

UNIVERSITE DE FRANCHE-COMTE

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon

COMMENT VAIS-JE ME SOIGNER ?

Un bilan partagé à la PASS

Mémoire de Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique

Isabelle Schlienger

Septembre 2011

*A ceux qui œuvrent pour l'accès aux soins des plus démunis :
parlementaires, associations, administratifs et soignants*

A l'équipe de la PASS des HCL

Aux patients qui y passent...

Table des matières.

Table des sigles et abréviations	6
CHAPITRE 1 : Formulation de la problématique	7
I. Ce que j'attends a priori de cette formation	7
II. Les compétences que j'ai déjà :	7
III. Mes projets	7
IV. Ma question.....	7
CHAPITRE 2 : Synthèse bibliographique.....	8
I. Accès aux soins et précarité.....	8
II. Éducation thérapeutique et précarité.....	11
III. Éducation thérapeutique et accès aux soins	13
IV. Précarité, accès aux soins et éducation thérapeutique	15
V. Éducation thérapeutique en médecine générale	17
VI. Le bilan partagé en éducation thérapeutique	19
VII. Conclusion	21
CHAPITRE 4 : Élaboration de projet.....	22
I. Naissance d'une idée et finalité	22
II. Les causes du problème	23
A.Par les professionnels des PASS	23
B.Par les patients	25
III. Bilan de l'existant : les ressources.....	26
A.Les projets antérieurs	26
B.Les ressources en personnes	27
C.Les ressources documentaires	28
D.Les ressources en formation	30
IV. La consultation d'orientation personnalisée.....	30
V. Coordination des intervenants.....	32
VI. Stratégie d'action.....	33
VII. Critères d'évaluation.....	33

A.Fidélité : est-ce que la consultation d'orientation se déroule comme prévu ?	33
B.Couverture : la population bénéficie-t-elle de l'intervention ?	34
C.Qualité : l'activité correspond-elle aux critères de qualité?	34
D.Coût	35
E.Efficacité : les objectifs ont-ils été atteints?	35
I. Échéancier	36
II. Extension imaginable : des séances collectives	36
A.Droits et santé : avec l'assistante sociale	36
B.Diététique : avec une diététicienne	37
C.Éducation pour la santé: avec l'infirmière	37
III. Conclusion	37
Liste bibliographique	39
Liste des annexes	44
Annexe 1 : ACCOMPAGNEMENT DIETETIQUE	45
Respecter un triple équilibre grâce au goût.....	45
L'équilibre énergétique (combien manger)	45
L'équilibre nutritionnel personnel (que manger)	46
L'équilibre émotionnel (comment manger)	47
Pourquoi déguster est parfois si difficile	47
Annexe 2 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTS.....	49
Annexe 3 : PASS CARTE PREVENTION.....	50
Annexe 4 : JOURNEE REGIONALE DES PASS	51
Annexe 5 : FICHE D'AIDE A L'ORIENTATION	53
RESUME	54

Table des sigles et abréviations

AME	Aide médicale d'État
ARESPA	Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui
ASDES	Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé
ARèS 92	Réseau ville hôpital
ARS	Agence Régionale de Santé
ATD Quart-Monde	Organisation non gouvernementale de lutte contre la misère
CDHS	Centre départemental d'hygiène sociale
CIDAG	Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit
CIDIST	Centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles
CMUC	Couverture médicale Universelle et Complémentaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance maladie
COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie,
DIALOGS	Réseau ville hôpital Diabète en région Lyonnaise
DU	Diplôme universitaire
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FEMASAC	Fédération des Maisons de Santé Comtoises
HAS	Haute Autorité de Santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
HEH	Hôpital Édouard Herriot
INPES	Institut National d'Éducation et de Prévention pour la Santé
MDM	Médecins du Monde
NHS	National Health Service
NMR	Nouveaux modes de rémunération
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

CHAPITRE 1 : Formulation de la problématique

I. Ce que j'attends a priori de cette formation

Je souhaite approfondir ma démarche en éducation thérapeutique, afin de mieux l'intégrer dans les soins.

II. Les compétences que j'ai déjà :

Formations en ETP, en relation d'aide et accompagnement, dans différents cadres et milieux

Gestion d'un projet d'ETP pour les personnes infectées par le VIH, depuis 2002

III. Mes projets

Je souhaite expérimenter l'ETP dans un nouveau milieu, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) auprès de patients migrants primo-arrivants. Après avoir obtenu leur attestation de CMUC (Couverture médicale universelle et complémentaire) ou d'AME (aide médicale d'état), les patients relèvent du système de droit commun. Or ils ne connaissent ni le fonctionnement du système de santé français, ni les ressources locales.

- Je voudrais proposer des consultations individuelles d'orientation, sous forme d'un bilan partagé d'éducation thérapeutique, qui prennent en compte les droits ouverts, les besoins médicaux du patient et ses capacités.
- Je pense que l'on pourrait compléter par des séances collectives afin de présenter aux patients migrants le système de soins français et les droits à l'assurance maladie.
- On pourrait envisager également des séances d'éducation à la santé adaptées aux migrants, qui les initie au langage des soignants. Il sera important de respecter leurs connaissances et leurs représentations culturelles, souvent très différentes de celles acquises au cours d'une scolarité en France.

IV. Ma question

Pourquoi et comment mettre en place un bilan partagé en éducation thérapeutique à la PASS ?

CHAPITRE 2 : Synthèse bibliographique

La question « pourquoi et comment mettre en place un bilan partagé en éducation thérapeutique à la PASS ? » met en présence

- une problématique, l'accès aux soins,
- une population de patients en situation de précarité, le plus souvent migrants,
- et une méthode, l'éducation thérapeutique.

Je vais donc étudier les interactions entre ces différents éléments, en commençant par l'accès aux soins dans les populations de migrants précaires. Nous verrons ensuite ce qui a pu se faire en matière d'éducation thérapeutique chez les patients précaires ou migrants. Nous illustrerons par quelques exemples où interviennent les trois éléments cités. Nous terminerons en regardant comment l'éducation thérapeutique est utilisée en médecine générale, et quelle place le bilan partagé y trouve.

I. Accès aux soins et précarité

Il existe dans tous les pays des inégalités sociales de santé. Elles entraînent une différence de mortalité de plusieurs années selon un gradient social¹. En France un ouvrier a une espérance de vie de sept ans inférieure à celle d'un cadre. Les personnes à la rue sont encore plus touchées par une mortalité précoce. Les facteurs déterminants sont les structures politiques et économiques, les facteurs intermédiaires tels que le logement et l'alimentation, les facteurs psychosociaux tels que le sentiment de capacité et de maîtrise de sa destinée, et l'accès aux soins.

Pour pouvoir réduire les inégalités de santé il est nécessaire de les reconnaître, d'en comprendre la construction, de les mesurer et de mettre en place des actions simples.²

¹ **MOQUET M.** Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples *Santé de l'homme* 2008, 397 pp 1-3

² **HEBERT C., DE KONINCK M., VALENTIN I.** Réduction des inégalités de santé et francophonie / une meilleure compréhension en faveur d'une action concrète en santé publique *Santé Publique* 2008, volume 20, n°5, pp 401-403

Les exclusions de la santé résultent d'un processus de construction.³ L'exclusion s'oppose à l'intégration, et est donc une atteinte au lien social, sous forme d'abandon, de ségrégation, d'assistance, de marginalisation, d'élimination ou de discrimination. L'accès aux soins des populations précarisées est caractérisé par un recours au médecin généraliste et aux urgences plutôt qu'aux médecins spécialistes. Les modes de recours font appel à des circuits éprouvés par l'expérience antérieure, à des dispositifs de bas seuil, à une priorité des soins immédiats avec report de soins dentaires ou ophtalmologiques, et à une automédication. Ceci laisse peu de place à la prévention et au suivi. Les représentations des professionnels et des patients eux-mêmes influent sur le processus d'exclusion de la santé. Les facteurs de stress, les émotions telles que la colère, le désespoir, la déception ou le sentiment d'abandon interviennent. S'y ajoutent les facteurs culturels et les problèmes financiers. Les solutions sont à chercher du côté du travail en réseau, de la compréhension et l'accessibilité du système de soin pour les patients, de la prévention des conduites à risque, des actions de soutien pour restaurer les capacités des personnes, et des actions de prévention rudimentaire. Les démarches d'éducation pour la santé sont difficiles dans ces populations et nécessitent un haut degré de conception, de stratégie et d'organisation.

L'accès aux soins comporte l'accès aux droits et l'absence de discrimination. La législation européenne et le code de déontologie médicale insistent sur le principe de non-discrimination. La notion de discrimination est toujours fondée sur un critère, sur un domaine dans lequel intervient la différence et sur la justification de la différence de traitement en adéquation avec le but poursuivi⁴. Refuser l'accès aux soins sur un critère ethnique ou de nationalité à des personnes qui ont des droits est donc une discrimination illégitime.

Quels sont les effets de la précarité sur les soins ? Les migrants se présentent spontanément aux urgences, même en présence de droits ouverts et en l'absence de

³ **DOUMONT D., AUJOLAT I., DECCACHE A.** *L'exclusion de la santé : Comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ?*. Dossier technique 00-10 de l'Université Catholique de Louvain, décembre 2000 <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos10.PDF> 05/03/2011

⁴ **CARDE E.** Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires. La loi et l'illégitime *Santé Publique* 2009, volume 21, n°3, pp 331-337

discrimination. Heargrave ⁵ présente une étude sur le recours aux services d'urgence londoniens par les migrants internationaux. Quatre groupes sont distingués: les ressortissants des Iles Britanniques, de l'Union Européenne, du Commonwealth et les réfugiés. La plupart des patients sont en situation professionnelle ou étudiants et leurs droits sont ouverts. Les réfugiés sont minoritaires : 1,3 %. On note que ceux-ci ont plus souvent une inscription chez un médecin généraliste et un contact antérieur avec le système de santé que les autres migrants, malgré la barrière de la langue. Les auteurs s'interrogent sur la manière de mieux procurer des soins de premier recours aux étrangers, pour alléger la charge des services d'urgence.

Wolff ⁶ rapporte la prise en charge de femmes enceintes sans-papiers à Genève. Elles souffrent de manque de support affectif et social, de travail non déclaré, de violence et de séparation du père de l'enfant. Il observe une majoration des grossesses non désirée par rapport à la population témoin, en l'absence de contraception. Les femmes en situation illégale ont moins souvent bénéficié d'un frottis cervical, d'un examen des seins et la prise en charge de la grossesse est plus tardive. Dans ce contexte, la prise en charge est limitée à l'urgence sans ouverture de droits possible, sans orientation extérieure, et sans possibilité de prévention ou d'éducation.

Ménoret-Calles ⁷ propose de privilégier au maximum le circuit de droit commun afin d'éviter la création d'une médecine parallèle, de décréter l'accès égal pour tous à des soins de qualité, de promouvoir une approche globale (sanitaire, sociale et psychologique), d'organiser des réponses de proximité. Elle propose d'impliquer la médecine de ville, véritable maillon dans la prise en charge des personnes démunies. En particulier les personnes fragilisées mais non désocialisées pourraient se rendre dans un cabinet de médecin généraliste. Le recours serait moins coûteux que l'hôpital.

