

Appel à projets 2018 - Innovation santé article 51

Cahier des charges du Réseau Louis Guilloux

(Rennes – Bretagne)

**Consultations santé migrants - développement de
l'interprétariat professionnel en médecine de ville**

Version : V1 : 28 juin 2019

V2 : Janvier 2023

Rédaction 2019 : Dr Hélène Leroy, Dr Didier Michel, Dr Jean-Marc Chaplain, Patrice Preter, Laure Fouquet,

Rédaction 2023 : Dr Hélène Leroy, Dr Jean-Marc Chaplain, Patrice Preter, Bleuenn Aulnette

Contact : Patrice PRETER, directeur du Réseau Louis Guilloux : p.preter@rlg35.org

• Note de contexte modification du cahier des charges

Le Réseau Louis Guilloux met en œuvre le projet expérimental CIME (Consultations avec interprète en médecine de ville) financé dans le cadre de l'article 51 autorisé en Août 2019 et opérationnel depuis Mars 2020. Plusieurs raisons nous amènent à demander la révision du cahier des charges concernant le modèle de financement du dispositif :

- Impacts de la crise sanitaire

Suite à l'épidémie de la COVID-19 en mars 2020 et le confinement généralisé décidé par les pouvoirs publics, les consultations qui avaient débuté le 1er mars 2020 ont été suspendues à partir du 16 mars 2020 d'un commun accord avec les médecins généralistes partenaires et n'ont repris progressivement qu'à compter du 18 mai 2020. Deuxième conséquence à la crise, on a assisté à une baisse de 52% du nombre de demandeurs d'asile en 2020 (*Newsletter la politique de l'asile - Préfecture Région Bretagne. Numéro 1 – Janvier 2021*) avec la fermeture des frontières de l'espace européen. Sachant que cette catégorie de personnes est la plus représentée dans l'expérimentation (66% des patients inclus dans CIME depuis 2020), ceci a impacté inévitablement le projet en se traduisant par une diminution du nombre de demandes de rendez-vous en 2020. Par conséquent, on peut considérer 2021 comme étant la 1ère année civile complète de fonctionnement pour notre expérimentation, ce qui décale la montée en charge du dispositif.

- Réforme de l'accès des migrants primo arrivants aux droits de santé :

De la même façon que la fermeture des frontières a limité les inclusions, le fait d'avoir comme population cible des personnes migrantes primo-arrivantes rend l'expérimentation sensible aux orientations politiques nationales. Les inclusions ont été ainsi très impactées par les 2 réformes fondamentales retardant l'ouverture des droits de santé des personnes étrangères primo-arrivantes de fin 2019 et début 2020 :

- Mise en place d'un délai de carence pour les demandeurs d'asile de 3 mois après le passage en préfecture pour débiter les démarches d'ouverture de droits à la Complémentaire Santé Solidaire (*loi du 10 septembre 2018 pour une « immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie » applicable depuis le 1er janvier 2020*)
- Centralisation des dossiers de demande d'AME (Novembre 2019) dans l'une des 3 caisses nationales dédiées et justification de 3 mois d'irrégularité pour instruire le dossier, ce qui a eu pour conséquence un allongement des délais de traitement des dossiers et d'obtention de la protection noté par les professionnels de terrain

Ces modifications de l'accès aux droits de santé pour les personnes migrantes ont été mises en place après l'élaboration du projet et l'impact est conséquent : certaines structures partenaires ne peuvent pas orienter leur public vers le dispositif CIME car les personnes reçues ne correspondent plus aux critères d'éligibilité (être primo-arrivant, avoir des droits de santé ouverts, et ne pas avoir eu de bilan de santé récent en France) et elles s'orientent vers des lieux de soins accessibles sans droits de santé (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, Centre médical du Réseau Louis Guilloux). Il ne s'agit pas « que d'un décalage » de 3 mois de l'entrée dans CIME puisqu'une fois la prise en charge débutée dans ces centres, les personnes ne sont plus éligibles pour l'expérimentation.

- Adaptation du Réseau Louis Guilloux aux modes d'exercices des médecins généralistes partenaires

Dans le projet initial, il avait été imaginé 6 médecins partenaires assurant des plages de consultations d'une demi-journée par semaine. Dans la réalité et dans le contexte d'une médecine générale saturée et impactée par la crise sanitaire de la COVID-19, aucun médecin partenaire ne s'est engagé pour proposer des créneaux aussi longs. Il a donc fallu s'adapter aux pratiques des médecins et trouver plus de médecins intéressés pour répondre aux demandes. Depuis 2020, 37 médecins ont conventionné avec le dispositif. En 2022, 31 médecins ont fait au moins une consultation dans l'année. Ils dédient en moyenne deux consultations d'une heure par mois, avec au maximum 8 consultations par mois en moyenne pour un médecin et au minimum deux consultations dans l'année. En parallèle, pour répondre à des nouvelles demandes de structures d'accueil de personnes migrantes et dans l'idée de favoriser l'inclusion des cabinets médicaux proche des structures d'hébergement, nous avons élargi le dispositif à des territoires hors Rennes Métropole plus précocement que prévu. S'adapter au plus près des pratiques des médecins généralistes et aller au plus proche des structures d'hébergement des personnes migrantes nous semble être la clé de la réussite d'une généralisation de l'expérimentation et d'une prise en charge ayant du sens et qui ne s'apparente pas à une médecine de contrôle.

- Temps de secrétariat centralisé sous-évalué

Dans le projet initial le temps de secrétariat avait été sous-estimé (0,5 ETP au début puis 1ETP à partir d’Août 2021) et ce pour différentes raisons :

- L’augmentation nécessaire du nombre de médecins expliquée ci-dessus implique une multiplication des tâches de secrétariat quotidiennes (envoi des plannings, suivi des consultations, facturations, réponse aux diverses sollicitations...).
- La particularité du public cible (allophone, précaire, ne connaissant pas le système de soins français, avec des difficultés pour s’orienter dans les villes) nécessite un travail renforcé de rappels et d’explications afin que le maximum de rendez-vous soit honoré.
- Un travail important de coordination des soins est réalisé par le secrétariat en appui des travailleurs sociaux pour les prises de rendez-vous des examens complémentaires et pour les spécialistes (couplées à des demandes d’interprétariat), là encore dans un contexte de patients n’ayant pas de repères dans le système de soins français.
- Le secrétariat assure des missions plus étendues que celles envisagées initialement comme celle d’appui aux structures pour permettre une orientation adaptée si les patients ne sont pas éligibles au dispositif CIME : adressage à des centres de santé proposant des soins gratuits aux personnes sans droits, orientation vers des médecins partenaires bretons si changement de situation et de ville...

- Limites du modèle économique initial

Dans le projet initial, le modèle prévoyait un calcul du forfait patient. Cela signifie que le porteur du projet ne reçoit de l’argent que s’il inclut des patients.

Avec l’expérience ce modèle doit être questionné pour plusieurs raisons :

- Ce modèle basé sur un nombre d’inclusions et une montée en charge de celles-ci n’a pas pu s’adapter au contexte particulier de la crise sanitaire et de la diminution des inclusions alors que les charges fixes perduraient au coût initialement prévu.
- Le financement de ce modèle a été sous-évalué : temps de secrétariat insuffisant, sous-évaluation initiale des charges de fonctionnement et erreur sur le fléchage de celles-ci entre le FIR et le FISS.
- La montée en charge du dispositif a été surévaluée : nous répondons à une demande difficile à évaluer celle-ci étant dépendante des politiques migratoires et du contexte sanitaire (exemple des fermetures des frontières et du retard à l’ouverture de droits de santé cités plus haut). Notre dispositif prévoit cependant d’inclure 1423 patients au lieu des 1900 prévus.

Pourtant, malgré tous ces problèmes rencontrés, pour la plupart impossibles à anticiper au moment de l’écriture du projet, il nous semble indispensable de rappeler ici que :

- La prise en soins des personnes migrantes primo-arrivantes est complexe et jusqu’alors réservée à certaines structures dédiées, créant ainsi une absence d’équité sur le territoire français et la possibilité de dérives dans certains cas où la prise en charge s’apparente à de la médecine de contrôle. Dans l’état actuel de la médecine générale, celle-ci ne peut répondre aux recommandations de l’HCSP dans son avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants de mai 2015 (www.hcspa20150503_visitemdicaledestrangerprimoarri.pdf) qu’en donnant aux médecins généralistes de ville : du temps (et donc des revalorisations financières), la présence d’un interprète formé (et un appui pour organiser l’accès à celui-ci) et des données pour mieux comprendre les particularités du public (formations et appui).
- L’interprétariat en médecine de ville est reconnu comme sujet fondamental et actuellement encore trop peu accessible. Notre expérimentation a remporté le Prix Prescrire 2022 partagé avec Migrations Santé Alsace et l’URML Pays de La Loire pour nos expériences d’essai d’implantation d’interprétariat dans les cabinets de médecine générale et notre article "Interprétariat professionnel et soins : des expériences hors de l’hôpital à généraliser" paru dans Prescrire n° 459.
- L’intérêt d’une expérimentation de professionnels de terrain est de pouvoir s’adapter aux circonstances quelles qu’elles soient. Le fait que notre projet soit un des premiers à avoir été autorisé et qu’il concerne un public dont la prise en charge est complexe dans un contexte sanitaire exceptionnel et un changement d’accès aux droits de santé très impactant, joue en notre défaveur. Nous avons cependant montré notre faculté d’adaptation.
- Enfin, nous témoignons de notre volonté que ce projet auquel nous croyons réponde au mieux à l’accessibilité aux soins dans le droit commun des personnes en situation de migration qui doivent rester au centre de nos préoccupations.

Au regard des problématiques liées au modèle économique de l'expérimentation, les deux premières années d'exercice étant déficitaires, un travail a été engagé pour proposer une réévaluation du forfait. Pour ce faire, un atelier accélérateur renforcé Article 51 a été proposé le 28 avril 2022 et a conclu à la proposition d'étudier un nouveau modèle de financement.

Dans ce nouveau cahier des charges nous vous proposons donc de repartir :

- Sur une montée en charge du dispositif qui intègre ces nouveaux éléments pour recalculer le forfait
- Sur un financement mixte (forfait patient et dotation fixe) qui permet un modèle économique plus sécurisé

D'autre part nous souhaitons prolonger l'expérimentation d'un an, c'est-à-dire jusqu'en Juillet 2024, pour deux raisons :

- Le contexte sanitaire a ralenti le déploiement du dispositif et il y a un an de décalage entre la 1^{ère} année entière de fonctionnement du dispositif effective (en 2021) et ce qui était prévu (en 2020).
- Nous souhaitons pouvoir tester sur une période suffisante le nouveau modèle. Ce temps nous permettra aussi de réfléchir aux modalités permettant la généralisation du dispositif.

Table des matières

1. Etat des lieux et éléments de diagnostic.....	6
Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation	6
Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?	10
2. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation	18
3. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?	22
4. Durée de l'expérimentation envisagée (maximum 5 ans)	23
5. Champ d'application territorial proposé :	24
Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?	25
Champ d'application territorial.....	30
6. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)	31
7. Catégories d'expérimentations	33
8. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation	33
9. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :	34
9.1. Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion :	34
9.2. Estimation financière du modèle économique initial	35
9.3 Estimation financière du nouveau modèle	36
9.4. Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles...).....	38
10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées	40
11. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées	42
12. Liens d'intérêts	43
13. Eléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères.....	43

[Annexe 1 – Outil Gwalenn](#)

[Annexe 2 - Lexique](#)

1. Etat des lieux et éléments de diagnostic

Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation

Contexte national

En cohérence avec l'article 90 de la LMSS (Loi de Modernisation du Système de Santé) de 2016, la HAS, dans son Référentiel de compétences paru en octobre 2017 de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique¹ pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Les consultations initiales font partie des situations prioritaires pour une prise en charge par un interprète pour ceux qui ne parlent que peu ou pas français.

Le Comité du Haut Conseil en Santé publique qui introduit le référentiel HAS préconise « un financement adapté des dispositifs d'interprétation professionnelle ». Aussi, la ministre de la santé Agnès Buzyn a missionné l'IGAS en octobre 2018 pour élaborer un modèle économique sur la base du référentiel HAS et des dispositifs ARS – URPS permettant aux médecins libéraux d'avoir accès à des interprètes professionnels.

Par ailleurs, l'instruction du 8 juin 2018 de la DGS² relative à la mise en place du **parcours de santé des migrants primo-arrivants**, encourage la construction de parcours de santé des migrants adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale autour d'objectifs définis : faciliter l'accès à la prévention et aux soins, organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires du droit commun, améliorer le parcours en santé mentale et l'accès à l'interprétariat professionnel et développer une coordination renforcée aux échelles locale, départementale et régionale. Des structures dites « pivot » doivent être identifiées et soutenues par les ARS.

Un contexte local avec une augmentation d'accueil du public migrant :

Face à l'augmentation progressive ces 4 dernières années d'arrivées de personnes migrantes en Bretagne, les professionnels de santé et du social sont de plus en plus confrontés à des difficultés pour accompagner ce public en matière de santé.

Ce constat se confirme notamment par :

- **l'augmentation du nombre d'accueil de personnes migrantes primo-arrivantes au sein du dispositif du Service Premier Accueil (SPA)³**

En reprenant le Rapport d'activité du Service Premier Accueil de Coallia (cf. tableaux ci-dessous), 2 630 personnes migrantes primo-arrivantes sont arrivées en Bretagne, soit 74 % d'augmentation en 2 ans⁴.

Si nous regardons maintenant la répartition par département en 2017, le département d'Ille-et-Vilaine (35) accueille la moitié des personnes arrivées dans la région. Dans ce sens, Rennes, ville où se situe le Service Premier Accueil est un lieu central pour l'arrivée et l'accueil de ce public.

¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801508/fr/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-formation-et-bonnes-pratiques

² INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

³ Guichet d'accueil départemental pour déposer une demande d'asile

⁴ En 2015, le nombre de personnes reçues sur le service premier accueil était de 1 510 personnes, et en 2016, de 1 706 personnes. (*Rapports d'activités du Service Premier Accueil de Coallia*)

**Nombre de personnes reçues en 2017
au sein des services premiers accueil de Coallia en Bretagne**

D : département d'arrivée
PI : personne isolée
PF : personne en famille
T : total

D	Demandeurs d'asile		
	PI	PF	T
22	224	127	351
29	245	162	407
35	799	494	1293
56	312	267	579
Total	1580	1050	2630

Répartition par département et évolution entre 2016 et 2017

	Côtes d'Armor 22	Finistère 29	Ille-et-Vilaine 35	Morbihan 56
Nombre total de PE en 2017	351	407	1293	579
Nombre PE moyen mensuel	29	34	108	48
Répartition en %	13%	16%	49%	22%
Evolution 2016/2017	+ 64%	+ 20%	+ 43%	+ 132%

(Source : Rapport d'activité 2017 de Coallia – Service Premier Accueil, page 9 et 10)

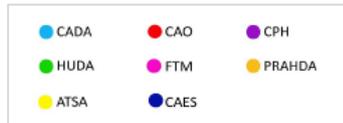
- **la création de nouvelles places d'hébergements dédiées aux publics migrants demandeurs d'asile en Bretagne**, nombre qui n'a fait que s'accroître ces dernières années.

