

Médecine générale et précarité : les Centres de Santé à Grenoble

Marc NOYARET,
Directeur général.

Marie Laure CHANTALOU,
Médecin généraliste.

Dominique LAGABRIELLE,
*Médecin généraliste,
Membre du Bureau de
la CME.*

Anna CRUAUD,
*Coordinatrice de la
Prévention.*

L'Association Gestionnaire des Centres de Santé de Grenoble (Agecsa), a pour objet la gestion et le développement de centres de santé implantés sur les quartiers de la ville de Grenoble. Elle s'attache à réunir et à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour permettre au personnel médical et paramédical de dispenser des soins de qualité dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire et en réseau. Quatre de ses cinq Centres de Santé sont établis en zones urbaines sensibles, quartiers reconnus « difficiles » sur le plan de l'accès aux soins, de la prise en charge des malades et de leur accompagnement.

L'ACCÈS AUX SOINS

La prise en charge et l'accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion sont des objectifs partagés pour la Métro¹, l'État, la Ville de Grenoble, le Conseil Général de l'Isère et le projet d'entreprise de l'Agecsa. Plus de 21 000 patients sont suivis au sein des 5 centres, pour une population avoisinant les 30 000 habitants. Les professionnels de l'Agecsa sont au service d'un public composé à 40 % de patients en situation de précarité financière et socio-familiale, soit environ 8 000 patients. L'association dispose d'une cellule administrative et de direction (9 salariés) et déploie 25 médecins généralistes, 5 spécialistes, 15 infirmières D.E., 4 kinésithérapeutes, 1 psychologue, 1 diététicienne et 3 orthophonistes qui exercent leur activité de soins, assistés de 18 secrétaires d'accueil médico-social.

Les centres sont de taille variable et proposent une offre de soins différente selon la demande existant sur leur quartier d'implantation.

UNE RÉPONSE LOCALE VOLONTARISTE FACE À L'INSUFFISANCE DE L'OFFRE DE SOINS

Les Centres de Santé sont une réponse à l'absence ou à l'insuffisance d'offre de soins sur les quartiers populaires, liées aux particularités peu attrayantes de la patientèle : les médecins ne parviennent à réaliser au mieux que trois consultations par heure. Ces territoires sont donc peu attractifs pour les professionnels libéraux. Cette difficulté structurelle est renforcée par un financement (les actes de soins qu'ils produisent, financés sur la base de la nomenclature de l'Assurance Maladie) inadapté au salariat et à une durée du temps de travail fort éloignée de celle des médecins libéraux.

Exercice après exercice, il revient par conséquent aux collectivités publiques (principalement la Ville de Grenoble et le Conseil Général de l'Isère, subsidiairement la CPAM, l'Agglomération et l'État) d'apporter un soutien financier pour maintenir une offre de soins sur ces quartiers².

Sur fond de crise des finances publiques, et dans un but d'explicitation de leurs missions, il a paru pertinent aux professionnels des Centres d'étudier de plus près les particularités de leur patientèle, l'incidence de la précarité sur la santé et en quoi était rendue plus complexe sa prise en charge médicale.

LA PRÉVENTION AU CŒUR DU SOIN

Deux compétences professionnelles de type relationnel, améliorant l'accès aux soins apparaissent alors : la qualité de l'accueil et la compréhension par les professionnels de l'effet des ruptures de vie dans l'usage du système de soins.

• Zoom sur une étude du projet précarité de l'Agecsa

En 2004, les travaux sur les besoins des patients vivant dans



une relative vulnérabilité médico-psycho-sociale se sont focalisés sur la compréhension des retards et des renoncements aux soins. Il s'agissait de mieux comprendre ce phénomène de décrochage. L'usage moins efficace de l'offre de soin par ce type de public étant alors mieux compris, il s'agissait d'identifier, dans ce qui revient aux professionnels, les pistes d'adaptation de nos manières de faire et nos compétences professionnelles spécifiques à cette particularité du public rencontré. A partir du bilan de l'existant dans ce domaine nous élaborons une stratégie d'amélioration de nos compétences pour les travaux ultérieurs à travers deux études.

- **Première étude : les déterminants du retard et du renoncement aux soins selon les professionnels.** Deux groupes focaux de discussion réunissant médecins et secrétaires d'accueil sur le thème du renoncement et du retard aux soins ont été organisés³.

Cette première expérience de formation partagée entre médecins et secrétaires a permis de prendre conscience qu'au delà des procédures, c'est bien la qualité de l'accueil dans sa dimension personnalisée et dans le respect de sa dignité qui constitue le meilleur atout pour réduire les conséquences pour la santé des retards et des

¹ Communauté d'agglomération de Grenoble.

