des capacités d’accueil des patients étrangers non francophones. C’est pourquoi l’association des interprètes de l’A.S.A.M.L.A. au sein de la prise en charge est très importante de même que la formation du personnel de la consultation Jean Guillon à l’anglais.

La multiplication des zones d’instabilité politique que ce soit l’Afrique sub-saharienne, le Moyen-Orient, la péninsule arabique, les ex-pays de l’union soviétique est un facteur prédictif des mouvements migratoires à venir ou des populations en cours d’arrivée. Cela représente un enjeu important pour l’adaptation de la consultation médicosociale au niveau de sa prise en charge. Il convient de prendre en compte outre la langue mais aussi le bagage culturel de ces nouveaux arrivants.

La politique française de contrôle de l’immigration (clandestine ou non).

La filière de prise en charge des patients étrangers est fonction des possibilités qu’offre l’état français en terme de prise en charge sociale. Ainsi, la délivrance de permis de séjour, la reconnaissance du statut de réfugiés ouvrent des droits sociaux et permettent ainsi le recours au système de droit commun. On voit donc le poids de la politique de régulation de l’immigration dans ce cas. En effet, le durcissement de la législation ainsi que l’attitude des préfectures plus rigide entraîne la non reconnaissance des droits des étrangers. Ils ne peuvent donc plus accéder au système de soins traditionnel et sont donc contraints à rester dans le système PASS. Il en est de même des reconduites à la frontière, ce qui pousse les étrangers à retourner dans la clandestinité, n’ayant alors plus aucun droit ; la consultation médico-sociale reste alors leur seul moyen d’accès aux soins.

L’évolution de l’offre de prise en charge.

Les différentes offres de prise en charge évolue au fur et à mesure des décisions législatives. La CMU et la CMU complémentaire, la réforme de l’AME ont permis un accès plus facile des personnes en état de précarité et on a pu noter un effet bénéfique quant à l’accès au soin.[19] Cependant, ce système est perfectible. Une des faiblesses de ce système est celui d’effet-seuil qui conduit des personnes à ne pouvoir contracter une assurance complémentaire privée car leurs revenus sont insuffisants mais dans le même temps trop importants pour bénéficier de la CMU complémentaire. On voit ainsi comment l’évolution des offres de prise en charge aura un effet direct sur le nombre de personnes ayant recours au système PASS.

VI-Conclusion.

La consultation Jean Guillon est la composante principale du dispositif PASS du CHU de Nantes. Elle répond aux objectifs fixés lors de sa création en 1999 en proposant des consultations médicosociales gratuites quelque soit le statut social ou administratif des usagers de ce service.

C'est une structure multidisciplinaire où le travail d'équipe est indispensable pour assurer à la fois une prise en charge sociale mais aussi médicale et infirmière.

Le travail de la consultation médicosociale prend appui sur un réseau de partenaires et d'interlocuteurs aussi bien sociaux qu'administratifs. Il faut noter qu'un effort pour développer le réseau médical et la reconnaissance de la consultation Jean Guillon au sein du CHU doit être poursuivi.

L'activité de la consultation médicosociale a évolué depuis sa création. La population d'origine étrangère a fortement augmentée et est devenue prépondérante. Les pathologies retrouvées sont cependant celles de la précarité et de la vie dans la rue avec, il est vrai, une demande de rédaction de certificats médicaux assez importante.

L'avenir de cette structure dépendra de son adaptabilité aux prochaines arrivées de patients et aux moyens qui lui seront fournis. Cela est directement lié aux choix politiques et budgétaires des années prochaines. C'est pourquoi la clarté des bilans d'activité de service comme la consultation Jean Guillon est une chose essentielle pour sa pérennité.

VII-Annexes

Annexe 1 :Loi no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

NOR : MESX9800027L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel no 98-403 DC en date du 29 juillet 1998 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1er
La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.
La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.
L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en oeuvre de ces principes.
Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions.
Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en oeuvre dans les délais les plus rapides.
Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui oeuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la réalisation de ces objectifs.
En ce qui concerne la lutte contre l'exclusion des Français établis hors de France, les ministères compétents apportent leur concours au ministère des affaires étrangères.

Article 2
Il est inséré, dans le code du travail, un article L. 353-3 ainsi rédigé :
« Art. L. 353-3. - Afin d'améliorer l'information des demandeurs d'emploi et leur capacité à exercer leurs droits, l'Etat, les organismes chargés du placement et de la formation des demandeurs d'emploi fixent les règles de constitution de comités de liaison auprès de leurs échelons locaux dans lesquels siègent des demandeurs d'emploi représentant les organisations syndicales représentatives au plan national et les organisations ayant spécifiquement pour objet la défense des intérêts ou l'insertion des personnes privées d'emploi. »
TITRE Ier
DE L'ACCES AUX DROITS

Chapitre III
Accès aux soins

Article 67
L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.
Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies.