En reprenant les chiffres renseignés par la Préfecture de région⁵, le nombre de dispositifs d'hébergements pour les demandeurs d'asile en Bretagne est passé de 2 800 places en 2016 à 4 000 places estimées fin 2018, soit 43 % d'augmentation.

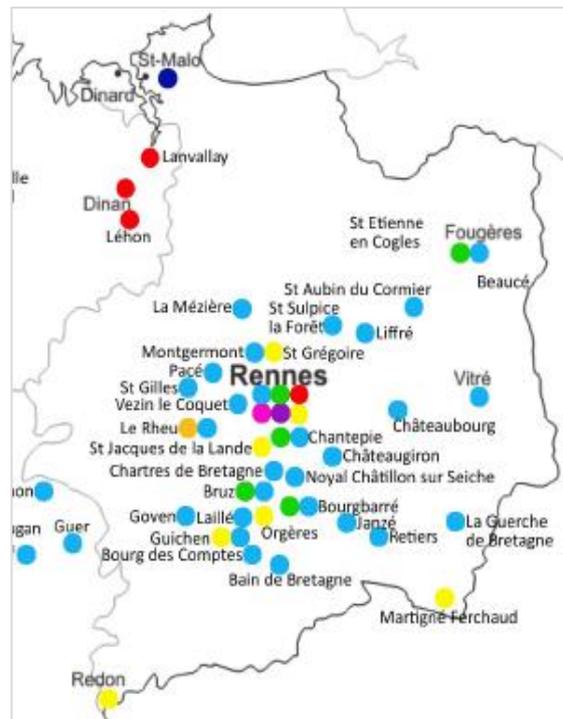
⁵ Schéma régional de l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés en Bretagne de la Préfecture de région, publication 2018

Répartition des hébergements pour personnes migrantes en demande d'asile dans le département d'Ille et Vilaine

(Données Préfecture – Octobre 2018)



Le département d'Ille et Vilaine comptera 1413 places fin 2018.



Il est à noter que les chiffres et la carte présentés ci-dessus ne représentent qu'une partie du public migrant présent sur le territoire, à savoir les personnes en procédure de demande d'asile.

D'autres publics migrants sont à prendre en compte :

- les personnes primo-arrivantes n'ayant pas encore entamé de démarches administratives
- les personnes avec un titre de séjour hors demande d'asile (« vie privée/vie familiale », « Pour raison de santé »)
- les personnes sans papier (déboutés du droit d'asile, ...)
- les mineurs non accompagnés reconnus par le Conseil départemental
- les mineurs non reconnus mineurs par le Conseil départemental – sans papier

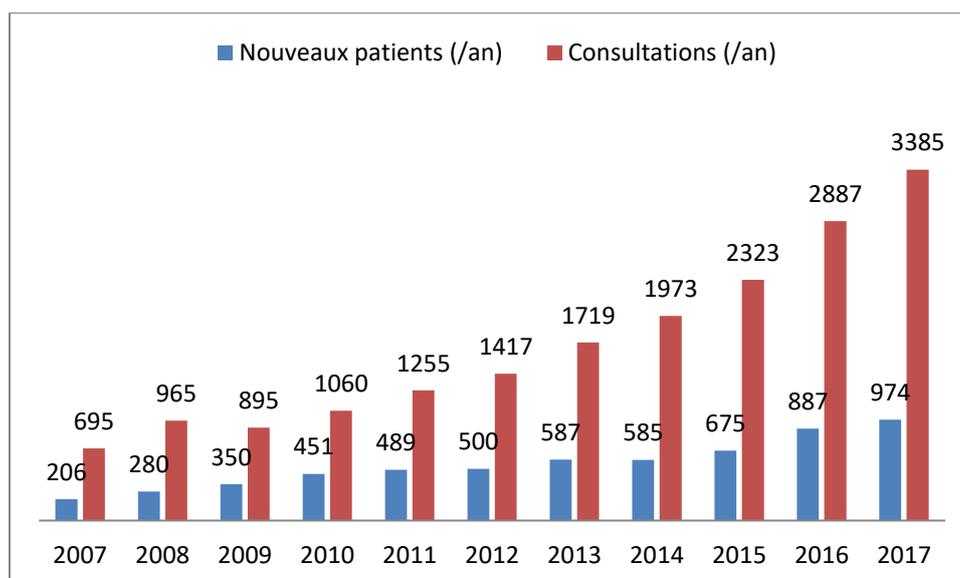
Le public pris en charge dans les structures de soins sur le territoire comprend ainsi ces différents profils de personnes.

Un dispositif médico-social dédié aux migrants à Rennes :

Le centre médical Louis Guilloux (CMLG) dédié à la population migrante a été créé en 2006 au sein de l'association Réseau Louis Guilloux.

Entre 2007 et 2017, l'activité de consultations de ce Centre de Santé a été multipliée par cinq. Effectivement, environ 3 400 consultations ont été réalisées en 2017 contre 670 consultations en 2007, parmi lesquels 56 % concernaient des migrants avec des droits déjà ouverts.

Evolution de l'activité du CMLG de 2007 à 2017



(Source : Rapport d'activité 2017 du Réseau Louis Guilloux – page 18)

Cette augmentation du nombre de consultations s'explique par :

- L'augmentation du nombre de migrants primo-arrivants sur le département sachant qu'en plus de ces demandeurs d'asile dont le nombre augmente (cf. plus haut), le centre médical reçoit tout migrant primo-arrivant précaire quel que soit son statut : Mineurs Non Accompagnés (MNA ex MIE), migrants en situation « irrégulière », titre de séjour pour soins...
- Le profil de la population accueillie a beaucoup changé en 10 ans : Initialement, il s'agissait pour l'essentiel d'hommes jeunes, isolés. Aujourd'hui, bon nombre de patients vus au CMLG sont accompagnés, en famille avec leurs enfants ou leurs parents parfois âgés (cf tableau infra). On constate ainsi de plus en plus fréquemment des problématiques de handicap ou de maladies chroniques sévères (vasculaire, diabète, cancer...) qui rendent les prises en charge plus complexes et nécessitant plus de consultations avant l'adressage en médecine générale en relai.

	Migrant seul	Accompagnés
2012	70%	30%
2017	38%	62%

En 2017, pour les 62% de personnes « accompagnées », il s'agit de :

- 44% de familles avec enfants (ou avec un grand-parent)
- 11% de couples sans enfant
- 7 % de familles monoparentale avec 1 ou plusieurs enfants

Sur l'ensemble de la période, les Mineurs Non Accompagnés représentent 9.3% des migrants vus au CMLG et 24% des migrants isolés.

- Les pathologies chroniques graves sont de plus en plus fréquentes :
 - Qu'il s'agisse de pathologies infectieuses : hépatites virale B (avec une prévalence de 5.4% au CMLG), VIH, bilharziose
 - Ou de pathologies non infectieuses : cancer, diabète, handicaps...

Cette augmentation d'activité s'accompagne d'un délai de prise en charge de plus en plus long : le délai médian pour l'obtention d'un premier rendez-vous, est passé de 11 jours en 2013, à 25 jours en 2018. Il est même de 2 mois pour l'obtention des rendez-vous suivants.

Pour pouvoir continuer à assurer, pour ces primo-arrivants, une consultation d'accueil adaptée dans des délais raisonnables, le centre médical Louis Guilloux envisage de mettre en place une nouvelle organisation du parcours de soins pour cette population cible.

Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?

L'association Réseau Louis Guilloux située à Rennes :

Plusieurs activités sont développées pour l'accès aux soins des personnes migrantes au sein de cette structure :

- Le Centre Médical Louis Guilloux (CMLG)
- Un pôle Interprétariat avec des salariés interprètes
- Un dispositif régional d'appui aux professionnels : le DATASAM

a) Un centre médical ressource pour l'accueil des migrants :

Le Centre Médical Louis Guilloux (CMLG) à Rennes

Centre de santé (CDS) depuis 2015 (accord national des centres de santé), le CMLG créé en 2006 est une structure passerelle entre les populations migrantes arrivant sur la région rennaise et la médecine générale de ville.

Il s'agit d'un centre de santé polyvalent (médecins généralistes, infectiologue, gynécologue, infirmières, psychologues) qui réalise des bilans comprenant :

- Des consultations en soins primaires dans la langue maternelle des patients grâce aux interprètes du pôle Interprétariat de l'association. Elles incluent en particulier :
- Des dépistages systématiquement proposés (VHB, VHC, VIH,...) ainsi que d'autres en fonction des résultats de l'examen clinique, des facteurs de risque, de l'origine géographique, des modes de vie des patients (cf **recommandations du HCSP**⁶) : dépistage des troubles psychiatriques, risques sexuels et de violence,...
- Des consultations spécialisées (infectiologue, gynécologue, psychologues) en fonction du 1^{er} bilan
- Des ouvertures de droits à la sécurité sociale, soit directement (AME), soit en partenariat avec la Permanence d'Accès au Soins de Santé (PASS) du CHU de Rennes (AME, CMU), ceci grâce à l'existence de liens privilégiés avec la CPAM 35.
- Une Information aux personnes sur le système de soins français et sur les différentes structures médico-sociales auxquelles elles peuvent s'adresser (lors de la consultation d'accueil et par l'intermédiaire des livrets de santé bilingues de Santé Publique France).

En marge de l'activité du centre de santé, le réseau organise des visites régulières dans les squats pour toucher également la population de rue. En outre il organise une journée santé annuelle en proximité de ces populations depuis 7 ans à l'accueil de jour précarité.

Cette prise en charge initiale ne peut s'envisager qu'avec la collaboration d'un réseau de partenaires bien identifiés sur le département d'Ille et Vilaine intervenant dans l'adressage, la prise en charge ou son relai.

⁶ **Avis du Haut Conseil de Santé Publique** relatif à la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays-tiers – 6 mai 2015

Adressage des patients au CMLG

Structures adressantes en %	2013-2017 n=3730
Associations « missionnées »*	41
Spontané/compatriotes	30
Institutions**	17
Médical***	6
Caritatif	6

*COALLIA, Adoma, Association Saint Benoit Labre (CADA, PRADHA)...

**Mission Mineurs Non Accompagnés (CD35), CPAM, Ville de Rennes, PTA pays de Rennes

***CHU Rennes, CH Guillaume Régnier, Centre d'examen de santé (CPAM) PMI, médecins libéraux...

Répartition des patients adressés au CMLG :

Premièrement selon les pathologies

Initialement (depuis 2006), le CMLG recevait l'ensemble des migrants « primo-arrivants » quel que soit leur état de santé et à l'occasion d'une consultation proposait systématiquement les dépistages recommandés par le HCSP. Avec l'augmentation du nombre de migrants sur le département et surtout la modification de leur « profil sanitaire » depuis quelques années, le CMLG privilégie les rendez-vous pour les patients ayant des problématiques complexes. En effet on constate, surtout depuis 3 ans, une augmentation importante de la proportion de patients ayant des problèmes de santé majeurs : cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, handicaps lourds (en particulier chez les enfants)...

Secondairement selon les statuts administratifs

En 2017, 1293 demandeurs d'asile ont été accueillis dans le département 35 (chiffres Service Premier Accueil cf. p4). Au sein du CMLG, 654 personnes demandeuses d'asile ont été vue en consultation en 2017, ce qui représente un peu plus de 50% de l'ensemble des DA arrivés sur le département en 2017.

104 Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont passés par le CMLG en 2017 ce qui représente environ 30% des MNA accueillis sur le département (304 MNA sur le 35, chiffre CD 35).

Les personnes en situation « irrégulières » représentent environ 10% des patients vus au CMLG. Il n'est pas possible, compte tenu de leur statut administratif, de connaître la proportion des « irréguliers » vus au CMLG par rapport à l'ensemble des patients en situation irrégulière du département.

Une bonne partie des « primo-arrivants » du 35, ne passe pas par le CMLG :

- La Santé est rarement au premier plan des préoccupations des migrants « primo-arrivants » : qu'en est-il pour eux de la visite médicale d'arrivée préconisée par le HCSP ?
- Une partie consulte d'emblée la médecine de ville, sans doute pour les francophones ayant des droits ouverts à la sécurité-sociale. Ceci d'autant que la réponse à la demande de rendez-vous au CMLG devient de plus en plus compliquée avec un délai moyen de rendez-vous qui a été multiplié par trois en 5 ans (11 jours en 2013 vs 36 jours en 2018).

Une part importante de patients sans couverture sociale à la 1^{ère} consultation au CMLG

40% des patients n'ont pas de droits à la sécurité sociale lors de leur première consultation au CMLG. Il s'agit soit d'un retard à l'ouverture de droit pour les patients relevant de la CMU (DA, MNA), soit d'une absence de droit pour des patients en situation « irrégulière ». Cette dernière catégorie peut relever de l'Aide Médicale Etat (AME) si elle peut apporter la preuve de sa présence sur le territoire depuis au moins 3 mois.

Il est proposé au CMLG, quand les conditions sont réunies et que les personnes n'ont pas de suivi social, une ouverture d'AME ou de CMU en lien direct avec la CPAM ou grâce à l'intervention des assistants sociaux de la PASS du CHU pour les soins urgents. De cette façon, le CMLG arrive à raccourcir les droits CMU (à 15 jours). Pour l'AME, il existe un délai incompressible de 3 mois.

Ainsi, les personnes avec des droits ouverts pourront directement être intégrées dans le dispositif, tandis que les autres le seront dans un second temps, le tout étant de ne pas retarder la prise en charge.

Le réseau de médecins libéraux intervenants tissant des liens ville-hôpital privilégiés

Une dizaine de médecins libéraux intervient directement au sein du CMLG pour y réaliser des consultations, avec interprète, au rythme d'environ une vacation hebdomadaire permettant un lien privilégié avec la médecine de premier recours. Un des objectifs principaux du CMLG est de pouvoir passer le relai à la médecine de ville dès que possible afin que chaque migrant, ayant des droits ouverts à la sécurité sociale, puisse avoir un médecin traitant. Depuis 2006, plus de 400 médecins du département d'Ille et Vilaine ont ainsi été amenés à prendre en charge au moins une personne migrante initialement vue au CMLG.

Le CMLG au cœur d'un réseau riche de partenaires identifiés pour la prise en charge des migrants au CMLG

Les établissements de santé :

- Les services de soins du CHU de Rennes et le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) avec lesquels il existe des conventions concernant l'interprétariat médico-social
- la PASS du CHU qui intervient dans l'accès au droit mais aussi l'accès aux soins en particulier dans les situations d'urgences pour les patients sans couverture sociale
- Le centre d'examen de santé de la CPAM 35 avec lequel il existe une convention pour la réalisation d'examens de biologie pour les migrants sans droit ouvert à la sécurité sociale
- Mais aussi : laboratoires de ville (biologie ou radiologie), PMI...