⁵ **HEARGRAVES S, FRIEDLAND J., GOTHARD P., et al.** Impact on and use of health services by international migrants : questionnaire survey in city London A and E attenders *BMC Health Service Research* 2006 vol. 6 n°153 pp 1-7

⁶ **WOLFF H., EPINEY M., LOURENCO A., et al.** Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention *BMC Public Health* 2008, vol. 8 : 93 pp 1-10

⁷ **MENORET-CALLES B.** *L'accès aux soins des populations démunies* PARIS, L'Harmattan 1997, 176 pp

Depuis la loi contre l'exclusion de 1998⁸, les PASS sont des cellules hospitalières pluridisciplinaires, sociales et médicales pour l'accès aux soins des personnes démunies. C'est le travail de la PASS que de permettre aux patients l'accès au droit à l'assurance maladie, dans le cadre réglementaire de la CMUC et de l'AME. Elles pratiquent une médecine sobre, et polyvalente. A l'opposé de l'assistance, elles accompagnent de façon transitoire et spécifique vers des soins de droit commun. La (ré)intégration vers le système de droit commun est un objectif prioritaire des PASS. Pour cela les PASS travaillent en réseau. Elles assurent aussi un rôle de prévention et de formation des professionnels.

II. Éducation thérapeutique et précarité

Je débiterai par la réflexion éthique d'Olivier Abel⁹ sur la vulnérable responsabilité. Une tendance plutôt anglo-saxonne insiste sur la responsabilité individuelle, l'autonomie, le contrat, et risque d'aboutir à la fragmentation sociale. Une autre, plutôt latine, insiste sur la vulnérabilité et développe une philosophie de l'institution tutélaire, qui agit à la place de la personne incapable. Il serait ruineux, dans la situation d'éducation de personnes démunies, que le soignant endosse la face agissante et le patient le rôle de victime. La vie est plutôt un entrelacement dans la durée, entre ce que nous subissons et ce que nous agissons, constituant la trame de la vie conçue comme structure narrative. Le récit replace le présent dans la continuité d'un passé et d'un avenir possible. La sollicitude du soignant pour la singularité irremplaçable et fragile du patient s'exerce pour un temps dans un cadre protecteur. L'acte thérapeutique a une dimension éducative qui consiste à apprendre à interpréter. La prévention consiste à doter le sujet d'une gamme assez large de capacités pour retrouver une maîtrise de ses propres choix.

Nous allons voir plusieurs exemples de travail d'éducation pour la santé auprès de patients précaires.

Plusieurs travaux portent sur l'alimentation. A Lille ¹⁰ des familles africaines ont lutté

⁸ RIVOLLIER E., DE GOER B. Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels *Gestions hospitalières*, février 2009, pp 76-79

⁹ ABEL O. Vulnérable responsabilité *Bulletin d'éducation du patient* 2000 vol 19 HS pp 50-52

¹⁰ MEWA TCHOFFO H. L'alimentation des familles africaines vivant à Lille *Santé et petit budget* 2010 n° 48 pp 2-4

contre le sur poids des enfants. Elles ont pris conscience de leur désarroi par rapport aux produits français, au manque de temps, aux faibles ressources, au grignotage et à la faible consommation de légumes. L'alimentation est liée au sentiment d'appartenance du pays d'origine, mais aussi à l'intégration dans le pays d'accueil. C'est un lieu de transmission, et de conflits avec les enfants. La nourriture est en Afrique liée à l'abondance, à la survie, à la convivialité. Des outils ¹¹ existent pour aider les éducateurs dans leurs interventions, autour des achats, de la préparation et de la consommation des aliments. Mais l'action éducative ne peut s'affranchir des conditions économiques minimales nécessaires pour manger équilibré¹².

Les réflexions de différents responsables d'actions auprès des personnes précaires vont dans le sens du partenariat, sous des modalités diverses.

- Olivier Bouchaud¹³ mesure l'importance des représentations culturelles. Il propose l'intervention des médiateurs santé pour la barrière de la langue et des consultations multidisciplinaires en cas d'obstacle à la communication.
- Hendrick¹⁴ (ATD Quart-monde) rapporte le désir des personnes d'être soignées humainement, de vouloir se sentir utiles, de pouvoir choisir leur médecin. Dans les milieux de grande pauvreté l'éducateur est souvent perçu comme un danger. Il révèle les carences et par là, humilie. Les critères de respect, de partenariat et de réalisme constituent un guide pour l'éducateur.
- Des cadres africains¹⁵ expriment les mêmes besoins en communication avec les patients que leurs homologues européens :
- Lamoureux¹⁶ évoque le modèle participatif et l'amélioration des capacités dans les actions de santé. Pour lui, ces questions ont une acuité plus grande auprès de personnes en situation de vulnérabilité.

Au total, les expériences d'éducation thérapeutique auprès de personnes vulnérables

¹¹ BARTHELEMY L., BINSFELD C., MOISSETTE A. Alimentation atout prix. Classeur de formation et d'intervention PIPSA 2009 <http://www.pipsa.be/outils/detail-617421331/alimentation-atout-prix.html> 05/03/2011

¹² DARMON N. Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi *La santé de l'homme* 2009 n° 402 pp 13-15 <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/402/02.htm> 05/03/2011

¹³ BOUCHAUD O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants *La santé de l'homme* 2007 N°392 pp 25-27 <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/392/03.htm> 05/03/2011

¹⁴ HENDRICK P. Éducation pour la santé : la relation éducative avec les personnes qui vivent dans la grande pauvreté *Bulletin d'éducation du patient* décembre 1998 vol 17, n°4, pp126-129

¹⁵ DE COSTER B., ANDRIEN M. Comment des cadres africains de la Santé Publique voient les besoins en formation dans le domaine de la communication interpersonnelle *Bulletin d'éducation du patient* 1998 vol 17 n°2

¹⁶ LAMOUREUX P. L'approche participative dans un projet de santé *La santé de l'homme* 2006 n° 382 p 12, <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/382/01.htm> 05/03/2011

sont nombreuses et développées. Elles sont riches de la créativité obligatoire dans les situations atypiques. Les critères éthiques sont exacerbés, mais identiques aux populations plus ordinaires.

III. Éducation thérapeutique et accès aux soins

Selon les textes officiels de l'HAS,¹⁷ « l'éducation thérapeutique implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant ... les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. » L'éducation thérapeutique s'occupe donc d'accès aux soins et de prévention.

L'OMS¹⁸ et l'INPES¹⁹ organisme d'éducation à la santé, se sont donnés pour mission de promouvoir la santé pour réduire les inégalités. Plusieurs pays européens²⁰ se sont dotés de programmes stratégiques à cette fin. Il y a un consensus politique sur le caractère intolérable de l'existence de telles inégalités dans nos pays développés. Aux Pays-Bas les interventions locales ou ciblées sont privilégiées. Les objectifs néerlandais comportent l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé pour les personnes issues des groupes socio-économiquement les moins favorisés. En Angleterre les objectifs portent sur les zones les moins bien desservies, où les indicateurs sont les moins favorables et le taux de mortalité le plus élevé. La Belgique²¹ recense diverses actions en faveur de l'accessibilité aux soins favorisent au maximum la participation des différents groupes cibles. Les programmes mettent l'accent sur une approche horizontale, ayant pour conséquence non pas de développer des services particuliers à l'attention des personnes pauvres au risque de les marginaliser plus encore, mais bien de sensibiliser et encourager les médecins

¹⁷ HAS Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques juin 2007 p 10, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf 112 p le 05/03/2011

¹⁸ OMS Commission des déterminants sociaux de santé Résumé analytique du rapport final 2008 http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf le 05/03/2011 40 p

¹⁹ INPES Réduire les inégalités sociales en santé 2008 386 p, http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

²⁰ DOUMONT D., FEULIEN C. En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé? Fondements, concepts et programmes stratégiques 20 p <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier61.pdf> le 05/03/2011

²¹ DOUMONT D., FEULIEN C. En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé? Stratégies locales d'intervention 18 p <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier62.pdf> le 05/03/2011

traitants et les centres de santé à améliorer l'accès des systèmes de soins pour les groupes les plus vulnérables. Ainsi le pays de Charleroi a mis sur pied un lieu d'accueil spécifique pour les personnes précaires, visant dans un premier temps à les soigner et dans un second temps à les réinsérer dans le circuit de soins classique.

Les soignants jouent un rôle éducatif déjà durant la période d'obtention des droits. L'information qu'ils délivrent sur les droits et les procédures détermine le succès des démarches. Une telle information occupe en moyenne dix minutes. L'intérêt des démarches doit être clairement compris par le patient, notamment en matière de prévention et continuité des soins. Pour le COMEDE, le rôle du médecin est décisif. Parce que c'est à lui que le patient s'adresse et fait confiance, le temps de soin représente une occasion unique d'informer sur les droits en matière de santé. Nécessaire à la continuité des soins, cette information est un acte médical. Trop souvent l'ignorance ou le désintérêt des soignants pour la chose sociale accrédite l'idée que ces patients relèvent d'un dispositif spécifique²².

Ces programmes et ces actions locales rencontrent les difficultés à articuler le niveau individuel, communautaire et national. Ces difficultés sont décrites dans un contexte différent, de cancérologie canadien ²³. Les stratégies mises en évidence pour les contourner sont de deux ordres : la régulation où les soignants prennent en charge les démarches pour franchir les obstacles à l'accès aux soins, et de substitution où c'est le patient qui mobilise son réseau informel pour les contourner.

Les valeurs qui règlent la participation volontariste et responsable d'un citoyen au système de santé ²⁴ s'organisent autour de deux axes. L'axe du rêve comporte la qualité des soins donnés à chaque individu, et l'équité d'accès sans aucune forme de discrimination. L'axe de la réalité s'organise entre la pertinence, qui consiste à accepter de mettre des priorités dans nos actions, et le rapport coût efficacité, car les ressources sont toujours limitées. Les arbitrages font l'objet d'un partenariat entre soignants, économistes, sociologues et hommes politiques.

²² DELBECCHI G., JOLET C., FLEURY A., VEISSE A. Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Ile-de-France La Presse Médicale 1999 vol 28 pp1075-9

²³ SAINT-PIERRE M., SEVIGNY A. Approche individuelle et collective de la continuité des soins *Santé Publique* 2009, volume 21, n°3, pp 241-251

²⁴ BOELEN C. Le citoyen et les défis du système de santé *Bulletin d'éducation du patient* vol 19 HS 2000

IV. Précarité, accès aux soins et éducation thérapeutique

Le consensus sur un projet de soin entre une personne précaire, souvent étrangère, et un soignant européen ne va pas de soi.

En effet, le système de soins paraît opaque aux personnes précaires, surtout migrantes²⁵. La communication avec les professionnels de santé est rendue difficile par la confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie. Ceci était ignoré dans les pratiques jusqu'à ce que l'épidémie de VIH batte en brèche les tabous liés à la prise en compte de l'étranger dans les politiques de santé publique. En l'espèce, la vulnérabilité des migrants et l'intérêt de la santé publique peuvent justifier la mise en place de mesures préférentielles.

La différence de représentations s'étend aux attentes des patients, et à leur confiance en la médecine générale²⁶. Une étude britannique a interrogé des demandeurs d'asile sur leurs expériences antérieures des systèmes de soins, dans leur pays et depuis leur arrivée. Les interviewés, quoique bénéficiant d'une inscription médicale et dentaire, n'étaient pas certains du fonctionnement du système du NHS. L'étonnement des demandeurs d'asile provenait du système de rendez-vous, de l'accès aux spécialistes en seconde ligne, des listes d'attente, et ils avaient des attentes irréalistes envers les techniques de pointe. Leur expérience des soins dans leur pays d'origine les avait habitués à un accès immédiat aux spécialistes sur le seul critère financier, générant des malentendus. La confiance envers le médecin était fondée sur les compétences techniques, relationnelles, l'accès aux soins, une communication ouverte et la confidentialité. Durant les consultations, la confiance était favorisée par un examen clinique, le fait de revoir le même médecin, et le sentiment d'être respecté. Elle était affectée par l'usage de l'outil informatique. Beaucoup de demandeurs d'asile, surtout venus de la Fédération de Russie, ne comprenaient pas un style de consultation centré sur le patient.