Article 68
Le sixième alinéa du I de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
« 3o Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ; ».

Article 69
A la fin du premier alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et du médicament » sont remplacés par les mots : «, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins ».

Article 70
Dans un délai d'un an, le Gouvernement présentera au Parlement un rapport sur le rôle de la médecine scolaire dans la politique de prévention et les conditions de son renforcement pour améliorer le suivi médical des enfants scolarisés, notamment dans les zones où le recours aux soins est insuffisant.

Article 71
Il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse.
Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.
Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en oeuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en oeuvre de ces actions. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.
Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins est établi après consultation d'un comité, présidé par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse, réunissant des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et auquel des représentants des associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion peuvent être invités à participer. Il est rendu compte chaque année de la réalisation de ce programme à la conférence régionale de santé instituée par l'article L. 767 du code de la santé publique.

Article 72
I. - L'article 1er de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est complété par un 6o ainsi rédigé :
« 6o Assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes dépendance alcoolique. »
II. - Après le 8o de l'article 3 de la même loi, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
« 9o Centres assurant, en cure ambulatoire, des soins et des actions d'accompagnement social et de réinsertion à l'égard des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes de dépendances alcoolique.
« Les missions, les conditions de fonctionnement ainsi que les modalités de financement des centres visés au 9o sont définies par voie réglementaire. »
III. - Après l'article L. 355-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 355-1-1 ainsi rédigé :
« Art. L. 355-1-1. - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9o de l'article 3 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille. »

Article 73
I. - Après le 6o de l'article L. 711-3 du code de la santé publique, il est inséré un 7o ainsi rédigé :
« 7o A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux. »
II. - Après les mots : « continuité de ces soins », la fin du cinquième alinéa de l'article L. 711-4 du même code est ainsi rédigée : « en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

Article 74
Après le 1o de l'article L. 146 du code de la santé publique, il est inséré un 1o bis ainsi rédigé :

« 1o bis Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ; ».

Article 75
Dans l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « action sanitaire et sociale », sont insérés les mots : « destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité ».

Article 76
Après l'article L. 711-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 711-7-1 ainsi rédigé :
« Art. L. 711-7-1. - Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article 71 de la loi no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »

Article 77
Un rapport sera remis par le Gouvernement au Parlement sur l'opportunité et les modalités d'un transfert de compétence des départements vers l'Etat en matière de lutte contre la tuberculose. Ce rapport sera déposé dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi.

Article 158
Le Gouvernement présentera au Parlement avant le 31 décembre 1998 un rapport sur la situation matérielle des Français de l'étranger confrontés à l'exclusion. Ce rapport sera rendu public.

Article 159
Le Gouvernement présentera au Parlement, tous les deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de cette loi, en s'appuyant en particulier sur les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Les personnes en situation de précarité et les acteurs de terrain seront particulièrement associés à cette évaluation.
La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 29 juillet 1998.

Loi no 98-657.
-Rapport de M. Bernard Seillier, au nom de la commission des affaires sociales, no 544 (1997-1998) ;
Discussion et adoption le 8 juillet 1998.
Assemblée nationale :
Projet de loi, modifié par le Sénat en nouvelle lecture, no 1055 ;
Rapport de MM. Jean Le Garrec, Alain Cacheux et Mme Véronique Neiertz, au nom de la commission spéciale, no 1057 ;
Discussion et adoption le 9 juillet 1998.
- Conseil constitutionnel :
Décision no 98-403 DC du 29 juillet 1998 publiée au Journal officiel de ce jour.