Les partenaires du social :

- Les structures d'hébergements (association Coallia) avec passages réguliers des infirmières du CMLG sur les lieux d'hébergement CADA pour des informations collectives (hygiène bucco-dentaire, vaccination...) et de la coordination de soins
- La CPAM 35 : Pour l'ouverture des droits ou la recherche d'une couverture sociale (avec utilisation du logiciel pyxvital permettant par ailleurs la télétransmission dégradée pour les patients ayant des droits ouverts), il existe depuis fin 2015 une convention avec la CPAM 35 dans le cadre des Centres de Santé
- Les associations caritatives : Croix Rouge Française, Secours Populaire, Secours Catholique ... qui en dehors de l'adressage des patients au CMLG peuvent être sollicitées pour recevoir ces personnes
- Les CHR (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) en particulier :
 - . ADSAO qui gère les lits halte soins santé,
 - . L'ASFAD pour la mise à l'abri des femmes ayant subi des violences.
- L'accueil de jour pour sans abri « Puzzle » où depuis plusieurs années une « journée santé » sur le modèle « one stop shop » est régulièrement organisée en partenariat avec le CHU, la CPAM 35, le planning familial... pour toucher le public invisible dans une stratégie de l'« aller vers »⁷.

⁷ Steiner, R.J., *and al.* Enhancing HIV/AIDS, viral hepatitis... .Sexually Transmitted Diseases vol40, num8, August 2013

b). Un pôle d'interprètes médico-sociaux formés

Le pôle d'interprétariat a été mis en place au sein du Réseau Louis Guilloux en 2006. Ce besoin a été identifié par les partenaires et lors des premières consultations à l'ouverture du Centre médical Louis Guilloux : aucune prise en charge médicale de qualité n'était envisageable sans compréhension patient/médecin. Pour les usagers, le recours à un interprète médico-social professionnel favorise et facilite :

- l'intégration et l'accès aux informations médico-sociales et administratives
- la compréhension et l'échange avec le professionnel (travailleur social, personnel d'éducation, médecin).

Le pôle d'interprétariat du RLG répond uniquement aux besoins de soutien des professionnels de santé et du social dans le cadre de la prise en charge des personnes migrantes. Il s'agit d'un Interprétariat en présentiel ou par téléphone pour la région Bretagne et les prestations payantes sont facturées 38 € de l'heure en 2018.

Les interprètes sont recrutés sur des compétences linguistiques et sont formés par le RLG pour atteindre les objectifs suivants :

- Respect de la déontologie : confidentialité, impartialité, neutralité.
- Capacité à intervenir en binôme avec le prescripteur.
- Acquisition d'un vocabulaire spécifique leur permettant d'intervenir sur différents domaines afin qu'ils puissent traduire au mieux (médical, éducatif, administratif, droit).

A l'arrivée dans l'association, le nouvel interprète bénéficie d'un entretien « d'entrée » avec la responsable du Pôle et d'au moins six heures de « tutorat » avec un interprète expérimenté de l'association.

Dans les mois qui suivent l'arrivée, les interprètes ont une formation « de base » et ensuite participent aux formations « continues » sur différents sujets durant l'année.

Des temps d'analyse de la pratique sont également assurés par un psychologue permettant de mieux appréhender sa subjectivité et ses limites (tous les deux mois).

Le suivi régulier par notre structure est assuré afin d'avoir les retours sur les difficultés éventuelles.

Modalités : Interprétariat en présentiel ou téléphonique

L'interprétariat en présentiel est privilégié comme modalité d'intervention car il assure une qualité d'intervention. Celui-ci peut être assuré sur la ville de Rennes et les communes immédiatement limitrophes (Pacé, Cesson Sévigné, Chantepie, St Jacques de la Lande, Saint Grégoire). Au-delà de ce périmètre, le temps et les frais de déplacement sont facturés en sus du coût forfaitaire de 38 €/h.

Seul le recours à l'interprétariat téléphonique est possible pour le moment pour la région Bretagne. Il n'y a pas de possibilité de recours à la visio-conférence étant donné les possibilités techniques de notre système d'information au sein du Réseau Louis Guilloux. Par ailleurs, les structures demandeuses ne sont pas équipées pour la majorité d'entre elles.

Une permanence téléphonique pour la prise de rendez-vous est ouverte :

- du lundi au jeudi de 9h à 13h et de 14h à 17h
- le vendredi de 9h à 13h et de 14h à 16h.

Les demandes de rendez-vous peuvent également être formulées via le site internet.

Organisation du pôle et partenariats : Une responsable de pôle (0,8 ETP), 2 secrétaires (1,3 ETP)

Le pôle d'interprétariat est composé de **20 interprètes** salariés de l'association en **20 langues**.

Les langues disponibles sont :

- Albanais
- Anglais
- Arabe
- Bambara
- Dari
- Farsi
- Géorgien
- Malinké
- Mongol
- Ourdou
- Pachto
- Portugais
- Roumain
- Russe
- Serbe
- Somali
- Soninké
- Soussou
- Turc
- Ukrainien

Partenariats

Le pôle interprétariat a signé des conventions avec 22 structures et a répondu à 2 appels d'offres (CHU Rennes et OFII).

Les partenaires financiers du Pôle Interprétariat sont l'ARS, le Conseil départemental et le Projet de Réussite éducative et la ville de Rennes.

En Ille et Vilaine (35) : 12 conventions (AUB Dialyse, ADOMA PRAHDA Le Rheu, CHU Rennes, CHGR Rennes, Coallia, OFII, GIP FAR, Réussite éducative de Rennes et de Redon, Collège Landry et Emile Zola et le Foyer "les enfants de la Rochebonne" à St Malo).

Dans le Morbihan (56) :

3 conventions (Conseil départemental 56, CHBS de Lorient et EPSM Charcot à Caudan).

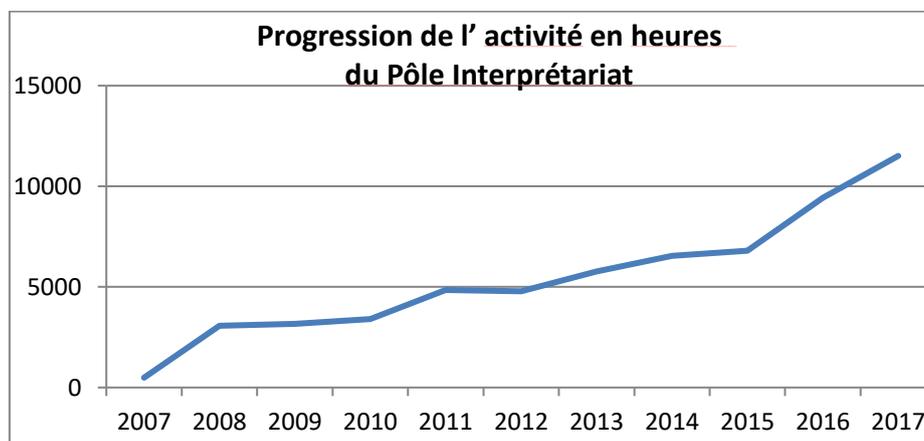
Dans le Finistère (29) :

3 conventions (CHRU de Brest, Point H AGEHB et EPSM Gourmelen de Quimper).

Dans les Côtes d'Armor (22) : 4 conventions (ADALEA à St Brieuc, Fondation St Jean de Dieu de Dinan / St Brieuc, Fondation Bon sauveur de Begard et le CH de St Brieuc).

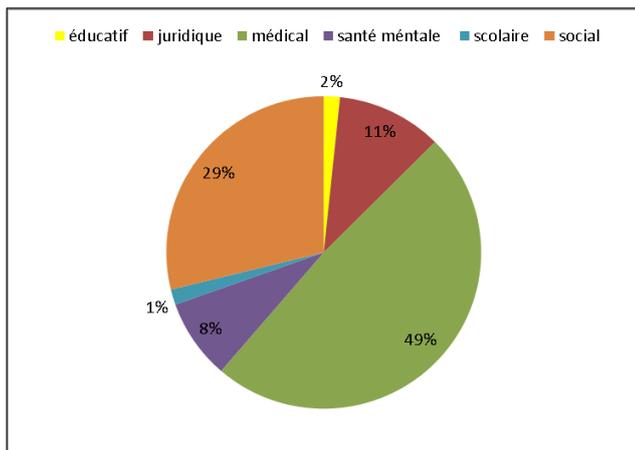
L'évolution de l'activité du Pôle Interprétariat en 2017

Comme présenté sur le graphique ci-dessous, nous pouvons voir que l'augmentation du nombre d'heures d'interprétariat s'est accentuée dans les dernières années avec un doublent des heures entre 2015 et 2017. Ceci est dû en grande partie au développement de l'interprétariat sur la région Bretagne, à la répartition nationale des demandeurs d'asile dans les suites du démantèlement du bidonville de Calais et aux arrivées en provenance des « hot spot » européens.

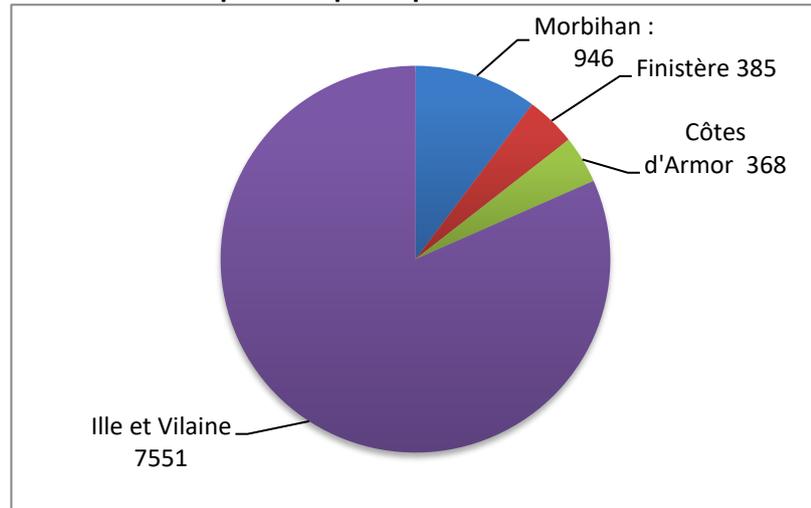


	2015	2016	2017
Nombre d'heures au total	6 793 heures	9 436 heures	11 512 heures
dont par téléphone	374 heures	1 328 heures	2 153 heures (18 % de l'activité)
% d'augmentation d'activité en 1 an	+ 4%	+ 39%	+ 22%

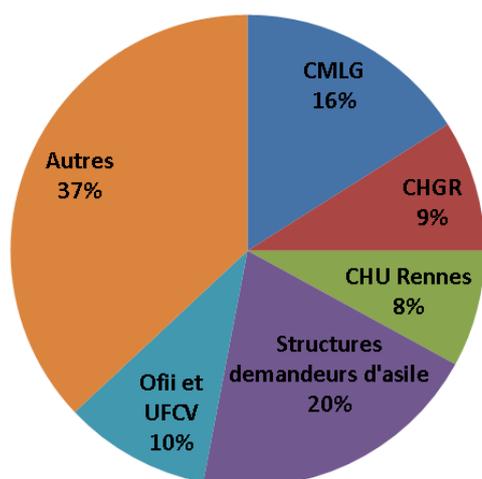
Répartition par domaine d'intervention en 2017



Répartition par département en 2017



Les structures sollicitant le Pôle Interprétariat en 2017



Structure	Nombre d'interventions	Nombre d'heures	Durée moyenne	En % du total des demandes en 2017
CMLG	1979	1885	50 min	16%
CHGR	1240	1029	45 min	9%
CHU Rennes	964	921	50 min	8%
Coallia	1179	1587	1h20 min	14%
AMISEP (56 et 22)	350	383	1h05 min	3%
Sauvegarde 56	230	335	1h25 min	3%
OFII	172	674	4h	6%
UFCV	55	410	7h30	4%

Depuis 2010, le Pôle Interprétariat du Réseau Louis Guilloux fait partie du groupe de travail national avec les 8 autres associations afin de faire reconnaître et valoriser le métier d'interprète médico-social. Dans ce cadre, nous avons rédigé et signé une Charte d'interprète médical et social en France et avons travaillé en collaboration avec la HAS sur le référentiel des compétences des interprètes⁸.

c). Un dispositif régional d'appui aux professionnels : Le DATASAM⁹

Ce dispositif a un rôle d'appui **aux professionnels de santé et du social** sur l'ensemble de la région Bretagne afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes migrantes par :

- Le développement et l'animation de réseaux de professionnels (rencontres entre professionnels et institutions autour des parcours de soins et des difficultés rencontrées par les professionnels, de l'accès aux droits de santé, aide à la structuration de l'offre de soins...).
- Le développement du recours à l'interprétariat médico-social professionnel au sein des structures sanitaires et sociales de la région,
- La diffusion d'outils pratiques (imagiers, fiches traduites, protocoles médicaux...),
- L'organisation de colloques, formations ou soirées d'informations sur la santé des migrants (Accès aux soins des migrants primo-arrivants, Santé mentale, contexte géopolitique des pays de provenance des personnes migrantes,...).

Remarque : Le réseau Louis Guilloux est Centre de Formation mais n'est pas reconnu comme « organisme de formation de DPC » (Développement Professionnel Continu) enregistré auprès de l'Agence nationale du DPC pour les professionnels de santé.

L'équipe est composée de 9 professionnels à hauteur de 2,8 Equivalents Temps Pleins pour l'ensemble de l'équipe. Cette équipe pluridisciplinaire comprend :

- une équipe régionale : médecin coordinateur, coordinatrice, charge de mission, secrétaire,
- un ou deux médecins coordinateurs sur chaque département de la région Bretagne.

Chaque médecin coordinateur a par ailleurs une activité de consultations dans le cadre de leurs autres fonctions professionnelles. Ces médecins sont ainsi rattachés à plusieurs secteurs d'activités : Centre hospitalier via le dispositif de Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou un centre de soins dédié, médecine générale en libéral, centre d'examen de santé de la CPAM, centre de santé associatif...

⁸ Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. HAS. Octobre 2017

⁹ Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants en Bretagne

Expérimentation test sur 3 mois en 2016 :

Dans le cadre de l'arrivée importante de personnes migrantes venant de camps de réfugiés en Grèce, le Réseau Louis Guilloux a organisé et financé¹⁰ des consultations de bilans réalisées par un groupe de médecins généralistes libéraux volontaires de Vannes dans le département du Morbihan. Environ 150 consultations ont été organisées par 9 médecins libéraux différents

Autres atouts du territoire :

- Un réseau de médecins généralistes de ville déjà mobilisé :

Depuis l'ouverture du Centre Médical Louis Guilloux à Rennes, les médecins du centre effectuent un travail de « prospection » de médecins généralistes qui ont, soit une activité de consultation de personnes migrantes du fait de la localisation de leur cabinet proche d'un lieu d'hébergement soit un intérêt personnel pour cette pratique professionnelle. Le lien est fait lors de contacts téléphoniques, de soirées d'informations, d'échanges de protocole et d'adressage de patients. Dès lors, le RLG est en lien plus ou moins étroit avec une centaine de médecins généralistes.

De même il existe un lien historique avec certains des médecins de l'ASVB (Avenir Santé Villejean Beauregard) puisque certains médecins de cette association médico-professionnelle sont des anciens médecins consultants du RLG.