Les médecins généralistes belges se sont interrogés sur la relation soignant-soigné en milieu défavorisé et sur les obstacles à la prévention dans ce milieu²⁷.

²⁵ STANOJEVICH E. Repères sur la santé des migrants *La santé de l'homme* 2007 n°392 pp 21-24

²⁶ O'DONELL C, HIGGINS M., CHAUHAN R., MULLEN K. Asylum seeker's expectations of and trust in general practice : a qualitative study *British Journal of General Practice* 2008 vol 58 (557):1-11

²⁷ HERREMANS P., DECCACHE A. dir Prévention, médecine générale et milieux défavorisés État des lieux et perspectives www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/preventionmedgen.pdf

Pour répondre à cette difficulté, on trouve plusieurs exemples d'actions de prise en charge globale comportant les trois dimensions d'une population précaire ou migrante, de prévention ou d'éducation à la santé et un volet concernant l'accès aux soins.

Le réseau ASDES²⁸ (accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé) relie depuis avril 2001 des acteurs de ville, des hôpitaux, et des réseaux thématiques sous l'égide des organismes de tutelle. Avec une vision clinique de la santé publique, une centaine de médecins, des dentistes, pharmaciens, diététiciennes, psychologues et assistantes sociales participent au projet. La PASS est intégrée au dispositif. La prise en charge vise²⁹ au repérage des vulnérabilités médicales et sociales, pour déboucher sur des propositions individualisées de dépistage et de prise en charge des facteurs de risque. Les thèmes ciblés sont les facteurs de risque cardiovasculaire, le dépistage des cancers, le tabagisme, l'alcool, les toxicomanies et la polymédication, les dépistages des IST, hépatites, VIH et tuberculose, les affections respiratoires chroniques, la souffrance psychique, le défaut d'ouverture des droits sociaux et l'accès aux soins. Les enjeux éthiques soulignent la nécessité d'une information claire sur les objectifs, et le droit du patient à refuser tout ou partie de la prise en charge globale. Une consultation initiale de trente minutes permet de proposer de manière structurée un plan de prise en charge personnalisé. Ce réseau s'est fait connaître auprès de personnels de santé du territoire et lors d'actions communautaires auprès de la population³⁰.

D'autres réseaux comme ARES 92³¹ ont proposé des « parcours santé » de dépistage organisés pour une population vulnérable et ont montré une forte participation des usagers.

Le centre de santé de Quimper³² a proposé une consultation d'écoute, de prévention et d'accès aux soins aux personnes en situation de précarité et en souffrance

²⁸ <http://www.asdes.fr/> 05/03/2011

²⁹ MOUTEL G., HERVE C. Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients *La Presse Médicale* 21 avril 2001/30/ n°15 pp 740-744

³⁰ PLU S., GIGNON M., EMERY S., PURSELL-FRANCOIS I., MOUTEL G., HERVE C. Modalités et enjeux de la communication externe des réseaux de santé : l'expérience d'un réseau d'accès aux soins *Santé Publique* 2009, volume 21, n°2, pp 173 -181

³¹ ARES 92, Réseau ville-hôpital, Colombes Intérêt d'un "parcours santé" proposé aux résidents d'un foyer Sonacotra *BEH* 2004 n°43 pp 205-206

³² JOBEIR H., PETONG, BRIGAND A. Soutien psychologique chez des personnes en fragilité sociale dans le cadre d'un examen périodique de santé *Santé Publique* 2009, vol 21, n°6, pp 619-630

psychologue. Un volet de soutien et d'accompagnement psychosocial est assuré par la coordinatrice santé. Elle est relayée par un psychologue clinicien pour les patients dont la souffrance psychique impacte durement les démarches d'autonomie et de réinsertion.

Le réseau santé précarité de Chambéry, coordonné par la PASS du Centre Hospitalier, a participé à l'élaboration de formations³³ mettant en relation des professionnels de la santé et des personnes en grandes difficultés sociales. La méthode et les outils utilisés ont été développés par ATD Quart-monde. Ces formations croisées ou co-formations montrent que l'action éducative peut aussi s'exercer dans une rencontre³⁴ où se confrontent les représentations des professionnels, des universitaires et des gens du voyage sur la santé.

V. Éducation thérapeutique en médecine générale

La PASS est une consultation de médecine générale, qui assure des soins de premier recours. A l'obtention de l'ouverture des droits, les patients sont orientés vers le circuit de droit commun, en particulier vers un médecin généraliste. Le bilan partagé d'éducation thérapeutique peut-il servir de passerelle entre les deux secteurs ?

Des missions de santé publique sont confiées aux médecins généralistes. Placé au centre du système par la réforme sur le médecin traitant, le médecin généraliste a un atout majeur, celui de pouvoir assurer le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des individus et de l'état de santé de la population au sein de laquelle il travaille. Ses capacités d'écoute, de dialogue et de communication, la proximité géographique, la connaissance du patient dans son environnement, le suivi dans la durée, l'accessibilité financière et temporelle, la stabilité dans l'espace et le temps lui confèrent une position unique³⁵. Les missions du médecin généraliste comportent l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur

³³ **DE GOER B., FERRAND C., HAINZELIN P.** Croisements des savoirs: une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions *Santé Publique* 2008 vol 20, n°2, pp 163-175

³⁴ **GALES B.** Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation "santé et gens du voyage". A propose d'une étude qualitative Thèse de médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2010 72 p

³⁵ **BOURDILLON F., MOSNIER A., GODARD J.** Des missions de santé publique pour les médecins généralistes *Santé Publique* 2008, vol 20 n°5, pp 489-500

médico-social.³⁶

Les instances de réflexion et de décision expriment clairement la place de l'éducation thérapeutique en médecine générale :

- La médecine générale favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace³⁷
- Le médecin généraliste contribue à l'offre de soins ambulatoire en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé³⁸
- Le Haut Conseil de Santé Publique recommande que l'éducation thérapeutique soit intégrée aux soins de premier recours à large échelle³⁹.

L'éducation thérapeutique du patient s'adresse en priorité aux patients atteints de maladies chroniques. Cependant, dans le cadre de la médecine générale, une approche populationnelle est aussi possible. Des expérimentations ont été menées en ce sens.⁴⁰ Les résultats montrent la faisabilité de cette approche pour les femmes enceintes, les adolescents et les personnes âgées. Les programmes ont comporté trois à quatre consultations de 30 minutes par personne incluse. Elles ont permis le renforcement des compétences psychosociales des patients, et une amélioration de l'accompagnement par les professionnels. Ils font état de la difficulté à passer d'une approche biomédicale à une approche globale. Les médecins se montraient d'autant plus directifs qu'ils percevaient des enjeux de santé physique.⁴¹

³⁶ **Code de la santé publique** 2004 L4130-1

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890163&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110309&fastPos=1&fastReqId=264986685&oldAction=rechCodeArticle>
le 05/032011

³⁷ **WONCA Europe** The European definition of general practice/family medicine

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf> 32 p le 05/03/2011

³⁸ **JOURNAL OFFICIEL** du 27 mars 2010 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³⁹ **HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE** L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours rapport novembre 2009 http://www.utep-besancon.fr/UTEP_fichup/250.pdf

⁴⁰ **KARRER M., BUTTET P., VINCENT I., FERRON C.** Comment pratiquer l'éducation pour le santé en médecine générale ou en pharmacie? Modalités de mise en oeuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé Publique* 2004 vol 16, n°3, pp471-485

⁴¹ **KARRER M., BUTTET P., VINCENT I.,** Comment pratiquer l'éducation pour le santé en médecine générale ou en pharmacie? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé Publique* 2008 vol 20 n°1 pp69-80

La mise en place de l'éducation thérapeutique en médecine générale est possible⁴². Pour l'HAS cependant, l'exercice ambulatoire isolé n'est pas adapté à la réalisation de programmes structurés¹⁷. Les programmes d'éducation thérapeutique sont souvent initiés par des réseaux, dans lesquels l'implication des médecins libéraux est souvent difficile à obtenir et à maintenir.⁴³

Dans la littérature⁴⁴ les obstacles rapportés par les médecins concernent le manque de temps, de formation, de rémunération adaptée. Les médecins les plus investis sont ceux qui ont un intérêt pour la formation continue, qui recherchent et varient leurs sources d'information, qui ont une démarche préventive pour eux-mêmes, qui ont un rapport souple au temps. Ce sont plus souvent des femmes. Les facteurs favorisant sont la perception d'une dynamique pluri-professionnelle, la capacité à percevoir le bon moment, à renoncer à s'approprier l'efficacité, à vouloir préserver du plaisir chez son patient.

Drahi⁴⁵ promeut une pratique intégrée aux soins. Il propose un rendez-vous dédié à la réalisation d'un diagnostic éducatif sans examen clinique. Cette consultation de 40 minutes se conclut par un objectif éducatif. Les rendez-vous suivants comportent une partie biomédicale et un temps éducatif (diagnostic, action, évaluation). Malgré un intérêt croissant, les exemples⁴⁶ de pratique d'éducation thérapeutique par les médecins généralistes sont rares.

VI. Le bilan partagé en éducation thérapeutique

Que le médecin généraliste prenne place au moins dans la réalisation du diagnostic

⁴² **D'IVERNIS J., GAGAYRE R.** Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique Paris, Maloine 2008 142 p

¹⁷ **HAS** Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques juin 2007 p 10, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf 112 p le 05/03/2011

⁴³ **MIDY F., DEKUSSCHE C.** L'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire, *Actualité et dossier en santé publique* 2009 n°66 pp 43-45

⁴⁴ **DOUMONT D., AUJOLAT I., DECCACHE A.** *Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale?* Dossier technique 08-51 de l'Université Catholique de Louvain, décembre 2000 28 p, <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos51.PDF> le 05/03/2011

⁴⁵ **DRAHI E.** Une pratique d'éducation thérapeutique du patient intégrée aux soins. Haut conseil de la santé publique. Commission des maladies chroniques, Groupe de travail éducation thérapeutique. Audition du 18 février 2008 5p

⁴⁶ **VAUTHIER CRELIER M.** Education thérapeutique en médecine générale une gageure? Mémoire de Diplôme Universitaire d'éducation du patient Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon 2009 40 p

éducatif est souhaitable et peut-être plus aisé ⁴⁷ « Ainsi dans le cadre de la définition d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé, c'est au médecin traitant que devrait incomber la coresponsabilité avec le patient de l'élaboration, au minimum de l'étape de diagnostic éducatif, selon la terminologie retenue par la HAS. » Dans un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire le diagnostic éducatif peut être assuré par le médecin généraliste ou par les éducateurs, selon les souhaits et la capacité des acteurs.⁴⁸

Le diagnostic éducatif peut être nommé « bilan partagé », afin de souligner la relation partenariale. L'accent est mis délibérément sur les éléments positifs qui permettront aux patients de prendre soin d'eux-mêmes. Les questions ouvertes sont centrées sur les participants et non les contenus à enseigner. Le récit est un instrument puissant qui permet de retrouver une cohérence en soi et en ce qui arrive. Le soignant ne se place pas en position d'expert, mais dit son savoir dans un lien, qui constitue un « bricolage relationnel » imparfait et provisoire, laissant place à la créativité et à l'improvisation⁴⁹.

Le diagnostic éducatif permet d'appréhender les différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentiels, de prendre en compte ses demandes, ses attentes, ses croyances, ses représentations. Tous ces éléments trouvent leur place naturellement dans le dossier médical. Le diagnostic éducatif n'est jamais figé et peut être réajusté au cours des consultations successives.