Annexe 2 : Loi no 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile

NOR : INTX9700112L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel no 98-399 DC en date du 5 mai 1998,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :
TITRE Ier
DISPOSITIONS MODIFIANT L'ORDONNANCE No 45-2658 DU 2 NOVEMBRE 1945 RELATIVE AUX CONDITIONS D'ENTREE ET DE SEJOUR DES ETRANGERS EN FRANCE
Article 1er
I. - Après le 1o de l'article 5 de l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945 précitée, sont insérés 9 alinéas ainsi rédigés :
« Par dérogation aux dispositions de la loi no 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public, les décisions de refus de visa d'entrée en France, prises par les autorités diplomatiques ou consulaires, ne sont pas motivées sauf dans les cas où le visa est refusé à un étranger appartenant à l'une des catégories suivantes et sous réserve de considérations tenant à la sûreté de l'Etat :
« - membres de la famille de ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui ne sont pas ressortissants de l'un de ces Etats, appartenant à des catégories définies par décret en Conseil d'Etat ;
« - conjoints, enfants de moins de vingt et un ans ou à charge, et ascendants de ressortissants français ;
« - enfants mineurs ayant fait l'objet, à l'étranger, d'une décision d'adoption plénière au profit de personnes titulaires d'un agrément pour adoption délivré par les autorités françaises ;
« - bénéficiaires d'une autorisation de regroupement familial ;
« - travailleurs autorisés à exercer une activité professionnelle salariée en France ;
« - personnes faisant l'objet d'un signalement aux fins de non-admission au Système d'Information Schengen ;
« - personnes mentionnées aux 4o, 6o, 7o, 8o, 9o et 10o de l'article 15 ;
« - étudiants venant en France pour y suivre des études supérieures, dans un établissement public ou privé reconnu par l'Etat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »
II. - Après le quatrième alinéa du même article , il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les étrangers titulaires d'un titre de séjour ou du document de circulation délivré aux mineurs en application du troisième alinéa de l'article 9 sont admis sur le territoire au seul vu de la présentation de ce titre et d'un document de voyage. »
Article 2
L'article 5-3 de la même ordonnance est abrogé.
Article 3
Après l'article 9 de la même ordonnance, il est inséré un article 9-1 ainsi rédigé :
« Art. 9-1. - Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen exerçant en France une activité économique salariée ou indépendante, ainsi que les membres de leur famille, qui souhaitent établir en France leur résidence habituelle reçoivent, sous réserve de menace à l'ordre public, une carte de séjour.
« La validité de la carte de séjour est de dix ans pour la première délivrance ; à compter du premier renouvellement et sous réserve de réciprocité, elle est permanente.
« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article . »
Article 5
L'article 12 bis de la même ordonnance est ainsi rédigé :
« Art. 12 bis. - Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit :
« 1o A l'étranger mineur, ou dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire, dont l'un des parents au moins est titulaire de la carte de séjour temporaire, ainsi qu'à l'étranger entré régulièrement sur le territoire français dont le conjoint est titulaire de cette carte, s'ils ont été autorisés à séjourner en France au titre du regroupement familial ;
« 2o A l'étranger mineur, ou dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire, qui justifie par tout moyen avoir sa résidence habituelle en France depuis qu'il a atteint au plus l'âge de dix ans ;
« 3o A l'étranger, ne vivant pas en état de polygamie, qui justifie par tout moyen résider en France habituellement depuis plus de dix ans ou plus de quinze ans si, au cours de cette période, il a séjourné en qualité d'étudiant ;
« 4o A l'étranger, ne vivant pas en état de polygamie, marié avec un ressortissant de nationalité française, à condition

que son entrée sur le territoire français ait été régulière, que le conjoint ait conservé la nationalité française et, lorsque le mariage a été célébré à l'étranger, qu'il ait été transcrit préalablement sur les registres de l'état civil français ;
« 5o A l'étranger, ne vivant pas en état de polygamie, marié à un ressortissant étranger titulaire d'une carte de séjour temporaire portant la mention "scientifique" à condition que son entrée sur le territoire français ait été régulière ;
« 6o A l'étranger, ne vivant pas en état de polygamie, qui est père ou mère d'un enfant français mineur résidant en France à la condition qu'il exerce même partiellement l'autorité parentale à l'égard de cet enfant ou qu'il subvienne effectivement à ses besoins. Lorsque la qualité de père ou de mère d'un enfant français résulte d'une reconnaissance de l'enfant postérieure à la naissance, la carte de séjour temporaire n'est délivrée à l'étranger que s'il subvient à ses besoins depuis sa naissance ou depuis au moins un an ;
« 7o A l'étranger, ne vivant pas en état de polygamie, qui n'entre pas dans les catégories précédentes ou dans celles qui ouvrent droit au regroupement familial dont les liens personnels et familiaux en France sont tels que le refus d'autoriser son séjour porterait à son droit au respect de sa vie privée et familiale une atteinte disproportionnée au regard des motifs du refus ;
« 8o A l'étranger né en France, qui justifie par tout moyen y avoir résidé pendant au moins huit ans de façon continue, et suivi, après l'âge de dix ans, une scolarité d'au moins cinq ans dans un établissement scolaire français, à la condition qu'il fasse sa demande entre l'âge de seize et vingt et un ans ;
« 9o A l'étranger titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 % ;
« 10o A l'étranger qui a obtenu le statut d'apatride en application de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile, ainsi qu'à son conjoint et à ses enfants mineurs ou dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire, lorsque le mariage est antérieur à la date de cette obtention ou, à défaut, lorsqu'il a été célébré depuis au moins un an sous réserve d'une communauté de vie effective entre les époux ;
« 11o 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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.
« La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle.
« Le renouvellement de la carte de séjour délivrée au titre du 4o ci-dessus est subordonné au fait que la communauté de vie n'ait pas cessé. »