- Une inscription, au niveau local, du porteur du projet au sein du réseau de partenaires composé des structures sanitaires, médico-sociales et sociales de Rennes Métropole et du département 35.

Comme décrit dans la présentation du Centre médical Louis Guilloux (page 6) et dans le tableau page 26, le RLG a développé un certain nombre de collaboration sous forme de conventions avec des structures médico-sociales locales. En dehors de ces liens privilégiés, le RLG s'inscrit dans un travail partenarial avec toutes les structures d'accueil sanitaire et social du public précaire (structures médicales du droit commun (PMI, centres de vaccinations, CMP...), centres d'hébergement, CDAS, associations caritatives...).

- Une interconnaissance des acteurs et des collaborations existantes :

Au-delà du lien individuel qui existe avec les structures, le RLG s'inscrit également dans des réseaux médico-sociaux de la métropole, de la région Bretagne et au niveau national. Effectivement, le RLG participe par exemple aux rencontres :

- du SIAO 35 (Service Intégré d'Accompagnement et d'Orientation, travaillant sur l'insertion par l'hébergement du public précaire),
- de la FAS Bretagne (Fédération des acteurs de la Solidarité),
- du COREVIH (Coordination Régionale de lutte contre le VIH),
- de l'ODSE (Observatoire de la Santé des Etrangers)
- du groupe national pour l'interprétariat médico-social

Enfin, une des missions principales du dispositif régional DATASAM piloté par le Réseau Louis Guilloux est de mettre en lien les acteurs bretons et de travailler à l'interconnaissance et à la collaboration entre professionnels de santé et du social. En reprenant les chiffres de participants aux réunions ou formations organisés par le DATASAM en 2017, cela représente environ 500 professionnels.

¹⁰ avec une subvention ponctuelle de l'ARS Bretagne pour financer des consultations de bilans pour les migrants nouvellement arrivés en Bretagne et venant des bidonvilles de Calais/Grande-Synthe et des camps de réfugiés aux portes de l'Europe.

2. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

Les enjeux du projet

Une offre de consultation à adapter à une population spécifique :

La prise en charge médicale des personnes migrantes primo-arrivantes nécessite une organisation adaptée aux spécificités de ce public : barrière de la langue, méconnaissance du système de soins français et des droits sociaux, originaire de pays à forte endémicité pour certaines pathologies nécessitant des dépistages ciblés, etc.

Il est ainsi nécessaire de proposer des consultations longues en langue « maternelle » afin d'adapter la prise en charge médicale (compréhension et consentement éclairé du patient, dépistages ciblés...).

Mobiliser la médecine de droit commun pour ces consultations dédiées en appui d'une structure pivot :

Le projet s'inscrit dans une innovation organisationnelle en facilitant le recours à la médecine de ville en primo-intention pour les personnes migrantes après ouverture des droits à la sécurité sociale, qu'elles soient francophones ou allophones. La médecine de droit commun comprend à la fois les cabinets libéraux, les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires.

Pour ce faire, les médecins généralistes doivent être formés et être rémunérés de façon adaptée au temps que nécessite une telle consultation. La consultation correspond à un bilan global qui nécessite un interrogatoire et un temps d'examen clinique plus long. Par ailleurs, au-delà de la barrière de la langue quand elle est présente, le médecin doit créer un climat de confiance, expliquer, informer et s'assurer de la bonne compréhension du patient, compte tenu de ses éventuelles représentations culturelles, afin de pouvoir l'orienter vers un spécialiste et partenaire du RLG le cas échéant, et garantir au maximum l'observance du patient en cas de traitement.

Un appui organisationnel et technique par une structure pivot du territoire paraît toutefois indispensable pour faciliter cette prise en charge en première intention.

Le Réseau Louis Guilloux représentera cette structure pivot du fait de son expérience dans :

- la prise en charge des populations migrantes (Centre médical Louis Guilloux)
- l'interprétariat médico-social professionnel (Pôle Interprétariat)
- le développement et la coordination d'un réseau de partenaires (Dispositif DATASAM)

L'enjeu est de donner à tous les migrants primo-arrivants du territoire un égal accès aux soins avec un 1^{er} bilan de santé, qu'ils soient francophones ou non, qu'ils bénéficient de droits ouverts ou non.

Quels sont les objectifs du projet d'expérimentation ?

Trois objectifs essentiels conditionnent l'opérationnalité et l'efficacité du projet :

- ✓ Faciliter et coordonner les orientations des nouveaux arrivants vers les consultations par l'intermédiaire d'un secrétariat centralisé ;
- ✓ Développer l'accès à l'interprétariat en médecine de droit commun (médecine libérale, centres de santé, maison de santé pluridisciplinaires) par la mise à disposition d'interprètes médico-sociaux professionnels, la gestion des prises de rendez-vous et leur financement ;

- ✓ Proposer une prise en charge financière d'un temps de consultation adapté au profil des patients (consultation plus longue et complexe).

Pour ce faire, le projet a été construit suivant trois axes structurants :

- ✓ **AXE SANTE PUBLIQUE :**
Améliorer l'accès aux soins et le recours aux dépistages systématiques des personnes migrantes venant de pays à forte endémie pour certaines pathologies (VIH, hépatites, tuberculose...).
- Améliorer l'observance des traitements contraignants comme dans le traitement de la tuberculose, et éviter le développement de souches résistantes
- ✓ **AXE ECONOMIQUE :**
Améliorer la coordination entre professionnels soignants afin d'éviter les doublons de consultations et d'actes médicaux auprès de cette population et permettre la diminution du nombre de passages inappropriés aux urgences.
(Secrétariat centralisé, identification rapide d'un médecin traitant référent, ...)
- ✓ **AXE – APPUI aux professionnels / animation de réseau d'acteurs :**
« Outiller » les médecins libéraux pour leur permettre d'adapter leurs pratiques professionnelles à la spécificité de prise en charge médicale du public migrant
(Recours à l'interprétariat médico-social professionnel, formation, interconnaissance et travail en partenariat)

Décrire le projet d'expérimentation

Le projet consiste à organiser des consultations en langue maternelle pour les personnes migrantes au sein d'un réseau de médecine générale (cabinet libéral, centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire...).

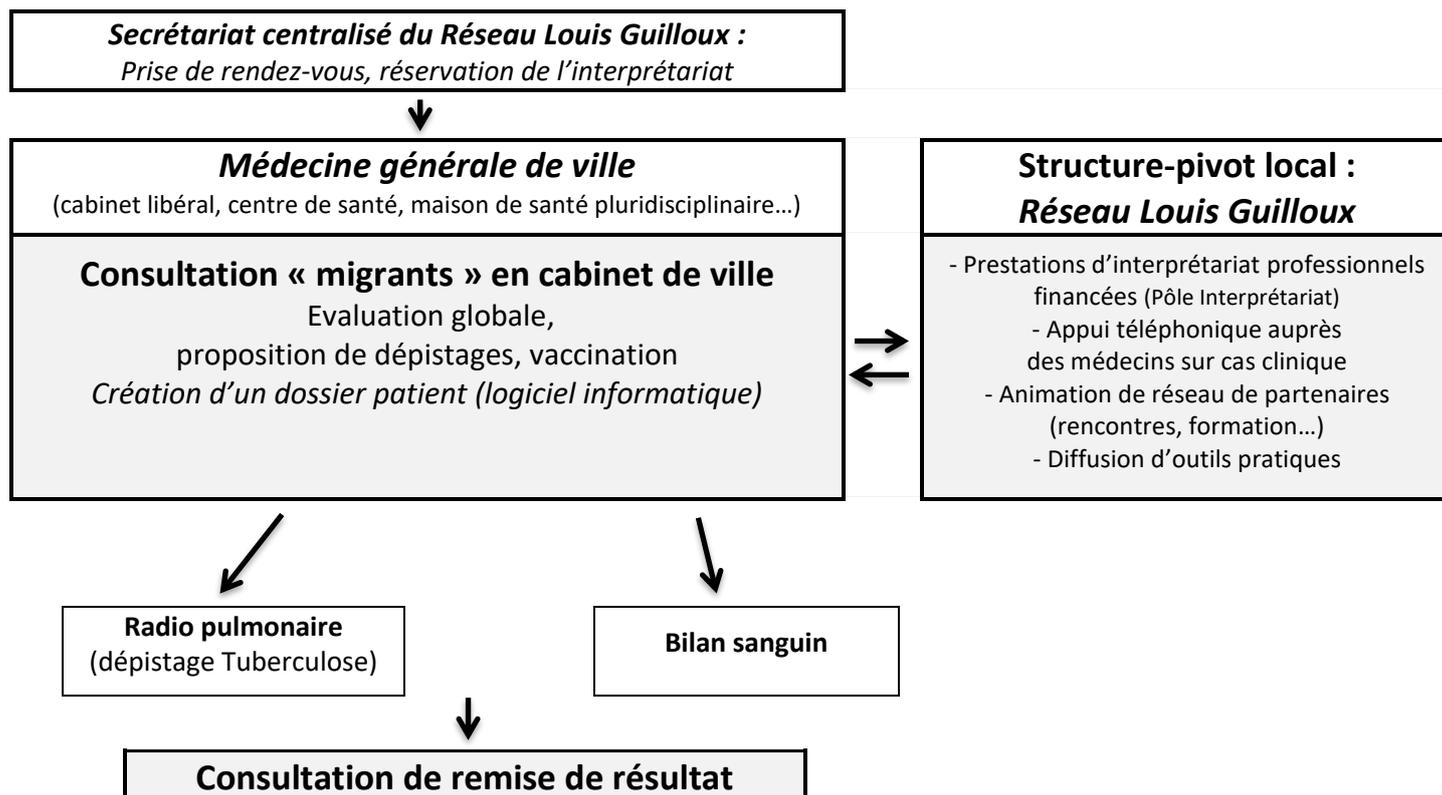
Cela fait référence à l'instruction DGOS du 08 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo- arrivants¹¹. Cette instruction privilégie l'identification de structure pivot et de professionnels de premier recours pour structurer un « premier accueil santé ».

Concrètement, les consultations seront :

- organisées par un secrétariat centralisé géré par le Réseau Louis Guilloux (structure pivot locale),
- réalisées sur des plages horaires fléchées par les médecins de ville, partenaires du projet,
- réalisées en présence d'interprètes professionnels du Pôle interprétariat du Réseau Louis Guilloux qui se chargera d'organiser et financer ces prestations.

¹¹ Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la **mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants** : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf. En fin de document, figure également l'**avis du Haut Conseil de Santé Publique relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants**.

Le schéma ci-dessous présente cette organisation :



En préalable, nous devons développer une **phase d'ingénierie de projet** qui va permettre de :

- Renforcer le réseau de médecins généralistes volontaires pour réaliser les consultations,
- Co-construire avec eux l'organisation et la mise en place de cette offre de consultation (détermination des créneaux de consultations en fonction de la disponibilité de chacun, couverture territoriale selon cabinet, conventionnement...),
- Organiser des rencontres et formations :
 - auprès des médecins, sur la santé des migrants et les modalités de prise en charge (travail avec interprètes, ouverture des droits de santé, dépistages à proposer...)
 - auprès des secrétaires des cabinets médicaux partenaires sur la dimension opérationnelle du projet
- Informer les professionnels orientant les personnes (centres d'accueil et d'hébergement des migrants) sur cette nouvelle configuration d'offre de consultations sur leur territoire.

La **mise en route opérationnelle** devra permettre de :

- ✓ **Financer le temps de consultation des médecins généralistes afin de tenir compte de sa complexité** : durée, spécificités...
Un partenariat devra s'établir avec la CPAM dans ce sens.

- ✓ **Financer le temps d'interprétariat professionnel** nécessaire aux consultations. L'interprétariat en présentiel sera assuré sur Rennes et les communes limitrophes. Au-delà de cette limite géographique, le recours à l'interprétariat se fera soit par téléphone ou en « visio » ou, en présentiel avec une majoration du coût lié au temps et aux frais de déplacements.
- ✓ **Développer, sur le territoire, des ressources pour animer et accompagner ce réseau de médecins consultants, à savoir :**
 - Développer et faciliter le recours à l'interprétariat médico-social professionnel auprès des médecins généralistes exerçant en cabinet de ville, centres de santé, maison de santé pluridisciplinaires,
 - Former les médecins pour développer leurs connaissances (Réunion autour de cas clinique / appui conseil à distance... cf. télé-expertise),
 - Organiser des rencontres entre partenaires (hôpital, médecine de ville et médico-social...),
 - Renforcer les temps de coordination (échanges avec la structure pivot pour avis/conseil sur pathologies spécifiques, participation staff ou autre type de rencontre).

Caractère innovant

- ✓ S'appuyer sur un réseau de médecins généralistes (cabinet libéral, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires) pour réaliser une offre de soins adaptée à une population et répondant à des enjeux de santé publique,
- ✓ Organiser un secrétariat centralisé pour la prise de rendez-vous de consultation et d'interprétariat,
- ✓ Développer un système d'informations partagées entre le réseau de médecins généralistes et le Réseau Louis Guilloux (e-santé dont messagerie sécurisée et DMP, télémédecine...),
- ✓ Renforcer le rôle de structure pivot du Réseau Louis Guilloux sur Rennes et son agglomération.

Le Réseau Louis Guilloux comporte déjà une activité de « structure pivot » autour de la coordination de professionnels en région Bretagne, principalement dans les départements hors secteur Rennes.

Grâce au projet, les fonctions de « structure pivot » pourront se développer et se renforcer auprès des médecins généralistes à travers :

- un appui à distance (mail, téléphone) pour échanger sur des cas cliniques entre un médecin généraliste se retrouvant en difficulté avec une prise en charge et un médecin référent rattaché à la « structure pivot » sur :
 - les protocoles médicaux (recommandations de dépistages, vaccinations...),
 - la connaissance du réseau de partenaires pour orienter vers le bon interlocuteur,
 - une problématique de prise en charge complexe...
- l'orientation vers des consultations spécialisées du RLG : médecin infectiologue ; psychologues (stress post traumatique)

- l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire à destination des professionnels soignants du droit commun : médecins généralistes ; médecins du Réseau Louis Guilloux ; personnel paramédical ; psychologues. Celles-ci se tiendront en fonction de la complexité des situations et feront l'objet d'un compte rendu.
- la création et la diffusion d'outils pratiques pour faciliter la prise en charge d'une personne migrante en cabinet de ville :
 - fiche pratique pour travailler avec interprète en consultation,
 - fiche d'information sur les droits de santé des migrants
 - guide annuaire avec les coordonnées du réseau de partenaires médicaux et sociaux ...

La diffusion se fera suivant plusieurs modalités :

Documents accessibles en ligne sur le site internet : rlg35.org

Envoi courriels

Remise des outils lors des rencontres en présentiel

- l'organisation de temps d'informations et de formation sur la santé des migrants.

Quelle est la population ciblée par le projet d'expérimentation ?

Typologie des personnes ciblées par le projet :

Profil des personnes reçues en consultation :

Personnes migrantes primo-arrivantes en situation de précarité :

- ayant des droits ouverts à la sécurité sociale,
- allophone ou francophone.