Le diagnostic d'éducation doit permettre de répondre à 5 questions concernant le patient³⁹

1. Qu'est-ce qu'il a ? C'est l'aspect biomédical : évaluer la gravité de la maladie, son évolutivité. Faire le point sur le traitement prescrit. Identifier d'autres problèmes de santé.
2. Qu'est-ce qu'il fait ? C'est l'aspect socioprofessionnel : que fait-il ? Quelles sont ses conditions de vie ? Quel est son environnement ? Préciser les capacités du

⁴⁷ SAOUT C. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, Rapport présenté au ministre de la Santé septembre 2008 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf le 05/03/2011

⁴⁸ Communication au DU d'éducation thérapeutique de Besançon, samedi 12 février 2011

⁴⁹ SANDRIN-BERTHON B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé? *Médecine et maladies métaboliques* 2010 vol 4 n°1 pp 38-43

³⁹ D'IVERNOIS J., GAGAYRE R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique Paris, Maloine 2008 142 p

patient à résoudre seul ses problèmes.

3. Qu'est-ce qu'il sait ? C'est l'aspect cognitif : que sait-il de sa maladie ? Comment se la représente-t-il ? Quelles sont les conséquences pour lui et ses proches ? Que croit-il ?

4. Qui est-t-il ? C'est l'aspect psycho-affectif : qui est-il ? Comment vit-il sa maladie ?

5. Quel est son projet ? Le projet va constituer la source de motivation du patient. Il peut être négocié, sans perdre de vue qu'il doit être valorisant pour le patient, facile à mettre en œuvre et réalisable à court terme.

A ce stade l'entretien motivationnel peut être utilisé pour aider à définir le projet du patient⁵⁰.

Ce bilan éducatif partagé est la première étape d'une démarche structurée⁵¹. Il sert à faire connaissance. A l'issue de cet entretien le soignant rédige avec le patient ou son entourage une synthèse en trois points : les difficultés, les ressources, les priorités. Les priorités ne sont pas définies par les soignants, mais convenues ensemble.

VII. Conclusion

Les populations précaires sont celles qui peuvent tirer le maximum de bénéfice de l'éducation pour la santé et de la prévention. Ce sont elles aussi qui ont le plus de difficultés d'accès aux soins. Une éducation thérapeutique de population est justifiée sur ce thème. Après obtention des droits à l'assurance maladie, une consultation d'orientation prépare le passage dans le circuit de droit commun. Il est opportun faire avec le patient un projet de soin pour préciser sa demande, ses besoins et ses capacités. Le bilan partagé d'éducation, porté par lui, peut constituer le lien entre la PASS et le médecin généraliste. Celui-ci mettra en œuvre à son tour des actions de prévention médicalisée classiques.

⁵⁰ LANDRY M. Programme d'éducation du patient en milieu de soins primaires Mémoire de Diplôme Universitaire d'éducation du patient Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon 2008 33 p

⁵¹ ZIMMERMANN C. L'éducation thérapeutique des personnes diabétiques au CHU de Besançon : exemple d'une démarche structurée *Actualité et dossier en santé publique* 2009 n°66 pp 12-13

CHAPITRE 4 : Élaboration de projet

I. Naissance d'une idée et finalité

Les Permanences d'Accès aux Soins ont été créées par la loi contre l'exclusion du 31 juillet 1998 pour accueillir, soigner, orienter⁵². Les HCL ont ouvert en février 2000 deux PASS. L'une à l'hôpital Édouard Herriot (HEH), avec une assistante sociale en lien avec les urgences. L'autre à l'Hôtel Dieu, consultation couplée médicosociale, avec quatre médecins généralistes et une assistante sociale. En octobre 2010, en raison de la fermeture de l'Hôtel Dieu, les deux PASS ont été réunies à HEH.

En juillet 2010 l'ARS Rhône-Alpes propose un nouveau modèle de financement des PASS. Les HCL présentent un projet qui comporte la poursuite du soin de premier recours et un travail de liaison précarité sur l'ensemble des établissements des HCL. Ce projet, financé par l'ARS, prévoit une augmentation du temps d'assistante sociale, du temps médical, du temps d'accueil et administratif, et un mi-temps d'infirmière. Les moyens arrivent lentement à destination : le renforcement du temps d'assistante social est prévu pour le 1er juin et le temps médical et infirmier pour la fin de l'année 2011.

En septembre 2010, préparant le déménagement vers HEH, je me suis demandée comment intégrer le temps infirmier au mieux dans le nouveau fonctionnement. Le schéma d'organisation retenu avant la décision de l'ARS confiait les prélèvements sanguins et les pansements au centre de prélèvement et au service médical d'accueil voisins. Il m'a donc semblé judicieux que ce temps infirmier, somme toute assez court, soit destiné à l'orientation des patients. Deux étapes apparaissent d'emblée:

- l'orientation aux soins immédiats, c'est à dire l'organisation des rendez-vous avec les patients en fonction de la prescription médicale. C'est une activité habituelle des infirmiers.
- l'orientation dans le système de droit commun, après obtention de l'assurance

⁵² LOI no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions <http://www.legifrance.gouv.fr> 12/07/2011

maladie, CMUC ou AME. C'est une activité plus rare, que l'on peut voir chez les infirmier(e)s de réseau ville-hôpital. On peut la qualifier de consultation d'orientation, qui nécessite une réflexion et une méthodologie qui font l'objet de ce projet .

II. Les causes du problème

L'orientation dans le système de droit commun, rendue possible par l'obtention des droits à l'assurance maladie, se heurte à des réticences qui freinent l'accès effectif aux soins. Ces réticences proviennent tant des professionnels de la santé en ville et à l'hôpital que des patients. Pour les recenser, j'ai lancé une enquête exploratoire auprès des professionnels des PASS et auprès de quelques patients. Les réponses avancées étaient :

A. Par les professionnels des PASS

J'ai rédigé un questionnaire court (cf. annexe 2) que j'ai envoyé par mail, par courrier ou remis aux professionnels de la PASS de Lyon et des PASS de Rhône-Alpes. J'ai reçu dix réponses. *J'ai souligné les facteurs sur lesquels nous pouvons agir.*

1. Ce qui freine

- Le manque de temps,
- la prise en charge de ces patients dans le cadre d'urgence
- *la méconnaissance du système, le manque de compréhension des dispositifs*
- la barrière de la langue et le langage médical
- *le manque de coordination entre les acteurs*
- des logiques institutionnelles différentes
- l'évolution des institutions vers une logique économique
- la taille de l'agglomération lyonnaise, l'inconnu des lieux et des professionnels
- *l'absence de liens personnels avec les médecins libéraux*
- la difficulté d'avoir un réseau pérenne
- le nombre de professionnels en secteur 2 avec dépassements d'honoraires
- la nécessité de disposer de la carte vitale plastique pour le tiers payant et la télé transmission

- le délai d'ouverture des droits (long)
- la rigidification des procédures d'accès aux droits
- *les représentations des uns et des autres*
- la complexité des problématiques
- le nombre limité de places d'urgence sociale
- une pathologie chronique nécessitant un traitement continu
- l'absence de domicile
- *la difficulté de rompre une des premières relations tissées en France, avec la facilité offerte par la PASS.*
- *Devoir retisser un nouveau lien de confiance, avoir les ressources psychiques nécessaires pour chercher un médecin traitant,*

2. Ce qui aide

- le délai d'ouverture des droits (rapide)
- *l'information précise des patients, prendre le temps d'expliquer concrètement*
- ne pas être dans l'urgence à chaque recours
- avoir un référent
- *travailler en équipe pluridisciplinaire*
- le réseau de partenaires associatifs, institutionnels, réseau avec la médecine de ville
- *faire le lien avec les professionnels*
- *accompagner, expliquer*
- l'acceptation de publics en difficulté
- *la formation des professionnels à la précarité et à l'exclusion*
- les sécurités minimales : logement, nourriture, vêtements, entourage,
- une pathologie chronique car nécessité d'un médecin traitant
- l'insertion dans un quartier
- l'usage de la langue française
- un bon niveau culturel
- *l'annonce dès le début du caractère transitoire de la prise en charge à la PASS*
- les inconvénients de la PASS (éloignement, horaires limités, attente)

3. Ce qui est le plus important

- Une ouverture de droits plus rapide
- *l'accueil, la dignité et le respect des personnes*

- *pouvoir faire une liaison, accompagner les personnes*
- la connaissance des dispositifs d'accès aux soins par les médecins hospitaliers
- mais aussi par les médecins de ville
- *préparer l'orientation au niveau des professionnels*
- la connaissance des dispositifs de support associatifs par les professionnels
- le sens du départ comme signe d'une autonomie, d'une liberté retrouvée
- la lisibilité du système pour les personnes précaires
- *donner du temps à la personne et aller à son rythme*

B. Par les patients

Le questionnaire a été soumis par une étudiante en stage de master 1 droit et médiation 1 en mars 2011 lors de trois entretiens directs. Les réponses sont moins nombreuses et moins détaillées

1. Que souhaitez-vous pour votre santé ?

- Avoir un médecin spécialiste
- me sentir mieux
- faire un bilan de santé
- rencontrer un médecin traitant proche de mon domicile

2. Comment allez-vous faire?

- Téléphoner, mais je ne sais pas encore comment
- aller rencontrer un médecin dans un centre ou à l'hôpital
- je ne sais pas

3. Qu'est ce qui va vous aider?

- l'entourage familial
- quelqu'un va m'accompagner
- aide de la part des enfants
- avoir des numéros de médecins

4. Qu'est-ce qui est difficile?

- La peur de l'inconnu
- ne pas savoir comment cela va se passer
- les déplacements

- le choix du médecin
- savoir s'il acceptera l'AME
- la difficulté de la communication (barrière de la langue)

5. Qu'est -ce qui est le plus important pour la suite de vos soins?

- Trouver un spécialiste du diabète
- améliorer l'état général de santé
- trouver un médecin qui parle ma langue

III. Bilan de l'existant : les ressources

A. Les projets antérieurs

L'insertion dans le circuit de droit commun est dans l'objectif de la PASS depuis sa création. Elle figure dans les rapports d'activité antérieurs de la PASS . Le patient, une fois ses droits obtenus , est invité à venir à la PASS pour une consultation d'orientation. Un outil de prévention (cf. Annexe 3) a été créé en 2001 pour faciliter le bilan de santé, recenser les actions faites et celles en attente. Ce document remis au patient est un support à la prise de contact avec un médecin traitant. Cependant, la consultation d'orientation est peu réalisée, du fait de la surcharge du service. Ce manque laisse aux médecins un sentiment d'inachevé dans leur travail, de ne pas avoir été jusqu'au bout du parcours avec le patient jusqu'à passer la main.

Une étude ponctuelle en 2006 dans notre service laissait penser que le retour vers le droit commun était freiné par :

- Les pathologies chroniques lourdes
- les problèmes de langue
- les troubles psychiatriques
- l'isolement
- l'absence de logement stable

Dans sa thèse «De la PASS au système de santé de droit commun», soutenue en

2008 , Sophie PAILHES⁵³ propose une analyse pour « expliquer les difficultés à quitter les services de PASS et à entrer dans le système de santé de droit commun », et cherche à identifier « certains éléments permettant de comprendre cet état de fait ».