² NDLR : les paiements à l'acte représentent environ 60 % du budget.

³ En partenariat avec l'Observatoire du Non recours aux services publics (ODENORE), organisme de recherche en Sciences politiques rattaché au CERAT.

Médecine générale et précarité : les Centres de santé à Grenoble (suite)

renoncements aux soins. Il convient cependant d'être vigilant pour ne pas interpréter trop rapidement le retard et le renoncement aux soins comme un choix de la personne de ne pas se soigner.

- Deuxième étude : les moyens mis en œuvre par les professionnels pour s'adapter au retard et au renoncement aux soins.

Une enquête semi-directive auprès des médecins concernant 152 situations de retard et renoncement aux soins issues de l'échantillon de file active 2003 a été réalisée. Les facteurs psycho-cognitifs (déli de la pathologie, anxiété et difficulté à comprendre la maladie) en sont les premiers déterminants. L'adaptation du professionnel à cette réalité consiste d'abord à augmenter sa disponibilité. Plus largement, mesurer l'impact des compétences médicales sur l'état de santé de ces populations pourrait être utile, mais cela relève avant tout du champ scientifique, qui ne correspond pas aux compétences reconnues d'une structure créée pour dispenser des soins.

• Zoom sur le projet santé mentale de l'Agecsa

La précarité des habitants sus-citée se conjugue avec certaines spécificités (personnes d'origine étrangère, montée des communautarismes) et avec une diminution des moyens des CMP. Le clivage entre la pathologie psychiatrique et la souffrance psychique s'estompe, nécessitant un travail global dans lequel le soin et la prévention sont étroitement intriqués.

Parallèlement les médecins généralistes des Centres de Santé sont amenés à prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques de plus en plus graves et des situations d'urgence (nécessitant des hospitalisations à la demande d'un tiers et, plus rarement, des hospitalisations d'office ou un maintien à domicile en l'absence de place dans les diverses structures d'hospitalisation psychiatrique).

Ces évolutions nécessitent d'améliorer les compétences, de cerner les limites des soignants, de reconnaître les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement médico-social de patients souffrant de troubles psychiatriques et de soutenir les professionnels. Cette mission, intriquant soins et prévention, est coordonnée par la commission «santé mentale» représentant chacun des 5 Centres de Santé, animée par la psychiatre de l'Agecsa, en lien avec la psychologue :

- Participation à la conception et au déroulement d'un diagnostic de santé mentale communautaire sur le quartier de la Villeneuve (initié par la Ville de Grenoble) et débouchant sur la mise en place d'actions préventives.

- Constitution d'un partenariat permanent entre les professionnels des Centres de Santé et l'équipe du secteur 38 G 01 rattaché au CHS de Saint-Egrève avec analyse de situations et définitions de conduite à tenir ; mise en place, au sein de l'Agecsa, de concertations sur des cas individuels (psychiatre, psychologue, médecins, infirmières,...)

- En faveur de la petite enfance, approfondissement des analyses de situation familiale en partenariat avec les institutions spécialisées (CMPP, GAPP, CMP, CLIS, IME, ASE)³ ou ponctuellement à la demande de groupes, d'associations, des PEI⁴.

- Participation des médecins de l'Agecsa à différentes structures de quartier (crèches, lieux de parentalité, PMI,...) afin d'améliorer la connaissance des situations, d'améliorer le dépistage, de permettre une prise en charge globale en lien avec les partenaires médico-sociaux.

- Prise en charge thérapeutique par la psychologue après concertation avec les soignants, de patients dont la situation de précarité ne leur permet pas d'accéder à une prise en charge psychologique libérale.

- Mise en place de formations spécifiques à destination des professionnels des Centres de Santé (la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées isolées, l'accueil de patients en souffrance psychique et/ou malades psychiatriques à destination des secrétaires).

L'ouverture globale des Centres de Santé sur l'évolution sociétale de la souffrance psychique permet de poursuivre ces réflexions (intrication et interrelation soins/hors soins en matière de santé mentale, progression de la souffrance psychique, diminution du clivage entre pathologie psychiatrique et souffrance psychique, conformation des soignants de l'Agecsa comme substituts des secteurs psychiatriques en perte de moyens, possibilités thérapeutiques actuelles, lien avec les partenaires institutionnels) pour s'adapter aux besoins des patients et mieux orienter les actions de prévention inter-institutionnelle. ■

³ CMPP : centre médico psycho-pédagogique
GAPP : groupe d'aide psycho-pédagogique
CMP : centre médico - psychologique
CLIS : classes d'intégration scolaire
IME : instituts médicaux éducatifs
ASE : aide sociale à l'enfance

⁴ PEI : projet éducatif individualisé