Pour rappel, au Centre médical Louis Guilloux, les patients allophones représentent 80 % de la patientèle reçue. (Rapport d'activité RLG 2017).

Professionnels ciblés :

- Médecins généralistes pour réaliser les consultations
- Réseau de partenaires du secteur médical (hospitalier, libéral et médico-social) et social (structures d'accueil et d'hébergement du public migrant/précaire) concerné par l'accueil et l'accompagnement du public migrant et précaire

3. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?

Impacts attendus

Pour l'amélioration du service rendu pour les usagers :

- Faciliter l'accès à une consultation de bilan à l'arrivée sur Rennes Métropole et ensuite sur le département (meilleure équité dans l'accès aux soins) ;
- Bénéficier d'une consultation longue de 1^{er} accueil par des professionnels sensibilisés ;
- Améliorer la compréhension des actes médicaux proposés par le médecin et des résultats d'examens ;
- Faciliter l'accès à un médecin traitant pour la suite du suivi médical.

Pour l'organisation et pratiques professionnelles :

- Développer le recours à l'interprétariat professionnel en médecine de droit commun,
- Améliorer les connaissances sur les protocoles médicaux/pathologies/dépistages à adapter à la spécificité du public migrant,
- Améliorer l'interconnaissance entre professionnels d'un même territoire et ainsi favoriser le travail de partenariat entre le secteur hospitalier, libéral, médico-social et social.

Pour l'efficience des dépenses de santé :

- Réduire les doublons de consultations et d'actes médicaux (car meilleure coordination entre soignants et meilleure compréhension du patient concernant ce qu'on lui propose au cours de son parcours de santé),
- Réduire les passages aux urgences pour des besoins de consultations non-urgentes.

4. Durée de l'expérimentation envisagée (maximum 5 ans)

Quelle est la durée envisagée du projet d'expérimentation proposé ?

La durée de ce projet est de 5 ans à compter de la date de publication de l'autorisation régionale.

La durée initialement envisagée pour le projet est de 4 ans. Nous souhaitons prolonger l'expérimentation de 1 an, soit 5 années au total, c'est-à-dire jusqu'en Juillet 2024, pour deux raisons :

- Le contexte sanitaire a ralenti le déploiement du dispositif et il y a un an de décalage entre la 1^{ère} année entière de fonctionnement du dispositif effective (en 2021) et ce qui était prévu (en 2020).
- Nous souhaitons pouvoir tester sur une période suffisante le nouveau modèle. Ce temps nous permettra aussi de réfléchir aux modalités permettant la généralisation du dispositif.

Quel est le planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation ?

Phase d'ingénierie de projets (12 mois) – financement FIR

Renforcer le réseau des médecins – informations et formations auprès des partenaires.

Démarrage des consultations sur un volume de 500 consultations (220 patients) pour la 1^{ère} année.

Dans le projet initial, nous prévoyions une montée en charge du dispositif sur 4 ans. Il faut noter qu'il s'agit bien de prévisions même si nous avons, pour la première année, déjà identifié des médecins volontaires pour s'inscrire dans cette expérimentation. Pour la 4^{ème} année, l'expérimentation devait être étendue à l'échelle du département. Dans la pratique, dès la 2^{ème} année nous avons élargi l'expérimentation en dehors du département d'Ille-et-Vilaine en fonction des besoins sur des territoires où il y avait des structures d'hébergement de personnes migrantes et des médecins intéressés pour les accueillir.

Le tableau ci-dessous renseigne la projection d'activité pour les 5 années du projet :

	Créneau de consultation dédiée dans le cadre du projet	Estimation de mobilisation de médecin généraliste	Réalisation et projection
La 1 ^{ère} année (2019)	1 journée par semaine (10-15 consultations)	6 médecins	Aout à Décembre 2019 : Recrutement de l'équipe
2 ^{ème} année (2020)	1.5 journées par semaine (15-20 consultations)	10 médecins	Mars 2020 : Lancement du projet 24 médecins partenaires
3 ^{ème} année (2021)	2 journées par semaine (20-30 consultations)	16 médecins	34 médecins partenaires
4 ^{ème} année (2022)	3 journées par semaine (40-45 consultations)	20 médecins	37 médecins partenaires
5 ^{ème} année (2023/Juillet 2024)			40 médecins partenaires

Phase opérationnelle par année (48 mois au total)

- Montée en charge des consultations dans les cabinets de médecine générale avec interprètes.
- Organisation de temps de groupe d'analyse de pratiques, d'informations (soirée, mailing) et formation.

5. Champ d'application territorial proposé :

A l'origine le projet concernait uniquement le territoire de Rennes Métropole, pour être étendu, la 4^{ème} année de l'expérimentation au niveau départemental. A l'issue de l'expérimentation, celui-ci pouvait être adapté et étendu à l'échelle régionale.

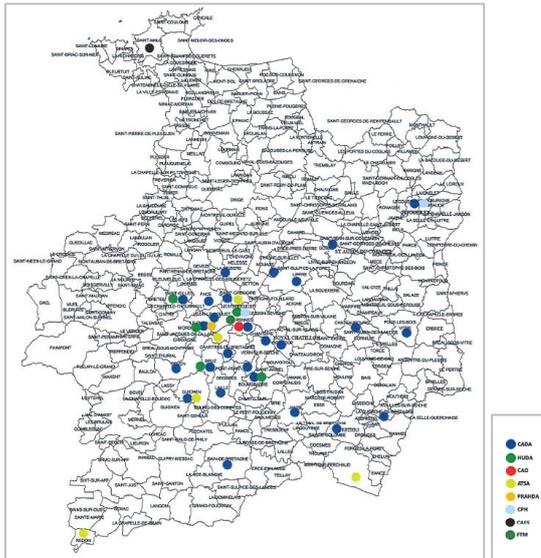
Dans les faits, le projet s'est étendu dès la deuxième année au-delà du département d'Ille-et-Vilaine, à proximité de structures d'accueil de personnes migrantes. Le territoire d'expérimentation est donc régional (Région Bretagne).

Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

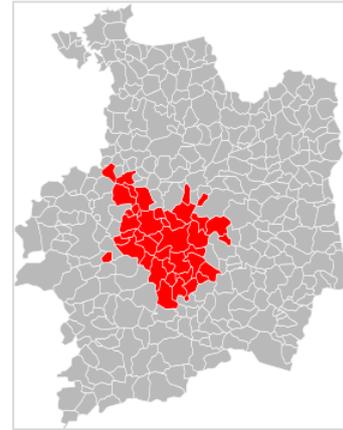
En Bretagne, Rennes Métropole représente le territoire où sont présents le plus grand nombre de personnes migrantes.

En effet, tout comme nous l'avons présenté plus haut (*partie état des lieux*), l'Ille et Vilaine représente le département où se concentre le plus grand nombre de places d'hébergements dédiées à la population migrante. Voici ci-dessous les différentes cartes représentant le département avec la répartition des places d'hébergements dédiés aux migrants et financés par l'Etat.

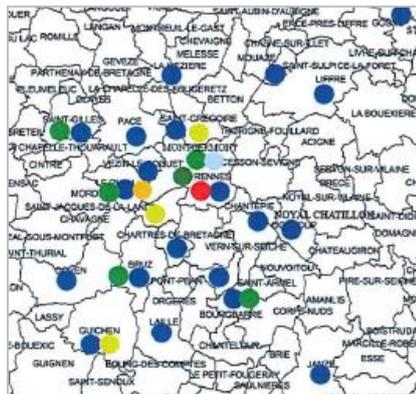
Répartition des hébergements dédiés migrants en Ile et Vilaine (Préfecture de Bretagne – Juillet 2018)



Carte du département d'Ille et Vilaine et de Rennes Métropole (en rouge)



Focus sur Rennes métropole (Préfecture de Bretagne – Juillet 2018)



Carte de Rennes métropole



Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

a. Médecins démunis quant à la prise en charge et l'orientation des patients

Une étude récente de la DREES¹ met en évidence le fait que les **médecins généralistes libéraux estiment que c'est leur rôle d'adapter leur relation avec un patient en situation de vulnérabilité (90%)** pour prendre en charge des personnes précaires et notamment migrantes mais qu'ils font face à trop de freins qui les poussent fréquemment à refuser ces nouveaux patients.

Effectivement ce sont des consultations chronophages et nécessitant pour un certain nombre d'entre elles le recours à un interprète qui, s'il n'est pas professionnel, pose le problème de la confidentialité et de la qualité de la traduction notamment pour les termes médicaux.

Les médecins généralistes soulignent aussi le manque de coordination entre le médical et le social, la surcharge administrative et la difficulté d'orienter vers d'autres professionnels, médicaux ou

sociaux, par manque de lisibilité du réseau sanitaire local et la méconnaissance des bons interlocuteurs. **Plus de la moitié des médecins interrogés (54%) ne se sentent pas suffisamment formés pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.** Les médecins généralistes qui ne reçoivent pas régulièrement des migrants n'ont en général aucune connaissance sur les droits sociaux des patients en fonction de leur titre de séjour, sur les modalités d'accueil et sur l'accompagnement social dont bénéficient (ou pas) les migrants. Seul un petit nombre connaît le lien entre la régularité du séjour et la CMU, l'irrégularité et l'AME, la particularité des ressortissants européens, et les délais d'ouverture des droits. Ils peuvent accepter les premiers patients qui viennent dans leur cabinet, mais vont être dépassés assez vite par ces problèmes administratifs qui entravent leur remboursement de consultations.

Outre l'accès aux soins, **la prise en charge médicale des migrants primo-arrivants constitue une pratique spécifique,** nécessitant des compétences en matière de médecine générale, de pathologies infectieuses et tropicales et de santé mentale. Effectivement, il existe des particularités médicales en lien avec l'épidémiologie de certaines pathologies notamment infectieuses dans les pays d'origine : 90% des migrants arrivant en Bretagne proviennent de pays à forte ou moyenne endémicité pour les hépatites B (Afrique Sub-saharienne, Mongolie, Chine) et C (Asie centrale, pays du Caucase), il en est de même pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou la tuberculose (pour les années 2015 et 2016, près de la moitié des cas de tuberculose dans l'Ille et Vilaine ont été diagnostiquées chez des personnes nées à l'étranger). Le dépistage et la prise en charge de ces pathologies sont ainsi une nécessité de santé publique à la fois pour améliorer le pronostic pour les patients mais également pour limiter leur potentiel transmissible. Sur le plan psychiatrique, la pratique est aussi spécifique : c'est la clinique des stress aigus et chroniques, des traumatismes et de la torture associés à la clinique de l'exil pour un grand nombre de migrants primo-arrivants, notamment parmi les demandeurs d'asile.

Le Réseau Louis Guilloux, en tant que « structure pivot » propose aux médecins des **soirées d'information et de sensibilisation** afin de lever les obstacles administratifs, clarifier le réseau sanitaire social, présenter les modalités de travail avec interprète professionnel, proposer des protocoles de dépistages, informer sur la particularité épidémiologique en fonction du pays d'origine et donner quelques clés sur l'abord de la problématique de la santé mentale. Les professionnels du Réseau Louis Guilloux se proposent aussi en appui voire même en recours pour recevoir des patients en consultation si les professionnels font face à des situations trop complexes.

Par ailleurs, dans les cas de besoins de **transfert d'informations médicales** entre les professionnels du département voire même de la région autour de dossiers de patients qui continuent à « migrer » au sein de la Bretagne, les médecins du Réseau Louis Guilloux et les médecins coordinateurs du DATASAM de l'ensemble de la Bretagne peuvent être facilitateurs par des échanges via les messageries sécurisées e-santé et celles des Centres Hospitaliers et via le développement de l'usage du DMP.

b. Des orientations vers des services de soins parfois inappropriées

Plusieurs critères entrent en jeu autour de la question de l'accès aux soins du public migrant :

1. **La diversité du public** : lorsque nous parlons de « migrants », cela renvoie à une diversité dans le profil de la personne : absence ou non de couverture maladie, barrière de la langue, degré de connaissance du système de santé français...
2. **La différence d'offre de soins en fonction du territoire** : il n'existe pas les mêmes dispositifs d'accueil et de soins selon les villes et départements (ex : centre de soins accessibles aux personnes sans droit de santé).

C'est donc en fonction de ces paramètres et selon le motif médical que pourra être déterminé le recours à tel ou tel dispositif de soins : Urgences de l'hôpital, médecine générale, dispositifs de dépistage, centre de santé dédié...

Les professionnels orienteurs doivent ainsi évaluer *a minima* la situation de la personne mais aussi bien connaître le rôle de chaque dispositif de soins pour orienter au mieux le patient.

Au vu de la complexité de l'exercice pour les professionnels orienteurs mais également de la différence d'offre de soins selon les territoires, les professionnels de soins remontent régulièrement des erreurs d'orientations vers leurs services.

Prenons l'exemple du service des Urgences d'un centre hospitalier :

Mr X, originaire de Syrie, est arrivé depuis 3 mois en Bretagne. Hébergé par l'Etat sur un dispositif pour demandeurs d'asile, Mr X est accompagné par un professionnel et a une couverture santé Maladie (CMU-CMU-C). Mr explique à son référent social qu'il est diabétique non insulino-dépendant et son traitement se termine dans quelques jours.

Vers qui orienter Mr pour renouveler son traitement ?

Sachant que Mr a une couverture maladie, une orientation vers un médecin généraliste est envisageable. Toutefois, Mr ne maîtrise pas la langue française. Le Travailleur social a appelé plusieurs cabinets de ville sans obtenir de rendez-vous. Le principal motif de refus est la barrière de la langue. Mr est alors orienté aux Urgences du Centre hospitalier.

Problématique > Orientation aux Urgences pour un motif de consultation non urgent
Enjeu du projet > Limiter le recours inapproprié aux Urgences en améliorant le parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes

Nous pouvons également mentionner le recours aux Urgences par la population migrante au CHU Pontchaillou de Rennes :

En 2017, sur les 713 personnes pris en charge par le service social des Urgences du CHU, 251 personnes étaient migrantes, soit 35 %.(une part seulement relève d'une orientation inappropriée)

c. Le parcours de santé d'une personne migrante : Un risque de doublons d'examens à ne pas négliger

Une personne migrante peut présenter une diversité de profils comme nous l'avons décrit plus haut. Ce profil peut également évoluer dans le temps au cours de son *parcours administratif* :

Une personne peut être, à son arrivée en France, en situation « irrégulière », sans droit de santé... Quelques semaines plus tard, elle peut être en procédure de demande d'asile, obtenir une couverture maladie et être insérée dans un dispositif d'hébergement financé par l'Etat... Et quelques mois plus tard, elle peut obtenir son statut de réfugié à l'issue de sa demande d'asile ou se retrouver dans une situation « irrégulière » si elle est déboutée du droit d'asile.

Ce parcours administratif a donc un fort impact sur :

- l'accès aux droits de santé et donc aux soins ;
- la mobilité géographique (en fonction des possibilités d'hébergement) ;
- la multiplication des professionnels prenant en charge à un moment donné la personne migrante.