- pour les facteurs liés aux patients: « l'influence de la pathologie (psychiatrique, sévère ou qu'ils ne comprennent pas) », ou « l'absence de maîtrise de la langue française, et la méconnaissance des missions de la PASS, de leurs droits et du fonctionnement du système de santé de droit commun », « l'instabilité de leur domicile, l'insuffisance de réseau familial ou social, et la précarité de leur statut administratif »;
- pour les facteurs liés à la PASS : « l'accueil, l'écoute, la communication [...] la souplesse et le temps pris à la PASS, ainsi que l'existence d'une prise en charge sociale » ;
- enfin, pour les facteurs liés au système de santé de droit commun : « la complexité de l'organisation spatio-temporelle, les difficultés administratives [...] ; les refus et les discriminations [...] la mauvaise coordination entre les différents acteurs et l'absence de réseau formalisé autour de la précarité ».
- pour les facteurs liés aux professionnels de la PASS : « la peur de nuire, la méconnaissance du système de santé d'aval et l'absence de retours » ;

Le déménagement de la PASS en 2010, le projet des HCL et la demande de l'ARS ont ravivé le besoin d'améliorer ce volet de la prise en charge (projet médical cf. annexe 4) .

B. Les ressources en personnes

qui conditionnent la réalisation de la consultation d'orientation sont un mi-temps d'infirmière alloué par l'ARS et confirmé dans un courrier de la direction générale des HCL en mai 2011. Son arrivée est prévue en décembre 2011.

⁵³ PAILHES S. De la PASS au système de santé de droit commun. Thèse de doctorat Lyon 2008 226 p

C. Les ressources documentaires

sont abondantes. Un annuaire du réseau de soins a été constitué sous forme papier puis sous la forme d'un dossier commun informatique analogue. Ce fichier a été mis à jour et classé en 2010 par Aurélie LEVINE⁵⁴ stagiaire de master 2 en médiation. Il recense les partenaires, surtout institutionnels, avec leurs conditions, leurs coordonnées. Ces informations sont proposées aux patients sur un critère géographique le plus souvent.

Aurélie Levine a également initié la consultation d'orientation auprès d'une trentaine de patients dans le cadre de son stage à la PASS. La commande était d'optimiser et d'approfondir ce travail d'orientation auprès des patients qui rassemblaient les critères permettant de sortir de la PASS. N'étant pas soignante, il lui a fallu comprendre le parcours du patient du point de vue du droit et du point de vue pratique. Ceci a constitué une mise à plat explicite du parcours et des critères qui le régissent.

Elle a adopté progressivement une procédure en cinq phases :

- explication des droits et devoirs des assurés sociaux à l'aide d'un résumé de synthèse.
- présentation du livret de santé bilingue de l'INPES
- questionnaire d'une vingtaine de questions qui a pour but de mieux cerner le profil des patients, ses relations avec la PASS et des précisions sur ses besoins en termes d'orientation
- recherche de professionnels de santé relevant du droit commun
- remise de documents : fiche d'orientation, plan, formulaire médecin traitant

Le projet actuel reprend clairement les connaissances acquises par ce travail d'observation et d'intervention.

Cette réflexion bénéficie également du travail collectif réalisé à l'occasion de la journée régionale des PASS de Rhône-Alpes du 10 mai 2011⁵⁵ (cf annexe 5) La MRIE (Mission régionale d'information sur l'exclusion) a brossé un état des lieux. Des ateliers ont permis des échanges de pratique multi-professionnels. La réflexion

⁵⁴ LEVINE A. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu à Lyon: une PASSerelle vers l'accès aux soins dans les structures de droit commun pour les personnes en situation d'exclusion, Master de droit mention médiation 2ème année Université Lyon 2, 2011, 86 p

⁵⁵ <http://www.appassra.org/journees-appassra/> 12/07/2011

éthique et philosophique a porté sur la tension entre discrimination positive et droit commun.

Une thèse de médecine générale a été consacrée en 2011 à l'évaluation du retour au droit commun à la PASS de Chambéry. Comme limite à l'orientation dans le système de droit commun, Thomas Collin⁵⁶ rappelle que les activités de soins et d'accompagnement réalisées à la PASS sont avant tout des activités déléguées par le système de santé en général, délégation qui s'apparente parfois à une forme de relégation. L'orientation vers le droit commun, si elle peut répondre à une demande et une démarche de normalisation, reste marquée par les obstacles prolongés à «la reconnaissance des droits», par des formes persistantes de stigmatisation et d'accompagnement mêlées, et par les inégalités structurelles du système de droit commun. Or dans ce lieu de soins des liens sociaux se créent et des formes de négociation peuvent se développer grâce à une approche globale, pluridisciplinaire et de coopération Cette approche globale doit tendre à favoriser un accueil personnalisé, intégrant des dimensions psychologiques, culturelles et de représentations, sociales et administratives qui peuvent définir un individu. La coopération est un travail en équipe. Celle-ci doit s'étendre selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) «au-delà des coopérations entre médecins et infirmiers, à l'ensemble des professions de santé, aux autres professions intervenant dans le domaine sanitaire (travailleurs sociaux notamment), jusqu'aux patients, acteurs de leur propre prise en charge» Cela nécessite des moyens professionnels, une disponibilité et surtout un décloisonnement des compétences et des légitimités de chaque professionnel, dans le respect des principes éthiques et réglementaires. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en particulier sont définies par l'HAS « comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé», selon une double logique: «de substitution et de diversification des activités»⁵⁷.

⁵⁶ COLLIN T. Le parcours de soins des consultants de la PASS de Chambéry - Évaluation du retour au droit commun Thèse de médecine, Grenoble, 2011 176 p

⁵⁷ Haute Autorité de Santé, Observatoire nationale de la démographie des professionnels de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers.. Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Saint-Denis: HAS, 2008; 61p.

D. Les ressources en formation

comportent un DU d'éducation thérapeutique effectué par l'auteure de ces lignes. Une formation en ETP de l'infirmière est envisagée pour l'aider à structurer son travail.

Ainsi ce projet s'inscrit dans la suite d'une réflexion progressive et pluridisciplinaire.

IV. La consultation d'orientation personnalisée

Description de l'activité principale.

Le patient, une fois ses droits obtenus, sera invité comme précédemment à venir à la PASS pour une consultation d'orientation. La proposition sera faite par le médecin comme auparavant. Des affiches pourront également être mises en salle d'attente. Le médecin pourra assurer lui même la consultation ou la déléguer à l'infirmière. Le médecin rédigera comme à l'habitude le courrier médical à destination de son confrère avec les éléments du dossier. Il pourra compléter avec le document de prévention mentionné au § III A. Il présentera l'infirmière au patient, si celui-ci ne la connaît pas encore.

L'infirmière recevra le patient à la suite du médecin et la consultation d'orientation prendra alors la forme d'un bilan partagé d'éducation thérapeutique. Sa durée est estimée à quarante minutes, auxquelles il faut ajouter vingt minutes d'écriture du plan d'action personnalisé et du compte-rendu.

Au cours de cet entretien, les points suivants seront abordés :

- Expliquer l'intention et la démarche proposée. Il s'agit d'un entretien ouvert, à l'écoute du patient dans ce qu'il a de complexe et de singulier.
- Écouter les préoccupations et les attentes du patient.
- Inviter le patient décrire son lieu de vie, son entourage.
- Interroger le patient sur ses préférences au niveau géographique, envers le suivi chez un médecin de ville, dans un centre de santé, ou à l'hôpital en cas de consultation spécialisée.
- S'enquérir des capacités linguistiques et scolaires du patient, de sa capacité

d'orientation et de mobilité dans la ville, de l'aide possible de l'entourage pour la prise de rendez-vous et le déplacement.

- S'intéresser à l'expérience du patient du système de santé dans son pays et depuis son arrivée en France.
- Discuter avec le patient des besoins médicaux indiqués par le médecin et des souhaits du patient à ce sujet.
- Envisager la prise en charge de la maladie chronique si nécessaire
- Thèmes de prévention adaptés au patient.
- Évaluer avec le patient sa situation, ses ressources propres, et les difficultés à surmonter.
- Il peut être utile d'aborder un thème selon la méthode d'entretien motivationnel⁵⁸ EXPLORER-INFORMER - EXPLORER, afin de favoriser la prise en compte de la réalité du patient et de ses spécificités.
- Convenir avec lui de priorités. Le choix des objectifs sera fait en commun, en veillant à ce que ces objectifs soient précis, atteignables, réalistes et mesurables.
- Préciser un plan d'action personnalisé pour permettre l'accès effectif et pratique aux soins convenus. En fonction des capacités du patient, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social sera plus ou moins poussée.
- L'entretien fera l'objet d'un compte-rendu écrit, versé au dossier et remis au patient. Ce document est un support possible à la prise de contact avec un médecin traitant, en complément du courrier médical.

Les outils déjà disponibles et utilisables durant cette consultation d'orientation sont :

- Tableau « L'AME ou la CMU entraînent des droits et des devoirs » .
- Fiche d'aide à l'orientation (Annexe 6) .
- Document de prévention (Annexe 3).

La phase de mise en place sera réalisé par tutorat en binôme médecin infirmière.

⁵⁸ **ROLLNICK S., MILLER W. R., BUTLER C.** , Pratique de l'entretien motivationnel Communiquer avec le patient en consultation , Paris Inter-Editions Dunod 2009 247 p

V. Coordination des intervenants

Nous avons vu que cette action repose sur une collaboration étroite médecin infirmière. Le principe de la consultation d'orientation a été évoqué en réunion de service. Mais du fait de l'absence actuelle de l'infirmière, l'équipe ne se sent pas encore concernée.

Les médecins sont au nombre de quatre. Un d'entre eux quittera la PASS fin juin 2011 et sera remplacé par un nouveau médecin à partir d'octobre. Un médecin de l'équipe fonctionne le plus souvent à sa guise. La cohérence de l'équipe repose sur les deux médecins qui assurent le plus de temps de consultation à la PASS. Ce projet recueille leur assentiment à toutes les deux .

Les médecins ont un rôle de déclenchement important : lorsque les droits sont ouverts, lorsque la pathologie est stabilisée, lorsque l'environnement permet un minimum de sécurité (logement, nourriture, langue), ils discutent avec le patient de la suite de sa prise en charge. Ils rédigent le courrier médical. Ils font parfois le point sur les actions de prévention. Ils ont pour rôle d'initier l'orientation. Ils pourront donc passer le relais à l'infirmière qui poursuivra la démarche avec le patient.

Le passage de relais sera aidé si l'infirmière a déjà fait connaissance avec le patient en prenant des rendez-vous pour lui au cours de son suivi à la PASS. Dans le cas contraire, le médecin la présentera. Le relais sera également facilité par le dossier du patient et le document de prévention s'il est utilisé .

Ce projet a déjà été discuté avec le cadre de santé en charge de la future infirmière. Le profil de poste a été rédigé en conséquence.

Le projet sera présenté et discuté en réunion de service avec l'assistante sociale, l'agent d'accueil et les médecins. Il sera présenté également au comité de pilotage de la PASS en présence de la direction.

Les modalités pratiques n'ont pas été discutées : à la suite immédiate de la consultation médicale ou en différé ? sans- rendez vous ou avec rendez-vous ? Ces modalités doivent faire l'objet d'un choix en équipe.