Article 6

Après l'article 12 bis de la même ordonnance, il est inséré un article 12 ter ainsi rédigé :
« Art. 12 ter. - Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire prévue à l'article 12 bis est délivrée de plein droit à l'étranger qui a obtenu l'asile territorial en application de l'article 13 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée ainsi qu'à son conjoint et à ses enfants mineurs ou dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire lorsque le mariage est antérieur à la date de cette obtention ou, à défaut, lorsqu'il a été célébré depuis au moins un an, sous réserve d'une communauté de vie effective entre époux.
« La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle. »

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AU DROIT D'ASILE

Article 27

Le titre de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 portant création d'un Office français de protection des réfugiés et apatrides est ainsi rédigé :
« Loi relative au droit d'asile »

Article 28

Il est inséré, dans la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée, un titre Ier intitulé : « L'Office français de protection des réfugiés et apatrides et la Commission des recours des réfugiés », comportant les articles 1er à 9 de ladite loi.

Article 29

Le deuxième alinéa de l'article 2 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
« La qualité de réfugié est reconnue par l'office à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ainsi qu'à toute personne sur laquelle le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés exerce son mandat aux termes des articles 6 et 7 de son statut tel qu'adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 14 décembre 1950 ou qui répond aux définitions de l'article 1er de la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés.
« Toutes les personnes visées à l'alinéa précédent sont régies par les dispositions applicables aux réfugiés en vertu de la convention de Genève du 28 juillet 1951 précitée. »

Article 30

I. - Au cinquième alinéa de l'article 2 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée, les mots : « de l'article 31 bis ou de l'article 32 de l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France » sont remplacés par les mots : « des articles 10 et 11 de la présente loi ».
II. - Au même alinéa du même article , les mots : « de l'article 31 bis de la même ordonnance » sont remplacés par les mots : « de l'article 10 de la présente loi ».

Article 31

L'article 2 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des autres voies d'admission à l'asile territorial, le directeur de l'office ou le président de la commission des recours saisit le ministre de l'intérieur du cas de toute personne à laquelle la qualité de réfugié n'a pas été reconnue mais dont ils estiment qu'elle relève de l'asile territorial. »

Article 32

I. - Au dernier alinéa de l'article 5 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée, les mots : « de l'article 31 bis de l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France » sont remplacés par les mots : « de l'article 10 de la présente loi ».

II. - A l'article 8 de la même loi, les mots : « à l'Algérie et » sont supprimés.

III. - A l'article 9 de la même loi, les mots : « de la présente loi » sont remplacés par les mots : « du présent titre ».

IV. - Les articles 10 et 11 de la même loi sont abrogés.

Article 33

Il est créé, dans la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée, un titre II intitulé : « Des demandeurs d'asile », comportant les articles 10 et suivants de ladite loi.

Article 34

I. - Les articles 31 bis à 32 bis de l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945 précitée deviennent les articles 10, 11 et 12 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée.

II. - Le deuxième alinéa de l'article 10 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée est complété par les mots : « de l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France ».

« III. - Aux premier et troisième alinéas de l'article 11 et au deuxième alinéa de l'article 12 de la même loi, les mots : « l'article 31 bis » sont remplacés par les mots : « l'article 10 ».

« IV. - Au deuxième alinéa de l'article 12 de la même loi, après les mots : « les articles 19, 22, 23 et 26 » ainsi qu'après les mots : « 10o de l'article 15 », sont ajoutés les mots : « de l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945 précitée ».

Article 35

Le 2o de l'article 10 de la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée est ainsi rédigé :

« 2o Le demandeur d'asile a la nationalité d'un pays pour lequel ont été mises en oeuvre les dispositions de l'article 1er C 5 de la convention de Genève du 28 juillet 1951 précitée ; ».

Article 36

Il est ajouté, dans la loi no 52-893 du 25 juillet 1952 précitée, un article 13 ainsi rédigé :

« Art. 13. - Dans les conditions compatibles avec les intérêts du pays, l'asile territorial peut être accordé par le ministre de l'intérieur après consultation du ministre des affaires étrangères à un étranger si celui-ci établit que sa vie ou sa liberté est menacée dans son pays ou qu'il y est exposé à des traitements contraires à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

« Les décisions du ministre n'ont pas à être motivées.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 11 mai 1998.

Bibliographie

1. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Accueil et soins des personnes démunies dans les établissements de santé, Paris, 23 octobre 2002. Actes du colloque. Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002. 95p.
2. de la Blanchardière Adéle. Etude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. La revue de médecine Interne, 2004. vol.25 (4), p.264-270.
3. CHU de Nantes, Permanence d'accès aux soins de santé: dispositif du CHU de Nantes : Projet. 1999: Nantes. 30p.
4. Trinh-Duc, Albert. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) La revue de médecine Interne, 2005 vol 26, p.13-19.
5. Permanence d'accès aux soins de santé: rapport d'activité Année 2000, 2000, CHU de Nantes: Nantes, 45p.
6. Permanence d'accès aux soins de santé: rapport d'activité Année 2001, 2001, CHU de Nantes: Nantes, 50p.
7. Permanence d'accès aux soins de santé: rapport d'activité Année 2002. 2002, CHU de Nantes: Nantes, 41p.
8. Permanence d'accès aux soins de santé: rapport d'activité Année 2003. 2003, CHU de Nantes: Nantes, 27p.
9. Boché, Céline. Prise en charge médicosociale à la consultation Jean Guillon (PASS du CHU de Nantes); Analyse de 159 patients réorientés auprès d'un médecin traitant sur une période de 2 ans. 130p. Th. Et. : Médecine Générale : Nantes : 2005.
10. Farge, Dominique. Un enjeu important pour la médecine interne: la médecine de premier recours. La revue de médecine Interne, Avril 2004, vol.25 (4), p. 261-263.
11. Bacha, Delphine. Repérage par les patients précarisés d'une consultation médico-sociale hospitalière. Etude propsective chez 208 patients à la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes. 125p. Th. Et. : Médecine Générale : Nantes : 2004.

12. Rouillier, Bénédicte. La Tuberculose à la Consultation Jean Guillon du CHU de Nantes (Permanence d'accès aux soins de santé) expérience et mise en place d'un dépistage. 112p. Th. Et. : Médecine Générale : Nantes : 2002 .
13. Boudeau-Charruau, Bérangère. L'hépatite C à la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes: du dépistage à la prise en charge de patients en situation de précarité. 140p. Th.Et. : Médecine Générale : Nantes : 2005.
14. David M., Dubreuil S., Clénet D-H., Etude statistique d'observance. 31p. Mémoire : CHU de Nantes: 2003.
15. Launay, Katy. Hypovitaminose C et précarité: étude prospective à la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes. 96p. Th. Et. : Médecine Générale : Nantes : 2005.
16. Fillaudeau, Séverine. Etat de santé des populations immigrées à Nantes. A propos d'une enquête à la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes. 137p. Th. Et. : Médecine Générale : Nantes : 2002
17. Inspection Générale des affaires sociales. Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions. 2003, Inspection Générale des affaires sociales : 159p.
18. Ministère de l’emploi et de la solidarité. A l'épreuve de la précarité: une certaine idée de l'hôpital. La documentation Française, 1997 : 30p.
19. Observatoire national de la pauvreté et de l’exclusion sociale. Rapport 2003-2004 de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. La Documentation Française, 2004 : 158p.

NOM : PENARD PRENOM : Sébastien

Titre de Thèse :

La consultation médico-sociale Jean Guillon du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes : Bilan en 2004 après 5 ans d'activité.

RESUME

Une étude rétrospective des données démographiques, administratives, sociales, infirmières et médicales concernant l'année 2004 a été effectuée. Il a été également réalisé une étude rétrospective concernant ces données pour les années 2000 à 2003. Les différentes données ont été ensuite comparées afin de déterminer l'évolution de l'activité de la consultation médico-sociale du CHU de Nantes. L'activité de la consultation a évolué depuis sa création du fait de l'évolution des caractéristiques des patients pris en charge. Les patients de nationalité étrangère représentent aujourd'hui la majorité des patients suivis au sein de la consultation Jean Guillon. Les pathologies prises en charge sont celle de la précarité et de la vie dans la rue. Le bon fonctionnement d'une telle structure passe par un travail pluridisciplinaire et fait intervenir un réseau d'interlocuteur tant interne qu'externe au CHU de Nantes. La consultation médico-sociale Jean Guillon est la composante principale du dispositif PASS du CHU de Nantes et une composante essentielle dans l'offre de soins pour les patients en situation de précarité sur Nantes et sa région.

MOTS-CLES

Consultation médico-sociale, Précarité, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), Bilan d'activité, Travail en réseau.