De nombreux professionnels de santé avec qui le Réseau Louis Guilloux travaille (via le centre médical Louis Guilloux et le dispositif régional DATASAM) remontent la problématique du doublon d'examen. Les médecins indiquent en effet que :

- ✓ ne sachant pas quel dépistage a été fait au patient avant son arrivée dans leur service, ils proposent des dépistages au risque de faire des doublons d'examens (bilan sanguin, radio pulmonaire, vaccination...),
- ✓ lorsque la personne quitte la ville, le médecin n'en est pas informé, donc il n'a aucun moyen de faire un relai médical.

A noter que le Dossier Médical Partagé (DMP) ne peut être dans l'état actuel des choses une solution pour que les médecins aient accès aux antécédents de bilans et de prescriptions médicales car la très grande majorité des migrants primo-arrivants ont pendant 1 à 2 ans un numéro temporaire de sécurité sociale. Or, il n'est pas possible de créer un compte AMELI avec un numéro de sécurité sociale provisoire, et donc l'accès au DMP est impossible pour les patients concernés par ce projet.

Prenons trois exemples pour illustrer ces éléments :

Exemple 1 : Mr X, soudanais, est arrivé sur Rennes il y a quelques mois. Il a déposé une demande d'asile et est en procédure dite Dublin¹². L'association gérant cet hébergement a créé un partenariat avec le Centre d'Examen de Santé (CES) de la CPAM à Rennes ; les travailleurs sociaux orientent systématiquement toute nouvelle personne pour un bilan de santé complet. Mr X a ainsi un rendez-vous prévu dans 2 semaines au Centre d'examen de santé. Parallèlement, à la demande de Mr, le travailleur social l'a orienté au centre médical Louis Guilloux de Rennes pour une consultation de médecine générale pour un motif de consultation sur symptôme¹³. Lors de cette consultation sur symptôme, le centre médical propose au patient un bilan de son état de santé (bilan sanguin, une radio pulmonaire ainsi que la vaccination).

¹² Procédure DUBLIN : personne identifiée dans un autre pays de l'Union Européenne avant son arrivée en France (prise d'empreintes) → La France demande la ré-admission de cette personne vers ce pays pour qu'il instruisse sa demande d'asile.

¹³ le patient étant malade, le centre médical Louis Guilloux propose des consultations de médecine générale comme tout centre de santé.

Problématique > Doublon de bilan proposé au patient

Enjeu du projet > Améliorer la coordination du parcours de santé des personnes migrantes par le renforcement de la communication auprès des partenaires pour expliquer l'organisation de ce parcours (rencontres, soirée d'informations, documents écrits pour préciser les missions de chacun)

Exemple 2 : Mme X, venant d'Albanie, a déposé une demande d'asile il y a quelques mois. Elle est hébergée dans un dispositif d'hébergement pour demande d'asile sur Rennes. Elle a été suivie par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU de Rennes puis par un médecin généraliste de ville. Lors de son suivi médical, elle a fait plusieurs examens : bilan sanguin, radio pour le dépistage de la tuberculose... Elle apprend que sa demande d'asile est refusée, elle doit donc quitter son hébergement actuel. En situation irrégulière à présent, elle se rapproche du réseau de compatriotes pour trouver une solution d'hébergement. On lui propose d'aller dans un département voisin, à Lorient, là où la famille X pourra l'héberger quelques temps. Elle n'informe aucun professionnel de santé qui l'a suivie par manque de temps et par crainte d'indiquer où elle sera hébergée puisqu'elle est maintenant en situation « irrégulière ».

Mme X est aujourd'hui accompagnée par une bénévole d'une association caritative sur Lorient. La bénévole lui propose rapidement de rencontrer un médecin dans un centre de santé de l'hôpital. Le rendez-vous est lundi prochain, dans 1 semaine. En attendant, la bénévole accompagne Mme au CEGIDD pour réaliser un dépistage anonyme et gratuit du VIH-Sida, des hépatites B et C ou d'autres infections sexuellement transmissibles. Elle retournera chercher ses résultats dans 4 jours. Lundi arrive, Mme se rend au Centre de santé pour son rendez-vous. Comme pour tout migrant primo-arrivant sur la ville, le médecin lui propose un bilan sanguin, une radio pour le dépistage tuberculose, vaccination...

Problématique > Faute de relais médical possible, doublons de bilans proposés à la patiente

Enjeu du projet : Outiller et former les médecins généralistes à cette problématique de mobilité géographique pour les patients (DMP ou outil régional : carnet de santé remis au patient)

Exemple 3 : Mme X, venant de Géorgie, vient de déposer une demande d'asile sur Rennes auprès du Service Premier Accueil (guichet d'accueil pour les demandeurs d'asile).

Lors de son rendez-vous, elle explique au travailleur social qu'elle est malade et qu'elle aimerait rencontrer un médecin. Le professionnel lui prend un rendez-vous chez un médecin généraliste en ville dans le cabinet le plus proche de son lieu d'habitation.

Mme X est hébergée chez un compatriote. Elle lui parle également de son besoin de voir un médecin au plus vite. Il lui parle d'un centre médical où sont présents des interprètes pour traduire en consultation. Il est lui-même allé dans ce centre médical lorsqu'il est arrivé à Rennes. Ils prennent ensemble un rendez-vous. Mme a rendez-vous dans 4 jours au Centre médical Louis Guilloux.

Le professionnel du Service Premier Accueil et le compatriote ont orienté Mme pour un même motif de consultation vers deux lieux de consultations différentes.

Problématique > Doublon de prise de consultations pour la même patiente.

Enjeu du projet : Améliorer la lisibilité de l'organisation du parcours de santé des migrants auprès des partenaires orienteurs vers les consultations (secrétariat centralisé pour les demandes de rendez-vous) et renforcer le partenariat entre le centre médical Louis Guilloux et les cabinets de médecine générale de ville

Concernant les outils numériques au démarrage du projet, les échanges se feront point à point par messagerie sécurisée. Une fois le projet en phase opérationnelle, les besoins en terme d'outils seront travaillés de façon approfondie avec les acteurs, de façon à équiper à partir de la 3^{ème} année, en cohérence avec la stratégie régionale, le réseau et ses partenaires de l'outil de gestion des parcours « GWALENN » proposé par le GCS Esanté Bretagne dans le cadre de l'instruction E-parcours DGOS (avril 2017 « Services Numériques d'Appui à la Coordination»). Voir annexe 1 sur description GWALENN.

d. Activité du centre médical Louis Guilloux :

L'augmentation de l'activité du centre médical Louis Guilloux déjà décrit précédemment induit des **délais de prise de rendez-vous pouvant atteindre deux mois**. Ceux-ci ne sont pas compatibles avec la mobilité géographique des personnes primo-arrivantes et l'organisation actuelle de leur accueil et hébergement par l'Etat sur le territoire.

e. La barrière de la langue : frein majeur pour l'autonomie des personnes

Face à l'impossibilité d'avoir recours à l'interprétariat en médecine de ville, **les personnes ne peuvent pas être actrices de leur parcours de santé faute de compréhension suffisante lors des consultations** (explication d'un traitement, dépistages proposés et remise de résultats...);

A l'occasion d'une soirée d'information à destination des médecins généralistes d'Ille et Vilaine, organisée par le Réseau Louis Guilloux, nous avons diffusé en décembre 2018 un questionnaire aux participants afin de recenser les principaux obstacles rencontrés par ces professionnels dans la prise en charge des patients migrants. Sur un échantillon de 17 enquêtés, la difficulté principale qui ressort concerne **la complexité organisationnelle et le caractère chronophage** de telles consultations, notamment du fait de la **barrière de la langue**.

Face à ces obstacles, les professionnels sont demandeurs : de temps et d'accès à l'interprétariat professionnel, à des outils traduits, mais aussi à davantage de connaissances des partenaires sociaux et médico-sociaux ainsi que du parcours administratif et juridique des migrants (Fiches ressources, site internet du RLG, document de synthèse de présentation des partenaires avec coordonnées, carte des hébergements migrants, schéma du parcours administratif, fiche synthèse des droits santé...).

Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	Oui	Projet dimensionné à l'échelle de Rennes Métropole dans une première étape de l'expérimentation puis étendu au département 35.
Régional	OUI	Souhait d'extension du projet au niveau régional
Interrégional	Non	
National	Non	

6. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...), Préciser les coopérations existantes
Porteur :	Association « Réseau Louis Guilloux » 12 ter avenue de Pologne 35200 Rennes 02 99 32 47 36	Dr Jean Marc Chapplain Président du Réseau Louis Guilloux Jean-marc.chapplain@chu-rennes.fr Patrice Preter Directeur du Réseau Louis Guilloux p.preter@rlg35.org Dr Didier Michel Directeur Médical du Réseau Louis Guilloux d.michel@rlg35.org	
Partenaires du projet d'expérimentation :	<i>Les contacts sont en cours d'élaboration pour le projet</i> Médecins généralistes de Rennes et Rennes Métropole. L'association santé Villejean Beaugard Appui Santé Pays de Rennes (PTA). PASS-CHU. CHGR CPAM Conseil Départemental Structures d'accueil et d'hébergement		Partenaires effecteurs de soins ; Partenaires « adresseurs » ; Partenaires relais pour la prise en charge. Existence de conventions avec certains des partenaires.

Partenaires	Nature de la collaboration	Convention
Centre hospitalier universitaire de Rennes – Pontchaillou (CHU)	<ul style="list-style-type: none"> - Permanence de la PASS au centre médical Louis Guilloux pour des consultations avec patients sans droits de santé (médecin et assistant.e social.e) - Prestations d'interprétariat professionnel au sein du CHU via le Pôle Interprétariat du Réseau Louis Guilloux 	X
Centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR)	<ul style="list-style-type: none"> - Staff médico-psychologique du Centre médical Louis Guilloux associant l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité du CHGR - Permanence de l'EMPP dans les locaux du Réseau Louis Guilloux - Prestations d'interprétariat professionnel auprès des centres médico-psychologiques (CMP) de secteur via le Pôle Interprétariat du Réseau Louis Guilloux - Groupe de travail sur le recours de l'interprétariat en santé mentale associant l'EMPP 	X
Centre d'examen de santé de la CPAM	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de bilans sanguins pour les patients sans droits de santé orientés par le Centre médical Louis Guilloux 	X
Appui Santé Pays de Rennes (Plateforme territoriale d'appui - PTA)	<ul style="list-style-type: none"> - Le Réseau Louis Guilloux est une partie composante de la PTA de Rennes comme l'atteste le procès-verbal de l'assemblée générale pour la constitution de la PTA Pays de Rennes. 	
CPAM	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance centre de santé du centre médical Louis Guilloux - Partenariat sur l'atelier sociolinguistique « Ma maternité en français » 	X
Coallia – Association d'hébergements pour migrants	<ul style="list-style-type: none"> - Passage infirmier du centre médical Louis Guilloux dans les structures d'hébergements pour organiser les dépistages auprès des personnes migrantes - Staff médico-psychologique du Centre médical Louis Guilloux associant une psychologue de Coallia - Groupe de travail sur le recours de l'interprétariat en santé mentale associant une psychologue de Coallia 	en cours
Conseil départemental Mineurs non accompagnés	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de consultations au Centre médical Louis Guilloux pour les mineurs non accompagnés accueillis par le Conseil départemental d'Ille et Vilaine 	X

Structures	Lettre de soutien au projet
Conseil Départemental 35	Accord Lettre transmise
Appui Santé pays de Rennes - PTA	Accord Lettre transmise
Centre Hospitalier Guillaume Régnier	Accord Lettre transmise
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes	Accord Lettre transmise
Association Santé Villejean Beauregard	Accord Lettre transmise
Coallia	Accord Lettre transmise

Mme **Catherine Chardin de la Direction Générale de la Santé** - Ministère des solidarités et de la santé soutient ce projet porté par le Réseau Louis Guilloux.

7. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X

8. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
<p>Limites du financement actuel (le 1^{er} point a d'ailleurs été identifié dans la publication de l'HAS d'octobre 2017 sur l'interprétariat dans le domaine de la sante)</p>	<p>Les consultations pour les migrants sont difficilement intégrées dans l'organisation actuelle de la médecine de droit commun pour plusieurs raisons :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La durée des consultations : celles-ci sont plus longues notamment parce qu'elles nécessitent le plus souvent la présence d'un interprète (au moins 2 fois plus longues qu'une consultation « classique » en médecine générale soit entre 30 et 40 minutes) : temps de traduction, temps d'échanges médecins-interprète. <ul style="list-style-type: none"> - ces consultations proposent une évaluation globale et des propositions de dépistages et d'actions de prévention (vaccination...) - les consultations ont souvent une spécificité voire une singularité clinique 2. Le recours et le financement de l'interprétariat (incluant les frais de déplacements ou frais de télécommunication/système de visio) 3. La coordination pour la gestion centralisée des RDV et le temps de coordination médicale pour l'appui aux médecins généralistes en cabinet.

<p><u>Dérogations de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade</i> • <i>Participation de l'assuré</i> 	<p>Il est envisagé de solliciter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Un forfait par patient</u> incluant le financement : <ul style="list-style-type: none"> - Le <u>temps supplémentaire</u> par rapport à une consultation classique (deux consultations majorées) - L'interprétariat + frais de télécommunication ou frais de déplacement - Une prise en compte financière des rendez-vous non honorés (12%) - 10% de frais de fonctionnement du projet • <u>Une dotation fixe du FISS</u> incluant le financement : <ul style="list-style-type: none"> - du coût secrétariat – coordination parcours patient (0,8ETP) - du coût appui médical – coordination parcours patient (0,05 ETP) <p>Remboursement sur la base d'un fichier récapitulatif adressé par le Réseau Louis Guilloux à la CPAM sur la base d'un forfait patient.</p>
---	---

9. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

9.1. Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion :

Profil des personnes reçues en consultation :

Personnes migrantes primo-arrivantes en situation de précarité :

- ayant des droits ouverts à la sécurité sociale,
- allophone ou francophone.

	Nombre de consultations prévues (à raison de 2 consultations par patient + consultations non honorées)*	Estimation initiale du nombre de patients	Réalisé ou projection
1 ^{ère} année (2020)	500	220 patients	133 patients
2 ^{ème} année (2021)	750	330 patients	230 patients
3 ^{ème} année (2022)	1000	450 patients	330 patients
4 ^{ème} année (2023)	2 000	900 patients	450 patients
5 ^{ème} année (Janvier-Juillet 2024)			280 patients
TOTAL	4 250	1 900 patients	1423 patients

*Au CMLG les rdvs manqués sont environ de 12%.

La montée en charge du dispositif a été surévaluée. Pour rappel, nous répondons à une demande qu'il est difficile à évaluer. Cette montée en charge moins importante peut tout de même s'expliquer par plusieurs raisons :

- En 2020, les frontières ont été fermées dans le contexte de la crise sanitaire et l'arrivée des personnes migrantes a été beaucoup moins importante. Une baisse de 52% du nombre de demandeurs d'asile a été relevée en 2020 d'après les chiffres de la Préfecture de Rennes
- D'autre part, le délai de carence de 3 mois empêche certaines personnes d'être éligibles à notre dispositif ; en attendant, elles s'orientent vers des lieux de soins accessibles sans droits de santé (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, Centre médical du Réseau Louis Guilloux). Une fois la prise en charge débutée dans ces centres, elles ne sont plus éligibles dans CIME.