VI. Stratégie d'action

Tableau récapitulatif

Moyens	Personnel	Mi-temps infirmier
	Locaux	Bureau avec téléphone et poste informatique
	Formation	DU éducation thérapeutique (un médecin) Formation ETP envisagée pour l'infirmière
Outils	Existants	Dossier patient DMC Fiche information AME et CMU Fiche d'aide à l'orientation Document prévention
	A créer	Selon besoins
Financement	ARS 2010	Confirmation HCL 2011
Pilotage	Médecin+cadre	+ travail en équipe lors des réunions
Communication		COPIL + direction

VII. Critères d'évaluation

J'ai choisi d'expérimenter la démarche d'évaluation proposée par Brigitte Sandrin-Berthon dans l'enseignement du DU le 11 mars 2011

A. Fidélité : est-ce que la consultation d'orientation se déroule comme prévu ?

1. Mobilisation des ressources

L'infirmier à mi-temps aura pour tâches l'orientation des patients aux soins immédiats, la consultation d'orientation vers le droit commun et un travail de liaison précarité auprès des professionnels. Le *nombre de consultations d'orientation vers le droit commun* sera relevé. On observera la *sollicitation de l'infirmier par les médecins*

pour les consultations d'orientation, ainsi que le *nombre de patients qui demandent directement cette orientation* à l'infirmier ou à l'agent d'accueil.

2. Déroulement des activités

Les consultations se déroulent-elles comme prévu au § IV ? En particulier, le patient peut-il s'exprimer ? Le temps est-il suffisant pour aborder l'ensemble de la problématique du patient ? L'infirmier, après la phase de mise en route, est-il à l'aise dans cette activité, la plupart du temps ?

B. Couverture : la population bénéficie-t-elle de l'intervention ?

Un millier de patients fréquentent chaque année la PASS, sur deux cents journées travaillées. Réaliser cette consultation pour tous les patients représenterait cinq patients par jour. En sus du travail d'orientation aux soins immédiats, et du travail de liaison précarité, c'est impossible sur un mi-temps. On visera la première année un patient par jour, soit deux cent patients par an. On observera *le nombre de patients* qui aura bénéficié de ces consultations et le type de patient touchés, sur des *critères d'âge, de sexe, d'origine géographique, de pathologie chronique*. Pour décrire l'activité, on procèdera par échantillon consécutif.

C. Qualité : l'activité correspond-elle aux critères de qualité?

1. Démarche personnalisée

Les patients prennent-ils vraiment une part active dans le choix des priorités et des objectifs? On peut noter chaque fois que les *priorités retenues diffèrent* de celles du médecin ou de l'infirmier. On peut noter également les *solutions inédites* trouvées en commun, qui pourront enrichir les offres recensées dans la documentation de la PASS.

2. Présence de traces écrites

- Le compte-rendu de consultation est prévu de manière systématique dans le dossier et remis au patient. Sur un *échantillon* on pourra examiner les *thèmes abordés* et les *comparer aux thèmes prévus* en IV. On vérifiera ainsi l'approche globale de la personne.
- Présence dans le service de support d'information sur la consultation

d'orientation, affiches et tracts : *OUI/NON*

3. Travail d'équipe

Les médecins proposent-ils la consultation d'orientation ? *OUI/NON Combien ?*

Font-ils le lien avec l'infirmier? *OUI/NON Comment?*

L'assistante sociale et l'agent d'accueil sont-ils informés du fonctionnement de cette consultations? Sont-ils à même de répondre aux patients à ce sujet ? *OUI/NON*

Un ou plusieurs documents sont-ils remis pour le médecin traitant ou correspondant ? *OUI/NON*

Avons- nous un retour des associations du COPIL de la PASS ? *OUI/NON lequel ?*

Des professionnels de santé qui reçoivent les patients? *OUI/NON lesquels ?*

4. Formation des intervenants

L'infirmier a-t-il bénéficié de la formation envisagée? *OUI/NON*

Lui manque-t-il des compétences pour continuer? *OUI/NON lesquelles?*

5. Procédures de coordination

- A propos du programme : retour sur l'activité et discussion en réunion de service
- A propos de patients : retour vers le médecin pour les cas particuliers

D. Coût

L'activité se fera à moyens constants, dans la limite des moyens humains de la PASS, en particulier le mi-temps infirmier.

E. Efficacité : les objectifs ont-ils été atteints?

La consultation d'orientation fonctionne-t-elle? *OUI/NON (au moins cent /an) Pourquoi?*

Quelle est la satisfaction de l'équipe à son sujet? Celle de l'infirmier? Celle des médecins? Est-ce qu'ils la trouvent utile? Pour leur pratique? Pour le patient ?

I. Échéancier

Mois	
2011 décembre	Arrivée infirmière
2011 décembre	Augmentation du temps médical
Décembre à février 2012	Tutorat
Mars à juin 2012	Mise en place de la consultation d'orientation
01/10/12	Première évaluation

II. Extension imaginable : des séances collectives

Je vais me livrer à un exercice de promoteur de projet, en imaginant une extension possible sous forme de séances collectives dédiées à l'accès aux soins et à la prévention en médecine générale. Ceci est une dérivation d'une problématique rencontrée dans mon autre activité, de prise en charge de patients infectés par le VIH. En septembre, j'ai hésité entre les deux sujets. J'ai choisi la consultation d'orientation de la PASS du fait du sentiment d'urgence ressentie, et du bouleversement que représentaient le déménagement et l'arrivée (imminente !) de l'infirmière. Le désir de monter des séances collectives resurgit ici. Elles seront vraisemblablement développées pour les patients infectés par le VIH. Je transpose l'exercice en me limitant à ses grandes lignes.

A. Droits et santé : avec l'assistante sociale

Thèmes	Contacts / partenaires	Outils possibles
Droits CMU, AME	AS hépatologie Croix-Rousse	Élaboration progressive
Organisation du système de soin français	Mutualité	Remue-méninges Jeu coopératif « Sécurité sociale »

B. Diététique : avec une diététicienne

Thèmes	Contacts / partenaires	Outils possibles
alimentation et précarité	Médecin nutritionniste Service diététique	Site alimentationprécarité ⁵⁹ Guide Alimentation atout prix ⁶⁰
Diabète	Programme ETP du service d'endocrinologie hop. cardio réseau DIALOGS	À voir en partenariat
obésité	REPOPP	A voir en partenariat

C. Éducation pour la santé: avec l'infirmière

Thèmes	Contacts / partenaires	Outils possibles
Tabac	ELSA	Brochures INPES A voir en partenariat
Alcool et addictions	ELSA, CSAPPA,	A voir en partenariat
Santé sexuelle	CIDAG, CIDDIST Planning familial	A voir en partenariat
Vaccins	CDHS	Calendrier vaccinal

III. Conclusion

Je cède la parole à deux de mes lectrices :

« On voit bien où se situent les nécessités les plus criantes⁶¹.

L'éducation thérapeutique représente un profond processus de changement, que les soignants vivent soit avec passion, soit au prix de douloureuses remises en questions, mais finalement, on s'achemine vers une nouvelle culture dont la pratique

⁵⁹ <http://www.alimentationprecarite.fr/> 12/07/11

⁶⁰ Outil INPES http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/classeur_AlimentationAtoutPrix_sommaire.pdf

⁶¹ QUENTON H. Enquête à partir du réseau santé ATD quart-Monde sur les dynamiques de soin des populations pauvres Thèse de doctorat Université de Nancy 1, 2011, 151 p ,
http://www.atd-quartmonde.fr/IMG/pdf/These_Herve_Quenton.pdf 12/07/11

ne sera plus (c'est le vœu que je fais) le fait de quelques professionnels isolés. »

« Cette question de l'orientation est effectivement notre point faible, tant au plan individuel qu'au plan de la structure et ce que tu proposes permet de progresser, me semble-t-il, au delà même de la "simple" orientation vers le droit commun, en abordant des domaines que nous explorons peu, la prévention mais aussi le droit, la compréhension du système de santé... En ce sens il me semble que le fait de donner cette place au travail d'orientation contribue à une "mise en route" du patient qui, ainsi amène à réfléchir à ses désirs, à se confronter au possible et à l'impossible - nécessaire épreuve de la réalité – qui sort de la position de personne "assistée" pour devenir acteur de sa santé, sujet de sa vie ... Et c'est pour moi un aspect essentiel de la prise en charge de personnes que l'exil, la précarité ont placées dans une situation de grande vulnérabilité et de dépendance.

Il y a donc, à mon avis, dans ce projet:

- Un poste intéressant et original pour une infirmière
- Un élément de développement de notre travail en équipe pluridisciplinaire
- Une source de réflexion pour notre pratique médicale individuelle
- Un facteur de progrès individuel pour les patients
- Et un facteur de progrès pour la structure PASS elle-même »

Elles disent, mieux que je ne saurais le faire, l'intention et l'espoir de ce projet.

Liste bibliographique

JUNOD N. SOMMER J.

Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation

http://premier-recours.hug-ge.ch/library/strategies_recommandations/approches_bon_deroulement_consultation.pdf

MOQUET M.

Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples

Santé de l'homme 2008, 397 pp 1-3

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/397/02.htm> 05 /03 /2011

HEBERT C., DE KONINCK M., VALENTIN I.

Réduction des inégalités de santé et francophonie / une meilleure compréhension en faveur d'une action concrète en santé publique

Santé Publique 2008, volume 20, n°5, pp 401-403

DOUMONT D., AUJOULAT I., DECCACHE A.

L'exclusion de la santé : Comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ?

Dossier technique 00-10 de l'Université Catholique de Louvain, décembre 2000

<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos10.PDF> 05/03/2011

CARDE E.

Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires. La loi et l'illégitime

Santé Publique 2009, volume 21, n°3, pp 331-337

HARGREAVES S., FRIEDLAND J., GOTHARD P., et al.

Impact on and use of health services by international migrants : questionnaire survey of inner city London Aand E attenders

BMC Health Service Research 2006 vol 6 n°153 pp 1-7

WOLFF H., EPINEY M., LOURENCO A., et al.

Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention

BMC Public Health 2008, vol 8 : 93 pp 1-10

MENORET-CALLES B.

L'accès aux soins des populations démunies

PARIS, L'Harmattan 1997, 176 pp

RIVOLLIER E., DE GOER B.,

Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels

Gestions hospitalières, février 2009, pp 76-79

ABEL O.

Vulnérable responsabilité

Bulletin d'éducation du patient 2000 vol 19 Hors série pp 50-52

MEWA TCHOFFO H.

L'alimentation des familles africaines vivant à Lille

Santé et petit budget 2010 n° 48 pp 2-4

BARTHELEMY L., BINSFELD C., MOISSETTE A.

Alimentation atout prix. Classeur de formation et d'intervention 2009

<http://www.pipsa.be/outils/detail-617421331/alimentation-atout-prix.html> 05/03/2011

DARMON N.

Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi

La santé de l'homme 2009 n° 402 pp 13-15

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/402/02.htm> 05/03/2011

BOUCHAUD O.

Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants

La santé de l'homme 2007 N°392 pp 25-27

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/392/03.htm> 05/03/2011

HENDRICK P.

Éducation pour la santé : la relation éducative avec les personnes qui vivent dans la grande pauvreté

Bulletin d'éducation du patient décembre 1998 vol 17, n°4, pp126-129

DE COSTER B., ANDRIEN M.

Comment des cadres africains de la Santé Publique voient les besoins en formation dans le domaine de la communication interpersonnelle

Bulletin d'éducation du patient 1998 vol 17 n°2

LAMOUREUX P.

L'approche participative dans un projet de santé

La santé de l'homme 2006 n° 382 p 12

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/382/01.htm>

HAS Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques juin 2007 p 10

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf 112 p le 05/03/2011

OMS Commission des déterminants sociaux de santé Résumé analytique du rapport final 2008

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf le 05/03/2011 40 p

INPES Réduire les inégalités sociales en santé 2008 386 p

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

DOUMONT D., FEULIEN C.

En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé?

Fondements, concepts et programmes stratégiques 20 p

<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier61.pdf> le 05/03/2011

DOUMONT D., FEULIEN C.

En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé?

Stratégies locales d'intervention 18 p

<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier62.pdf> le 05/03/2011

DELBECCHI G., JOLET C., FLEURY A., VEISSE A.

Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Ile-de-France

La Presse Médicale 1999 vol 28 pp1075-9

SAINT-PIERRE M., SEVIGNY A.

Approche individuelle et collective de la continuité des soins

Santé Publique 2009, volume 21, n°3, pp 241-251

BOELEN C.

Le citoyen et les défis du système de santé

Bulletin d'éducation du patient vol 19 HS 2000

STANOJEVICH E.

Repères sur la santé des migrants

La santé de l'homme 2007 n°392 pp 21-24

O'DONELL C, HIGGINS M., CHAUHAN R., MULLEN K.
Asylum seeker's expectations of and trust in general practice : a qualitative study
British Journal of General Practice 2008 58 (557):1-11.

HERREMANS P., DECCACHE A.dir
Prévention, médecine générale et milieux défavorisés
État des lieux et perspectives
www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/preventionmedgen.pdf

MOUTEL G, HERVE C.
Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients
La Presse Médicale 21 avril 2001/30/ n°15 pp 740-744

PLU S., GIGNON M., EMERY S., PURSELL-FRANCOIS I., MOUTEL G, HERVE C.
Modalités et enjeux de la communication externe des réseaux de santé : l'expérience d'un réseau d'accès aux soins
Santé Publique 2009, volume 21, n°2, pp 173 -181

ARES 92, Réseau ville-hôpital, Colombes
Intéret d'un "parcours santé" proposé aux résidents d'un foyer Sonacotra
BEH 2004 n°43 pp 205-206

JOBEIR H.,PETONG., BRIGAND A.
Soutien psychologique chez des personnes en fragilité sociale dans le cadre d'un examen périodique de santé
Santé Publique 2009, vol 21, n°6, pp 619-630

DE GOER B.; FERRAND C., HAINZELIN P.,
Croisements des savoirs: une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions
Santé Publique 2008 vol 20, n°2, pp 163-175

GALES B.
Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation "santé et gens du voyage". A propose d'une étude qualitative
Thèse de médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2010 72 p

BOURDILLON F., MOSNIER A., GODARD J.
Des missions de santé publique pour les médecins généralistes
Santé Publique 2008, vol 20 n°5, pp 489-500

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE 2004 L4130-1
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890163&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=20110309&fastPos=1&fastReqId=264986685&oldAction=rechCodeArticle> le 05/032011

WONCA Europe
The European definition of general practice/family medicine
<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf> 32 p

JOURNAL OFFICIEL du 27 mars 2010
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<http://www.legifrance.gouv.fr> 12/07/2011

HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE
L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours
rapport novembre 2009
http://www.utep-besancon.fr/UTEP_fichup/250.pdf 12/07/2011

KARRER M., BUTTET P., VINCENT I., FERRON C.

Comment pratiquer l'éducation pour le santé en médecine générale ou en pharmacie? Modalités de mise en oeuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées.

Santé Publique 2004 vol 16, n°3, pp471-485

KARRER M., BUTTET P., VINCENT I.,

Comment pratiquer l'éducation pour le santé en médecine générale ou en pharmacie? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées.

Santé Publique 2008 vol 20 n°1 pp69-80

D'IVERNOIS J., GAGAYRE R.

Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique

Paris, Maloine 2008 142 p

HAS Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques juin 2007 p 10

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf 112 p le 05/03/2011

MIDY F., DEKUSSCHE C.

L'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire

Actualité et dossier en santé publique 2009 n°66 pp 43-45

DOUMONT D., AUJOULAT I., DECCACHE A.

Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale?

Dossier technique 08-51 de l'Université Catholique de Louvain, décembre 2000 28 p

<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos51.PDF> 12/07/2011

DRAHI E.

Une pratique d'éducation thérapeutique du patient intégrée aux soins ..

Haut conseil de la santé publique. Commission des maladies chroniques, Groupe de travail éducation thérapeutique. Audition du 18 février 2008 5p

VAUTHIER CRELIER M.

Education thérapeutique en médecine générale une gageure?

Mémoire de Diplôme Universitaire d'éducation du patient

Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon 2009 40 p

SAOUT C.

Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient

Rapport présenté au ministre de la Santé septembre 2008

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf le 05/03/2011

SANDRIN-BERTHON B.

Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé?

Médecine et maladies métaboliques 2010 vol 4 n°1 pp 38-43

D'IVERNOIS J., GAGAYRE R.

Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique

Paris, Maloine 2008 142 p

LANDRY M.

Programme d'éducation du patient en milieu de soins primaires

Mémoire de Dipôme Universitaire d'éducation du patient

Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon 2008 33p

ZIMMERMANN C.

L'éducation thérapeutique des personnes diabétiques au CHU de Besançon : exemple d'une démarche structurée

Actualité et dossier en santé publique 2009 n°66 pp 12-13

BALCOU -DEBUSSCHE M.

L'éducation des malades chroniques - Une approche ethnosociologique
Paris Archives contemporaines 2006 280p

JOURNAL OFFICIEL DU 31 juillet 1998

LOI no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions p11679
<http://www.legifrance.gouv.fr> 12/07/2011

PAILHES S.

De la PASS au système de santé de droit commun.
Thèse de médecine Lyon 2008 226 p

LEVINE A.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu à Lyon: une PASSerelle vers l'accès aux soins dans les structures de droit commun pour les personnes en situation d'exclusion
Master de droit mention médiation 2ème année Université Lyon 2, 2011, 86 p

Journée régionale des PASS de Rhône Alpes le 10 mai 2011 à Lyon

<http://www.appassra.org/journees-appassra/> 12/07/2011

COLLIN T.

Le parcours de soins des consultants de la PASS de Chambéry - Évaluation du retour au droit commun
Thèse de médecine, Grenoble, 2011 176 p

Haute Autorité de Santé, Observatoire nationale de la démographie des professionnels de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? , Saint-Denis: HAS, 2008; 61p.

QUENTON H.

Enquête à partir du réseau santé ATD quart-Monde sur les dynamiques de soin des populations pauvres Thèse de doctorat Université de Nancy 1, 2011, 151 p

http://www.atd-quartmonde.fr/IMG/pdf/These_Herve_Quenton.pdf 12/07/2011

MUCCHIELLI R.

L'entretien de face à face dans la relation d'aide
Paris ESF 2009 176p

RICHARD C., LUSSIER M. Th.

La communication professionnelle en santé
Quebec ERPI 2005 840 p

GACHE P.

Les clefs de la rencontre

http://www.utep-besancon.fr/UTEP_fichup/422.pdf 12/07/2011

ROLLNICK S., MILLER W. R., BUTLER C. C

Pratique de l'entretien motivationnel Communiquer avec le patient en consultation
Paris Inter-Editions Dunod 2009 247 p

GOLAY A., LAGGER G., GIORDAN A.

Comment motiver le patient à changer ?
Paris Maloine 2010 247p

JURE E., IGUENANE J., TOUDONOUA., AZONDEKON A., GAGNAYRE R.

Utilité du génogramme dans l'éducation thérapeutique : une étude exploratoire auprès de parents d'enfant vivant avec le VIH/sida au Bénin
Santé Publique 2010 vol 22,n°1,pp11-22

Liste des annexes

1. Accompagnement diététique transmis par Jacqueline ALBIZATI

Relatives au CHAPITRE Élaboration de projet

2. Questionnaire d'enquête auprès des professionnels et des patients
3. Fiche prévention
4. Journée régionale PASS Rhône-Alpes
5. Fiche d'aide à l'orientation

Annexe 1 : ACCOMPAGNEMENT DIETETIQUE

ACCOMPAGNEMENT DIETETIQUE DES PERSONNES EN DIFFICULTE AVEC LEUR POIDS OU/ET LEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Afin d'harmoniser nos discours et parce que le suivi diététique est plus complexe qu'on ne se l'imagine, il était important de le présenter à l'équipe d'ETP de Belfort et de Montenois.

Les régimes amaigrissants permettent une perte de poids temporaire chez environ 75% des personnes, mais une très forte majorité (75 à 95 % selon les études) reprennent le poids perdu ou plus, après 3 à 5 ans.

Perdre du poids ou éviter de grossir est possible, dès lors qu'on mange en se laissant guider par ses sensations alimentaires de faim et de rassasiement, et par ses appétences pour un aliment ou un autre.

Pour y parvenir, il convient cependant, de manger dans de bonnes conditions : avoir suffisamment de temps, ne pas être en situation de stress et surtout déguster avec attention. Des études montrent d'ailleurs que lorsqu'on ne fait pas attention à ce qu'on mange, on mange 30% de plus que si le repas est pris de façon concentrée, c'est à dire sans lecture, télévision ou travail.

Respecter un triple équilibre grâce au goût

L'équilibre énergétique (combien manger)

L'organisme est en équilibre du point de vue énergétique si la nourriture fournit autant de calories que le corps en dépense.

Si on mange plus qu'on ne dépense, on stocke l'excédent sous forme de graisse, et ce quelle que soit la nature des nutriments consommés en excès (lipides, glucides ou protéines).

La façon la plus précise d'ajuster son apport en énergie (calories) aux besoins du

corps est d'écouter les messages de son organisme : la faim nous signale la nécessité de manger, le rassasiement nous dit d'arrêter.

Ceci est vrai quel que soit l'aliment. Si on mange des aliments denses en calories (du chocolat par exemple), il faut un petit volume pour être rassasié. Si ce sont des aliments peu denses (des crudités par exemple) il faudra de grands volumes d'aliments.

En dégustant avec attention, on remarquera que le plaisir gustatif diminue de bouchées en bouchées. En s'arrêtant au bon moment, on évite à la fois l'inconfort après le repas et le risque de stocker sous forme de graisse les calories consommées en excès.

Beaucoup de personnes ne remarquent pas cette diminution du plaisir en mangeant. Elles apprécient l'idée de manger tel aliment qui leur plaît, mais ne dégustent pas l'aliment réel qu'elles mettent dans la bouche. On peut dire qu'elles mangent des idées d'aliments, plus que des aliments réels ! En mangeant de cette façon, le plaisir ne varie pas car c'est un plaisir de l'imagination et non de la réalité des sens. Dans ce cas, on mange souvent trop car les idées ne rassasient pas.

Il s'agit donc de manger en étant attentif à l'évolution du plaisir gustatif. Le fait de remarquer et nommer les sensations que procure l'aliment permet de mieux s'y concentrer.

L'équilibre nutritionnel personnel (que manger)

Des travaux scientifiques montrent que l'homme reçoit des signaux de son organisme, qui lui indiquent vers quel aliment se tourner pour couvrir ses besoins à un moment donné. On appelle appétits spécifiques ces envies d'aliments précis. Par exemple, si vous avez besoin de calcium et de protéines, vous serez davantage attiré par les fromages ou les laitages qui contiennent en effet du calcium et des protéines que par des fruits.

Le repas est perçu comme satisfaisant si et seulement si il couvre les besoins nutritionnels (et énergétiques). Même si vous mangez votre chocolat préféré, vous n'en serez pas satisfait si vous aviez envie d'un steak avec des légumes, et vice-versa.

Tant qu'on n'a pas senti cette satisfaction d'avoir couvert ses besoins nutritionnels, on a tendance à continuer à manger, et ce même si le nombre de calories

nécessaire a été atteint ou dépassé.

Il est donc important d'être attentif à ses appétences, c'est-à-dire d'être conscient de l'adéquation de l'aliment que l'on mange à ses besoins.

Pour avoir conscience de ses besoins, il est cependant nécessaire de ne pas penser du mal de l'aliment qu'on aurait envie et besoin de manger ou de ne pas s'imaginer que c'est la « dernière » fois qu'on le consomme.

