

# La Case de santé de Toulouse, lieu de citoyenneté active

**Le projet de loi santé est attendu pour examen au Parlement courant 2015<sup>(1)</sup>.**

**La situation de la « Case de santé » à Toulouse \*, centre de santé atypique, laisse à penser que la mise en œuvre d'orientations inscrites dans ce projet sera tout sauf un long fleuve tranquille.**

Jean-François MIGNARD,  
rédacteur en chef d'*H&L*

**L**a création de la Case de santé trouve son origine dans un projet élaboré par un jeune médecin, Charles Hambourg, désirant promouvoir une structure de soin en rupture avec l'exercice traditionnel la médecine, libéral ou étatique. Cette conception de la pratique médicale suscite, auprès de personnes venant d'horizons différents (travailleurs sociaux, professionnels de santé, sociologues, militants associatifs...), un attrait qui se concrétise par la constitution d'un groupe à dimension variable qui accompagnera la gestion du projet. En 2006, un immeuble particulier accueillant un commerce mis en vente est trouvé. Il sera acquis sans soutien public, grâce à un emprunt bancaire ordinaire de C. Hambourg. La Case de santé ouvre ainsi ses portes en juillet de la même année, après d'importants travaux ayant mobilisé les soutiens initiaux, et avec l'appui d'une équipe de trois personnes (un médecin, un éducateur spécialisé et un sociologue ayant statut de « promoteurs de santé » et remplissant une fonction d'accueil<sup>(2)</sup>). Elle s'installe au cœur de la place Arnaud-Bernard, à Toulouse, dans un quartier populaire (le dernier, dans le centre-ville), caractérisé par une longue tradition d'accueil et une forte présence de populations d'origine étrangère<sup>(3)</sup>. De façon assez emblématique, le premier « patient » passant la porte de cette structure sera un *chibani*<sup>(4)</sup>, bientôt suivi de nom-

breux autres, qui amèneront ainsi la Case de santé à s'impliquer d'emblée avec d'autres structures et organisations dans les actions de défense de ces travailleurs immigrés devenus retraités, inscrits dans la précarité et le déni de leurs droits.

## Un projet difficile à faire reconnaître

La Case de santé connaît dès l'origine des difficultés à faire avancer, auprès des autorités de tutelle de l'époque (direction régionale des affaires sanitaires et sociales-Drass) un dossier de demande d'agrément lui permettant de s'assurer un fonctionnement pérenne, dossier pourtant déposé dès l'ouverture. La Drass, hostile au projet, fera valoir des aspects de non-conformité des travaux réalisés et des problèmes d'accessibilité. La solution adoptée alors par l'équipe sera d'adosser le fonctionnement de l'association à la création d'un cabinet médical traditionnel. L'agrément ne sera finalement acquis que par défaut, sur la base du projet initial.

Inscrit dans une démarche pragmatique, en rupture avec le modèle médical classique, ce projet collectif prend ainsi en compte les dimensions liées aux inégalités sociales et de santé. Il intègre depuis son origine une démarche d'innovation, des méthodes et pratiques à la pointe du progrès technique<sup>(5)</sup>. À la différence de structures du même type, ce centre de santé se distingue du dispensaire médical traditionnel, centré sur la

prise en charge des nécessiteux, et promeut une approche globale des personnes accueillies, intégrant autant les difficultés sociales et psychosociales que les dimensions uniquement sanitaires. Il articule des situations de soins traditionnelles, dans lesquelles les professionnels « prennent le temps » de la rencontre et de l'examen clinique, avec un travail partenarial interne engageant médecins et travailleurs sociaux paritairement, lors de réunions quotidiennes, et traitant avec la même importance les différents aspects des problèmes de chacun (dimensions somatiques et psychologiques, difficultés de logement, situations administratives précaires...).

## Le collectif au centre du dispositif

De façon plus originale, une place particulièrement importante est donnée à l'engagement collectif des usagers du centre. Cela peut concerner tant des questions de santé (contraception, situation sanitaire des sortants de prison, automédication, conduites à risques...) que des aspects plus sociaux et politiques, en rapport avec le vécu et l'accès aux droits civils et politiques, économiques et sociaux des personnes et groupes (situation administrative des *chibani*, droits des migrants...). Ces moments collectifs, spécifiques au travail communautaire - peu pratiqué dans notre pays - , prennent la forme de rencontres régulières ou d'activités plus

\* [www.casedesante.org/lacase\\_cquois.html](http://www.casedesante.org/lacase_cquois.html).