9.2. Estimation financière du modèle économique initial

Le principe du modèle économique réside dans l'estimation d'une tarification forfaitaire par patient pour les consultations de migrants vus par les médecins généralistes en cabinet de ville et destiné à rémunérer :

- Le temps supplémentaire par rapport à une consultation classique
- Le coût de l'interprétariat + frais de télécommunication ou frais de déplacement
- Le temps de coordination (secrétariat + médical)

Ces coûts sont détaillés dans le point 10 (modalités de financement du projet)

Le forfait dérogatoire comprend 2 consultations par patient, et intègre les consultations non honorées dont il faudra supporter le coût.

Le forfait cible, c'est-à-dire celui de la 4^{ème} année d'expérimentation, est évalué à **214,4 euros** par patient et par an. Le montant du forfait cible pourra être diminué si la réévaluation des besoins en coordination médicale et administrative dédiés au projet montre que les besoins avaient initialement été surestimés. La réévaluation aura lieu au plus tard au premier semestre 2021.

L'évolution du coût du forfait lors des 4 années d'expérimentation est détaillée dans le point 10

Calcul du coût forfait/patient	Coûts 4 ^{ème} année sur la base de 900 patients	Répartition en %
Coût interprétariat	76 000 €	39,4 %
Coût majoration consultation en sus des 25 € pris en charge par le droit commun	50 000 €	26%
Coordination médicale et administrative	67 000 €	34,7 %
Total	193 000 €	100 %
Coût forfait/patient	<u>214,4 €</u>	

9.3 Estimation financière du nouveau modèle

Le modèle de financement proposé est un modèle mixte (forfait patient et dotation fixe du FISS). Il sera applicable à compter du 01/02/2023.

- **Calcul du nouveau forfait patient**

Coût interprétariat sur la base d'un coût forfaitaire par heure	38€
Coût majoration médecin pour une consultation	25€
Majoration rdv non honoré (12% en euros) pour une consultation	7,5€
Total pour une consultation	70,5€
Total forfait (pour deux consultations)	141€

- **Calcul de la dotation fixe du FISS**

	2023 (prévisionnel) 450 inclusions	2024 (prévisionnel) 280 inclusions
Dotation FISS	52 310 €	30 523 €
Coordination secrétariat (0,8ETP)	32 000 €	18 660€
Coordination médicale (0,05ETP)	5 210 €	3 060 €
Frais de fonctionnement* (cf tableau ci-dessous)	15 100 €	8 803 €

* Frais de fonctionnement (FISS)	2023	2024
Fonction support	5 900 €	3 442 €
Charges locatives	4 300 €	2 503 €
Frais postaux-SI	2 300 €	1 342 €
Achats	400 €	233 €
Déplacements	700 €	408 €
Divers	1 500 €	875 €
Total	15 100€	8 803 €

- **Financement en CAI**

Dans le cahier des charges initial le financement FIR prévoit :

- Le coût d'un.e chargé.e de mission pour accompagner la mise en place et le suivi du projet : communication auprès des partenaires, recrutement nouveaux médecins dans le réseau, mise à disposition de données de qualité et exhaustives, rédaction de livrables dans le cadre de l'évaluation pilotée par la CNAM et la DREES,...
- le coût de l'aménagement des postes d'interprétariat téléphonique avec une salle dédiée et insonorisée (investissement) ;
- le coût nécessaire pour l'adaptation d'un logiciel pour l'interprétariat (investissement);
- le coût pour la mise en service de la connexion fibre (investissement)
- les frais de fonctionnement :
 - abonnement fibre et adaptation de la capacité du système d'information avec la nécessité d'avoir un 2ème serveur pour héberger les logiciels et la maintenance du logiciel interprétariat
 - l'édition d'outils ad hoc en direction des médecins et secrétaires des cabinets médicaux
 - les frais liés à l'organisation des temps d'information et de sensibilisation mais aussi à la formation et coordination du projet (frais postaux et de communication, frais de déplacements et de fournitures)
 - les coûts supplémentaires pour les fonctions support (facturation, suivi de l'activité, comptabilité ; RH)

Le cahier des charges initial prévoit une utilisation du FIR annuelle en suivant le tableau ci-dessous :

Année 1 (2019)	Année 2 (2020)	Année 3 (2021)	Année 4 (2022)	Total
128 200€	36 700 €	37 000 €	12 500 €	214 400 €

- **Ventilation de la consommation des crédits**

Les CAI ont été versés en totalité dès l'autorisation du projet et ont été consommés de la manière suivante :

	Réalisation : Année 1 (2020)	Réalisation : Année 2 (2021)	Prévision Année 3 (2022)	Prévision Année 4 (2023)	Prévision Année 5 (2024)	Total
Consommation des crédits	53 291€	64 262€	59 100 €	37 747€		214 400 €
Besoin complémentaire CAI				24 564€	35 461€	60 025 €
Total	53 291 €	64 262 €	59 100 €	62 311	35 461 €	274 425 €

Le nouveau modèle fait apparaître un besoin complémentaire de CAI de 60 025 €.

- **Besoin total de financement 2023/2024**

Le besoin de financement de l'expérimentation CIME sur la durée de Janvier 2023 à Juillet 2024 représente un montant total de 245 858 €. Ce montant est le maximum autorisé si tout ce qui est prévu dans le cahier des charges est réalisé.

Ce financement comprend :

- Forfait par patient 2023 = 63 500 € (450 inclusions x 141€)
- Forfait par patient 2024 = 39 500 € (280 inclusions x 141€)
- Dotation FISS 2023 = 52 310 €
- Dotation FISS 2024 = 30 523 €
- Demande complémentaire de CAI = 60 025 €

	2023	2024
Total Produits FISS	115 810 €	70 023 €
Forfaits	63 500 €	39 500 €
Dotation FISS	52 310 €	30 523 €
Total Produits FIR	60 025 €	
Total Produits	175 835 €	70 023 €

- **Ventilation annuelle des crédits FISS/FIR**

Migrants (CIME)	Année 1, y compris phase d'amorçage	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
FISS	31 627 €	54 694 €	78 474 €	115 810 €	70 023 €	350 628 €
FIR	214 400 €			60 025 €		274 425 €
TOTAL	246 027 €	54 694 €	78 474 €	175 835 €	70 023 €	625 053 €

En conséquence, il est attendu au global sur les 5 années un besoin de financement de 350 628 euros sur le FISS pour financer 2 850 consultations pour 1 423 patients et de 274 425 euros sur le FIR pour financer les coûts d'ingénierie sur la durée de l'expérimentation, soit un coût total maximal de 625 053 €. Le coût moyen des prestations dérogatoires est de 246 € par patient.

Certains coûts sont supportés par le Réseau Louis Guilloux ou pris en charge par d'autres financements (CPOM ARS, Etat, Collectivités territoriales) :

- consultations médecin infectiologue et consultations d'appui ;
- formation et temps de régulation des interprètes ;
- consultations psycho/psychiatrique.

9.4. Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles...)

Afin d'évaluer l'impact économique de la mise en place de consultation de médecine générale longue facilitée par de l'interprétariat médico-social, nous avons estimé le coût des passages aux urgences des patients migrants non hospitalisés pour la Sécurité sociale.

En 2017, d'après les chiffres du CHU de Rennes, 7 431 passages aux urgences sans hospitalisation ont été le fait de patients avec une CMU (6 854) ou une AME (577). Etant donné le fait que ces passages n'ont pas débouché sur une hospitalisation, nous partons de l'hypothèse que les problèmes auraient pu être traités en médecine générale, ce qui n'est bien sûr pas le cas pour tous les passages¹⁴. Ainsi, ce chiffre de recours non adaptés aux urgences est probablement surestimé.

Toutes les personnes avec AME sont par définition étrangères. Nous avons donc essayé d'approcher le nombre de personnes migrantes bénéficiaires de la CMU et étant passées aux urgences du CHU de Rennes en 2017 sans hospitalisation par les calculs suivants :

Estimation du nombre de patients migrants ayant une CMU sur l'Ille et vilaine

- Il s'agit des demandeurs d'asile (DA) en structures d'hébergement dédiées (CADA, CAO, HUDA...) : 1 413 places (chiffre de fin 2018)
- Auxquelles il faut rajouter :
 - Les personnes ayant obtenu le statut de réfugié dans l'année, environ 30 % des DA soit 423
 - Les personnes déboutées qui conservent pendant un certain temps (environ 1 an) leur droit à la CMU estimées à 500
 - Les DA qui ne sont pas hébergés en CADA par manque de place et que l'on peut estimer par le pourcentage des DA rencontrés au CMLG qui n'ont pas d'hébergement au moment de leur première consultation, ce qui correspond à une estimation de 210
 - Les Mineurs Non Accompagnés : 120
- Avec ces estimations, pour l'Ille et Vilaine, **le nombre de migrants ayant une CMU** (sur une période de 1 an) peut être estimé à **2 666**, avec toutes les limites évoquées et sachant que cela ne comprend pas les autres migrants pouvant avoir une CMU dont nous n'avons pas de chiffres (titres de séjour pour soins, conjoints de Français...).

Estimation du nombre de passages (sans hospitalisation) de migrants ayant une CMU aux urgences du CHU

- Le nombre de bénéficiaires de la CMU en 2018 dans le 35 est de **52 689** (Ameli.fr), les migrants représentent environ **5.1%** de ces bénéficiaires (= nb estimé de migrants avec CMU/nb total de bénéficiaire de la CMU).
- Le nombre de passages aux urgences du CHU de Rennes pour les migrants ayant une CMU est estimé à $6854 \times 5.1\%$ **soit 350 passages en 2017**.

Estimation du nombre de passages des migrants aux urgences du CHU de Rennes et coût pour la sécurité sociale :

- Nombre de passages :
 577 (bénéficiaires de l'AME) + 350 (bénéficiaires de la CMU) = **927** passages
- Coût estimé : $927 \times 161.5\text{€} =$ **149 710 €** pour l'année 2017

¹⁴ Par exemple, le passage aux Urgences avec réalisation d'une radiographie dans le cas de traumatisme. Le passage aux Urgences est quasi systématique dans ce cas- là mais ne débouche que rarement sur une hospitalisation.

(161.5€ = coût moyen estimé pour un passage aux urgences : *rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale 2014*).

A ce coût, il convient de rajouter :

- La Cour des comptes évalue que le recours aux urgences dans les établissements privés représentent 25% du nombre de recours au public. Ainsi, en reprenant le chiffre du coût estimé du recours au CHU de Rennes, on peut évaluer le coût de recours aux urgences des migrants dans les établissements privés à : **37 427€** (149 725x25%).

Le total minimum des coûts, pour la sécurité sociale, imputables aux passages aux urgences hospitalières sur la région rennaise peut être estimé à 149 710 + 37 427 = **187 137€** par an.

Il ne s'agit que d'une estimation de coût avec toutes les précautions déjà citées. Par ailleurs, ce chiffre ne tient pas compte de l'habitude que peuvent avoir certains migrants dans leur pays d'origine où la réponse à un problème de santé passe obligatoirement par une structure hospitalière (peu ou pas de médecins de proximité).

Rapporté à une consultation de médecine générale de ville, ce coût permettrait de réaliser 7 485 consultations de soins primaires à 25 €, ce qui correspond probablement à plus de consultations qu'il n'existe de migrants primo-arrivants chaque année sur le département.

Cette évaluation permet d'identifier des coûts évités couverts par le projet. Toutefois à ce stade nous n'avons pas d'éléments pour étayer un calcul précis car beaucoup de variables sont inconnues quand elles ne sont pas recueillies de façon prospective dans le cadre d'une évaluation construite. Nous projetons la réalisation d'une étude médico économique pour permettre d'apprécier les coûts évités.

Une étude, dont les modalités sont décrites dans la partie évaluation, permettrait de tester les hypothèses suivantes :

- Une baisse du nombre annuel de passages aux urgences de patients migrants non hospitalisés,
- Une baisse du nombre d'exams et de consultations réalisées en doublons,
- Une baisse des hospitalisations et de la consommation de soins grâce à la vaccination et au dépistage précoce de maladies (ex : dépistage des tuberculoses infections-latentes évitant le passage à la tuberculose-maladie,...),
- Une baisse de la consommation de soins pour des complications d'une pathologie par défaut d'observance du traitement.

10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Les résultats globaux attendus de l'expérimentation sont de plusieurs ordres :

- ❖ Mesurer la faisabilité de la mise en œuvre d'un tel mode de paiement. Les paiements au forfait posent des questions de méthode et de développement non-négligeables. S'assurer qu'un projet soit concrètement mis en œuvre est un premier objectif.

- ❖ Démontrer un degré de qualité supérieur (ou au moins égal) à l'existant selon les critères retenus.
- ❖ Démontrer le gain économique obtenu par rapport à la situation existante (moindres ré-hospitalisations et venues programmées, moindre consommation de soins liées aux complications).
- ❖ D'autres éléments concernant la satisfaction du patient ou des professionnels pourront éventuellement être apportés.
- ❖ Apporter les éléments d'information sur les conditions d'une généralisation à la fin de l'expérimentation.

Indicateurs de résultat et d'impact (qualité de prise en charge des usagers, pratiques professionnelles, dépenses de santé)

Venant en appui du réseau Louis Guilloux, le laboratoire de recherche (UFR de Rennes 1), du fait de sa connaissance du projet, de ses connaissances méthodologiques et des bases de données (SNDS, SNIIRAM,...), sera l'interlocuteur privilégié dans les échanges avec la CNAM et la DREES qui pilotent l'évaluation. La comparaison porterait entre un échantillon aléatoire de population portant les caractéristiques identiques à la cohorte de patients pris en charge par le dispositif. Les indicateurs de suivi, en rapport avec les hypothèses testées citées plus haut, seraient :

- nombre annuel de passages aux urgences de patients migrants non hospitalisés,
- nombre d'exams et de consultations réalisées en doublons,
- nombre d'hospitalisations et de la consommation de soins grâce à la vaccination et au dépistage précoce de maladies (ex : dépistage des tuberculoses infections-latentes évitant le passage à la tuberculose-maladie,...),
- consommation de soins pour des complications d'une pathologie par défaut d'observance du traitement.

Indicateurs de satisfaction - Analyse qualitative

- Satisfaction et « expérience patient » sur le temps de la consultation, sur l'information (qualité, compréhension), la disponibilité pour répondre aux questions, le respect des croyances culturelles, le climat de confiance perçu par les patients)
- Satisfaction des professionnels (MG, interprètes) : utilisation équipements, fluidité et facilité des échanges via les outils, satisfaction sur les rencontres d'information/sensibilisation, sur les formations, protocoles médicaux et autres outils diffusés, sentiment d'être compétent face aux spécificités du patient migrant, collaboration MG-interprète, coordination avec médecins référents RLG,..