L'équilibre émotionnel (comment manger)

Depuis toujours c'est surtout le PLAISIR qui incite l'homme à manger et qui est l'objectif principal du repas: le plaisir de calmer sa faim, d'apprécier les sensations agréables, goûts, arômes et textures, qui rappellent parfois des moments agréables ou réconfortants, de partager des aliments avec d'autres ...

Lors du repas, on nourrit à la fois le corps et l'esprit, les sens et les émotions. Le plaisir alimentaire intervient de façon importante dans l'équilibre émotionnel.

Si l'aliment n'est pas satisfaisant d'un point de vue gustatif, ou s'il provoque des émotions négatives (culpabilité de manger un aliment «interdit», peur de grossir,..), on a tendance à en manger davantage, ou à manger ensuite un aliment plus agréable en bouche même si on n'a plus faim.

C'est un peu comme si on devait atteindre une certaine somme de plaisir et que chaque bouchée participait plus ou moins à l'atteindre: plus il y a de plaisir par bouchée et moins il y a besoin de bouchées. Pour bien apprécier chaque bouchée à sa juste valeur, il s'agit à la fois d'être conscient du plaisir procuré par l'aliment et de s'accorder le droit de l'éprouver.

Pourquoi déguster est parfois si difficile

Respecter ces équilibres est difficile pour beaucoup de personnes pour plusieurs raisons. Tout d'abord notre éducation nous apprend souvent à passer outre nos signaux internes pour nous fier à des critères externes : manger à telle heure, éviter de manger à telle autre, manger ceci à telle heure et cela à telle autre, commencer

par ceci et finir par cela, finir son assiette, considérer que tel aliment est une récompense et que manger tel autre en mérite une, préférer manger sans plaisir plutôt que de jeter un aliment.

Il est important pour manger en fonction de ses besoins de remettre en question certains critères pourtant considérés comme immuables.

La restriction cognitive rend également difficile l'adaptation de nos prises alimentaires à nos besoins physiques et émotionnels. Si devant un aliment on pense à la fois du bien (« j'aime cet aliment ») et du mal (« mais il me fera grossir »), le plaisir n'est pas suffisamment au rendez-vous et les quantités sont alors souvent excessives.

Certaines personnes mangent en réponse à des émotions, à des discours intérieurs déplaisants ou dévalorisants, ce qui leur permet d'en amoindrir l'impact. Lorsqu'on mange en réponse à une émotion intense et non par faim, on a tendance à manger sans tenir compte du goût et des signaux du corps, à la recherche d'un réconfort qui ne peut souvent pas être apporté par un aliment. Le problème est alors plus psychologique qu'alimentaire. Il est important de comprendre ce qui nous pousse à manger sans faim, pour trouver des solutions plus appropriées.

Choisir le bon aliment pour soi : utiliser sa gourmandise

La vraie gourmandise consiste à choisir des aliments qui nous procurent le plus de plaisir possible, à les consommer à un moment où on a suffisamment d'appétit, pour en profiter au maximum.

Lorsque l'on commence à choisir ses aliments en fonction de ses appétences, et non selon des règles diététiques, on se rend compte que beaucoup d'aliments que l'on trouvait très attrayants car très interdits, ne sont pas si bons que ça.

À l'inverse, des aliments « diététiquement corrects » peuvent retrouver leur valeur de plaisir, Se demander ce qu'on a envie de manger permet aussi de prendre l'habitude d'avoir un discours amical et respectueux avec soi-même contrairement à ce qui se passe quand on essaie de se restreindre. Cette façon de se parler aide à se sentir mieux dans d'autres domaines aussi...

Jacqueline ALBIZATI – Diététicienne

Sources : Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTS

Orientation vers le circuit de droit commun.

Avis des professionnels

Dans le cadre d'un diplôme d'éducation thérapeutique, je travaille sur l'orientation des patients vers le circuit de droit commun après obtention de la CMUC ou AME. Pouvez-vous répondre aux 3 questions suivantes par quelques mots en vrac ?

1. A votre avis, qu'est-ce qui aide à l'orientation vers le circuit de droit commun ?
2. A votre avis, qu'est-ce qui est difficile ?
3. Concernant l'orientation vers le circuit de droit commun, qu'est-ce qui pour vous est le plus important ?

Avis des patients

Vous allez bientôt avoir votre attestation de CMU ou Aide Médicale d'état. Vous pourrez donc aller vous soigner ailleurs qu'à la PASS.

Nous aimerions votre avis à ce sujet

4. Que souhaitez-vous pour votre santé ?
2. Comment allez-vous faire ?
3. Qu'est ce qui va vous aider ?
4. Qu'est-ce qui est difficile ?
5. Qu'est -ce qui est le plus important pour la suite de vos soins ?

Annexe 3 : PASS CARTE PREVENTION

Taille

Poids

TA

Tabac

Alcool

Toxicomanie

Médicaments

Vaccins TP

VHB

Femmes consultation gynécologique

> 50 ans mammographie

Hommes tr miction

tr sexuels

Avez-vous des problèmes de violence ?

Avez-vous déjà vu un psychologue ou un psychiatre ?

ATCD familiaux (K, CV, génétique, diabète)

ATCD personnels : prévention II

Dents

OPH

Biologie Glycémie Cholestérol total

Transaminases Tri glycérides

Dépistages VIH

VHB

VHC

Consultation diététique ?

Annexe 4 : JOURNEE REGIONALE DES PASS

 Hôpitaux de Lyon

 appassra
Association des associations des permanences
d'accès aux soins de santé

CHU de Lyon
votre santé, notre engagement

↓
**6^{ème} journée régionale
des PASS***
* Permanences d'Accès aux Soins de Santé

**Les PASS :
Accès au droit commun ?**

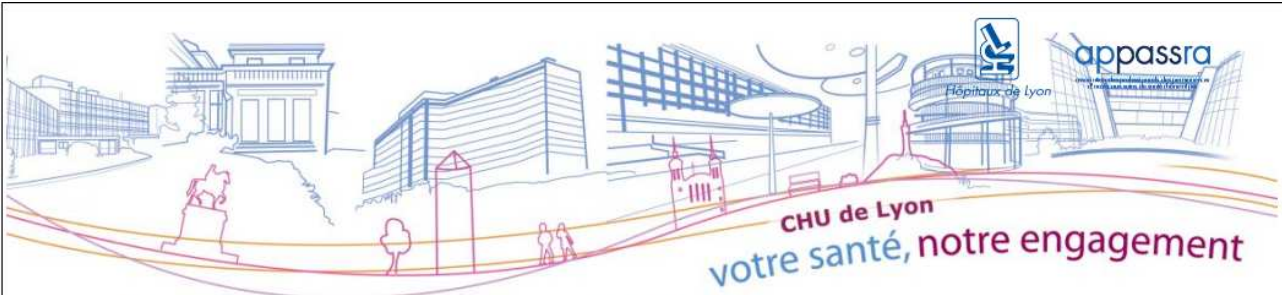
mardi 10 mai 2011

HCL - Lyon

↓
**Hospices Civils de Lyon
Institut de Formation en Soins Infirmiers Esquirol**
5, avenue Esquirol - 69003, Lyon

Hospices Civils de Lyon

© HCL - PASS HCL / Direction des Soins Infirmiers - Unité d'Enseignement - IC - Bureau - mai 2011



6^{ème} journée régionale des PASS*

à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Esquirol 5, avenue Esquirol - 69003

Les PASS : Accès au droit commun ?

* Permanences d'Accès aux Soins de Santé

mardi 10 mai 2011

HCL - Lyon

→ Pré-programme

8h30 | 9h **Accueil des participants**

9h | 9h20 **Ouverture de la journée**
Bruno BARRAL, Direction Générale des HCL,
Elisabeth RIVOLLIER, Présidente APPASSRA

9h20 | 9h45 **PASS des HCL**
Isabelle SCHLIENGER, Médecin
Aurore ROBERT, Assistante Sociale

9h45 | 10h15 **M.R.I.E (Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion en région Rhône-Alpes)**
« Autour des réflexions engagées sur l'accès aux droits et aux soins en Rhône-Alpes »

10h30 | 12h **Ateliers : Difficultés et leviers pour l'accès aux soins dans le droit commun :**
Atelier 1 : Suivi des grossesses
Atelier 2 : Soins dentaires et ophtalmologie
Atelier 3 : Soins psychiatriques
Atelier 4 : Suivi de médecine générale

12h | 13h30 **Pause déjeuner**

13h30 | 15h **Ateliers : Idem matin**

15h15 | 15h30 **Enquête PASS-CPAM sur la région Rhône-Alpes**

15h30 | 16h30 **« Les PASS : droit commun ou discrimination positive ? »**
Catherine PERROTIN,
Maître de conférences, Philosophe
Centre Interdisciplinaire d'Éthique
Université Catholique de Lyon

16h30 | 17h **Clôture de la journée**
Le directeur de l'ARS ou son représentant
« sous réserve »

Association des Professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé Rhône-Alpes

Buts de l'association :

- >> Réunir les professionnels des Permanences d'accès aux soins de santé de la région Rhône-Alpes pour des échanges autour de leurs pratiques ;
- >> Organiser des échanges d'informations :
 - Entre les professionnels des PASS
 - Entre les professionnels des PASS et d'autres intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans le domaine de la précarité et de l'exclusion
 - Entre les professionnels et les usagers
- >> Apporter une réflexion sur les objectifs et le développement des PASS ;
- >> Faire connaître et reconnaître aux pouvoirs publics et institutions de santé publique de la région Rhône-Alpes les réalités et problématiques rencontrées sur le terrain ;
- >> Aider à développer toute action allant dans le sens d'une amélioration de la santé des personnes en situation de grande précarité sociale.

Pour toute information, contactez l'APPASSRA :
Site : <http://www.appassra.org/>

→ **Date limite d'inscription vendredi 22 avril 2011**
Nombre de places limité à 120
Inscription par ordre d'arrivée



Pour votre itinéraire :

>> **Depuis la gare de Lyon Part Dieu,**
prendre la sortie Vivier Merle,
puis le Bus n°28 en direction de
Laurent Bonnevay.
Descendre à l'arrêt « Ambroise
Paré ».

>> **De la gare de Perrache,**
prendre le Tramway T2
en direction de St Priest Bel Air.
Descendre à l'arrêt « Ambroise
Paré »
(Durée approximative du trajet :
30mn).

Contact : Jean-Michel PEYRACHE
Tél. : 04 72 11 52 93 / Fax : 04 72 11 52 68
Email : jean-michel.peyrache@chu-lyon.fr

Hospices Civils de Lyon

RESUME

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) oriente les patients vers le circuit de droit commun après l'obtention des droits à l'assurance maladie. Une approche populationnelle de l'éducation thérapeutique est possible en médecine générale. Nous proposons d'utiliser la méthodologie du bilan partagé en éducation thérapeutique pour la consultation d'orientation de la PASS vers la médecine générale. Le bilan éducatif partagé est réalisable en étant intégré à la pratique des soins. Il définit en co-responsabilité un projet personnalisé de soin. Confié à une infirmière, ce bilan abordera les souhaits et les possibilités du patient, ses conditions d'existence, ses capacités linguistiques, le suivi d'une pathologie chronique si besoin, la prévention, et la présentation du système de soins avec ses fonctionnements. Une coordination des intervenants et une évaluation sont envisagées. Ce bilan partagé entre patient et soignants permettra d'améliorer le lien entre la PASS et la médecine générale.

MOTS CLEFS

Permanence d'Accès aux Soins de Santé - Médecine générale - Éducation thérapeutique - Bilan éducatif partagé - Orientation - Système de soins - Prévention - Migrants