© DR

**Réponses dilatoires,  
«rustinages»  
budgétaires amèneront,  
en septembre 2014,  
l'équipe de la Case de santé  
à fermer temporairement  
le lieu. Une lutte publique  
pour la survie  
du projet s'engage...**

répond à différents appels à projet, mais n'arrive pas à faire avancer de façon opérationnelle la mise en place d'un financement pérenne permettant de sécuriser le fonctionnement d'une structure qui accueille mille trois cent cinquante personnes par an, et dont le budget annuel demandé à cette fin (cinq cent mille euros), ironie des chiffres, représente une journée des dépenses de santé de la Haute-Garonne.

Réponses dilatoires, «rustinages» budgétaires et organisation de tables rondes peu productives par les autorités de tutelle et différents financeurs possibles (collectivités territoriales, notamment) amèneront, en septembre 2014, l'équipe d'intervenants, usagers et partenaires à fermer temporairement le lieu. Une lutte publique pour la survie du projet s'engage. Une mobilisation citoyenne exceptionnelle dans son ampleur et son intensité, à laquelle s'associera activement la section de Toulouse de la LDH, permettra ainsi que le 31 décembre 2014 ne marque pas la fin d'une expérience originale... sans que les engagements pris ne permettent de lever une vigilance pour l'avenir.

Une telle sortie de crise positive n'a certainement été rendue possible que grâce aux acquis de la logique autogestionnaire opérationnelle dans laquelle sont engagés tant les intervenants que les usagers du centre. Elle est également le fruit d'un travail de réseau ainsi que d'une tradition de mobilisation partagée contre les inégalités sociales et pour le respect des droits.

Une belle leçon de citoyenneté, en somme. ●

originales telles qu'une «cantine des femmes», qui permet à ces dernières de se rencontrer, d'échanger, de s'informer sur les questions de santé féminine... et de s'organiser des activités conviviales.

Ce dispositif de travail complexe est original dans sa capacité à se situer à l'articulation des problématiques sanitaires et sociales, et dans sa volonté de dépasser des approches sectorisées qui ne font qu'aggraver la situation des personnes. Il a nécessité depuis le début beaucoup de rigueur et d'exigence en termes de transparence et de pédagogie, tant à l'égard des financeurs et tutelles que des nombreux partenaires locaux, associatifs et institutionnels. Combinant action territorialisée d'accueil «tout venant», largement ouverte au public hétérogène du quartier et de ses environs, avec des programmes spécifiques ciblés sur des problématiques et des publics particuliers (primo-arrivants, sortants de prison, toxicomanes...), l'équipe s'est progressivement étoffée. Elle a intégré des travailleurs

pairs (ou «pairs-aidants» - personnes ayant connu ou connaissant encore des difficultés comparables à celles des usagers) auprès de deux médecins, deux infirmières, deux travailleurs sociaux et un coordonnateur administratif.

### **Une lutte exemplaire, en résonance avec le lieu**

La densité et la qualité du travail réalisé sont unanimement reconnues depuis l'ouverture du centre, ainsi que la rigueur dans sa gestion, la visibilité de son partenariat et le souci de lisibilité des actions réalisées et programmes présentés. Pour autant, la structure connaît des difficultés chroniques de fonctionnement, liées à un financement n'assurant pas la pérennité d'un objet administratif atypique qui ne «rentre pas dans les cases».

La création des agences régionales de santé (ARS) en 2010, qui ont repris une partie des compétences des Drass, peut laisser croire, durant une période, à une amélioration de la situation de la Case de santé. Cette dernière

(1) Voir *H&L* n° 168, «Projet de loi santé: une nouvelle impulsion?», groupe de travail LDH «Santé, bioéthique». L'article sera mis en ligne en avril 2015 sur le site de la LDH.

(2) Ce modèle est inspiré de la pratique de santé communautaire au Québec et en Amérique latine.

(3) Ce quartier est également marqué par un passé de luttes et de résistances à des tentatives de transformations urbaines autoritaires, durant les années 1970.

(4) En arabe, «*vieil homme*» ou «*cheveux blancs*»: immigrés maghrébins de la première génération, arrivés en France au début des années 1960 pour y travailler et qui ont fait le choix, la retraite venue, de ne pas retourner dans leur pays d'origine.

(5) La gestion informatique systématique des dossiers est, par exemple, mise en place dès les débuts du fonctionnement de l'équipe.