Indicateurs de processus et de moyens – Analyse quantitative (suivi de projet)

- Nb d'actions d'information à destination des professionnels du RLG et ses partenaires sur la nouvelle offre de consultation (type d'action, niveau d'information, nombre de participants)

- Nb de rencontres d'information/sensibilisation avec les médecins généralistes et les secrétariats médicaux organisées
 - Nb et profil des participants aux rencontres d'informations/sensibilisation
- Nb de formations avec les Médecins généralistes et les secrétariats médicaux organisées
 - Nb et profil des participants aux formations
- Taux de médecins formés à l'outil de coordination de prise en charge patient
- Taux de médecins libéraux équipés pour un système de visioconférence
- Taux de médecins libéraux équipés de l'outil de coordination
- Nb de médecins libéraux impliqués dans les consultations (vs cibles annuelles)
- Nombre de dysfonctionnements (et taux le cas échéant) par thématique remontés par les acteurs :
 - L'organisation (RDV non enregistrés, RDV non honoré par le médecin généraliste, par l'interprète, et les motifs...)
 - Les équipements : visioconférence, outil de coordination patient
- Ecart temps passé des intervenants sur le projet / ETP alloués (coordinateur médical, secrétariat,..)
- Ecart dépenses réelles/dépenses prévisionnelles, trésorerie

Le rapport d'activité du Réseau Louis Guilloux présentera le bilan écrit du projet.

Un retour d'expérience sera également proposé dans le cadre du comité de suivi DATASAM pour le département d'Ille et Vilaine ainsi qu'au comité technique régional.

11. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

Le Centre Médical Louis Guilloux va gérer la prise de rendez avec le réseau des médecins libéraux par téléphone.

La transmission d'informations à cette occasion se limitera à l'identité de la personne, ses coordonnées téléphoniques et la langue parlée.

Les échanges suite à ces consultations, si un appui du Centre Médical Louis Guilloux est nécessaire pour le ou la professionnel (le) de santé, s'effectueront soit par téléphone soit via une messagerie sécurisée. Il faudra informer les médecins partenaires de la nécessité d'être équipés de ce type de messagerie.

Les données sur les patients seront stockées sur les logiciels professionnels des médecins partenaires du projet (20 au total). Celles-ci auront vocation à n'être partagées que dans le cas de situations complexes (Rôle d'appui du CMLG).

Le développement de l'interprétariat téléphonique ou en visio va nécessiter une adaptation de notre système d'information actuel (capacité et sécurisation).

Une information sera faite à chaque patient sur la nature des données conservées et transmises. Il existe déjà une affiche dans la salle d'attente informant les patients à ce sujet en rapport avec la législation des centres de santé.

Dans l'objectif d'assurer un suivi du projet, le CMLG conservera une traçabilité des prises de rendez-vous et des demandes d'appui aux situations complexes.

12. Liens d'intérêts

Aucun.

13. Éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères

Loi de modernisation du système de santé de 2016 – Article 90

Adam-Vézina E. Femmes africaines séropositives en quête d'asile. Opportunités et contraintes de la politique migratoire canadienne. *Revue européenne des migrations internationales* 2012 ; 28 : 129-148.

Avis du Haut Conseil de la santé publique relative aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers – Version du 6 mai 2015

Beaud S. L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique. *Politix* 1996 ; 9/35 : 226-257.

Beauchemin, C., Hamel, C., et al. (2010). Enquête «Trajectoires et Origines : la diversité des populations en France», Premiers résultats. 168. Document de travail de l'Ined. INED.

Berchet C. Le recours aux soins en France: une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liés à l'immigration. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013 ; 61S : S69-79.

Berchet C et Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé* janvier 2012 ; 172 : 1-7.

Bourgueil Y, Jusot F et al. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Question d'économie de la santé* septembre 2012 ; 179 : 1-8.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire - La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique // *Migrants health and access to care: A public health challenge*, Numéro 19-20 / 5 septembre 2017

Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique* 2007 ; 219 : 99-109.

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012).

http://rlg35.org/wp-content/uploads/2017/11/Charte_diffusion_electronique_2017_06.pdf

Cognet M, Hoyez AC et al. Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et migrations. *Revue Européennes des Migrations Internationales* 2012 ; 28 : 7-10.

Cognet M. La vulnérabilité des immigrés : analyse d'une construction sociale, in Francine Saillant, Michèle Clément et Charles Gaucher Drs., *Identités Vulnérabilité, Communautés*, Québec, Éditions Nota Bene. 2004 : 155-188.

Comité pour la santé des exilés. Guide COMEDE - Soins et Accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire. 2015.

<http://www.comede.org/guide-comede/>

Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/5/AFSP1711640D/jo>

De Maio F G, Kemp E. The deterioration of health status among immigrants to Canada, *Global Public Health*, (2010) 5 (5), pp. 462-478.

Desgrees du Lou A, Pannetier J et al. HIV acquisition after arrival in France among sub-Saharan African migrants living with HIV in Paris area. Estimations from the ANRS PARCOURS study. Abstract WEPDC0103, IAS Vancouver 2015.

D'Halluin E. La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes et migrations* 2009 ; 1282 : 66-75.

Dourgnon P, Jusot F et al. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Question d'Economie de la Santé* 2009 ; 146 : 1-8.

Drouot N, Tomasino A et al. L'accès aux soins des migrants en situation précaire à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde. *BEH* 2012 ; 2-3-4 : 41-4.

Farah Seedat*, Sally Hargreaves*, Laura B Nellums*, Jing Ouyang, Michael Brown, Jon S Friedland How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review, Imperial NIHR Biomedical Research Centre and the Imperial College Healthcare Charity, May 16, 2018.

Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 2005; 62(3):255-99.
http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558705275416?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&

France terre d'asile-Direction de l'accompagnement et de l'hébergement des demandeurs d'asile. Contribution santé des demandeurs d'asile, concertation asile 10 octobre. 2013.
http://www.interieur.gouv.fr/content/download/65973/477139/file/6-La-sante-des-demandeurs-d_asile.pdf.

Gerbes A, Leroy H et al. Mieux repérer la souffrance psychique des migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale. *L'information psychiatrique* 2015 ; 91 : 243-254.

Grossetti M. Les narrations quantifiées. *Terrains & travaux* 2012 ; 19 : 161 18.

Guével MP, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique* 2012 ; 24, 1 : 23-38.

HAS. Consultation publique sur le projet de référentiels sur l'interprétariat et la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Février 2017.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2746031/fr/consultation-publique-sur-le-projet-de-referentiels-sur-l-interpretariat-et-la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

HAS – Recommandations en santé publique. Interprétariat dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques (Soumis à la consultation publique du 20 février 2017 au 13 mars 2017).
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf

Héran F. L'immigration en France : des chiffres en débat. *Cahiers français. La documentation française* 2015 ; 385 : 2-8.

Hoyez A.-C. L'accès aux soins des migrants en France et la "culture de l'initiative locale". Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *European Journal of Geography* 2011.

Hoyez A.-C. Mobilités et accès aux soins des migrants en France. 2012 *Géococonfluences*.
<http://geoconfluences.enslyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm>.

Hoyez A.-C. Territoires, mobilités et santé: comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire?. Revue Francophone sur la Santé et les Territoires 2015. <http://rfst.hypotheses.org/>

International Organization for Migration Mixed Migration. Flows in the Mediterranean and Beyond : compilation of available data and information. Reporting period 11 AUG-24 AUG 2016. <http://migration.iom.int/docs/WEEKLY%20Flows%20Compilation%20No23%2025%20August%202016.pdf>

Jusot F, Silva J et al. Inégalités de santé liées à l'immigration en France - Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) | Revue économique 2009/2 ; 60 : 385 – 411.

Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. Rev Epidemiol Sante Publique 2013 ; 61S : S163-S169.

Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Services Research, 2007;42(2):727-54. <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/5110/do-professional-interpreters-improve-clinical-care-for-patients-with-limited-english-proficiency--a-systematic-review-of-the-literature>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20170930>

Leroy H. Migrants et santé. Ces maladies que l'on pourrait éviter. Pratiques mai 2015 ; 69 () : 75-78.

Lot F, Antoine D. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. BEH 2012 ; 2-3-4 : 25-30.

Médecins du Monde. New report on access to healthcare for the most vulnerable in a Europe in social crisis. Focus on pregnant women and children, Médecins du Monde 2015.

Médecins du Monde, Observatoire d'accès aux droits et aux soins de la mission France. Synthèse 2013. <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Journee-internationale-du-refus-de-la-misere-Medecins-du-Monde-publie-son-Observatoire-2014#tab-02>.

Ministère de l'intérieur. Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile. JORF n°0174 du 30 juillet 2015 page 12977.

Ministère de l'intérieur. Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire des vulnérabilités des demandeurs d'asile prévu à l'article L. 77-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. JORF n°0253 du 31 octobre 2015 : 20403-20404.

Mizrahi, & Mizrahi. Les étrangers dans les consultations des centres de soins gratuits. Hommes et Migrations 2000 http://argses.free.fr/textes/18_Etrangers_dans_centres_de_soins_gratuits.pdf

Panagiotopoulos Takis. Screening for infectious diseases in newly arrived migrants in Europe: the context matters. Euro Surveill. 2018;23(28) : pii =1800283

Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile - Rennes. Compte-rendu narratif-Année 2017

Priebe S, Sandhu S, and al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health Mars 2011 ; 25 : 11:187.

Réseau SAMDARRA. Rapport de synthèse : état des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil. 2012. 72 pages.

http://www.pepsal.org/wp-content/uploads/2012/06/rapport_etat_lieux_demandeurs_asile.pdf

Ribera JM, Hausmann-Muela SU, Grietens KP, Toomer E (PASS International v.z.w.). Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? - Présentation d'études réalisées aux USA, au Canada et en Belgique sur la pertinence et le coût de l'interprétariat en milieu de soins. COFETIS-FOSOVET asbl, 2008.

http://www.appartenances.ch/medias/recherches/PASS-COFETIS_Recours_aux_interpretes_consultations_medicale.pdf

Soares A and Tzafalias M. Europ gears up to attend Refugees. Health.Bull World Health Organ 2015 ; 93 : 822-823.

Veisse A, Wolmark L et al. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. BEH 2012 ; 2-3-4 : 25-30.

WHO. International Migration, Health and Human Right. Geneva : Health and Human Rights Publications. Serie 2003. Issue N°4.

Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes ; DRESS oct 2018 numéro 1089

Annexe 1 - Présentation de l'outil GWALENN

GWALENN est né à l'initiative des Dispositifs d'Appui et de Coordination de la région Bretagne. Leur volonté de converger vers l'utilisation d'un outil numérique partagé visait à optimiser la coordination des parcours. Faciliter le partage d'informations et la communication dématérialisée entre les intervenants dans le cadre du parcours de la personne, tel est l'objectif. GWALENN se définit comme un outil numérique partagé, fruit d'une co-construction régionale et pluridisciplinaire, destiné à faciliter les parcours, et à destination des dispositifs de coordination et leurs partenaires. Cet outil s'adresse à tout type d'utilisateur associé à la coordination (sanitaire, sociale et médico-sociale) autour de la personne :

- Coordinateur PTA ou Réseau ou MSP ou d'un autre dispositif spécifique, Pilote et Gestionnaire de cas MAIA (Liste non exhaustive).

En dotant les équipes de coordination et les professionnels partenaires d'un système d'information partagé, le projet vise à :

- favoriser l'amélioration du parcours de santé du patient permettant de décroquer le monde libéral et les établissements,
- renforcer les liens entre acteurs issus de secteurs différents (médico-social, sanitaire et social) participant à la prise en charge des personnes dans le cadre de leur parcours,
- suivre le parcours des personnes ayant des problématiques de santé ou de perte d'autonomie,
- coordonner les projets et actions entreprises et à entreprendre autour de ces personnes.

Enfin, éviter les redondances et les ruptures de parcours est également un enjeu d'importance.

Trois modules constituent GWALENN. L'outil est interopérable avec d'autres services proposés par le GCS e-Santé Bretagne tels que l'Annuaire Régional, la Messagerie Sécurisée, le ROR.

Le module « Guichet d'Orientation » :

Le module « Guichet d'Orientation » est le point d'entrée permettant de réaliser des signalements/repérages et de l'orientation de premier niveau.

Celui-ci répond à des objectifs de repérage, pré-évaluation et orientation. Il permet à tout type d'acteurs de réaliser une alerte, sur la base de la détection d'un besoin, et de solliciter une orientation pour répondre à la problématique.

Le module « Dossier de coordination » commun à tous les dispositifs de coordination

Le module « Dossier de coordination » répond à des objectifs d'élaboration, d'évaluation et de suivi du parcours de la personne. Il concerne les dossiers individuels, et permet l'échange de données (possibilité de droits d'accès différenciés en fonction des acteurs). Il regroupe données administratives de la personne, un agenda, des fiches de suivi, la liste des intervenants et permet d'établir un projet de coordination, duquel découlera la création automatisée d'un PPS et/ou d'un PSI.

Le module « Dossier de structures »

Le module « Dossier de structures » sert à chaque structure et seulement à elle, pour les informations qui lui sont dédiées et correspond à l'activité propre du dispositif de coordination.

Le financement de l'équipement sera accompagné dans le cadre d'un appel à projet en cours dédié. Par ailleurs, il est à noter que l'éditeur de la solution GWALENN s'est inscrit dans la réponse à l'accord cadre RESAH en cours d'instruction dans le cadre du programme E-Parcours.

Concernant les besoins à couvrir relatifs aux dispositifs de télémédecine, le GCS Esanté accompagnera aussi les acteurs du projet à s'équiper d'outil de visioconférence (sécurisée, cryptée, hébergement HDS) et de messagerie sécurisée dont un budget est également prévu par l'ARS dans le cadre du FIR.

Annexe 2 - LEXIQUE

AGEHB	Association pour l'Animation et la Gestion de l'Emploi et l'Hébergement en Bretagne
AME	Aide Médicale de l'État
AMISEP	Association Morbihannaise d'Insertion Sociale et Professionnelle
ARS	Agences Régionales de Santé
FIR	Fonds d'Intervention Régional
ASFAD	Association Sociale et Solidaire
AUB Dialyse	Association des urémiques de Bretagne
CADA	Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CD	Conseil Départemental
CDAS	Centre départemental d'action sociale
CDS	Centre De Santé
CEGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CES	Centre d'examens de santé
CH	Centre Hospitalier
CHBS	Centre Hospitalier de Bretagne Sud
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHRS	Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMLG	Centre Médical Louis Guilloux
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
COREVIH	COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DA	Demandeur d'Asile

DATASAM	Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Déclaration publique d'intérêts
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Equivalent Temps Plein
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIP FAR	Groupement d'intérêt public formation de l'Académie de Rennes
HAS	Haut Conseil en Santé
HUDA	Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national d'études démographiques
ASVB	Avenir Santé Villejean Beauregard
LMSS	Loi de Modernisation du Système de Santé
MIE	Mineurs isolés étrangers
MNA	Mineurs non accompagnés
ODSE	Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PE : Places ?	Pré enregistrement (demande d'asile)
PMI	Protection maternelle et infantile
PRADHA	Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile
PTA	Plateformes territoriales d'appui
RH	Ressources Humaines
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SPA	Service Premier Accueil
UFCV	Union Française des Centres de Vacances et de Loisirs
URPS	Unions Régionales des Professionnels de santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine