

**Réseau**  
**RESSOURCE**

**RAPPORT D'ACTIVITE**  
**2009**



<b>1. Les réseaux de santé : naissance et place de Ressource</b>	<b>4</b>
1.1. Le réseau de santé, une définition légale.	4
1.2. Naissance de Ressource : historique et évolution de l'activité du réseau	7
1.3. Le réseau de santé Ressource aujourd'hui	8
1.3.1. Aspects juridiques et administratifs	8
Fonctionnement juridique	8
Fonctionnement administratif	8
Coordonnées du réseau	8
Objectifs du réseau	9
1.3.2. Les sources de financement du réseau en 2009	11
Tableau des financements par projets en 2009	11
Financement du FIQCS	11
A cela s'ajoutent divers autres partenaires financiers	11
La mise en place de partenariats actifs	13
Tableau des partenaires du réseau en 2009	13
Faire connaître le réseau : la Journée Portes Ouverte	22
1.4. Le fonctionnement du réseau	23
Schéma de communication interne réseau Ressource	23
1.4.1. La direction du projet : le Conseil d'Administration	24
Organigramme hiérarchique	25
Organigramme technique	25
1.4.2. Une équipe salariée	26
Composition	26
Rôle de la coordination administrative	27
Rôle de l'équipe de coordination médicale	27
Projets du réseau Ressource et référents salariés	32
1.4.3. Les principaux prestataires de service	33
1.4.4. Communication interne	33
1.4.5. La gestion de l'information	35
Le système d'information	35
Les outils de communication	35
<b>2. Les actions en direction des usagers du réseau</b>	<b>36</b>
2.1. En amont : les actions de prévention	36
2.1.1. Actions de prévention (APS)	36
Contexte :	36
Tableau de répartition des actions de prévention par date	38
Modalités d'action :	45
Tableau de répartition des actions de prévention par commune	51
2.1.2. Les repas des usagers	58
Les repas des usagers en 2009	59
2.2. La coordination du parcours de soins des patients	60
2.2.1. Le parcours de soin des patients au sein du réseau	60



Critères et modalités d'inclusion du patient dans le réseau _____	60
Parcours de soins des usagers au sein du réseau Ressource (schéma) _____	62
Données quantitatives _____	63
ACTIVITE PREVISIONNELLE (Dossier FIQCS 2008-2009-2010, pages 26/44) : _____	63
La coordination du parcours de soin des usagers en 2009 _____	64
2.2.2. L'accès aux soins : la consultation d'accès aux soins (CAS) _____	68
2.2.3. VIH, hépatites et IST: Les Entretiens de vie (EV) _____	76
Contexte du projet : _____	76
Opportunité de l'action : _____	77
Les partenaires de l'action sont, en 2009 : _____	78
Les personnes ressource pour cette action sont, _____	78
Bilan de l'action menée en 2009 : _____	79
Quelques données chiffrées _____	80
Le profil des patients _____	83
Le cadre de la consultation _____	84
Des conséquences sur les pratiques professionnelles _____	94
2.2.4. Addictions, prévention des comportements à risque _____	97
Dispositif : _____	97
<b>3. Les professionnels du réseau _____</b>	<b>99</b>
<b>3.1. Formations, information _____</b>	<b>101</b>
Formations pluridisciplinaires du réseau en 2009 _____	101
<b>3.2. L'intervention en milieu professionnel _____</b>	<b>103</b>
<b>3.3. Le groupe d'intervision _____</b>	<b>114</b>
3.3.1. Présentation du projet _____	114
3.3.2. Modalités de fonctionnement _____	115
Intervenants : _____	115
Mode de déroulement des groupes d'intervision _____	115
Objectifs finaux _____	116
<b>3.4. Les professionnels de santé du réseau et de l'association _____</b>	<b>119</b>
Tableau des adhérents à l'association Ressource _____	119



## **1. Les réseaux de santé : naissance et place de Ressource**

### **1.1. Le réseau de santé, une définition légale.**

Créé en 1994 dans la lignée des préconisations de la circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH, le réseau RESSOURCE s'inscrit dans les priorités énoncées dans les textes suivants :

Circulaires DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 et n°88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

Circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n°93-72 du 9 novembre 1993.

Circulaire DGS/DH n°44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.

Décret n°96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code.

Circulaire DGS n°707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.

Circulaire DH/EO/97 n°97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

Circulaire DGS/DAS/DIRMI n°97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.

Article 73 de la Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Décret n°98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire DGS/DH n°99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.



Article 36 de la loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002. Codifié aux articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale

Article 84 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades codifié aux articles L 6321-1 à L 6321-2 du Code de la Santé Publique

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L 162-43 à L 162-46 du CSS.

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique.

Circulaire MIN/DHOS/DSS-CNAMTS n°2002/610 du 19 décembre 2002.

Ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation : annulant et remplaçant l'article L 6321-2 du CSP.

Aujourd'hui, le réseau de santé Ressource a su évoluer depuis sa création et s'inscrit pleinement dans la définition légale du réseau de santé inscrit dans le Code de la Santé Publique (Article L.6321-1, CSP).

Ainsi, « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent



bénéficiaire de subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finance, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »



## 1.2. Naissance de Ressource : historique et évolution de l'activité du réseau

La structure juridique sur laquelle repose le réseau de santé Ressource est une **association loi 1901** créée en **1993** dont les statuts ont été déposés le 22 décembre 1993 en Préfecture, et publiée au Journal Officiel le 19 janvier 1994.

Créé dans le cadre des préconisations de la circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpitaux dans le cadre de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

Aussi, **l'activité du réseau** a d'abord été centrée sur les problématiques du VIH puis, sur celles des addictions et des hépatites, pour enfin aujourd'hui prendre en compte la **problématique de l'accès aux soins**.

Enfin, et afin de répondre à des obligations de définition légales induites par de nouveaux financements notamment de la part de l'Assurance Maladie, le réseau Ressource a su faire évoluer son activité et passer d'un groupement de professionnels à un véritable réseau de santé.

En effet, si le réseau était soutenu lors de sa création en 1995 et jusqu'en 2005 par des financements étatiques (DRASSIF, DDASS, Mission ville), par l'AP-HP (convention n°95 0674), par le Conseil Général des Hauts-de-Seine, ainsi que quelques municipalités, depuis 2005, la Dotation Régionale Des Réseaux (D.R.D.R.), aujourd'hui **Fonds d'Intervention Pour la Qualité et la Coordination des Soins (F.I.Q.C.S.)** a pris le relais en finançant une part essentielle de l'association.

Le réseau a ainsi obtenu deux accords de financements successifs deux fois dix-huit mois (janvier 2005 à juin 2006, juin 2006 à décembre 2007) et c'est au cours de cette période que la véritable structuration en réseau a été réalisée.

Le projet a pu évoluer depuis le début de son financement, notamment sur le nombre de patients dont les membres du réseau coordonnent la prise en charge et sur le nombre de professionnels adhérents au réseau.



### **1.3. Le réseau de santé Ressource aujourd'hui**

#### **1.3.1. Aspects juridiques et administratifs**

##### **Fonctionnement juridique**

Le promoteur du réseau est une association loi 1901, constituée le 13 décembre 1993 et déclarée le 6 janvier 1994.

Afin de répondre à ses obligations légales, le réseau s'est doté des documents juridiques indispensables au fonctionnement en réseau conformément au décret du 17 décembre 2002 soit :

- Une convention constitutive,
- Une charte de fonctionnement qui engage le professionnel de santé qui le signe à travailler selon les principes du réseau et qui est un gage de bonne pratique,
- Ainsi qu'un document d'information du patient dans lequel celui-ci consent à la prise en charge en réseau et en accepte les principes.

##### **Fonctionnement administratif**

La gestion des ressources humaines au sein de l'association s'appuie sur une convention collective (Convention Collective 1966) et la rémunération du personnel salarié se fait sur la base de la grille de cette même convention. Cependant, la rémunération des médecins se fait sur la base de la grille des praticiens hospitaliers.

Chaque salarié a une **fiche de poste** (détaillée et revue tous les deux ans lors des entretiens annuels d'évaluation des salariés) et un contrat de travail.

Outre la **convention collective** (1966), l'association s'appuie sur un certain nombre de procédures et d'outils organisationnels (demandes de congés, gestion des notes de frais, règlement des intervenants, conservation des pièces comptables, etc) qui inscrivent la gestion administrative et comptable de l'association dans un processus normalisé et identifiable par les partenaires du réseau. Celles-ci sont validées par l'équipe salariée ainsi que par le président et un autre administrateur de l'association, puis soumises à l'expert-comptable et au commissaire aux comptes au minimum une fois par an lors de l'élaboration du rapport annuel de la structure.

##### **Coordonnées du réseau**

Le réseau, depuis juin 2006 bénéficie de locaux en propre après avoir été hébergé au sein de l'hôpital Antoine Béclère AP-HP.



Depuis cette date, le siège de l'association occupe des locaux d'une surface de 145 m<sup>2</sup>, avec un bail professionnel, sis au 333 avenue du Général de Gaulle, à Clamart (92140).

Ces locaux accueillent les sept salariés du réseau dans un espace ouvert où il est néanmoins possible de recevoir des personnes (usagers, membres du réseau, autres), tout en respectant la confidentialité.

Depuis octobre 2006, Ressource partage les locaux avec le réseau Res'ado.

### **Objectifs du réseau**

Ressource est né en 1994 de la volonté de professionnels de la santé et du social de s'organiser face à l'épidémie de sida. Si son aire géographique d'activité est celle de l'ancien bassin de vie numéro huit et n'a pas varié, son activité a dû évoluer.

Afin que l'objet social précisé dans les statuts historiques corresponde aux nouvelles activités du réseau, l'association s'est dotée de nouveaux statuts lors de l'assemblée générale extraordinaire du 13 décembre 2005.

Ainsi que le précise **l'article 3 des statuts de l'association** et portant sur son objet, le réseau a pour objectifs :

- améliorer la prévention/éducation et la prise en charge / suivi des usagers et des patients en particulier des porteurs d'affections : VIH / VHB / VHC / autres IST, ayant une ou plusieurs addictions (tabac, alcool, toxicomanies...), et/ou en situation de précarité
- encourager l'accès aux droits des populations précaires (AME, CMU) ;
- améliorer les pratiques professionnelles, la communication et la coordination entre les différents acteurs sanitaires et sociaux, afin de développer la prévention et la prise en charge globale des usagers / patients tant sur le plan médical, psychologique que social.

En pratique, le réseau vise à **améliorer la communication, la coopération et la coordination des interventions des différents acteurs sanitaires et sociaux autour des usagers / patients**, en utilisant des stratégies de **prise en charge globale** (médicale, psychologique et sociale) tout en allant à la rencontre des **populations exclues de la prévention et du soin** (actions de prévention).

Afin de soutenir les professionnels de santé à coordonner et à mettre en place des parcours de soins coordonnés individualisés pour les patients, le réseau met à leur



disposition de son expertise en utilisant les ressources du réseau (membres du réseau, équipe de coordination).

**En résumé :**

**Le réseau a pour objectif de permettre dans un contexte de spécialisation et de complexité croissante, une meilleure coordination des professionnels autour du malade, mais aussi de mieux articuler au service du patient le travail des différents acteurs de la santé, et recherche en permanence l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité des modes de prise en charge ainsi que l'optimisation des ressources.**



### 1.3.2. Les sources de financement du réseau en 2009

Afin de remplir au mieux les missions et les objectifs que le réseau s'est assigné, celui-ci a choisi de faire appel à diverses sources de financements.

#### Tableau des financements par projets en 2009

Intitulé du projet	Thématique principale	Financement	Montant accordé en 2009
Réseau de santé (FIQCS)	Toutes	Assurance Maladie (FIQCS)	374 000 €
Actions de prévention (poste d'APS)	VIH, hépatites, IST	MILDT	25 000 €
Les entretiens de vie (EV)	VIH	SIDACTION	20 040 €
Actions de prévention dans le cadre du Plan Triennal SIDA (AP)	Hépatites, VIH, addictions	Conseil Général	17 000 €
Consultation d'accès aux soins (CAS)	Accès aux soins	Conseil Général	15 000 €
Repérage précoce et intervention brève (RPIB) pour les médecins du travail	Addictions	FNPEIS (CPAM 92)	1 500 €
Formation de bénévoles sur le repérage des comportements à risques(FB)	Addictions	FNPEIS (CPAM 92)	1 500 €
		Commune de Clamart	500 €
		Commune de Malakoff	510 €
		Commune de Bagneux	400 €
		Commune de Fontenay-aux-Roses	100 €

#### Financement du FIQCS

Le Bureau du Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins, réuni le 26 juin 2008, a rendu un premier avis positif sur le financement du réseau et a proposé un financement sur trois ans renouvelables, soit un financement assuré pour 2008, 2009 et 2010.

Entre 2008 et 2009, le budget a augmenté de 3 % puisqu'il est passé de 363 014 euros à 374 000 euros.

#### A cela s'ajoutent divers autres partenaires financiers

En 2009, le Groupement Régional de Santé Publique n'a pu examiner nos demandes de subventions pour une raison de communication interne entre les



organes composant le Groupement (DDASS, DRASS notamment...). Cet imprévu a obligé le réseau à chercher dans l'urgence de nouveaux financements notamment pour les actions de prévention afin de poursuivre cette activité.

Aussi, la **MILDT**, a financé le poste d'Animateur de Prévention Santé (APS) pour un montant de 25 000 €, le FNPEIS (CPAM 92) a soutenu deux projets de formation pour 1 500 euros chacun.

Le **Conseil Général des Hauts de Seine** a continué à soutenir l'action du réseau sur deux projets en particulier :

- La Consultation d'Accès aux Soins (CAS) pour un montant de 15 000€. On peut noter là une réduction du budget de 16% par rapport à 2008.
- Et un projet portant sur des actions de prévention et de formation destinées aux professionnels de santé pour un montant de 17 000 € dans le cadre du Plan Triennal SIDA (AP).

Certaines communes apportent leur concours à l'association ainsi, les villes de Bagneux, Clamart, Malakoff et Fontenay Aux Roses ont versé une subvention au réseau pour un montant total de 1 510 €.

## La mise en place de partenariats actifs

En effet, l'activité de coordination de l'offre de soin sur un territoire donné ne peut s'entendre sans une solide connaissance des ressources locales. Tout en poursuivant les partenariats engagés ces dernières années, le réseau Ressource a continué à développer son maillage en 2009 en étendant ces partenariats et en les rendant effectifs.

### Tableau des partenaires du réseau en 2009

Nom de la structure	Type et objet de la structure partenaire	Commune	Type de partenariat (formalisation, informel, etc)	Projet/action commune
<b>ACMS</b>	Médecine du travail	Issy-les-Moulineaux	Partenariat en cours de formalisation	Mise en place d'actions de formation sur les addictions, sur l'entretien motivationnel.
<b>ADEF</b>	Foyer de migrants	Issy-les-Moulineaux	Convention de partenariat en cours de signature, calendrier d'actions de prévention élaboré et en cours de signature	Actions de prévention (APS).
<b>ADOMA</b>	Foyer de migrant	83 avenue de la République, 92190 Meudon	Convention de partenariat en cours de signature.	Actions de prévention (APS).
<b>ADOMA</b>	Foyer de migrant	27 avenue du Général de Gaulle, 92220 Bagneux	Partenariat informel	Actions de prévention (APS).
<b>Adultes-relais</b>	Association de femmes relais	Fontenay-aux-Roses	Partenariat informel	Mise en place d'actions de prévention, porte d'entrée du réseau pour le recrutement de patients.
<b>AFTAM</b>	Foyer de migrants	404 avenue de la Division Leclerc, 92290 Châtenay-Malabry	Convention de partenariat en cours de signature	Actions de prévention (APS)
<b>AIDES 92</b>	Association d'usagers VIH	Hauts-de-Seine (92)	Partenariat informel.	Participation d'Aides à l'action du réseau sur la Qualité de vie financé par le SIDACTION
<b>ALJT</b>	Foyer de jeunes travailleurs	16 rue Jean-Pierre Laurens, Fontenay-aux-Roses	Convention de partenariat en cours de signature	Actions de prévention (APS)
<b>ALJT</b>	Foyer de jeunes travailleurs	43 avenue Gabriel Péri, Fontenay-aux-Roses	Convention de partenariat en cours de signature	Actions de prévention (APS)
<b>ALJT</b>	Foyer de jeunes travailleurs	1 rue Jean Richepin, 92320 Châtillon	Partenariat informel	Actions de prévention (APS)

<b>AP-HP</b>	Assistance Publique Hôpitaux de Paris		Signature de la convention constitutive (21 mars 2006).	Collaboration étroite avec l'AP sur le territoire de santé du réseau, en particulier avec l'hôpital Antoine Bécclère, signataire de la convention constitutive du réseau.
<b>APRIM' 92</b>	Association d'aide juridique	Bagneux	Partenariat informel.	Association partenaire coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>APEI</b>	Association de Parents d'Enfants Inadaptés		Partenariat informel.	Actions de prévention (APS)
<b>ARÈS 92</b>	Réseau de santé	92 Nord (Gennevilliers)	Convention de partenariat en 2005.	Participation aux groupes de travail FÉDIA, orientation de patients.
<b>ARPE</b>	Association de Relais Parents-Enfants	24 rue de Provence, 92140 Clamart	Convention de partenariat signée en août 2007, calendrier d'actions de prévention élaboré chaque année	Actions de prévention, participation aux repas des usagers du réseau, porte d'entrée pour les patients du réseau Ressource, un représentant d'ARPE administrateur de l'association Ressource, participation à l'action FVA.
<b>ASDES</b>	Réseau de santé	Issy-les-Moulineaux	Partenariat informel	Partenaire dans la mise en place d'actions de prévention sur le thème de la diététique lors des repas des usagers du réseau. Projet de coordination réseaux du sud du 92 sur les parcours de soins des patients et l'identification de filières de soins.
<b>Association de Solidarité Internationale et d'Intégration (ASI)</b>	Association de migrants	Boulogne	Partenariat informel.	Partenaire lors des actions de prévention.
<b>Association Génération Afrique Développement (GAD)</b>	Association de promotion culture africaine (de migrants)	Châtenay-Malabry	Partenariat informel.	Partenaire lors des actions de prévention.
<b>Association Régie de quartier</b>	Association	Bagneux	Partenariat informel.	Partenaire lors des actions de prévention.
<b>Atelier Santé Ville (ASV)</b>	Commune	Fontenay-aux-Roses	Partenariat informel.	<p>Participation du réseau au diagnostic sanitaire élaboré par la commune, et mise en place de partenariat actif afin de coordonner au mieux la prise en charge des usagers résidant sur la commune.</p> <p>L'ASV a débuté en avril 2007 et le rendu du diagnostic a été fait en décembre 2007. Au cours de l'année 2007, l'APS du réseau a participé à l'élaboration du diagnostic et continue de suivre le groupe de travail sur les actions de prévention.</p> <p>En 2008 et 2009, participation aux groupe de travail du réseau.</p> <p>Mise en place d'actions de prévention (APS).</p>
<b>Atelier Santé Ville (ASV)</b>	Commune	Bagneux	Partenariat informel.	Participation du réseau au diagnostic sanitaire élaboré par la commune, et mise en place de partenariat actif afin de coordonner au mieux la prise en charge des usagers résidant sur la commune (existence de CUCS avec deux quartiers prioritaires nord et sud qui représentent 73% de la population de la ville).

				<p>L'ASV a débuté en mars 2007 et la première étape, soit l'élaboration du diagnostic santé a été réalisée en juillet 2007. Le réseau délègue un salarié de l'équipe pour participer aux réunions.</p> <p>Ce qui ressort du diagnostic et qui concerne l'activité du réseau est le problème lié à la consommation d'alcool chez les jeunes mais aussi chez les adultes, et cela de façon plus prégnante que la consommation de tabac ou de cannabis. L'idée serait alors de développer des actions de prévention (programmes concertés et inscrits dans la durée) mais aussi des actions de soutien aux adultes alcool-dépendants et notamment un accompagnement vers le soin.</p> <p>D'autre part sur la commune, l'offre de soins est moins élevée que la moyenne départementale (taux de médecins) malgré l'existence du CMS qui complète l'offre libérale (25 généralistes libéraux pour 38 600 habitants).</p> <p>Aujourd'hui l'ASV se poursuit régulièrement et l'APS du réseau participe au groupe de travail portant sur la prévention ce qui permet au réseau de proposer son expertise notamment en ce qui concerne les addictions.</p>
<b>Atelier Santé Ville (ASV)</b>	Commune	Châtenay-Malabry	Partenariat informel	<p>Participation du réseau au diagnostic sanitaire élaboré par la commune, et mise en place de partenariat actif afin de coordonner au mieux la prise en charge des usagers résidant sur la commune.</p> <p>La commune, engagée en signant le CUCS en 2007, n'a cependant commencé le diagnostic sanitaire qu'en 2008. Des contacts informels ont été noués en 2007 ce qui permet au réseau d'être reconnu comme structure ressource lors de l'établissement futur du diagnostic.</p> <p>L'animateur de prévention du réseau participe aux séances de travail organisées par l'ASV et organise, en lien avec l'ASV, un certain nombre d'actions de prévention sur la commune (APS).</p>
<b>Atelier Santé Ville (ASV)</b>	Commune	Clamart	Partenariat informel.	<p>Participation du réseau au diagnostic sanitaire élaboré par la commune, et mise en place de partenariat actif afin de coordonner au mieux la prise en charge des usagers résidant sur la commune.</p> <p>La coordinatrice de l'ASV n'ayant pris ses fonctions que début 2008, le diagnostic sanitaire n'a commencé que courant 2008.</p> <p>Courant 2009, quelques actions de prévention ont eu lieu sur la commune de Clamart en lien avec les partenaires associatifs de la commune.</p>

<b>ASTI (Association de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés)</b>	Association (domiciliation d'usagers)	Colombes	Partenariat informel.	Association relais sur la coordination de la prise en charge des usagers.
<b>Atmosphère</b>	Association d'aide à domicile	Hauts-de-Seine (92)	Convention de partenariat en cours de signature.	Élaboration d'un cycle de formation destiné aux aides à domicile rencontrant des problèmes de prises en charge au domicile de patients résidant sur le 92 et en lien avec les addictions, en lien avec le CSAPA Chimène.
<b>AUXILIA</b>	CHRS (hébergement, accompagnement social)	Bourg-la-Reine	Partenariat informel, en cours de formalisation.	Partenaire dans la coordination de la prise en charge des usagers. Actions de prévention à destination des résidents du centre (calendrier annuel).
<b>CPAM 92</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine	Nanterre	Partenariat informel.	Financeur dans le cadre du FNPEIS des projets RPIB et FB (Formation des bénévoles)
<b>Centre Flora Tristan</b>	Association d'accueil de femmes victimes de violence	Châtillon	Convention signée le 18 février 2009.	Partenaire lors de la coordination de la prise en charge d'usagers.
<b>Centre socioculturel l'ESCALE</b>	Association culturelle	Fontenay-aux-Roses	Convention signée le 1 novembre 2007.	Actions de prévention.
<b>Centre Chimène</b>	CSAPA	Issy-les-Moulineaux	Signataire de la convention constitutive (21 mars 2006).	Centre ressource pour les actions de prévention du réseau (APS). Participation de professionnels du réseau aux actions menées par Chimène dans le cadre du projet Bar Mobile.
<b>Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)</b>	Association	Clamart	Partenariat informel	Partenaire lors de la coordination de la prise en charge d'usagers.
<b>Centre municipal de Santé (CMS)</b>	CMS	Bagneux	Partenariat informel	Participation commune à l'ASV, relais dans le cadre d'actions de prévention.
<b>Centre municipal de Santé (CMS)</b>	CMS	Malakoff	Partenariat informel	Contacts noués au cours de l'année 2008. Actions de prévention (APS).
<b>Centre municipal de Santé (CMS)</b>	CMS	Fontenay-aux-Roses	Partenariat informel.	Participation commune aux ASV de la ville, élaboration d'actions de prévention en particulier autour de la Journée Mondiale du SIDA du 1 <sup>er</sup> décembre, élaboration d'actions de prévention (APS).
<b>Centre municipal de Santé (CMS)</b>	CMS	Clamart	Partenariat informel.	Mise en place d'actions de prévention autour de la Journée mondiale du SIDA du 1 <sup>er</sup> décembre 2007, élaboration d'actions de prévention.
<b>COMEDE</b>	Association (demande asile politique)	94	Partenariat informel	Partenaire lors de la coordination de la prise en charge d'usagers. Participation du Comède aux formations du réseau en temps qu'intervenant.

<b>COREVIH</b>		IDF Sud	Partenariat formel	Participation du médecin coordonnateur (AC) et d'administrateurs de l'association aux réunions du COREVIH SUD.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune, services sociaux	Antony	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune	Bagneux	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune	Bourg-la-Reine	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune	Châtenay-Malabry	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune	Clamart	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune	Fontenay-aux-Roses	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune	Issy-les-Moulineaux	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Circonscription de la vie sociale (CVS)</b>	Commune	Montrouge	Partenariat informel.	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>Culture du cœur</b>	Association		Partenariat informel.	Association partenaire notamment lors des repas des usagers en mettant à disposition des patients des places de théâtre/cinéma, autres gratuites.
<b>Emmaüs</b>	Association (hébergement social, accueil de jour, etc)	Paris, XIV	Partenariat informel	Coordination prise en charge des usagers du réseau.
<b>ERASME</b>	Centre Médico-Psychologique (CMP)	Antony	Signature de la convention de partenariat en cours.	Le directeur du CMP était administrateur de l'association Ressource en 2007.
<b>Espace Prévention-Santé</b>	Commune	Châtenay-Malabry	Signature d'une convention de partenariat en cours.	Participation commune à l'ASV, oriente des patients sur le réseau Ressource.
<b>Famille et Cité</b>	Association d'aide à domicile	Hauts-de-Seine (92)	Partenariat informel.	Élaboration d'un cycle de formation à destination des aides à domicile de l'association pour l'année 2008.
<b>FÉDÉRASIF</b>	Fédération des réseaux d'accès aux soins d'IDF	Siège à Paris.	Partenariat informel.	Participation à l'élaboration puis à la mise en place du projet RS psy (rémunérations spécifiques). Participation au CA et aux diverses réunions et groupes de travail.

<b>FÉDIA</b>	Fédération des intervenants en addictologie des Hauts de Seine	Hauts-de-Seine (92)	Signature d'une convention de partenariat en cours.	Directrice de l'association est aussi administrateur de l'association Fédia. Organisation de la Journée départementale de la Fédia.
<b>Femmes-relais</b>	Association	Antony	Partenariat informel.	Mise en place d'actions de prévention à un rythme régulier au cours de l'année. Coordination de la prise en charge de patients (porte d'entrée au sein du réseau).
<b>Femmes-relais</b>	Association	Fontenay-aux-Roses	Partenariat informel.	Mise en place d'actions de prévention à un rythme régulier au cours de l'année. Coordination de la prise en charge de patients (porte d'entrée au sein du réseau).
<b>FJT</b>	Foyer de jeunes travailleurs	16 avenue Victor Hugo, 92220 Bagneux	Partenariat informel	Premiers contacts début 2008, mise en place d'un calendrier d'actions de prévention annuel.
<b>FJT</b>	Foyer de jeunes travailleurs	6 rue Charlot, 92130 Issy-les-Moulineaux	Partenariat informel	Premières rencontres en 2008, élaboration d'un calendrier d'actions de prévention annuel.
<b>FJT</b>	Foyer de jeunes travailleurs	41 rue du Moulin de Pierre, 92140 Clamart	Partenariat informel	Premiers contacts en 2008. Mise en place d'actions de prévention au cours de l'année 2009.
<b>FNH VIH</b>	Fédération ACT + appartements relais	France	Partenariat informel.	Rencontre du coordinateur M. Béranger le 10 septembre 2007, afin de lui présenter la nouvelle équipe du réseau. À cette occasion, inscription du réseau sur la liste de diffusion de la fédération permettant de connaître les places disponibles en ACT et en appartement relais.
<b>Fondation Auteuil (Village éducatif Saint-Philippe)</b>	Maisons éducatives (MECS) Résidence jeunes majeurs (MECS) Internant éducatif et scolaire Accueil de jour	Meudon	Convention en cours de signature Convention sur les actions de prévention (calendrier annuel) en cours	Un calendrier annuel d'actions de prévention est mis en place au cours du mois de septembre. Ressource est utilisé comme référent dans le cadre des actions de santé organisées dans la structure de Meudon.
<b>Hôpital Antoine Béclère AP-HP</b>	Établissement sanitaire	Clamart	Signataire de la convention constitutive 21 mars 2006.	Personnel de l'hôpital administrateurs de l'association (Dr Karitnhi, Dr Polo Devoto). Nombreux projets/actions en commun : - Consultation d'accès aux soins au sein de l'hôpital dont les médecins généralistes vacataires sont salariés de Ressource en collaboration avec l'Espace Côte et Damien (polyclinique). - Projet Observance thérapeutique et qualité de vie en collaboration avec l'hôpital de jour et le CDAG. - Projet Urgences et alcool en collaboration avec le service des Urgences. - Coordination de la prise en charge de patients du réseau (FIQCS).

<b>Hôpital Corentin Celton AP-HP</b>	Établissement sanitaire	Issy-Les-Moulineaux	Partenariat informel	
<b>Hôpital Louis Mourier AP-HP</b>	Établissement sanitaire	Colombes	Partenariat informel.	
<b>IKAMBÉRÉ</b>	Association d'accueil, d'écoute et de suivi des femmes notamment vivant avec le VIH	39 boulevard Anatole France, 93200 Saint-Denis	Partenariat informel.	Travail autour de la coordination de la prise en charge de patientes du réseau, notamment touchée par le VIH.
<b>INITIATIVES</b>	ACT	Bourg-la-Reine	Convention de partenariat en cours de signature.	<p>Actions communes autour du VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les entretiens de vie (EV) financés par le Sidaction</li> <li>- Coordination de la prise en charge de patients vivants avec le VIH</li> </ul> <p>Représentation de l'association Initiatives au CA de Ressource depuis juin 2008 (Mme Anne Desbordes, IDE coordinatrice)</p>
<b>LA PASSERELLE</b>	Association culturelle	Châtenay-Malabry	Partenariat informel	Orientation de patients vers le réseau, mise à disposition par le réseau de documents de prévention.
<b>LE TRAIT D'UNION</b>	ACT		Partenariat informel.	Coordination de la prise en charge des patients du réseau.
<b>LIBERTÉ</b>	CSAPA	Bagneux	Partenariat informel.	Coordination de la prise en charge des patients du réseau. Participation à des actions de prévention.
<b>MORPHÉE</b>	Réseau de santé	IDF	Partenariat informel.	Formations communes destinées aux professionnels du réseau (EPP, FMC)
<b>OSMOSE</b>	Réseau de santé	Territoire de santé 92-1	Partenariat informel.	Coordination de la prise en charge d'usagers, réunion de synthèse sur des situations patients communes, partage d'information.
<b>LA PÉPINIÈRE</b>	Association (club de prévention)	Meudon	Partenariat informel.	Actions de prévention.
<b>PERINAT 92</b>	Réseau de santé	Territoire de santé 92-1	Partenariat informel. Adhérents du réseau.	Participation du réseau aux groupes de travail du réseau Périnatal.
<b>Relais enfants-parents</b>	ACT	Clamart	Partenariat informel.	Coordination de la prise en charge des usagers.

<b>RES'ADO</b>	Réseau de santé	Territoire de santé 92-1	Partenariat informel.	Soutien logistique apporté par Ressource au réseau par le biais d'un hébergement gracieux depuis octobre 2006. Puis partage de locaux (bail de sous location).  Mise en place d'actions de formation en commun.
<b>Réseau Solidarité Accueil (RSA 92)</b>	Association (hébergement, accueil de jour, accompagnement social, consultations d'accès aux soins)	Fontenay-aux-Roses	Convention de partenariat en cours de signature.	
<b>Restau du Cœur</b>	Association		Partenariat informel.	Association ressource pour la prise en charge des usagers du réseau notamment les personnes en situation de précarité.
<b>Samu social</b>	Association	IDF	Partenariat informel.	Association ressource pour la prise en charge des usagers du réseau notamment les personnes en situation de précarité et sans domicile fixe voire sans domicile.
<b>Secours populaire</b>	Association	Antony	Partenariat informel.	Association ressource pour la prise en charge des usagers du réseau notamment les personnes en situation de précarité.
<b>Secours Populaire</b>	Association	Nanterre	Partenariat informel.	Association ressource pour la prise en charge des usagers du réseau notamment les personnes en situation de précarité.
<b>SESAME SAFIR</b>	Association	Bagneux	Convention de partenariat en attente de signature	Actions de prévention (APS)
<b>SIDACTION</b>	Association	Ile de France	Convention de financement pur l'année 2007.	Le SIDACTION finance le projet Qualité de vie depuis 2008.
<b>SOL EN SI</b>	Association	Paris	Partenariat effectif	Participation au projet Sol en Si sur l'annonce du diagnostic VIH en particulier lors de la grossesse et financée par le Sidaction.
<b>UDAF 92</b>	Délégués à la tutelle auprès de majeurs protégés	Ile de France	Convention de partenariat	Participation à des réunions de coordination des trajectoire de soins de patients du réseau.
<b>UNR.S</b>	Association	France	Adhérent à l'association	Le réseau Ressource, en tant que réseau de santé a adhéré à l'association UNR.S dès sa mise en place.
<b>URML</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France	12 rue Cabanis, 75014 Paris	Partenariat informel.	Participation régulière aux café-réseaux (rythme mensuel) ayant lieu au sein des locaux de l'URML le 3 <sup>ème</sup> mardi de chaque mois de 7h à 9h.  Lieu de rencontre et d'échange informel entre acteurs de réseaux et médecins généralistes libéraux, lieu de réflexion et de mutualisation d'expériences des réseaux en Ile de France.



<b>VAL DE SEINE</b>	Réseau de soins		Partenariat informel	Coordination de la prise en charge de patients ayant des problèmes hépatiques. Appel aux compétences de l'équipe du réseau Val de Seine pour animer les formations de Ressource sur les hépatites.
<b>VIE LIBRE</b>	Association	Malakoff	Partenariat informel	Participation aux actions du réseau, sollicitation de Vie Libre pour intervenir lors des repas patients sur le thème des addictions/comportements à risque.



## **Faire connaître le réseau : la Journée Portes Ouverte**

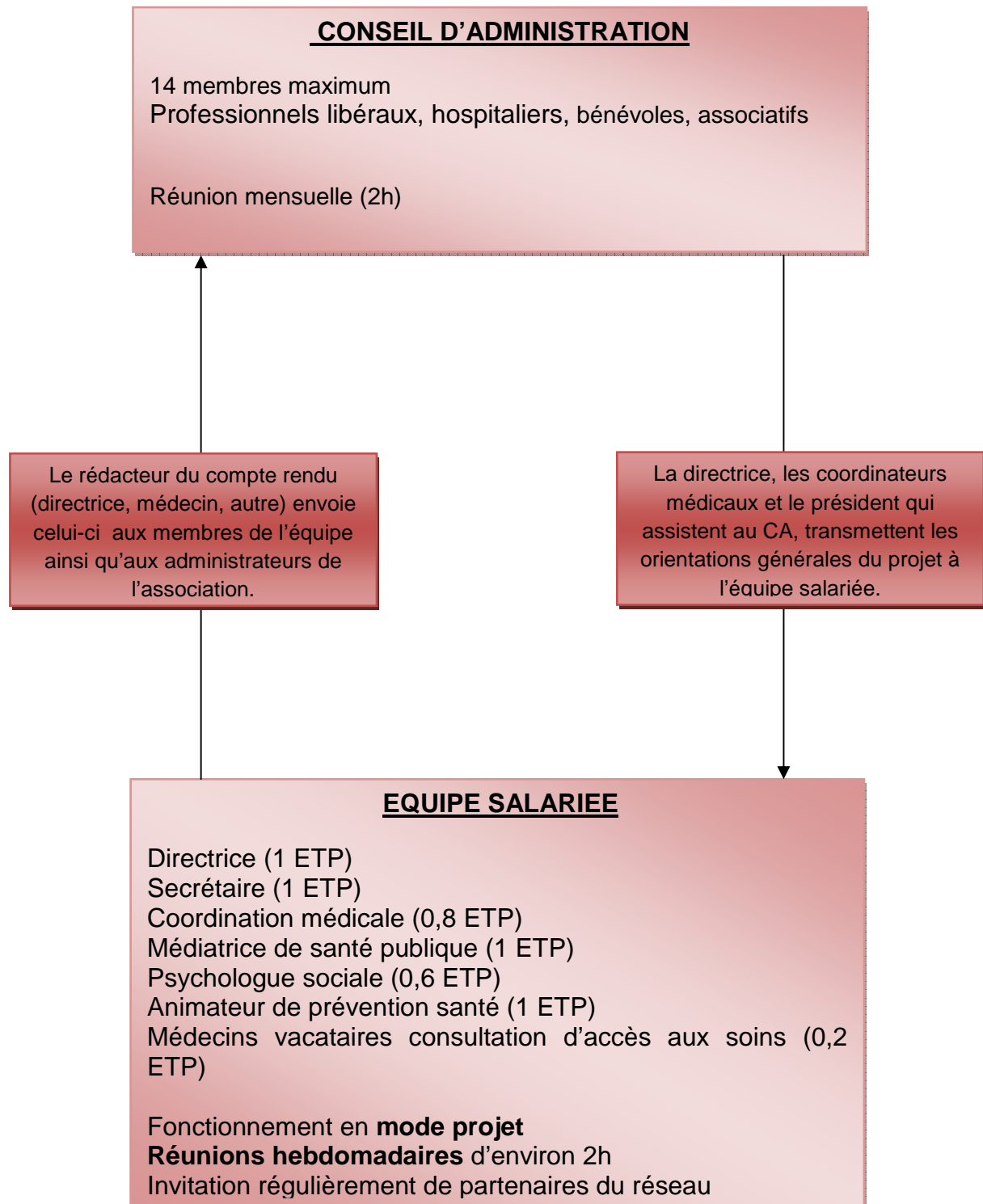
Afin de renforcer les liens avec nos partenaires et de faire connaître les actions de l'association, le réseau a organisé sous la coordination de Lydia Zenouda, secrétaire du réseau, une seconde Journée Portes Ouvertes qui a eu lieu **Mardi 27 Janvier 2009 de 9h30 à 17h.**

À cette occasion, le réseau (équipe salariée, membres du CA), tout en proposant un petit-déjeuner, un déjeuner-buffet, puis un goûter, a présenté les actions du réseau, projeté des films utilisés notamment lors des actions de prévention et mis à disposition les documents et outils de prévention utilisés lors des actions.

Environ **70 personnes** sont venues à la rencontre du réseau durant cette journée.

## 1.4. Le fonctionnement du réseau

### Schéma de communication interne réseau Ressource





Le réseau Ressource dispose des instances suivantes : un Conseil d'Administration, un Bureau et une Assemblée Générale. Ces trois instances sont composées exclusivement de professionnels de santé et du social.

Le pilotage du projet est assuré par le Conseil d'Administration, dont les membres élisent le Bureau.

### 1.4.1. La direction du projet : le Conseil d'Administration

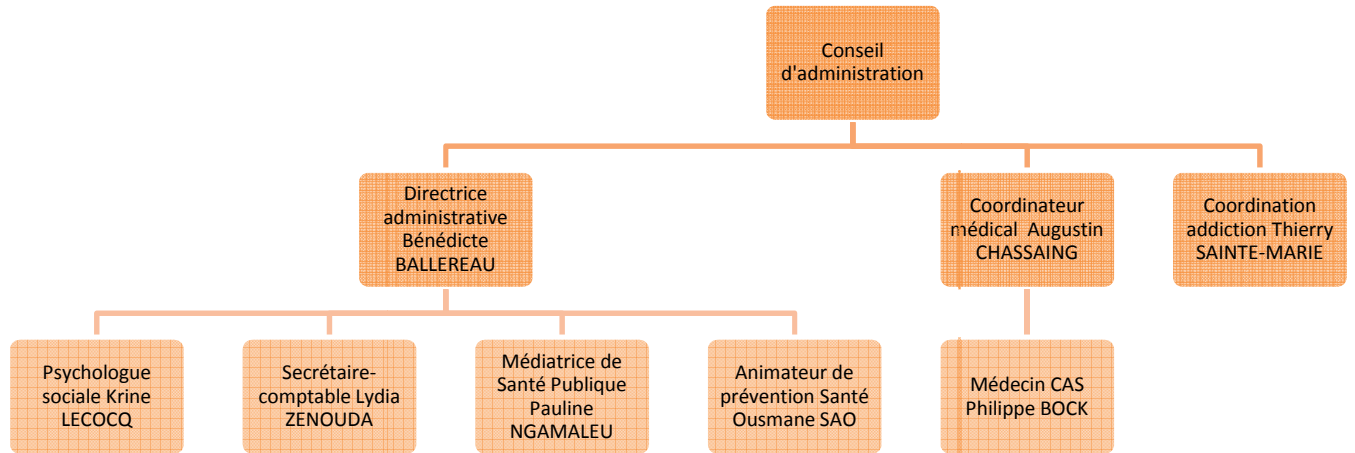
Après l'Assemblée Générale Ordinaire du Jeudi 25 Juin 2009, l'association est pilotée par un conseil d'administration composé de :

Nom et Prénom	Bureau	Fonction
<b>Dr José POLO DEVOTO</b>	Président	Addictologue, responsable du dispositif de prise en charge des conduites addictives à l'Hôpital Antoine Béclère AP-HP (Clamart)
<b>Dr Michel FABRE</b>	Trésorier	Médecin Généraliste Libéral (Malakoff)
<b>Anne DESBORDES</b>	Secrétaire	Infirmière, association INITIATIVES (Bourg La Reine)
<b>Jean-Yves NOËL</b>		Directeur Centre Chimène (Issy Les Moulineaux)
<b>Dr Daniel KARINTHI</b>		Médecin Généraliste (CMS Fontenay Aux Roses), Tabacologue et alcoologue à l'Hôpital Antoine Béclère AP-HP (Clamart)
<b>Dr Beatriz BELFORTE</b>		Médecin généraliste CSST Monte Cristo Hôpital Georges Pompidou (Paris)
<b>Dr Claire BERNADAC</b>		Présidente du réseau de santé Resado, Pédiopsychiatre CMP Erasme (Antony)
<b>Binta DOUCOURÉ</b>		Adulte Relais, association ARPE (Clamart)
<b>Dr Mathilde PARADIS</b>		Médecin psychiatre, Hôpital Ambroise Paré AP-HP (Boulogne)
<b>Gérard MULLER</b>		Directeur La Fratrie (Nanterre)
<b>Dr Daniel CŒUR-JOLY</b>		Médecin généraliste

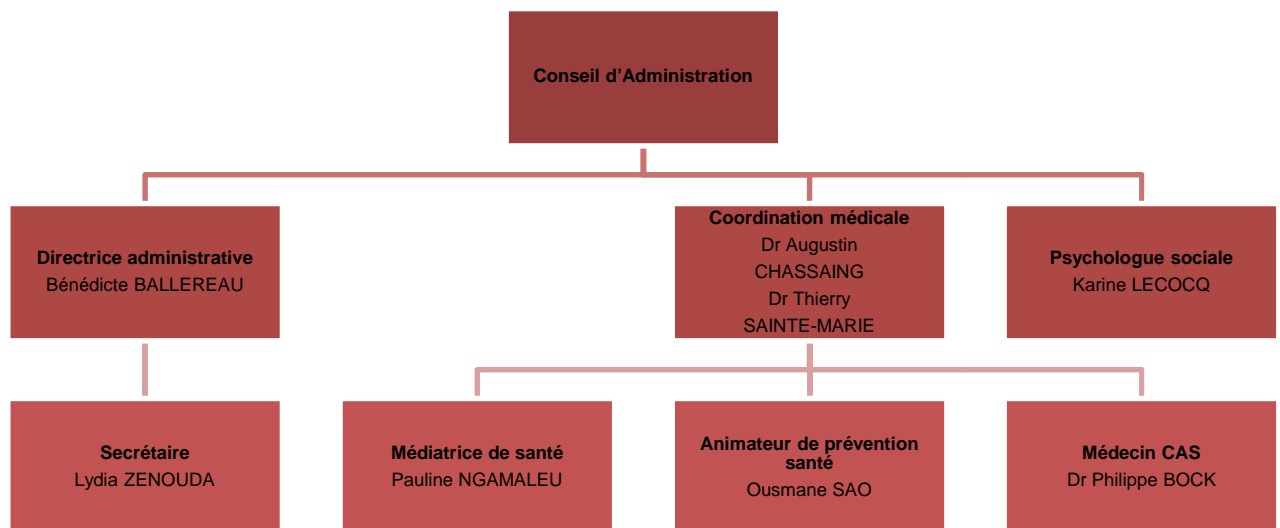
Les administrateurs du réseau ont pour rôle d'être les responsables du projet et de son suivi, ils donnent les orientations générales, stratégiques et politiques du réseau, valident les propositions d'action de l'équipe salariée, et enfin, animent des groupes de travail.

Ils se réunissent au moins une fois par mois pendant environ deux heures. Le président de l'association anime la réunion en présence des administrateurs, de la directrice (chargée de rédiger le compte rendu de la réunion qui sera ensuite validé par le président, puis diffusé aux membres du CA par la secrétaire du réseau) et des coordinateurs médicaux qui n'ont qu'une présence consultative.

## Organigramme hiérarchique



## Organigramme technique



## 1.4.2. Une équipe salariée

### Composition

<b>Coordination administrative</b>			
<b>Mme Bénédicte BALLEREAU</b>	Directrice administrative	1 ETP	En poste depuis le 4 décembre 2006
<b>Mme Lydia ZENOUDA</b>	Secrétaire-comptable	1 ETP	En poste depuis 1996
<b>Coordination médicale</b>			
<b>Dr Augustin CHASSAING</b>	Médecin coordinateur, médecin généraliste de la consultation d'accès aux soins (PASS)	0,7 ETP	En poste depuis le 1 <sup>er</sup> octobre 2007
<b>Dr Thierry SAINTE-MARIE</b>	Médecin addictologue	0,2 ETP	En poste depuis le 15 octobre 2007
<b>Dr Philippe BOCK</b>	Médecin généraliste de la consultation d'accès aux soins (PASS)	0,1 ETP	En poste depuis septembre 2008
<b>Médiation culturelle</b>			
<b>Mme Pauline NGAMALEU</b>	Médiatrice de Santé Publique (MSP)	1 ETP	En poste depuis le 27 décembre 2004
<b>Actions de prévention</b>			
<b>M. Ousmane SAO</b>	Animateur de Prévention Santé (APS)	1 ETP	En poste depuis le 19 février 2007
<b>Coordination sociale</b>			
<b>Mme Karine LECOCQ</b>	Psychologue sociale	0,7 ETP	En poste depuis le 1 <sup>er</sup> octobre 2007

L'équipe salariée est composée de 8 personnes au 31 décembre 2009.

Elle a pour rôle de mettre en œuvre le projet associatif imaginé par les administrateurs du réseau, et cela tout en faisant des propositions d'actions. L'équipe gère le projet, coordonne la prise en charge globale des usagers, élabore en lien avec le CA le programme de formation du réseau, met en place et suit l'activité des groupes de travail, met à jour les outils de communication (plaquette, site internet)

## **Rôle de la coordination administrative :**

### **Directrice administrative :**

Elle élabore des projets et recherche des financements pour mettre en œuvre les actions du réseau (gère le contact avec les financeurs, élabore et écrit les dossiers de demande de financement), gère tous les aspects administratifs et financiers de l'association (gestion de l'association, gestion et encadrement du personnel, comptabilité du réseau avec la comptable et la commissaire aux comptes, gestion des contacts avec la banque, élaboration du budget prévisionnel, suivi des dépenses et des recettes), gère les tableaux de bord d'activité du réseau, coordonne et évalue l'activité du réseau en lien avec les deux médecins coordinateurs, organise la circulation de l'information, coordonne des projets en lien avec la coordination médicale, assure un travail de veille, coordonne les divers partenaires du réseau.

### **Secrétaire-comptable :**

Elle assure le secrétariat courant de l'association (gestion des formalités administratives, organisation de l'AG, saisies informatiques, réception des appels, mise sous pli, archivage, classement, assure l'accueil des patients/usagers ...), de la gestion du personnel (tenue du cahier du personnel, élaboration des indications pour paye, ...), occupe des fonctions financières (saisie des écritures comptables, rapprochements bancaires, ...).

Au niveau technique, elle assure un travail de communication (gestion et actualisation des fichiers du réseau, mise à jour de l'agenda commun, etc), de gestion documentaire, d'organisation des formations (réservation de salles, envoi des invitations, réception des inscriptions, rémunération des professionnels libéraux), de gestion et de suivi du fonds de secours VIH, de gestion logistique (gestion des contrats d'assurance, des contrats de maintenance, des commandes, organise les repas patients).

## **Rôle de l'équipe de coordination médicale :**

### **Médecin coordinateur**

Il a d'abord un rôle de coordination :

Il développe et maintient le contact avec les professionnels du soin et du champ social investis dans la prise en charge des personnes toxicomanes (en particulier dépendantes à l'alcool) et/ou séropositives pour le VIH et/ou le VHC ;

Il participe à la prise en charge coordonnée de patients : orientation, échange avec les professionnels et les usagers ; continuité de la prise en charge entre les services hospitaliers, les professionnels de ville, les établissements de soins ;

Il repère les problèmes et besoins de santé sur notre territoire de santé et sensibilise les usagers, les acteurs professionnels, les institutions et les municipalités aux adaptations à apporter dans l'organisation des soins sur le secteur, il peut être amené à proposer des actions avec prise en charge hors nomenclature (accompagnement des patients lors de certaines consultations de ville par exemple)

Il met en place les outils (dossier minimal commun, document de liaison...) et assure leur suivi ;

Il collabore avec les associations d'usagers et favorise le maintien ou la mise en place des lieux d'échange ;

Il prend toute mesure utile pour accroître la présence du réseau auprès des professionnels et étendre l'annuaire des acteurs concernés.

Il mène des actions de formations et d'information auprès des professionnels :

- il sollicite l'avis des adhérents et des administrateurs du réseau pour le choix des thèmes de formation ;
- il propose et organise les réunions d'information de formation des professionnels ;
- il recherche les intervenants et participe à l'élaboration du contenu des formations ;
- il prend en compte les priorités de santé définies par les autorités ;
- il anime les réunions de formation et propose toute modification qu'il juge utile pour les améliorer.

Et enfin, il évalue les activités du réseau en partenariat avec la directrice administrative du réseau :

- il recueille les données nécessaires à la visibilité des prises en charge et à leur évaluation : mise en place et suivi de la base de donnée des patients et des parcours de soin ;
- il établit en accord avec les référentiels et les professionnels les protocoles de soins promus par le réseau ;
- il assure le lien avec les organismes d'évaluation qualitative et participe à l'évaluation quantitative et économique avec le coordinateur administratif.



### Médecin de la consultation d'accès aux soins

À l'heure actuelle, deux médecins généralistes assurent la consultation d'accès aux soins.

Ils ont pour mission d'effectuer des vacations de médecine générale au sein de l'Hôpital Antoine Béclère pour des patients en situation de précarité sans droits sociaux ouverts.

Ces consultations s'insèrent dans un projet global d'accès aux soins mené par le réseau Ressource dont le référent est le médecin coordinateur de l'association.

### Psychologue

Missions :

La psychologue du réseau a un rôle d'information et de formation vis-à-vis des professionnels et des usagers du réseau. Elle anime le groupe d'intervision pour les médecins généralistes libéraux, participe à des actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé qui en font la demande auprès de l'association.

Celle-ci participe, développe et encadre des dispositifs originaux (consultation de qualité de vie et d'aide à l'observance formation de bénévoles sur le repérage des comportements à risques, etc).

Le psychologue est responsable de l'évaluation, du traitement, de l'orientation et de la coordination des problématiques psychologiques des patients et des professionnels.

Elle a un rôle de coordination des interventions et des professionnels, mais ne se substitue pas, dans sa fonction de soignant, aux équipes en place.

Le psychologue coordinateur a un rôle d'analyse des demandes et des besoins (réception téléphonique de la demande d'intervention du réseau et analyse des besoins des patients et/ou des professionnels, orientation des demandes, recherche d'intervenants et participation à la réunion de concertation initiale).

Elle peut proposer un accompagnement psychologique aux patients du réseau (soutien occasionnel et en cas d'urgence des patients et de leurs proches, avant orientation vers professionnels de la prise en charge psychologique compétents) et un soutien aux professionnels et bénévoles du réseau.

Dans le cadre de l'expérimentation des rémunérations spécifiques, elle pourra participer à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des rémunérations spécifiques des psychologues, en lien avec les coordinateurs médicaux du réseau.



### Médiatrice de Santé Publique (MSP)

#### Missions :

Coordination du parcours de soin des usagers (aspects sociaux de la prise en charge) :

- Favoriser l'accès aux droits (Aide Médicale d'État, Couverture Maladie Universelle) des populations en situation de précarité.
- Favoriser l'accès à la prévention (dépistage, éducation pour la santé) et aux soins de ces populations. Un accent est mis sur les personnes ayant pris des risques de contamination par le VIH et le VHC ;
- Favoriser l'accès aux soins (accompagnement physique) de ces populations ;
- Accompagner socialement ces personnes, avant de faire le lien avec le droit commun (services sociaux institutionnels, de l'hôpital, centres d'hébergement, institutions à solliciter pour toute démarche liée à l'obtention d'une autorisation de séjour).

Action de coordination de projets :

- Coordonner la consultation d'accès aux soins (CAS) pour le réseau Ressource (accueil, enregistrement, tri puis orientation des patients), animer des entretiens sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH, en lien avec la psychologue et le médecin, mener les consultations d'observances de ces mêmes patients dans le cadre du projet.
- Coordonner le projet Observance thérapeutique et entretiens de vie.

Depuis 2005, elle a su nouer des partenariats pour le compte du réseau et les entretenir en évaluant régulièrement leur satisfaction à partir des besoins de santé exprimés par les partenaires du réseau et les usagers/patients.

### Animateur de Prévention Santé (APS)

#### Missions :

Il organise régulièrement des séances d'éducation pour la santé en partenariat avec d'autres associations (type clubs de prévention et d'insertion, foyer d'hébergement de travailleurs migrants, de jeunes travailleurs, associations de femmes relais, etc) ayant passé convention ou non avec le réseau de santé.



Il fait connaître l'action du réseau par le biais d'entretiens collectifs et/ou individuels auprès des personnes précaires ou de personnalités reconnues au sein de la population cible (populations précaires, notamment personnes migrantes issues d'Afrique sub-saharienne, et de jeunes de quartiers défavorisés).

Il fait la promotion de la consultation d'accès aux soins du réseau et du dépistage multi-thématique en lien avec le médecin coordinateur, et afin d'organiser les actions, il fait le point de façon hebdomadaire avec le médecin coordinateur (Dr Chassaing) sur les actions de prévention menées et à mener.

Il représente le réseau sur le volet prévention au sein des Ateliers Santé Ville (ASV) dans les communes qui en ont mis en place (Antony, Bagneux, Clamart, Châtenay-Malabry, Fontenay-aux-Roses).

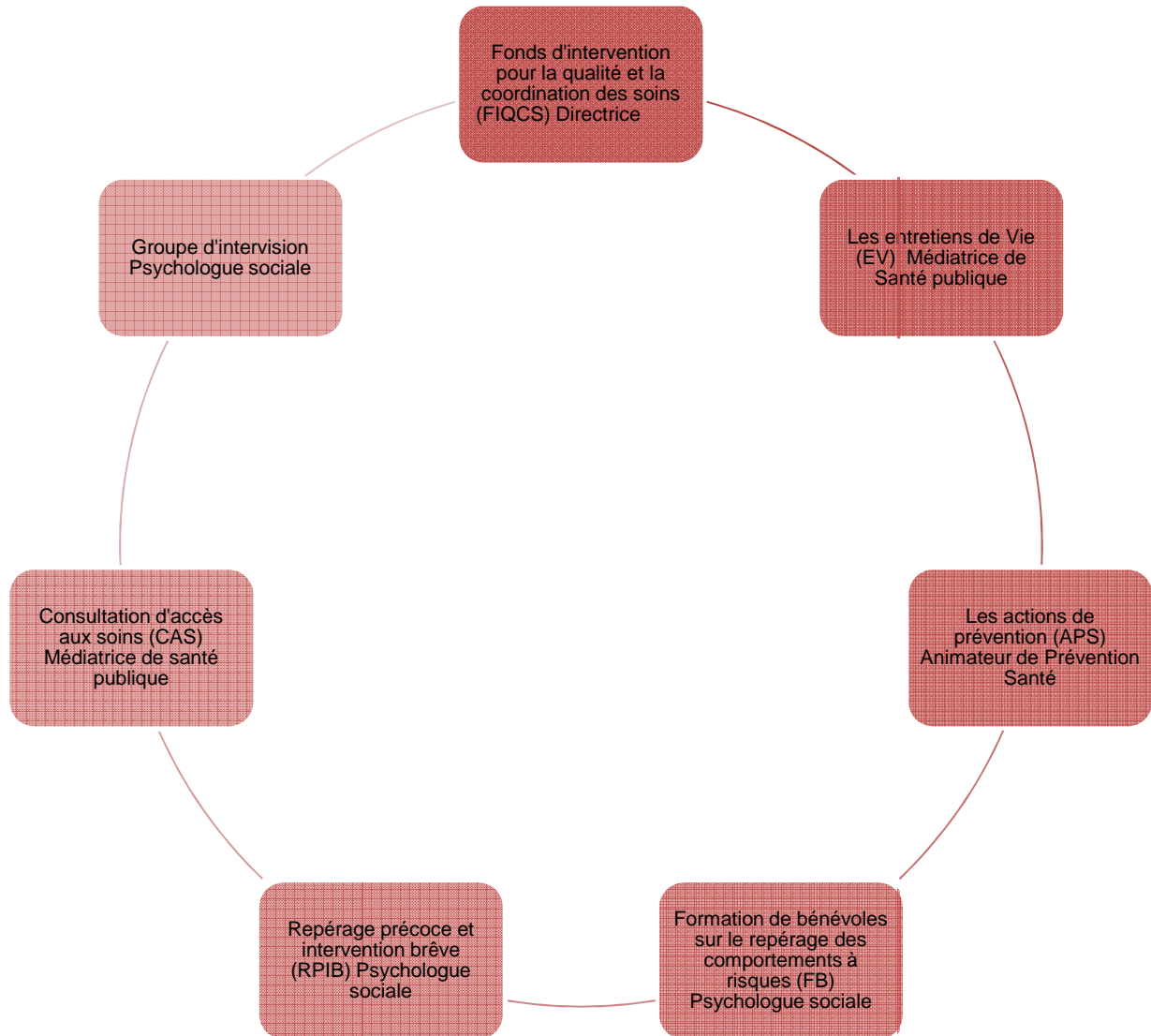
Il est à noter que par la masse salariale qu'elle représente et l'importance des budgets qu'elle gère, l'association est une véritable entreprise dont la difficulté majeure, inhérente aux réseaux de santé, est la gestion des ressources humaines.

En effet, il paraît difficile offrir aux salariés une vision professionnelles à long terme alors même que le réseau n'a une visibilité qu'à très court terme de son avenir puisque sa pérennité n'est en aucun cas assurée.

Pour autant au sein de Ressource, **l'équipe salariée est en adéquation** avec les **objectifs** définis par les statuts de l'association et comprend des compétences médicales, psychologiques, sociales (médiatrice de santé possédant des compétences sociales qui pourraient s'inscrire dans le processus de la validation des acquis de l'expérience permettant d'obtenir le diplôme d'assistante sociale), et administratives.

Le dimensionnement de l'équipe est en cohérence avec les objectifs visés et chaque projet bénéficie d'un référent choisi au sein de l'équipe salariée, en lien avec des administrateurs du réseau et des partenaires de celui-ci.

## Projets du réseau Ressource et référents salariés





### 1.4.3. Les principaux prestataires de service

RESSOURCE dispose d'un cabinet comptable, Léo Jégard & associés (23, rue du clos d'Orléans, 94 120 Fontenay-sous-Bois), et d'une commissaire aux comptes, Mme Catherine LESAGE (EOS, 2 avenue Marie, 94 500 Champigny-sur-Marne).

### 1.4.4. Communication interne

Outre les coordinations, le fonctionnement se fait selon le mode projet.

Une réunion hebdomadaire permet de faire le point sur le réseau et d'évoquer les projets associatifs.

Depuis février 2008, cette réunion a lieu en alternance le lundi et mardi (une fois sur deux).

- Le lundi (tous les 15 jours) de 14h à 16h, le réseau travaille de façon plus spécifique sur les activités du réseau (coordination de la prise en charge des patients, formations des professionnels du réseau) dont le référent (propose un ordre du jour, mène la réunion, élabore et rédige le compte rendu, diffuse le compte rendu à l'équipe et aux administrateurs du réseau) est le Dr Chassaing.
- Le mardi de 10h à 12h30, l'équipe travaille plus spécifiquement les projets associatifs (financement CG, DRASS, PRSP, Sidaction, INCA, ARS, etc), réfléchi et élabore des propositions d'action ensuite soumises au CA. La responsable de ces réunions du mardi est la directrice administrative (propose un ordre du jour, mène la réunion, élabore et rédige le compte rendu, diffuse le compte rendu à l'équipe et aux administrateurs du réseau).

Ce mode d'organisation permet un suivi régulier des activités et des projets, sachant qu'il existe pour chaque projet/action, un référent identifié au sein de l'équipe salariée ainsi que des partenaires parfaitement identifiés aussi pour ces mêmes projets. Les administrateurs de l'association sont invités à y participer lorsque leur emploi du temps le permet.

Aussi, en 2009, **36 réunions d'équipes** ont eu lieu. Toutes les réunions hebdomadaires font l'objet de comptes rendus détaillés et archivés (serveur, logiciel 4D), et sont envoyés à l'équipe salariée et aux membres du CA. Ces comptes rendus peuvent aussi être consultés au réseau à tout moment (mise à disposition lors des réunions ou sur demande).

D'autre part, afin d'améliorer la communication interne, un cahier de liaison, sous la responsabilité de la secrétaire, est disponible pour les salariés du réseau dont la gestion du temps n'est pas similaire. En effet, si certains occupent un poste à temps



plein, d'autres ne sont employés qu'à temps partiel. La vision du temps n'étant pas la même, utiliser ce cahier de liaison permet aux salariés de partager l'information de manière moins contraignante et plus rapide que lors des réunions de suivi hebdomadaires.



#### **1.4.5. La gestion de l'information**

##### **Le système d'information**

Le parc informatique de l'association fonctionne en réseau. Les données sont partagées sur un serveur hébergé (documents, emails, etc) et sauvegardées régulièrement en externe (société IRT).

D'autre part, afin d'optimiser l'activité du réseau, les ordinateurs sont équipés d'un logiciel de gestion réseau appelé 4D. Depuis peu il est accessible en externe avec un mot de passe sécurisé.

##### **Les outils de communication**

La plaquette de présentation du réseau est régulièrement modifiée en fonction des projets élaborés par le réseau. Elle est diffusée en grande quantité notamment lors des actions de prévention auprès des usagers du réseau, mais aussi auprès des partenaires du réseau (professionnels libéraux, personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, etc)

Le site Internet dont le nom de domaine a été acheté en 2007 fonctionne aujourd'hui en routine.

L'administrateur du site est le médecin coordinateur (Dr Chassaing).

L'adresse du site est la suivante : <http://reseauressource.org/>

## 2. Les actions en direction des usagers du réseau

### 2.1. En amont : les actions de prévention

#### 2.1.1. Actions de prévention (APS)

##### Contexte :

Le réseau de santé RESSOURCE s'est historiquement constitué en réponse à l'épidémie du VIH/SIDA : information des professionnels en contact avec ces populations par le biais de séances régulières de mise à jour des connaissances, mais aussi rappel de la nécessité de repérer les prises de risques et de promouvoir le dépistage, de réaliser des actions de prévention auprès de populations précaires (notamment personnes migrantes issues d'Afrique sub-saharienne) et auprès de jeunes des quartiers défavorisés.

Afin de promouvoir les comportements favorables à la santé, le réseau Ressource avait répondu dans un premier temps (2006) à l'appel à projet du Groupe Régional de Santé publique avec comme objectif de diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les populations prioritaires : migrants et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que les détenus, les prostitués et les hétérosexuels partenaires.

Depuis février 2007, afin de mettre en place ces actions de prévention, un animateur de prévention a été recruté d'abord en CDD puis en CDI depuis janvier 2008.

Puis en 2009, alors que le futur du GRSP devenait incertain, le réseau a pu faire évoluer les actions de prévention réalisées dans le cadre du réseau en les faisant financer par la **Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT)**.

L'objectif du réseau est de diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les étrangers/migrants vivant en France, les jeunes, en développant la prévention auprès du public cible, en mettant en place des actions de prévention (promotion du préservatif masculin et féminin, informations sur le VIH/SIDA) et d'éducation à la santé (incitation au dépistage en lien avec le médecin coordinateur du réseau) collectives et/ou individuelles :

- auprès de nos partenaires demandeurs associatifs (foyers d'hébergement, foyers de travailleurs migrants, foyers de jeunes travailleurs, association de femmes et adultes-relais), communaux (CMS, autres),



- et auprès des patients et usagers du réseau.

En effet, aujourd'hui le réseau RESSOURCE est constitué en réseau de santé, et à ce titre il coordonne la prise en charge de plus de 300 patients par an. Il s'agit aussi pour le réseau de prévenir la contamination en réalisant des actions de prévention auprès des usagers du réseau.

Il est à noter que cette année, les actions de prévention durant le mois de décembre, soit autour de la journée mondiale du SIDA qui a lieu le 1er décembre, ont dû, pour la plupart être annulées. En effet, l'animateur de prévention santé du réseau s'est trouvé arrêté pour cause de maladie durant les mois de novembre et décembre 2009 ce qui a entraîné une réduction drastique du nombre d'actions.

Au total **en 2009**, et malgré deux mois d'absence de l'animateur de prévention (novembre et décembre 2009) **51 actions de préventions** ont été menées en **8 mois d'activités** (aucune action n'a eu lieu durant les mois d'été juillet et en août) soit une moyenne mensuelle de 6 actions par mois.

**2 731 personnes environ** (chiffre sous-estimé puisque sur certaines actions le nombre de participants n'a pas été relevé) ont été sensibilisées sur les thématiques du réseau ce qui représente 3 515 brochures de prévention distribuées, ainsi que **3 868 préservatifs masculins et féminins**.

## Tableau de répartition des actions de prévention par date

Nombre d'actions de prévention	Date	Nom du partenaire organisateur	Evènement	Thème	Nombre de participants			Documents de prévention	Préservatifs masculins et féminins
					H	F	Total		
1	19/01/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 CLAMART	Galette des usagers	Discussion libre			20	0	0
2	9/02/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 CLAMART	Repas des usagers	Précarité et sommeil			23	0	0
3	10/02/09	CHRS AUXILIA, 18 avenue Galois, 92340 BOURG LA REINE	Prévention des comportements à risque	Tabac et cannabis	15		15		
4	21/02/09	Espace ICARE MJC, 31 Bd Gambetta, 92130 ISSY LES MOULINEAUX	Prévention des comportements à risque	Prévention des addictions	50	120	170	900	450
5	26/02/09	Local des femmes relais, Espace Noyer-Doré, 4 boulevard des Pyrénées, 92160 ANTONY		VHB/VHC	18	0	18	90	0
6	3/03/09	Association ARPE, 24 rue de Provence, 92140 CLAMART	Prévention des comportements à risque	Alcool	14	1	15	75	0
7	16/03/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 CLAMART	Repas des usagers	VIH/SIDA			25	0	0
8	17/03/09	Foyer ADOMA, 83 avenue de la République, 92190 MEUDON	La santé par l'alimentation		2	1	3	10	0
9	24/03/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe, 1 rue Père Brottier, 92190 MEUDON	Prévention des comportements à risque	Tabac et cannabis	0	70	70	0	0
10	24/03/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe, 1 rue	Sexualité et vie affective		5	12	17	36	100

		Père Brottier, 92190 MEUDON							
11	25/03/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint- Philippe, 1 rue Père Brottier, 92190 MEUDON	Sexualité et vie affective		5	16	21	38	0
12	26/03/09	ALJT, 39/51 avenue Marcelin Berthelot, 92320 CHÂTILLON	Prévention des comportements à risque	Addictions	13	20	33	0	200
13	1/04/09	Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), 16 avenue Victor Hugo, 92220 BAGNEUX	Prévention des comportements à risque	Drogues et dépendance	17	0	17	102	250
14	4/04/09	Point Jeune, 75 rue Boucicaut, 92260 FONTENAY- AUX-ROSES	Soirée son et prévention		0	0	350	200	0
15	6/04/09	Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), 4 rue Bobierre de Vallière, 92340 BOURG LA REINE	Prévention des comportements à risque	VHB/VHC, VIH	7	16	23	161	250
16	7/04/09	CHRS AUXILIA, 18 avenue Galois, 92340 BOURG LA REINE	Prévention des comportements à risque	Drogues et dépendance	17	0	17	102	250
17	9/04/09	Centre socio- culturel l'ESCALE, 8/12 rue Paul Verlaine, 92260 FONTENAY- AUX-ROSES	Prévention des comportements à risque	VIH, hépatites	9	8	17	85	0
18	18/04/09	APEI, 23 rue de Fontenay, 92340 BOURG-LA- REINE	Sexualité et vie affective		10	9	19	19	0
19	22/04/09	Foyer ADEF, 62-66b avenue du Bas Meudon, 92130 ISSY- LES- MOULINEAUX	La santé par l'alimentation		5	7	12	50	0
20	27/04/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140	Repas des usagers	Les vaccinations			30	0	0

		Clamart							
21	28/04/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe, 1 rue Père Brottier, 92190 MEUDON	Sexualité et vie affective	Prévention des addictions	2	14	16	0	150
22	30/04/09	Local des femmes relais, Espace Noyer-Doré, 4 boulevard des Pyrénées, 92160 ANTONY	Prévention des comportements à risque	IST	10		10		
23	5/05/09	Foyer ADOMA, 83 avenue de la République, 92190 MEUDON	Action de santé avec l'ASV et le CMS	L'accès aux soins, accès aux droits	0	18	18	72	75
24	12/05/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe, 1 rue Père Brottier, 92190 MEUDON	Prévention des comportements à risque	Vie affective et vie sexuelle	0	30	30	0	0
25	13/05/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe, 1 rue Père Brottier, 92190 MEUDON	Prévention des comportements à risque	Vie affective et vie sexuelle	2	10	12	0	200
26	18/05/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 CLAMART	Repas des usagers	Les discriminations			33	0	0
27	19/05/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe, 1 rue Père Brottier, 92190 MEUDON	Prévention des comportements à risque	Vie affective et vie sexuelle	3	15	18	15	200
28	23/05/09	Club préados, 18 rue La Fontaine, 92260 FONTENAY-AUX-ROSES	Soirée Bling Bling	Prévention des addictions	0	0	700	1150	250
29	25/05/09	Centre Municipal de Santé (CMS), 6 rue Antoine Petit, 92260 FONTENAY-AUX-ROSES	Forum santé collège au collège des Ormeaux	Tabac/alcool	0	130	130	0	0
30	26/05/09	Centre Municipal de Santé (CMS), 6 rue Antoine Petit, 92260	Forum santé collège au collège des Ormeaux	Drogues et toxicomanie	0	250	250	0	300

		FONTENAY-AUX-ROSES							
31	5/06/09	AIDES 92, 10 rue Victor Hugo, 92170 COLOMBES	Groupe de parole	VIH	0	0	20	0	0
32	12/06/09	Centre socio-culturel l'ESCALE, 8/12 rue Paul Verlaine, 92260 FONTENAY-AUX-ROSES	Prévention des comportements à risque	Addictions	8	16	24	0	0
33	13/06/09	Point Jeune, 75 rue Boucicaut, 92260 FONTENAY-AUX-ROSES	Tournoi de football intervilles	Prévention des addictions	8	160	168	0	300
34	15/06/09	Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), 4 rue Bobierre de Vallière, 92340 BOURG LA REINE	Prévention des comportements à risque	Prévention des addictions	15	17	32	0	150
35	17/06/09	Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), 16 avenue Victor Hugo, 92220 BAGNEUX		IST, papillomavirus, vaccinations					
36	18/06/09	ALJT, 39/51 avenue Marcelin Berthelot, 92320 CHÂTILLON	Prévention des comportements à risque	Drogues et dépendance	20	18	38	228	200
37	19/06/09	Association ARPE, 24 rue de Provence, 92140 CLAMART	Prévention des comportements à risque	Drogues et dépendance	15		15		
38	23/06/09	Relais accueil des jeunes travailleurs, 41 rue du Moulin de Pierre, 92140 CLAMART		VIH/SIDA	7	8	15	75	0
39	25/06/09	Centre socio-culturel l'ESCALE, 8/12 rue Paul Verlaine, 92260 FONTENAY-AUX-ROSES	Prévention des comportements à risque	Drogues et dépendance	8	32	40	10	0
40	29/06/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 Clamart	Repas des usagers				20		
41	17/09/09	Foyer ALJT, 16 rue Jean-Pierre	Forum des associations	Prévention des addictions	30	25	55	0	275

		Laurens, 92260 FONTENAY AUX ROSES							
42	23/09/09	Foyer ADEF, 62-66b avenue du Bas Meudon, 92130 ISSY- LES- MOULINEAUX	La santé				8		
43	28/09/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 Clamart	Repas des usagers	La grippe			23		
44	5/10/09	Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), 4 rue Bobierre de Vallière, 92340 BOURG LA REINE	Sexualité et vie affective		13	12	25	0	100
45	8/10/09	Centre socio- culturel La Fontaine Gueffier - Groupe Germae, 8 place de la Fontaine Gueffier, 92220 BAGNEUX		VIH/SIDA					
46	23/11/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 CLAMART	Repas des usagers	Prévention bucco-dentaire	9	11	20	0	0
47	30/11/09	Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), 4 rue Bobierre de Vallière, 92340 BOURG LA REINE	Journée mondiale du SIDA	VIH/SIDA	13	12	25	77	48
48	30/11/09	Adultes-relais, 21 rue de Paradis, 92260 FONTENAY- AUX-ROSES	Journée mondiale du SIDA	VIH/SIDA	10	2	12	0	0
49	1/12/09	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint- Philippe, 1 rue Père Brottier, 92190 MEUDON	Journée mondiale du SIDA	VIH/SIDA	0	12	12	0	60
50	4/12/09	Centre socio- culturel L'ESCALE, 8/12 rue Paul Verlaine,	Journée mondiale du SIDA	VIH/SIDA	4	13	17	20	60



		92260 FONTENAY- AUX-ROSES							
51	21/12/09	Réseau RESSOURCE, 333 avenue du Général de Gaulle, 92140 Clamart	Repas des usagers	Autour des contes, de la tradition, es croyances	18	12	30	0	0
<b>TOTAL</b>					<b>382</b>	<b>1097</b>	<b>2731</b>	<b>3515</b>	<b>3868</b>



Le travail de prévention et l'instauration d'un partenariat de confiance a porté :

- dans un premier temps sur les foyers (Foyers de travailleurs migrants, Foyers de jeunes travailleurs, Associations de logements pour Jeunes Travailleurs),
- puis sur des associations en contact avec le public cible (associations communautaires de migrants, associations de femmes relais, associations communales travaillant sur la prévention, club de prévention),
- et enfin le réseau s'est positionné sur les différents Ateliers Santé Ville (ASV) qui sont menées sur cinq communes du territoire (Antony, Bagneux, Châtenay-Malabry, Clamart, Fontenay Aux Roses).

Lorsqu'un partenariat est engagé, l'association s'essaie à signer une convention de partenariat type et une convention qui arrête un calendrier d'actions de prévention pour l'année en cours.

## Modalités d'action :

Le nombre total de personnes touchées par les actions de prévention soit 2 731 personnes environ, est sous-estimé. En effet, lors de certaines actions, le nombre de personnes n'a pas pu être relevé au vu du nombre important des participants.

### Répartition hommes/femmes et impact

Le nombre d'hommes touchés par les actions de prévention est supérieur au nombre de femmes. Cela tient au fait que les structures partenaires comme les foyers de jeunes travailleurs, ou les foyers de migrants, hébergent une majorité, voire en totalité, des hommes. Ainsi, même dans des lieux comme la Fondation d'Auteuil, on compte une très nette minorité de jeunes filles (moins d'une dizaine).

Lors des débats, nous avons pu constater que les femmes exprimaient difficilement leurs idées, et parfois, il y a peu de places pour elles notamment en fonction des thématiques choisies sur la sexualité et la vie affective. On note que le plus souvent, c'est le côté négatif des comportements masculins qui est mis en avant.

Lors des discussions, les femmes reviennent souvent, non pas sur elles, mais plus sur les comportements du sexe opposé. Quant aux hommes présents, ils sont souvent dans la justification et l'explication. Finalement, hormis en groupe uniquement constitué de femmes, des thèmes comme la sexualité féminine ou la contraception sont peu abordés.

### La différence de perception des outils de prévention.

Dans les actions de prévention, nous avons pu constater qu'il existe une mise en avant de la protection masculine comme d'un élément pour éviter la paternité, mais celle-ci n'est pas vue comme une protection de la femme vis-à-vis d'IST par exemple.

Quand aux femmes qui utilisent le préservatif féminin, cela est mal vu par les hommes et la femme est alors perçue comme une « débauchée » alors que le contraire, à savoir le préservatif masculin, est bien accepté, voire encouragé par les femmes.

C'est pour cela que lors des actions de prévention, l'animateur du réseau axe beaucoup les actions sur le préservatif féminin, et notamment la perception de celui-ci par les hommes. Comment amener l'idée du jeu amoureux avec le préservatif féminin comme cela peut exister pour les hommes ? Plutôt que de le voir comme un outil de contraception, la femme peut proposer aux hommes d'imaginer un jeu qui irait avec la pause du préservatif féminin... Ou comment amener du ludique autour de l'utilisation de moyens de protection.

Concernant les femmes touchées lors des actions de prévention ou dans les groupes de parole, dans les groupes d'alphabétisation, au sein des associations culturelles, des associations de solidarités, auprès des femmes relais, ce sont souvent des femmes d'origine migrantes (première et deuxième génération) fragilisées parfois aussi par des violences (notamment conjugales admises au titre de la culture) comme dans les CHRS. Or ces femmes, qui ont subi des violences diverses (violences sexuelles, physiques, psychologiques) sont particulièrement fragilisées.

C'est pour cela qu'il est nécessaire d'utiliser l'humour mais il faut aussi prendre en compte le vécu du groupe, de la culture et de la religion. Aussi, il ne s'agira pas de donner des exemples précis ou existants, mais d'utiliser des exemples lambda, afin d'arriver sur ce qui se fait ou pas tout en précisant que ces choses-là existent, même si on en parle pas.

L'animateur s'appuie particulièrement sur le contexte culturel différent dans lequel vit le public auquel il s'adresse, parfois même au sein d'une même assemblée, et notamment sur ce qui se fait en France, afin de permettre à chacun de chercher des réponses pour pouvoir se faire aider ou aider les autres.

Par exemple, il est important de parler d'alcool non comme une déviance culturelle mais bien comme une maladie. À partir d'exemples reconstruits et vécus, en tenant compte du biais culturel et religieux, les actions exercent une véritable action.

L'attitude des gens présents, leurs mots, leurs questions montrent qu'ils sont touchés. Ils sont aussi rassurés par le fait qu'il s'agit de quelqu'un de la communauté (ethnie Peule pays d'origine, langue, religion) qui leur parle. Il s'appuie sur sa propre expérience, sur sa connaissance du comportement des africains maghrébins, subsahariens, de leur réalité culturelle, sur le parcours personnel des migrants présents pour appuyer sur les aspects comportementaux qui pourraient mener à des comportements à risques notamment en matière de sexualité et d'addictions.

Les usagers trouvent en l'animateur de prévention, le fils, avec sa composante culturelle propre, une double culture assimilée, des connaissances religieuses puisque musulman. Sa connaissance des mœurs et des coutumes des différentes composantes de l'Afrique actuelle rencontrées dans les populations dont le réseau coordonne ensuite la prise en charge, lui permet d'atteindre un public en situation de vulnérabilité, peu touché par le soin et moins encore par la prévention.

#### Actions de prévention et action réseau

Lors des actions mises en place dans le cadre du réseau, les usagers émettent des demandes de soins. Il arrive souvent à la suite de ces actions, que soient faites des

demandes d'orientation sur des structures ou vers des professionnels lorsque les usagers abordent des problèmes de consommations de tabac ou d'alcool notamment chez les enfants ou les maris. Après les actions, les femmes osent en parler.

Ces femmes, elles, ne boivent pas et ne fument, car la femme dans sa culture et sa dimension religieuse est cantonnée au domaine de la maison tandis que l'homme, est plus exposé par sa capacité autorisée à vivre à l'extérieur.

#### Impact des actions de prévention

Un autre indicateur sur l'impact des actions de prévention est le nombre croissant de personnes présentes lors de celles-ci. Les premières actions dans de nouveaux endroits attirent peu de monde, puis les usagers se montrent un peu plus curieux, et enfin plus nombreux. Les actions leur permettent de confronter leur propre savoir à une norme et aiguise leur envie d'en apprendre plus sur ces thèmes.

#### Existence de freins et stratégies d'action?

Souvent les actions menées avec les partenaires du réseau nécessitent un temps de préparation important et c'est aussi ce temps donné et construit qui en explique le succès. Durant ces temps de travail en amont, il est rappelé et précisé le rôle de la structure partenaire, ses missions, ses objectifs et ce qu'elle-même peut voire doit mettre en place pour parvenir à ses objectifs. À partir de ce travail préalable, l'animateur expose ensuite ce que le réseau peut faire en termes de prévention, et cible l'action en fonction des usagers rassemblés par la structure partenaire. Tous deux sélectionnent en commun les outils à proposer (DVD, plaquettes, jeux, documents d'information, etc) afin d'éviter les impairs et de braquer les usagers.

Parfois l'animateur remarque néanmoins que certains outils pour lesquels ils pouvaient y avoir des a priori passent très bien. Un gros travail de valorisation du savoir des usagers est réalisé ce qui leur permet d'être acteur et de s'emparer des thèmes qui les touchent au plus près. Le travail tient compte des spécificités culturelles mais pas seulement, et c'est ce qui permet aux actions de fonctionner.

#### Stratégie d'animation selon les publics rencontrés

Après avoir identifié au sein d'une communauté les différentes composantes du public, on peut aborder les différents aspects qui composent la communauté à laquelle il s'adresse : aspect religieux, aspect communautaire, aspect linguistique, aspect historique. Il s'agit de faire appel aux liens entre les deux cultures et les oppositions pour créer des ponts et ramener au même niveau des éléments discordants afin de faire passer le message.

Une fois l'intervenant identifié lui-même au sein de la communauté, les participants reproduisent entre eux le comportement adopté par l'animateur, à savoir utiliser des



préservatifs, s'entendre avec le voisin, se parle et communiquer, et là, les liens se créent et des tensions se dénouent.

Pour le travail auprès des jeunes, les actions de prévention prennent place autour de manifestations sportives (tenue de stand), on aborde la consommation du point de vue de la performance, de ce qui se passe dans le corps lorsqu'on consomme (tabac, alcool). Certains jeunes utilisent le cannabis comme dopant, or le mélange avec le tabac, outre le risque de dépendance au tabac entraîne aussi une dépendance et une diminution de la performance sportive.

De plus, les jeunes, au vu de la facilité d'accès au produit, n'ont pas conscience des interdictions liées à la consommation et à la possession du cannabis.

C'est lors de ces événements que l'on peut faire prendre conscience aux jeunes non seulement de l'illégalité du produit, mais aussi du pouvoir de nuisance de ceux-ci, surtout lorsque l'on constate des comportements nuisibles à la bonne tenue de la manifestation du fait de consommations excessives.

Il est alors mis en avant les risques d'interdiction de tenue des différentes manifestations et des dommages que cela peut entraîner pour l'association organisatrice. En effet, si certains participants ont en leur possession quelque chose d'illégal, non seulement, ils sont hors la loi, mais en plus ils prennent conscience du fait que cela ne concerne pas qu'eux. Si la police procède à des arrestations, cela remet en cause le club/association organisatrice, voire la mairie, et remet en question à l'avenir toute manifestation de ce type. La prise de conscience du gâchis potentiel joue beaucoup chez les jeunes sur les comportements à risques et leur diminution.

Lors de ces manifestations, les outils privilégiés sont les images (dvd) ou les affiches, qui provoquent la curiosité. L'image est plus parlante pour ces publics avec un discours adéquat qui accompagne l'explication d'image.

#### Les publics cibles :

Les publics privilégiés lors des actions de prévention sont les publics migrants, les jeunes scolarisés ou non. L'APS va à leur rencontre au sein des espaces associatifs, dans les associations de quartier (public mixte avec différentes générations de différentes origines), dans les établissements scolaires, dans les foyers (FJT, foyers de migrants), etc.

L'APS s'appuie sur les personnes ressources pour mener les actions de prévention. Par exemple un jeune de la Fondation d'Auteuil (enfance placée) interpelle violemment l'animateur lors d'une intervention. Celui-ci s'appuie alors sur lui pour

mener son action et en faire l'animateur du groupe. Lors de l'installation souvent, l'animateur utilise des jeunes pour gérer l'action. Il leur demande leur avis, les interpelle sur ce qu'ils ressentent, sur leur manière de voir les choses, essaye de changer le regard de chacun sur l'autre notamment sur les fonctions de chacun. Tout le monde à quelque chose à apporter à la discussion et si on veut jouer sur les représentations, cela permet de faire tomber des barrières.

### Travail avec les ASV :

Dans le cadre des actions de prévention, lorsque la ville est dotée d'un ASV, Ressource s'associe systématiquement à ceux-ci.

- Participation à l'élaboration d'outils et d'événements avec apport de l'expertise et des professionnels du réseau,
- Participation à des groupes de travail sur la prévention, sur l'accès aux soins, au travail de réalisation des bilans annuels des actions de l'année, propose et émet des suggestions sur la manière de mener les actions, sur les publics touchés
- Aide sur le travail en réseau, sur le collectif, soutien aux coordinatrices pour envisager un véritable travail en réseau avec les partenaires qui composent la richesse d'une commune, et envisagées non pas en tant que structures individuelles mais comme structures autour des usagers en replaçant ceux-ci au cœur des actions, apport du travail en réseau qui demande un temps très long.

### Le travail autour de la réduction des inégalités d'accès aux soins :

Les usagers concernés par les actions de prévention appartiennent à des publics qui ont peur de ce qu'ils vont trouver, qui ont peur de la parole du médecin et bénéficient de mauvaises informations.

L'accueil qu'ils rencontrent de la part des professionnels du réseau joue beaucoup, et souvent l'attitude des gens les renforcent dans leur conviction qu'ils ne sont pas bienvenus. Ils accordent une très grande importance à la discrétion et notamment lorsqu'on sait que tel nom de médecin avec lequel on a rendez-vous s'occupe de telle ou telle pathologie, cela pose problème.

Lors des actions de prévention, on interroge les usagers sur la manière dont les choses se passent dans le pays d'origine, ce qui permet de dédramatiser et de jouer sur les idées et les images perçues.

L'animateur explique pourquoi ça se passe comme ça en France, et comment ça se passe au pays. Il s'agit alors de donner des clés de compréhension au public visé et



cela, sans ouvrir la porte à la place des usagers, et en leur permettant de devenir acteur, notamment acteur de leur santé.

L'animateur joue sur le fait qu'ils ne sont ni exceptionnels ni uniques et que les difficultés qu'ils rencontrent sont finalement les mêmes pour tout le monde. La prévention en termes de santé et d'accès aux soins repose essentiellement sur un travail important autour des idées reçues.

## Tableau de répartition des actions de prévention par commune

Commune	Structure partenaire	Nombre d'actions de prévention
<b>Antony</b>	Femme relais	2
<b>Bagneux</b>	Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT) Victor Hugo	2
	CSC Fontaine Gueffier	1
<b>Bourg La Reine</b>	CHRS Auxilia	2
	FJT	4
	APEI	1
<b>Clamart</b>	ALJT	1
	ARPE	2
<b>Châtillon</b>	ALJT	2
<b>Fontenay Aux Roses</b>	CMS	2
	Association l'Escale	4
	Adultes relais	1
	Foyer ALJT JP Laurens	1
	Club pré ados	1
	Point Jeunes	2
<b>Issy Les Molineaux</b>	Foyer ADEF	2
	Espace ICARE	1
<b>Meudon</b>	Foyer ADOMA	2
	Fondation Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe	8

Le partenariat bien engagé depuis 2007 sur certaines communes, se poursuit, notamment à Fontenay Aux Roses, et Bagneux.

En 2008, de nouveaux partenaires font appel au réseau (foyers de jeunes travailleurs, structures d'accueil et d'hébergement, etc) sur des communes qui ne travaillaient peu ou pas sur la prévention avec Ressource. Comme Meudon (Foyer ADEF, club de prévention de la commune), Issy-les-Moulineaux (Foyer FJT, club de prévention) et Bourg La Reine.

Compte rendu d'action de prévention :

**« Sexualité et vie affective »**

auprès d'un **public d'adolescents** hébergés en internat à la Fondation des  
Apprentis Orphelins d'Auteuil, Village éducatif Saint-Philippe, Meudon

par Karine Lecocq, psychologue sociale, réseau Ressource.

Le choix d'un thème élargi n'est pas anodin et a permis de sortir de la dimension première (dans le sens d'un fonctionnement archaïque) qui traiterait du sujet LE SEXE pour aborder une thématique pluridimensionnelle/fonctionnelle qui traite du désir, de l'aller vers l'autre, de la rencontre...

Cela a permis aussi d'aborder une large palette de thèmes, comme les besoins vitaux (l'alimentation, le sommeil), ou encore la famille, notamment le père avec lequel il est difficile de parler ou la sœur qui ne peut pas faire ce qu'elle veut, le rapport au même sexe (homosexualité et homophobie).

Partir de ce thème large, permet aussi de faire des connexions entre différents aspects de la vie sociale, telle que le respect, la jalousie, le manque...

Les modalités de cette action ont permis la valorisation des jeunes, notamment grâce à la venue de professionnels extérieurs heureux de les avoir rencontrés et désireux de les rencontrer à nouveau

Pour les professionnels de la fondation, l'intervention de professionnels externes permet aux éducateurs de renforcer l'avis porté sur le comportement inadapté de certains jeunes. Cet avis transmis au psychologue de l'institution suivant l'enfant peut confirmer/informer le projet d'une orientation vers une structure adaptée par exemple.

L'histoire/le vécu des jeunes et la discussion/débat est rendu possible grâce à une animation par des adultes non impliqués dans leur suivi éducatifs; des adultes qui ne risquent pas d'utiliser des informations échangées préalablement avec le jeunes au cours de situations délicates. Ainsi ce type d'action a aussi permis la formulation de questions qui pourrait être traitées ultérieurement comme :

«Qu'est ce que ça fait (de faire l'amour)?

«Qu'est ce que vit la fille?».

Questions qui pourraient être traité avec des professeurs de littérature et d'art plastique du collège ou lycée de la fondation par exemple.

Les modalités d'intervention ont aussi permis la limitation des reproches formulés individuellement aux jeunes, du fait de l'intérêt porté à la dynamique du groupe, aux relations entre les jeunes et au positionnement de chacun dans le groupe.

Les réactions (attitudes et questionnements) des jeunes nous amènent à chercher des réponses aux questions suivantes :

- Quelles sont les questions que les adolescents se posent en boucle, pour lesquelles ils n'ont pas de réponse ?
- Quelles thématiques (en lien avec l'anamnèse) viennent « toucher » le parcours abandonnique des adolescents, leur histoire carencée ?

La présence des éducateurs aux cours des actions de prévention nous obligent à tenir compte de la place que ces professionnels occupent auprès des jeunes. Celui-ci est l'objet référent/rassurant maltraitant dont les jeunes testent la confiance en mettant à mal les entretiens. Il est celui qui accepte d'être objet de critique et de rejet, qui tient sur la durée.

L'éducateur influence ce qui se joue en permanence. Il a une fonction réparatrice, il accompagne au quotidien pour materner/porter/sécuriser, questionner les «plaies» des jeunes

Si une suite est donnée au travail de partenariat entre l'équipe du réseau et les professionnels de la fondation, nous tenons à prendre en compte les besoins exprimés par chaque corps de métiers afin de permettre aux éducateurs d'y voir plus clair dans leur façon d'agir auprès de jeunes et dans les moyens d'orientation disponibles sur le territoire, de permettre aux psychologues d'apporter des points concrets, source de rassurance pour les éducateurs accompagnant des jeunes en difficultés, et enfin de permettre à l'infirmière de la structure de trouver des réponses aux questions que se posent les jeunes.

## Compte-rendu d'action de prévention

### **Le public migrant des foyers AFTAM de Châtenay-Malabry et de Clamart)**

Par Karine Lecocq, psychologue social, réseau Ressource

Pour les foyers AFTAM, foyers de travailleurs migrants, le réseau RESSOURCE a conçu une forme d'action de prévention tenant compte des spécificités du public.

Un public à prédominance africain y est hébergé, qui utilise peu les espaces ouverts dans la ville, qui a une éducation limitée, lisant peu les journaux... en d'autres termes faiblement avertis des problèmes de santé publique.

#### L'action de prévention, ses pré-requis et objectifs

L'action de prévention nécessite un avant et un après. Dans tous les cas, avant de débiter une action, il est important de se renseigner auprès du gérant du foyer des actions préalablement menées, et de celles qui n'ont pu se faire. Cette étape va permettre au professionnel intervenant pour Ressource de mieux se démarquer de ce qui a été fait et d'afficher son propre style.

Le premier contact entre le public et l'animateur de prévention est une rencontre de réciprocité au cours de laquelle le professionnel fait connaissance avec d'autres personnes. Se faire connaître et dévoiler son état d'esprit forme une seconde étape indispensable.

Dans l'action de prévention, l'intervenant est quelqu'un qui propose quelque chose à d'autres personnes, pour passer un moment sympathique. Le cadre de l'action de prévention peut donner l'occasion de parler d'un sujet, d'être dans l'échange tout en prévoyant un repas convivial.

L'action de prévention atteint son objectif si le public entreprend par la suite une démarche d'orientation et de demande de rendez-vous, ou s'il demande des informations supplémentaires sur un intervenant ou une structure spécialisée, s'il fait remonter des informations pas le gérant du foyer ou si on observe par la suite un plus grand nombre de participants à l'action suivante.

La participation des usagers pendant l'action n'est pas un bon indice de pertinence de l'action car leurs interventions peuvent aussi être un moyen de s'opposer au professionnel et de renforcer leur positionnement. D'où l'intérêt de répéter dans la durée les actions de prévention.

La différence culturelle, une notion clé de ce type d'action de prévention :

La prévention doit tenir compte de la notion de culture. Cette notion comprend de nombreux domaines, tels que l'ethnie, la religion, la cuisine, la famille, etc.

Sans la pluralité de cette notion, l'orientation vers les soins semble plus difficile.

Le poids de la langue d'origine dans l'action de prévention :

Au réseau RESSOURCE, l'animateur de prévention est d'origine africaine (Sénégal, peul). Afin de se méfier d'une attitude paternaliste et protectionniste, il limite l'usage de sa langue maternelle. Ce choix évite de placer les usagers dans une position d'«enfermement» qui réduit les sources de solution et pousse à demander de l'aide à la même personne plutôt que d'aller vers les structures externes existantes. Ce choix permet également de réagir au phénomène d'autarcie qui permet aux usagers de recomposer le village à l'intérieur du foyer, avec son vendeur d'épices, de bijoux, de vêtements, etc.

Tout animateur de prévention d'origine africaine doit se nourrir d'une culture de métissage. La seule qui représente une meilleure garantie de l'intégration.

Dans le cas où le professionnel a une origine ethnique commune aux usagers, son origine peut représenter un handicap s'il nomme son appartenance ethnique et qu'il ne se rend pas compte que des personnes d'origine différente se tiennent à distance.

La richesse du professionnel d'origine étrangère est de pouvoir parler français dans un autre style (notons pour exemple le cas d'une action face à un public d'Afrique noire, au cours de laquelle le professionnel parle français et a recourt aux métaphores).

Les compétences et qualités de l'animateur de prévention

L'animateur doit savoir qu'il existe mille et une façons de faire de la prévention,

Il doit s'intéresser aux personnes, les rencontrer elles et leurs problèmes, prendre le temps d'arriver puis de repartir, les faire sourire un peu,

Retranscrire des données médicales en passant par les comportements culturels et la médecine traditionnelle.

Avoir une ouverture d'esprit permettant d'aller chercher des informations multifactorielles.

Tenter de comprendre un grand nombre de valeurs au-delà de la religion, des comportements, des pensées.

Avoir le souci d'être accepté et de tenir un discours compris par le public.

S'assurer de la bonne utilisation par le public des outils de prévention (notamment du préservatif),

Recourir à un style polymorphe (quelques soit la thématique de l'action, l'aspect sérieux, comique et vulgaire est indispensable).

Observer et interpréter le discours digitale (les mots) et analogique (les comportements),

Commettre un « choc positif » et provoquer le rire (prenons pour exemple la situation d'un homme vêtu d'un boubou, assis les jambes serrées, gardant ses clés à la main qui, tout à coup, dessine un large sourire sur son visage, pose ses clés sur la table devant lui, remonte sa robe, pose un coude sur son genoux et sa tête dans sa main, et lâche un fort « Ah, ah, ah bon ! »).

S'appuyer sur les outils de prévention et le dispositif collectif (dans le cas où une personne pose une question dont la réponse est contenue dans l'un des documents présentés, la réponse est cherchée ensemble dans le document approprié).

L'animateur de prévention évite de se mettre dans une position d'expert qui pourrait séduire le public et lui éviter toutes critiques. Il n'est pas l'expert qui vient délivrer de l'information. Il est celui qui donne envie d'aller voir et chercher auprès de spécialistes.

En arrivant dans un groupe, il cherche à évaluer ce que sait le public et où il en est de ses connaissances. Si besoin est, il réexplique, complète les informations transmises par les soignants, journalistes et associations spécialisées, puis ajoute quelque chose de nouveau.

Savoir parler plusieurs langues peut faciliter le dialogue, à condition de faire de la prévention en tant que français. Ce n'est pas parce que le professionnel salue le public dans une dizaine de langue qu'il n'est resté pas moins français avant tout.

La formation et les outils de l'animateur de prévention

L'obtention d'un diplôme est souhaitable mais insuffisant. Tout d'abord, parce que le savoir, dont le professionnel a besoin, est en perpétuelle évolution. Ensuite parce que sa mission implique la prise en compte et le respect des connaissances du public.

Le professionnel doit adopter un discours simplifié, être capable de parler en tenant compte du vocabulaire employé par les usagers et ne pas jouer les savants. Un phrasé trop carré et conventionnel empêcherait de laisser émerger la part singulière et personnelle du professionnel intervenant.

Il travaille avec une large palette d'outils, composée de films, affiches, documentations, jeux, objets représentatifs, mises en situation, démonstrations... Ces outils qui traitent de différents thèmes sont choisis en fonction du niveau d'«accordage» du public avec la société française et des avancées du public dans les actions de prévention.

Rappelons que dans les deux foyers dont il est question, le professionnel parle à des adultes originaires du Maghreb et d'Afrique noire qui ne savent pas toujours ce qui se fait et se passe en France dans les domaines de la santé pour lesquels le professionnel intervient.

Le choix des outils de prévention permet de limiter le degré d'incompréhension et d'intrusion, sources d'une éventuelle violence psychique chez ce public qui n'est pas encore intégré, dans le sens où il ne vit pas à la française et n'est pas impliqué dans la vie française.

Quel que soit l'outil choisi, le professionnel adapte son utilisation aux caractéristiques du public, et tout particulièrement le discours qui l'accompagne.

Cette façon de faire est caractéristique de son esprit d'animer, de donner du mouvement et du dynamisme à un groupe, d'éveiller la curiosité d'en savoir plus, de développer les aptitudes à connaître les autres... pour pouvoir vivre ensemble.

«Quand tu arrives dans un village de borgnes, fais le borgne», Proverbe africain



### 2.1.2. Les repas des usagers

Temps forts du réseau, c'est une fois par mois environ, que les usagers du réseau préparent à manger, apportent leurs plats au siège de Ressource et deviennent les acteurs détenteurs d'actions de prévention dans un cadre où ils peuvent poser les questions qui les inquiètent et nous soumettre leurs idées. Ils se font acteurs de leur prise en charge et nous font remonter leurs préoccupations. Une fois recueillies leurs demandes, le réseau leur propose des séances d'informations adaptées à celle-ci.

Lors de chaque repas, des préservatifs sont distribués (masculins et féminins) et l'APS propose des démonstrations de l'utilisation de ceux-ci avec du matériel adapté. Il ne manque pas de distribuer aussi des documents de prévention, en lien avec le thème abordé. L'équipe salariée essaie de se rendre disponible à cette occasion, ainsi que les administrateurs de l'association. En partenariat avec l'association Culture du Cœur, c'est durant ces repas que l'association distribue gratuitement aux usagers du réseau des places de cinéma, de théâtre, pour des événements sportifs, des concerts, etc.

À cette occasion, outre un intervenant sur un thème du réseau, nous invitons nos différents partenaires à venir nous rencontrer et à partager un repas avec nous et nos usagers. Des idées se mettent en place, déclinées ensuite en projets, puis en action lorsque le réseau obtient un financement permettant de le réaliser.

Par exemple, lors d'un repas des patients courant 2008, les patients avaient exprimé l'idée d'aller un peu plus loin et étaient en demande de formation, même basique sur le soin. En réponse à cette demande, Ressource a pu mettre en place des **formations de secourisme** avec la Croix-Rouge sachant que la première de ces formations a eu lieu le 17 novembre 2008 et avait réuni 20 patients.

En 2009, le jeudi 12 mars, une autre formation a pu réunir 15 participants.

## Les repas des usagers en 2009

Date	Thème du repas	Nombre de participants
19 janvier 2009	Discussion libre	20
9 février 2009	Précarité et sommeil	23
16 mars 2009	VIH/SIDA	25
27 avril 2009	Les vaccinations	30
18 mai 2009	Les discriminations	33
29 juin 2009		20
28 septembre 2010	La grippe	23
23 novembre 2009	Prévention bucco-dentaire	20
21 décembre 2009	Autour des contes, de la tradition, des croyances	30
<b>TOTAL</b>		<b>224</b>

Les repas débutent en général vers 12h, parfois plus tôt si des patients arrivent en avance. L'heure de fin est très aléatoire. Il arrive que certains repas se terminent à 20h...

## **2.2. La coordination du parcours de soins des patients**

### **2.2.1. Le parcours de soin des patients au sein du réseau**

Le réseau Ressource a pour objectif principal de favoriser l'accès aux soins et aux droits, et de coordonner le parcours de soins des usagers du réseau.

En effet, «Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.» (Article L.6321-1, CSP).

### **Critères et modalités d'inclusion du patient dans le réseau**

#### Critères d'inclusion des patients :

- Tout patient ayant des difficultés d'accès aux soins du fait de l'absence de droits sociaux ouverts, ou parce qu'il se trouve en situation de précarité
- Toute personne atteinte du VIH/SIDA, d'hépatites, d'IST
- Et/ou tout patient ayant un ou plusieurs problèmes d'addictions
- Et/ou tout patient dont le professionnel de santé exerce sur une des 14 communes du sud des Hauts-de-Seine
- Et/ou tout patient dont le lieu de vie ou la domiciliation est situé sur les 14 communes du sud des Hauts-de-Seine

#### Critères de sortie des usagers/patients :

- Décision du patient
- Entrée en institution hors réseau
- Décès
- Déménagement
- Perdu de vue

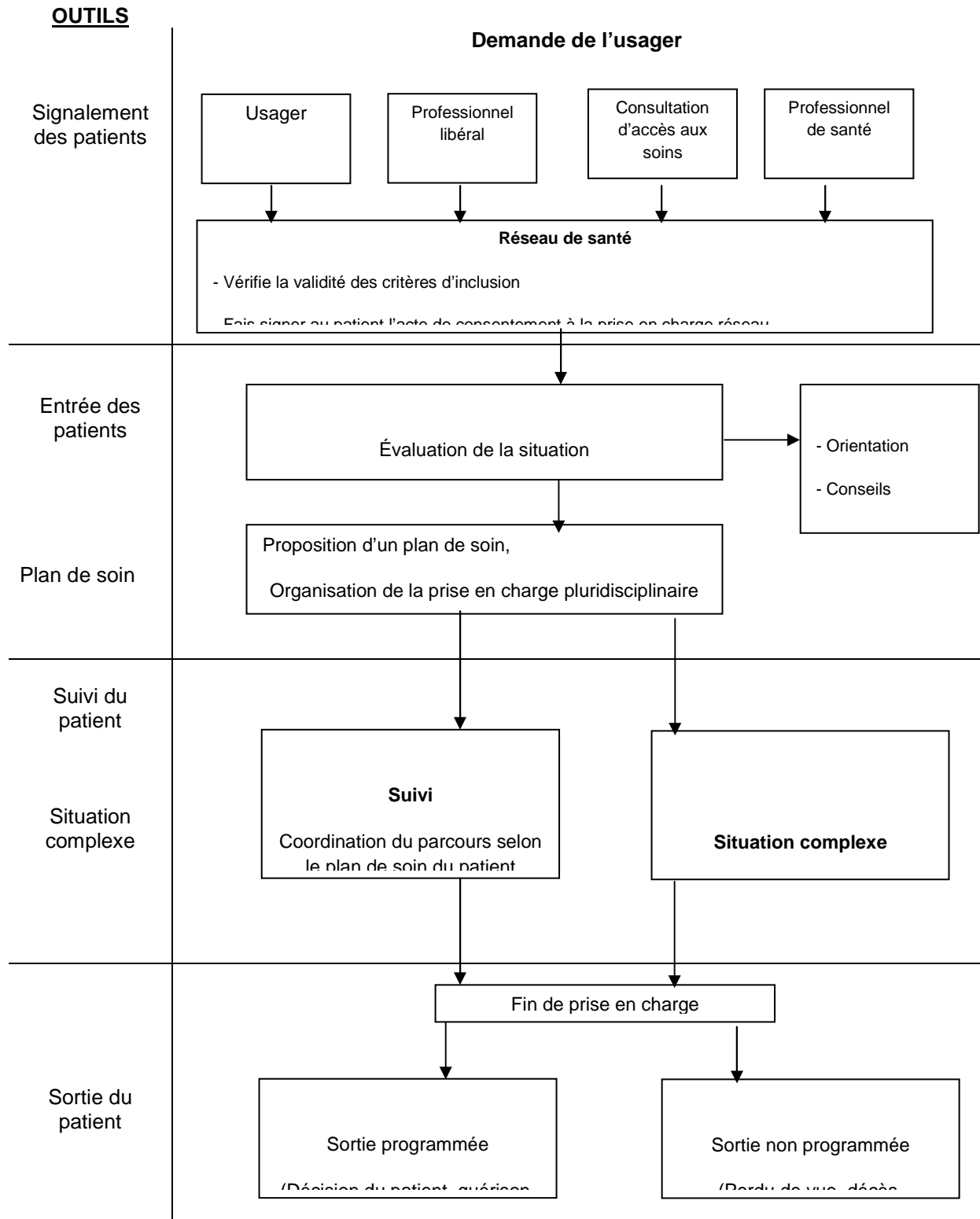
#### Modalités de continuité des soins :

Chaque patient dispose d'un dossier médical papier sous clé accessible uniquement aux membres de la coordination médicale (médecins, MSP, psychologue). Celui-ci est complété régulièrement.



Depuis juin 2008, le réseau est équipé d'un logiciel de gestion des données réseau informatisé et sécurisé. Pour chaque patient, il existe un dossier médical informatisé minimum dont l'accès est sécurisé (mot de passe) et gradué en fonction des utilisateurs (médecin, personnel administratif, etc). Celui-ci est aujourd'hui accessible en interne c'est-à-dire sur un poste interne au locaux du réseau (serveur local) mais aussi en accès externe (code d'accès, adresse IP fixe).

## Parcours de soins des usagers au sein du réseau Ressource (schéma)



## Données quantitatives

### Les patients du réseau

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de patients entrés dans le réseau	41	89	226	289	231
Nombre de patients entrés dans le réseau en nombre cumulé	41	120	326	615	846

### Modes d'entrée des patients au sein du réseau en 2009 :

- Consultation d'accès aux soins : 214 patients
- Divers (partenaires, repas de usagers, accès direct, etc) : 17 patients

Ces chiffres montrent que le réseau est en parfaite adéquation entre les objectifs prévisionnels que celui-ci avait élaboré dans le dossier promoteur déposé auprès du FIQCS fin 2007 et ceux qu'il a atteint.

### ACTIVITE PREVISIONNELLE (Dossier FIQCS 2008-2009-2010, pages 26/44) :

Objectifs	Année 1	Année 2	Année 3
Nombre d'usagers ayant été informé lors d'une action de prévention/information	200	300	400
Nombre de patients entrés dans le réseau (nombre cumulé)	320	440	560
Nombre de professionnels libéraux ayant signé la charte	20	20	20
Nombre de conventions de partenariat (établissements, associations, etc)	5	5	5
Nombre de séances de formations	2	2	2
Nombre de séances de formations pluridisciplinaires	8	8	8

Le réseau a pu en voir 846 patients en nombre cumulé fin 2009, soit 92% de patients de plus que ce qui était prévu.

## La coordination du parcours de soin des usagers en 2009

Dr Augustin CHASSAING, médecin coordinateur) :

La file active du réseau compte en 2009, 315 usagers, dont 231 nouveaux patients.

La porte d'entrée principale au réseau est la consultation d'accès aux soins (CAS) par laquelle sont entrés 214 patients.

### Répartition des patients selon la nationalité (% en colonne)

	Nombre de patients	% de patients
Français	15	5
Etrangers	285	95
<b>Groupes continentaux</b>		
Europe (hors UE)	4	1.3
Afrique subsaharienne	200	66.7
Maghreb	38	12.7
Union européenne	32	10.7
Océanie et Amérique	6	2
Proche et Moyen Orient	17	5.7
Asie	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	

### Pratique du français :

- Expression courante : 68,6%
- Difficulté linguistique : 17.8%
- Traduction nécessaire : 13.6%

74,3 % des usagers n'avaient aucune couverture sociale en entrant dans le réseau.

Age moyen : 42,5 (minimum : 18 ans, maximum : 82 ans)

Femmes, 61,5%

70,9% vivent dans les Hauts de Seine

### Modes d'entrée :

- Consultation d'accès aux soins (214 patients)
- Repas des Usagers
- Entretien de vie
- Adressé par une structure partenaire
- Adressé par un médecin généraliste



Parmi les usagers 12% avait une problématique de virose chronique (VIH, VHC ou VHB) :

- 5.7% sont suivis pour une infection par le VIH
- 2.8% sont suivis pour une hépatite B
- 3.5% sont suivis pour une hépatite C

Parmi les patients

- 18 patients VIH
- 9 hépatites B
- 11 hépatites C

### L'organisation du parcours de soins

Une fois inclus dans le réseau par un professionnel adhérent, une évaluation médico-sociale de l'usager est réalisée en collaboration avec la coordination médicale du réseau (un des médecins coordinateurs et/ou la psychologue et/ou la médiatrice de santé publique).

Cette évaluation permet en fonction des problématiques relevées (précarité, addictions, hépatites virales, VIH) de personnaliser un parcours de soins coordonné pour chaque usager.

Le réseau intervient de façon prononcée sur l'accès aux soins pour des patients n'ayant pas de couverture sociale :

Les patients sont initialement vus à la consultation d'accès aux soins située à l'Hôpital Antoine Béchère (AP-HP) pour une consultation de médecine générale ne relevant pas de l'urgence médicale (action détaillée plus bas). Cette consultation est réalisée en mettant l'accent sur le dépistage de certaines pathologies (en particulier le VIH, les hépatites virales, la tuberculose, l'HTA, le diabète...). Parallèlement un entretien avec l'assistante sociale de l'établissement permet d'instruire le dossier pour une ouverture des droits sociaux (aide médicale d'état, CMU, etc).

Une fois la couverture médicale obtenue, le patient est orienté sur la médecine de ville afin d'assurer la continuité des soins (médecins généralistes libéraux, centre municipal de santé, gynécologues, dentistes etc.).

Le réseau propose ensuite aux patients ayant bénéficié d'un plan de soin, un entretien médico-social 6 à 12 mois après le premier contact avec le réseau afin de s'assurer de la bonne prise en charge globale et de la fluidité du parcours de soins.



Néanmoins la grande difficulté consiste à maintenir le lien pour des patients sans domicile fixe (80% des usagers du réseau) avec souvent des pathologies lourdes (hyper tension, diabète insulino-dépendant, VIH, etc).

Par le biais de ce type de consultations de médecine générale (au sein de l'hôpital notamment) un dépistage systématique est proposé. Lorsqu'il s'avère positif pour ces patients (pathologie virale chronique type VIH, VHB, VHC), le réseau Ressource dispose de référents hospitaliers pour chacune des pathologies concernées. En fonction de la pathologie présentée, le patient est ainsi orienté vers le référent concerné.

Par ailleurs l'usager du réseau peut se voir proposer des actions menées par le réseau tel que la consultation d'aide à l'observance pour les personnes vivant avec le VIH (action détaillée ci-dessous), des entretiens de vie toujours pour des personnes vivant avec le VIH, et des actions d'informations et de prévention au cours d'actions ciblées comme le repas des usagers.

## Parcours de soin d'une patiente au sein du réseau Ressource

Par Pauline Ngamaleu, MSP, réseau Ressource

Madame T, 40 ans, d'origine togolaise, qui a connu le réseau par le repas des usagers, est venue à la consultation d'accès aux soins. Elle vient à reculons, mais mise en confiance par les autres usagers du réseau.

Elle n'a aucune couverture sociale. Elle consulte pour des douleurs articulaires des épaules.

Outre l'évaluation médicale, un dépistage du VIH lui est proposé : elle refuse.

Revue une semaine plus tard, elle accepte finalement un dépistage, en particulier du VIH qui malheureusement se révèle positif. Le reste du bilan montre qu'elle a aussi une tuberculose pulmonaire bacillifère. Elle s'inscrit alors dans un parcours de soin piloté par le réseau. Prise en charge dans un circuit spécialisé (Dr M., qui vient par ailleurs faire une formation sur l'hépatite C pour des médecins libéraux) elle est mise sous traitement antituberculeux puis antivirale.

En parallèle de la prise en charge médicale, elle voit le service social, la médiatrice de santé publique, qui évalue la situation, et ouvrent des droits sociaux, demande de logement, aide à une régularisation.

Le réseau a été contacté par le médecin du CLAT (centre de lutte antituberculeux), qui a pu mettre en lien les différents acteurs concernés par la prise en charge de cette patiente.

Elle est incluse dans le dispositif des entretiens de vie (éducation thérapeutique) donc suivie régulièrement par les professionnels du réseau. Elle a bénéficié également de l'accompagnement physique de la MSP du réseau à la préfecture de police de Nanterre au vue de sa régularisation en tant qu'étranger malade.

Elle a une CMU.C, un traitement antituberculeux, antirétroviral. Elle a retrouvé un emploi (fait des tresses) et vient régulièrement au repas des usagers.

On a pu dépister une patiente qui n'était pas en demande de soins, dépister une tuberculose, et améliorer les conditions médico-socio-psychologiques de cette patiente donc de sa qualité de vie. Ce parcours est l'illustration d'une demande de soins de premiers recours jusqu'à une prise en charge spécialisée complexe. De la promotion à la santé (repas des usagers), au dépistage, à la qualité de vie (éducation thérapeutique), au parcours de soins coordonné à la santé publique.

Et cela a probablement évité de nouvelles contaminations (VIH, tuberculose) et donc aussi une économie à l'assurance maladie.

### **2.2.2. L'accès aux soins : la consultation d'accès aux soins (CAS)**

Dans le cadre de son activité d'accès aux droits, à la prévention et aux soins, le réseau a développé une modalité d'intervention particulière en direction des personnes en situation de précarité. C'est le principal mode d'entrée des patients au sein du réseau Ressource.

L'action consiste par le biais d'un travail de partenariat et de repérage dans la cité et d'accompagnement vers le système de santé des personnes en situation de précarité, à proposer un véritable accès direct aux soins au sein de l'hôpital.

Des consultations ciblées pour les personnes en situation de précarité, sans droits ouverts, assurée par des médecins généralistes du réseau, ont lieu une journée par semaine dans les locaux de l'hôpital Antoine Béclère, au sein de la polyclinique. La polyclinique est le lieu de l'ensemble des consultations externes de médecine générale et spécialisée.

Les objectifs principaux de cette consultation sont de proposer un accès aux soins et au dépistage de certaines pathologies plus fréquentes dans cette population, ciblé en fonction des origines géographiques : tuberculose, infection par le VIH, les hépatites B et C, le diabète, l'hypertension, certaines parasitoses, et cela par le biais d'une consultation de médecine générale.

Puis dans un second temps, une fois les patients connus du réseau par le biais de cette consultation, alors que les droits sociaux ont été ouverts en lien avec l'assistante sociale de la polyclinique, la coordination du réseau tente d'orienter ces patients vers un système de droit commun.

#### Modalités de l'action :

Cette consultation, gratuite et sans rendez-vous pour des personnes dépourvues de couverture sociale et ayant besoin d'une consultation de médecine générale sans urgence ont lieu au sein des locaux de l'Hôpital Antoine Béclère AP-HP, 157 avenue de la Porte de Trivaux, 92140 Clamart, espace de la Polyclinique, RDC Porte G.



Cette consultation se déroule sur deux jours :

- Mardi de 14h à 17h30
- Vendredi de 14h à 17h30

L'équipe se compose en 2009 du Dr Augustin Chassaing, médecin généraliste, du Dr Philippe Bock, médecin généraliste libéral, et de Mme Pauline Ngamaleu, médiatrice de santé publique et coordinatrice de l'action, en collaboration étroite avec l'hôpital Antoine Béchère (service social, médecins spécialistes, laboratoire d'analyse, etc)

En 2009, on note une stabilisation de l'activité de la consultation par rapport à 2008.

**354 consultations** ont été réalisées, et le réseau a suivi **188 patients différents**.

Le profil sociodémographique des patients montre une population assez jeune (âge moyen 42 ans) avec une prédominance de femme (64%).

Répartition par âge des patients (% en colonne)

	Répartition par sexe		TOTAL (%)
	Hommes (%)	Femmes (%)	
<b>18-29 ans</b>	25	20,8	22,3
<b>30-44 ans</b>	44,1	38,3	40,4
<b>45-59 ans</b>	19,1	20	19,7
<b>60 ans et plus</b>	11,8	20,8	17,5

La grande majorité des consultants sont d'origine étrangère avec une nette proportion originaire de l'Afrique subsaharienne (69%). On note d'ailleurs une difficulté linguistique voire un besoin de traduction chez 31,9% des consultants.

Répartition des patients selon la nationalité (% en colonne)

	% de patients
<b>Français</b>	3,8
<b>Etrangers</b>	96,2
<b>Groupes continentaux</b>	
Europe (hors UE)	2,2
Afrique subsaharienne	69,4
Maghreb	14,2
Union européenne	8,7
Océanie et Amérique	2,7
Proche et Moyen Orient	1,6
Asie	1,1

La plupart des patients vivent dans les Hauts de Seine (la consultation est située au sein de l'hôpital Antoine Béclère, Clamart) mais le lieu de vie est souvent aléatoire puisque 75% ont un domicile précaire (souvent hébergé) voire n'ont aucun logement. L'adresse administrative est souvent différente du lieu de vie.

### Lieu de vie

	%
<b>Hauts de seine</b>	69,1
<b>Val de Marne</b>	8,5
<b>Paris</b>	5,8
<b>Seine Saint Denis</b>	4,8
<b>Yvelines</b>	2,7
<b>Val d'Oise</b>	2,7
<b>Essonne</b>	2,2
<b>Autres</b>	4,3

Concernant les droits sociaux, 96,3% des patients n'avaient aucune couverture sociale.

Avec l'aide de l'assistante sociale et de la médiatrice de santé, une ouverture des droits a été obtenue chez 62% des patients et 17% ont un dossier instruit en attente de réponse.

### Ouverture des droits sociaux

<b>AME</b>	50,8%
<b>CMU</b>	11,6%
<b>Dossiers en cours</b>	17,1%
<b>Orienté vers une autre structure</b>	1,6%
<b>Manque de justificatifs</b>	5%
<b>Perdu de vue</b>	11,1%
<b>Etrangers de passage</b>	2,8%

Sur le plan médical, quelques constats peuvent être faits (données partielles) :

- 9,2% des patientes ont été vues pour une grossesse. Elles ont toutes obtenu une ouverture de droits sociaux et une inscription à une maternité.
- 3,7% ont été suivis pour une infection par le VIH (associé à une tuberculose bacillifère chez une patiente), puis orientés vers un spécialiste. Il est notable qu'en moyenne on dépiste proportionnellement 10 fois plus de patients infecté par le VIH que dans un CDAG.
- 5,3% ont été suivis pour une hépatite virale chronique (B ou C)
- 5.3% ont été suivis pour un diabète.

Pour conclure ce dispositif d'accès aux soins, original pour son organisation où travaille en coordination les acteurs d'un réseau de santé et d'un hôpital public, a permis à une population démunie de retrouver un droit fondamental, la santé.

Quelques éléments de réflexion autour de la coordination du parcours de soin des usagers : réflexion conceptuelle

**«La dynamique transgénérationnelle,  
un facteur de facilitation de l'engagement dans des soins»**

Par Karine Lecocq, psychologue sociale, Réseau Ressource.

Le réseau RESSOURCE est un réseau de santé impliqué dans le champ des addictions, du VIH-VHC et de l'accès aux soins.

Selon l'Article L.6321-1 du Code de la Santé Publique, les réseaux ont pour mission de «favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires».

Le réseau est constitué de professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales, organisations à vocation sanitaire, et représentants des usagers. Ce qui nous permet d'assurer «une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins».

Au fil des ans, nous constatons une nette augmentation du nombre de femmes africaines sollicitant le réseau RESSOURCE. Ce constat est explicable par deux aspects : la composition de notre équipe et l'entraide féminine.

En ce qui concerne la composition de l'équipe RESSOURCE, il semble important de préciser que notre collègue médiatrice de santé publique, également coordinatrice de la consultation d'accès aux soins, partage de nombreux points culturels avec ce public. Pour ces femmes, en France depuis quelques jours, semaines, mois ou années, s'adresser à une «sœur» (entendre ce nom comme une appartenance à un même territoire géographique) est particulièrement rassurant lorsqu'on se sent fatiguée, que la douleur nous gagne, que l'on aimerait consulter mais qu'on n'a pas de quoi payer la consultation, ou les examens ni les médicaments, et qu'en plus, la langue ou la religion peuvent être des barrières à l'accès aux soins.

En ce qui concerne l'entraide féminine, on observe un besoin de se soutenir, de partager de rester entre femmes.

Les femmes s'adressant au réseau RESSOURCE ont quitté leur pays dans l'espoir de mieux gagner leur vie, de venir en aide à leurs parents malades ou dépendants, d'assurer les besoins d'éducation de leurs enfants scolarisés et de soins de leurs enfants handicapés, de donner de meilleures conditions de vie à leur futurs enfants. Pour d'autres, le départ a été motivé par une impossibilité de rester au pays du fait d'un rejet possible suite à l'annonce de sa séropositivité au VIH. Nombreuses ont quitté leur pays, endossant une histoire compliquée marquée par les abus de différentes formes.

Femmes, déjà mères ou enceintes, souvent seules sans conjoint, plus souvent aidées par des amies que par des membres familiaux, elles perdent vite le sens de l'estime de soi. Alors qu'elles pouvaient être des femmes entrepreneuses dans leur pays d'origine; en France, elles se sentent inutiles. La découverte de leur maladie les rend vulnérables. Sans argent, sans papiers, avec la croyance que leur vie est limitée, elles ont perdu leur statut et croient ne plus être respectables. Elles acceptent ce que leur impose leur entourage, jusqu'au jour où elles sont de nouveau dans la capacité de concevoir l'idée que leur présence apporte quelque chose à ceux qui les aident.

A partir du moment où elles peuvent adopter une autre vision de ce qu'elles vivent, elles souffrent moins d'être à la charge des autres. Un regain du sentiment d'être utiles, notamment pour les enfants du foyer dans lequel elles sont hébergées, leur permet de s'affranchir d'une attitude de passivité, d'abandon, de défaite. En modifiant le sens donné aux comportements de leur entourage, elles se libèrent d'une position de victime dans laquelle elles s'étaient enfermées. Moins opprimées, elles entrent davantage dans la discussion, font des propositions, et poussent à l'action. De nouveau la grandeur de ces femmes est observable par l'extérieur. et en impressionne plusieurs.

Ce changement peut s'expliquer de plusieurs façons. Au vue du mode d'accompagnement des patients choisi par le réseau RESSOURCE, nous expliquons ce changement par un important travail effectué sur la dynamique transgénérationnelle.

C'est en abordant les thèmes du rôle familial, des relations sociales et du statut professionnel vécus par les femmes, d'abord dans leur pays d'origine puis dans leur environnement d'accueil, que nous constatons une ouverture des patientes. Ce signe d'épanouissement personnel est mesurable par une volonté d'occuper une place dont les contours sont choisis et négociés. Après plusieurs tentatives, ces femmes

ont trouvé le moyen de sortir de leur isolement et de participer à la vie du foyer qui les accueille.

En permettant d'évoquer leur histoire, de nommer leurs valeurs, d'identifier leurs savoirs, nous aidons à restaurer une image de soi suffisamment positive pour que les femmes osent de nouveau aller vers l'inconnu, vivent des expériences et des rencontres nourrissantes pour leur existence. En nous intéressant à ce que les personnes étaient avant de nous connaître, nous évitons de les réduire à ce qu'elles vivent aujourd'hui. En tenant compte des différents systèmes auxquelles elles appartiennent, nous les aidons à poursuivre leur aventure. Peu à peu, pas à pas, avec un accompagnement modéré, suffisamment délicat pour ne pas être envahissant, les femmes ont découvert qu'elles pouvaient tenir, puis lâcher, pour pouvoir continuer... à espérer.

L'accompagnement des femmes présenté au cours de ces lignes est possible grâce au travail effectué par une équipe qualifiée pluridisciplinaire, aussi bien dans le choix de ses formations professionnelles, de ses partenaires institutionnelles, de ses connaissances culturelles, que dans ses outils et ses méthodes. Cette équipe comparable à la palette d'un artiste, permet aux femmes qui le souhaitent de composer avec chacune des couleurs et textures qui composent cet ensemble.

La réalisation de cet accompagnement est également due au regard favorable porté par les professionnels sur les personnes, ainsi qu'au respect qui naît d'emblée et à la veille d'une fascination de certaines situations. Car la fascination pourrait empêcher les professionnels de « rentrer dans les histoires des gens en adoptant la bonne distance ». Ceci, tout particulièrement dans l'accompagnement des femmes d'un certain âge, qui ont déjà une longue vie derrière elles, et dont la dignité pourrait être altérée si nous questionnons sans retenue leur passé ou si nous collions trop au poids de leur souffrance... au risque de les casser plus encore.

En travaillant dans l'objectif de permettre à ces femmes de « retrouver la place d'une personne signifiante », de « ralentir la chute dans laquelle elles se sentent emportées », de « trouver un contenant pour se poser », de « créer des situations qui éveillent les valeurs individuelles », nous prenons le temps de nous pencher sur ce qui leur arrive et ce qui fait qu'elles en sont là.



**«Qui que nous soyons, nous sommes toujours l'enfant de quelqu'un et l'aîné d'un autre. De sang ou de cœur, nous sommes également la sœur de l'un, la mère de l'autre, ou encore une cousine, une tante, une grand-mère...»**

### **2.2.3. VIH, hépatites et IST: Les Entretiens de vie (EV)**

Afin de promouvoir les comportements favorables à la santé, d'améliorer la qualité de vie chez les personnes séropositives, et d'induire une observance accrue des traitements et une réduction des prises de risques, le réseau Ressource a souhaité mettre en place une consultation d'observance thérapeutique et/ou des entretiens de vie auprès des personnes séropositives et/ou atteintes du SIDA.

#### **Contexte du projet :**

Dans le traitement du VIH, une non observance thérapeutique, ou une prise de traitement erratique, entraîne une résistance du virus (développement des maladies opportunistes, accroissement de la charge virale) ainsi qu'une dégradation de la qualité de vie du patient (nombre d'hospitalisations accru...) pouvant aller jusqu'au décès.

Or, certains facteurs (émotion, socialisation, fonctions cognitives, comportements,...), lorsqu'ils sont perturbés, influent sur les capacités d'une personne à suivre son traitement selon une prescription donnée, et entraînent un risque d'arrêt du traitement ou une prise inadéquate du traitement.

En permettant aux patients d'explorer les facteurs subjectifs et objectifs qui les freinent dans leur prise de traitement, ceux-ci peuvent trouver la motivation nécessaire et suffisante pour une prise adéquate de leur traitement.

L'exploration des éléments relevant de la sphère émotionnelle (anxiété, stress), sociale (isolement, absence de logement ou logement précaire), cognitive (liées aux représentations de la maladie), et linguistique se fait plus facilement dans la relation à un tiers. Tout particulièrement lorsque ce tiers a des appartenances culturelles communes à celles du patient. Le recours à la langue maternelle, ou à la représentation graphique est un atout pour permettre au patient de parler de ses préoccupations.

D'autre part, il est à noter que la non observance du traitement peut être dû à des difficultés matérielles liées au mode de vie. Cela peut consister en une absence de frigo pour stocker les médicaments, être lié à une impossibilité de se rendre à la consultation pour se procurer ses médicaments (pas de tickets de transport), ou encore être lié à des contraintes alimentaires (comment prendre les médicaments à l'heure du repas quand on n'a rien à manger). Les patients peuvent aussi avoir des difficultés à être ponctuel lorsqu'ils ne disposent pas d'hébergement ou lorsqu'ils sont logé chez des tiers (risque de rupture de confidentialité quand on doit mettre ses médicaments dans le réfrigérateur).

### **Opportunité de l'action :**

Afin de promouvoir l'observance thérapeutique chez des patients infectés par le VIH, le réseau de santé RESSOURCE a proposé une action auprès de patients VIH/SIDA.

Il s'agit de proposer des séances de « consultation » individuelles et collectives durant lesquelles il sera réalisé un travail sur les freins et résistances qui chez les patients entraînent la non observance des traitements.

En effet, aujourd'hui, sur le département des Hauts-de-Seine, les professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, travailleurs sociaux) travaillant sur le champ du VIH sont nombreux à être confrontés à des patients qui décident d'arrêter leur traitement ou qui le prennent de manière erratique. Or une mauvaise prise de traitement, au-delà du coût humain a aussi un coût financier.

Ces professionnels souhaiteraient que leurs patients reçoivent les informations nécessaires qui leur permettraient de comprendre :

- pourquoi ils ont besoin d'un traitement,
- comment ce traitement agit sur leur corps,
- et lorsqu'ils décident d'arrêter leur traitement, ce que cela implique (création d'une résistance du virus, développement de maladies opportunistes, accroissement de la charge virale).

À cette fin, ils souhaiteraient que leurs patients puissent faire la rencontre de personnes avec lesquelles ils pourront parler sans tabou de leurs résistances.

Ainsi, permettre à ces patients migrants infectés par le VIH, ayant été peu ou pas scolarisés, de disposer de connaissances fiables sur la maladie ou sur leur traitement, semble aujourd'hui constituer un enjeu important dans la lutte contre l'infection à VIH en France. En effet, les connaissances du patient sur sa maladie ont une influence sur son degré d'observance, paramètre déterminant dans le contrôle de l'infection.

La population cible de l'action sont des personnes séropositives, ou au stade SIDA déclaré, en cours de traitement, ou devant débiter un traitement ayant des problèmes d'observance relevés par le médecin.



### **Les partenaires de l'action sont, en 2009 :**

- au niveau financier le SIDACTION
- et au niveau opérationnel : INITIATIVES, Aides 92, Hôpital Antoine Béclère AP-HP, IKAMBÉRE, les médecins généralistes libéraux. Au fil du temps d'ailleurs, les médecins généralistes adhérents du réseau RESSOURCE sollicitent la consultation pour des patients observant mais solitaires affectivement, enfermés dans un secret les empêchant de faire des rencontres, même amicales, et de dialoguer sur certains sujets avec leurs enfants.

### **Les personnes ressource pour cette action sont,**

- pour l'équipe salariée de Ressource : Dr Augustin Chassaing, médecin coordinateur, Pauline Ngamaleu, médiatrice de santé publique et coordinatrice référent du projet, Karine Lecocq, psychologue
- pour INITIATIVES, Dr Catherine Feldman, médecin et Anne Desbordes, infirmière l'association Initiatives, Hôpital Antoine Béclère AP-HP, Pr Boué (administrateur de l'association).

## Bilan de l'action menée en 2009 :

### Les partenaires et les motifs d'orientation

Les motifs d'orientation d'un patient vers le dispositif des «Entretiens de vie» sont variés. Les partenaires orientent principalement des patients qui :

- sont «abattus» suite à l'annonce de leur séropositivité
- n'acceptent pas leur maladie
- obtiennent des résultats soulevant un mystère (Ex: des personnes disent prendre leur traitement alors qu'il y a aucune trace du médicament dans le sang...)
- ont un problème d'adhésion au traitement
- ont des représentations et croyances venant parasiter leur suivi
- ont précédemment stoppé brusquement la prise de traitement suite à l'apparition de problèmes sociaux
- sont dans l'évitement du sujet, ou pour lesquels parler du VIH est une chose compliquée.

Les partenaires pourraient également attendre de cette consultation la poursuite des objectifs suivants :

- Renforcer le désir de se soigner
- Prévenir le refus ou l'arrêt du traitement
- Permettre à la personne vivant avec le VIH de dire ce qui ne va pas, de se raconter pour se soulager sans forcément trouver une solution à son problème
- Avoir une plus large connaissance de la maladie et des aides existantes sur le territoire
- Obtenir des informations et des explications, notamment sur les conditions de prise des médicaments et l'adaptation de la prise thérapeutique en fonction de son mode de vie
- Aborder les thématiques prédominantes comme la mort, les changements du corps, le rejet des personnes séropositives, le traumatisme causé par l'amaigrissement, les relations conflictuelles avec la famille en France, la séparation du couple, l'abandon des enfants, les conditions de logement...)
- Définir des stratégies de changement et prendre des décisions (Mise en situation, expérimentation de voies possibles, exploration de ses ambivalences...)

## Quelques données chiffrées

Le réseau a accueilli 17 personnes au sein de ce dispositif.

### **101 entretiens**

- 92 entretiens individuels dont 51 entretiens en face à face et 41 entretiens téléphoniques

Les entretiens téléphoniques ont notamment lieu lorsque les personnes se sentent trop mal pour se rendre au rendez-vous et appellent pour prévenir, où lorsque les personnes n'honorent pas leur rendez-vous et que nous les appelons pour avoir de leurs nouvelles. Les patients peuvent également téléphoner entre deux rendez-vous lorsqu'ils ont une nouvelle bonne ou mauvaise qu'ils souhaitent partager avec l'équipe; équipe bien souvent considérée comme un membre de la famille auprès duquel il est possible de trouver chaleur, réconfort et apaisement.

- 9 entretiens collectifs : repas patients

Nous avons mené 4 séances d'un **groupe de parole**. Ce groupe, animé à l'hôpital par un binôme stable, a principalement intéressé des patients hospitalisés, pour la plupart inobservants, s'en remettant plus à dieu qu'à la médecine.

**12 réunions** ont été organisées dont:

- 10 réunions de travail d'équipe et d'étude de cas cliniques
- 2 réunions de coordination avec l'équipe de l'hôpital de jour de médecine de l'hôpital Antoine-Béclère.

Au fil du temps, le nombre de réunions de coordination avec l'hôpital de jour a diminué, toutefois les contacts entre le médecin de cette consultation et ceux de l'hôpital sont toujours aussi réguliers et faciles. Ceci probablement grâce à la connaissance ancienne des professionnels exerçant depuis de longues années sur le territoire et dans ce champ du soin.

Ce travail est assuré par une équipe pluridisciplinaire composé de cinq personnes :

- Une médiatrice de santé publique, une infirmière, deux médecins, une psychologue sociale, une psychologue clinicienne.
- La psychologue clinicienne, salariée de l'hôpital, est venue agrandir l'équipe et assure en binôme l'animation du groupe de parole.



La consultation se déroule sur trois lieux d'entretien différents (réseau RESSOURCE, hôpital de jour Antoine-Béclère, association INITIATIVES).

Les rendez-vous sont proposés dans des lieux, à des jours et des horaires qui tiennent compte des contraintes des personnes. Lorsque les personnes salariées s'absentent une à deux demi-journées dans le mois pour se rendre à des consultations médicales, nous comprenons qu'elles souhaitent être reçues après leur journée de travail, aux alentours de 19h. Lorsque les personnes sont en situation d'irrégularité sur le territoire français et/ou sans revenu, il nous arrive de proposer des rendez-vous sur les lieux de consultations où sont suivies les personnes, dans une période précédent ou succédant ces consultations.

Les entretiens individuels ont lieu sur rendez-vous.

Ils sont :

- d'une durée variant de 45 à 90 minutes

Ce laps de temps nous semble nécessaire pour permettre aux patients, parfois venu de loin, de dérouler tranquillement leur discours (verbal ou corporel) et de respecter leur fonctionnement. Ce temps est aussi important pour parler de plusieurs choses, autres que le social, lorsque celui-ci prend le dessus dans un univers de vie précaire. Ce temps permet aussi de pouvoir quitter, même momentanément, les questions et avis obsessionnels formulés par des personnes qui se sentent incapables d'aller mieux tant que leurs besoins vitaux (dormir, manger et se vêtir) ne seront pas assouvis.)

- d'un nombre variable selon les besoins de chaque patient.

À la fin de chaque rendez-vous, un prochain entretien est programmé à une date où une période précise. Ceci dans le but de maintenir un lien avec la personne, ou de jalonner le temps pour soutenir l'espoir)

- menés par un binôme de professionnels complémentaires dans leur formation

En s'adressant à la consultation, le patient est reçu par le médecin et/ou la médiatrice de santé. Pour les entretiens suivants, le binôme est composé en fonction des besoins et contraintes du patient. Si le patient montre des signes de timidité ou d'anxiété, les deux professionnels déjà impliqués peuvent l'introduire auprès de leurs collègues; notamment en racontant au psychologue ou à l'infirmière l'histoire qu'ils ont retenue. Les patients qui entendent les professionnels parler ainsi, en utilisant leur prénom, disent être surpris de la précision avec laquelle leur histoire est rapportée. Parfois, c'est pour eux l'occasion de découvrir leur réalité sous d'autres aspects.

L'animation en binôme permet aux deux professionnels d'avoir une approche large, tenant compte de plusieurs des champs suivants : médical, social, culturel, psychologique, relationnel, organisationnel. Dans le cadre de ce dispositif, le binôme des professionnels ne mène pas d'«interrogatoire» et n'agit pas pour «apporter une solution tout de suite». Après deux premiers entretiens au cours desquels le dispositif est présenté au patient, articulé à la démarche de soin, et qu'un premier diagnostic des besoins est effectué, nous proposons une série d'objectifs à travailler lors des prochains entretiens.

Chaque entretien est une co-construction dont le début comme la fin (qui n'est pas évidente à trouver) est primordiale. Si le patient demande des explications sur les médicaments ou la maladie, le médecin ou l'infirmière sont les mieux placés pour y répondre. L'un des deux anime l'entretien en binôme avec la médiatrice de santé ou la psychologue.

Dans le cadre du binôme composé de la médiatrice de santé et de la psychologue, l'entretien est marqué par l'impact culturel et communicationnel. C'est l'occasion de porter plusieurs regards à une situation évoquée par le patient, de se mettre à la place des différents protagonistes impliqués et de reconsidérer les événements. L'image physique de la personne ainsi que ses valeurs sont pris en compte.

Le changement de lieu et de binôme modifie la façon dont le patient entre en contact avec les professionnels, le contenu de son discours, voir même de son comportement. C'est ce qui donne plus d'occasions de considérer le patient dans une approche globale.

En présence du médecin généraliste, qualifié par le public de «gentil», nommé «mon docteur», appelé par son prénom, les personnes ont moins d'hésitations à parler de ce qui ne va pas. En présence de l'infirmière, spécialiste de la prévention, femme aux cheveux blancs, les femmes se retrouvent face à la grand-mère qu'elles n'ont plus, dame attentive qui peut s'intéresser à ce qu'elles ont créé, tout particulièrement leur enfant. En présence de la médiatrice de santé publique, formée en sciences sociales, femme de couleur noire, d'un âge identique au leur, les femmes se retrouvent face à une sœur qui ne mâchent pas ses mots, qui peut comprendre et néanmoins décaler le problème afin d'orienter vers d'autres solutions. En présence de la psychologue, également clownthérapeute, le public se retrouve face à un interlocuteur capable d'entendre et de réagir à tout propos. En présence du médecin, psychothérapeute, le public sait qu'il est pris en compte, cru et soutenu dans ses difficultés comme dans ses capacités.

## Le profil des patients

Patients	Age	Sexe	Nationalité	Connaissance de la maladie avant d'intégrer le dispositif	Traitement (HAART)	Stade CDC	Co-infection (HBV ou HCV)
1	43	M	Camerounais	3 mois	non	A2	non
2	35	F	Ivoirienne	8 ans	oui	C3	non
3	38	F	Camerounais	2 ans	oui	A2	non
4	47	F	Camerounaise	à l'annonce du diagnostic	non	A3	Hépatite C
5	33	M	Ivoirien	3 ans	oui	A3	non
6	37	F	Camerounaise	à l'annonce du diagnostic	non	A2	non
7	38	F	Ivoirienne	à l'annonce du diagnostic	oui	A2	Hépatite C
8	52	M	Haïtien	20 ans	oui	A	non
9	47	M	Congo	à l'annonce du diagnostic	oui	A3	non
10	29	F	Maliennne	5 ans	oui	A	non
11	39	F	Togo	à l'annonce du diagnostic	non	C2	non
12	42	F	Française	plusieurs années	non	A	non
13	35	F	Ivoirienne	plusieurs années	oui	C3	non
14	28	M	Sénégalais	2 ans	oui	A3	non
15	22	F	Guadeloupe	5 ans	oui	C2	non
16	33	F	Rwandaise	3 ans	oui	C2	non
17	30	F	Ivoirienne	5 ans	oui	C2	non

Patients	CD4 à l'inclusion (/mm <sup>3</sup> )	CV à l'inclusion (copies/ml)	CD4 récents (/mm <sup>3</sup> )	CV récents (copies/ml)	Logement	Couverture sociale	Emploi
1	399	134000	496	55024	squat	non	sans
2	20	112920	19	993	Fixe	oui	sans
3	492	50	487	indéetectable	Précaire	non	non
4	199	300550	307	indéetectable	Précaire	non	non
5	311	indéetectable	356	indéetectable	Fixe	non	oui
6	332	16538	422	11456	Précaire	non	non
7	275	169294	522	indéetectable	Précaire	non	non
8	>350	indéetectable	>350	indéetectable	fixe	oui	oui
9	53	1942281	107	248	précaire	non	non
10	960	indéetectable	stable	indéetectable	fixe	oui	?
11	291	53000	229	666000	sans	non	non
12	334	4656			précaire	oui	oui
13	32	2899066			fixe	oui	non
14	246	indéetectable	317	indéetectable	fixe	oui	oui
15	518	309	627	indéetectable	Précaire	oui	non
16	260	41000	357	1135	Précaire	non	?
17					Précaire	oui	oui



Le profil sociodémographique des patients montre une population assez jeune (moyenne d'âge 37 ans), originaire d'Afrique sub-saharienne pour la plupart, et majoritairement des femmes.

Les patients rencontrés sont marqués par une précarité puisqu'on note :

- Un logement précaire chez 65% des patients
- L'absence d'emploi dans 59% des cas
- Une absence totale de couverture sociale à l'inclusion dans le dispositif chez 53% des patients (à noter qu'à ce jour tous les patients ont obtenu une couverture sociale).

Sur le plan médical on constate :

- Un traitement antirétroviral chez 70,6% des patients
- Une co-infection par l'hépatite C chez deux patientes
- Il est aussi notable qu'une proportion importante (35%) des patients a inclus le dispositif rapidement après l'annonce de leur séropositivité.

## **Le cadre de la consultation**

Le fonctionnement de cette consultation s'appuie sur une approche humaniste qui :

- « apprivoise » les personnes, les aborde doucement, les met en confiance...
- laisse parler la personne pour qu'elle dépose ce qu'elle a à dire
- évite les questions directes
- permet d'aborder les thèmes transversaux comme la mort, les enfants, le couple
- vérifie l'état psychologique de la personne à la fin de l'entretien
- explique la maladie, recourt aux mots qui parlent de la maladie, aborde les traitements et leurs effets secondaires sans se substituer au médecin traitant ou médecin prescripteur
- détermine l'aide à apporter à chaque patient en fonction de son histoire, ses besoins, ses compétences...

Pour accompagner les patients nous avons recours à différents outils :

- fiche d'inclusion et de suivi des patients
- grille de décodage des entretiens de vie comportant 12 items (état de santé, vécu de la maladie, connaissances des traitements/médicaments, rapport

- avec le médecin/ psychologue, relation avec famille/les amis, capacité de soutien de l'entourage, situation judiciaire et administrative, habitat et logement, activités et loisirs, sexualité et affectivité, projet de vie)
- questionnaire SF 36 d'évaluation de la qualité de vie (la vie et les relations avec les autres, la vitalité, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique, l'activité physique, les douleurs physiques, la santé perçue, les limitations dues à l'état physique)
- documentation (chevalet, film, stickers...)

### Les faits et changements observés chez les patients

L'analyse des entretiens de vie et des questionnaires de qualité de vie nous permettent de constater que les personnes venant consulter :

- ont une diminution de leur croyance en un risque «d'attraper quelque chose», de voir leur physique se dégrader et de mourir
- ont la capacité de déterminer les critères d'identification d'une dégradation psychique de leur état
- ont de moins en moins de difficulté à qualifier leur qualité de vie et constatent même qu'elles vont «étonnamment» bien
- gagnent de la réassurance par le sentiment d'être écouté et compris
- disent connaître suffisamment bien la maladie et les effets secondaires des traitements pour accepter la prise d'un traitement
- souffrent moins de devoir se cacher pour prendre leur traitement
- acceptent peu à peu de ne plus vivre isolées et de participer à des temps de rencontre et de partage avec d'autres personnes concernées par la maladie
- gagnent suffisamment en confiance en soi pour pouvoir adresser leurs questions au corps médical, reprendre certains sujets de discussion avec leur entourage, présenter leur candidature pour une recherche de logement ou de travail
- diminuent leur inquiétude concernant une probable contamination passée de leur conjoint(e) et leurs enfants restés au pays
- diminuent leur crainte de contaminer leur entourage
- imaginent à nouveau une vie sexuelle possible
- considèrent à nouveau tenir un rôle important dans la maison où elles sont hébergées, tout particulièrement auprès des enfants de la famille
- retrouvent un désir de grossesse/de parentalité
- formulent le souhait d'arriver à annoncer leur situation à leur entourage
- diminuent leur plainte concernant le manque de considération des personnes qui les hébergent et le manque de soutien apporté par leur entourage

ne sont plus traumatisées par l'annonce de leur séropositivité et se sentent moins traquées

voient leur avenir suffisamment positif pour pouvoir faire confiance, partager avec d'autres des informations, évoquer les aides dont elles bénéficient sans courir le risques de se les voir supprimer.

Au fil du temps, les personnes adressées à la consultation ont un profil différent. Elles sont plus nombreuses à avoir un statut régulier sur le territoire français, à vivre avec un enfant, à vouloir partager leur vie avec un(e) partenaire. Celles qui sont amoureuse évoquent le poids du secret et le risque de tout abandonner tant le silence les étouffe. Ce qui donne aux entretiens un genre plus familial, où les sujets de la conjugalité et de la parentalité sont importants. Pour ce type d'entretien, la modalité du binôme (composé d'homme/femme, jeune/vieux, français/origine étrangère...) a un pouvoir extraordinaire pour se risquer dans les mots, oser exposer ses craintes, identifier ses choix...

Les médecins généralistes qui suivent des malades concernées par le VIH orientent de plus en plus de personnes connaisseuses de leur séropositivité depuis plusieurs années mais incapables d'aller vers les autres, tant elles ont peur que d'autres apprennent leur maladie, le fasse savoir et que cela entraîne leur mise à l'écart des personnes connues dans l'entourage professionnel ou de quartier.

Parmi les données recueillies, certaines d'entre elles retiennent notre attention, du fait de leur faible corrélation voir ambivalence. Comment expliquer que des patients orientés vers la consultation qualifient leur santé de satisfaisante tout en affirmant qu'elles font moins d'activités qu'elles l'espéraient, que leur état physique ou moral gêne leur activité physique, qu'elles ressentent davantage la tristesse et la nervosité que le calme? Comment expliquer qu'au fil des entretiens, les personnes envisagent une aggravation de leur état de santé, tout en constatant une diminution de leur anxiété, en ressentant plus de bonheur, en qualifiant leur état de santé meilleur qu'il n'était il y a un an?

Qualifier son état de santé ou de vie est une chose compliquée. Les patients ont rarement la capacité de communiquer leurs représentations de ce concept. Probablement parce qu'ils n'ont pas l'habitude d'utiliser le concept de qualité, ensuite parce que le fait de donner leur avis pourrait avoir des conséquences inattendues. De plus, l'humeur, premier sous-items isolé par les patients, est difficilement mesurable. Contrairement aux notions de fatigue ou d'énergie, facilement repérables par les patients, les notions de tristesse et de bonheur sont des notions larges qui véhiculent des représentations différentes d'une personne à une autre.

La comparaison de son état de santé actuel à celui d'il y a un an est une chose difficile qui laisse peu de place à la nuance, il est soit meilleur, soit moins bon. Cette difficulté parle d'une absence de souvenir, d'un manque d'histoire. A quoi comparer sa vie qu'en on à l'impression d'être depuis des mois en sursis ?

La comparaison de son état de santé actuel à celui d'autres personnes connues est très variable d'un patient à l'autre. Cette difficulté parle d'une faiblesse de son identité. Comment se comparer à quelqu'un quand on a une faible estime de soi et un manque de considération de l'extérieur?

Travailler dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie nécessite de prendre le temps, d'avoir l'espace et les attitudes favorables à l'approvisionnement puis le dévoilement des patients. Parler de soi, poser des questions, demander conseil, porter un regard croisé sur une situation, identifier ses capacités et les ressources sur lesquelles on peut compter, être entendu dans sa singularité, être respecté dans ses résistances, être encouragée dans ses projets, permet d'avancer dans la maladie.

Au regard des éléments et questions formulés précédemment, on peut conclure à une «adaptation des patients à leur maladie». Vivre avec le VIH, formuler des projets, expérimenter des situations, considérer être une personne importante, ressentir du désir est possible. Le temps, la prise en compte globale (physique/biologique, psychologique/mentale, sociale/relationnelle, culturelle/religieuse...), la considération apportée aux personnes, le repérage de leurs besoins, le renforcement de leur sécurité intérieure sont les bases fondamentales de ce changement.

Bien évidemment ce constat n'est pas valable pour tous les patients. Notamment pour ceux qui ont une forte croyance religieuse et qui pensent que leur contamination est une volonté de Dieu. Pour les personnes considérant que la qualité de vie est avant tout déterminée par un facteur externe, il est plus difficile de travailler sur leur motivation au changement. Pour les patients manquant de ressources financières pour se loger, manger ou se transporter, l'intérêt pour cette consultation met plus de temps à émerger. Grace à la patience, l'estime, la reconnaissance, l'acceptation, la complicité et l'émotion, ces mêmes personnes peuvent ressentir un gain de force et de courage, procurant un tel soulagement, qu'ils ont l'envie de revenir. Et de fil en aiguille, le travail se tisse.

Si notre approche permet à des personnes d'abord silencieuses, chargées émotionnellement, débordées par les pleurs, trouvent par la suite un apaisement et un réconfort, au point de vouloir rester avec nous, nous devons faire attention à ne pas laisser la personne affectivement dépendante de l'équipe. Nous ne devons pas devenir l'équipe à laquelle se réfèrent les personnes pour obtenir une réponse à

leurs questions ou prendre des décisions. Nous nous situons dans une position où nous prenons du temps avec les personnes pour qu'elles puissent aborder leur situation dans un contexte aussi large possible. Un contexte où un maximum d'éléments de leur entourage (familial, culturel, médical...) est pris en compte au sein d'un système où chacun d'entre eux occupe une place articulée à celles des autres. Ces places sont repérées par les personnes qui sont guidées dans l'analyse de ce qu'elles vivent et ont vécu.

Vous l'aurez compris, le travail sur la qualité de vie va bien au-delà de la santé, d'un point de vue médical et physique. La consultation proposée s'intéresse au vécu des personnes, de leur histoire, d'abord présente puis passée/ future ; puis de leurs valeurs et compétences, base de construction de l'identité.

En créant cette consultation, nous avons rencontré bien plus d'élan que de freins.

Face à l'intérêt de médecins généralistes, anciens ou nouveaux adhérents du réseau RESSOURCE, particulièrement impliqués dans les questions du VIH et gérant parfois seuls (sans l'aide d'un hôpital) les traitements de leurs patients, nous envisageons de faire connaître plus largement le dispositif. En envoyant une plaquette, nouvellement créée, nous espérons qu'un nombre plus importants de médecins orientent des patients qui, malgré l'ancienneté de leur sérologie positive, souffrent du poids du secret de la maladie qui les priverait de rencontres sociales et intimes, alors même qu'ils éprouvent le désir de vivre avec quelqu'un, de partager les moments heureux et malheureux de la vie, de fonder une famille...

Une augmentation du nombre de médecins orientant des patients vers la consultation traduirait une meilleure prise en compte du concept qualité de vie des patients ainsi qu'une plus grande tranquillité des professionnels, qui ne se sentent plus seuls à se soucier de la sécurité psychique de leurs patients.

En créant ce dispositif, nous savions que nous allions devoir prendre en compte la notion de précarité concernant la majorité du public reçu. L'absence de logement, de revenus et de titre de séjour favorise un nomadisme avec lequel nous devons compter. Les rendez-vous non honorés sans prévenir ou honorés avec retard ne sont pas rares. Une compréhension de ce phénomène et une tolérance des professionnels assurent une mise en confiance, puis évitent une rupture dans l'engagement et le maintien des patients. Avec l'augmentation du gain d'intérêt que

les patients trouvent dans ce dispositif, nous constatons une diminution du mouvement dans notre organisation. Le temps passé n'a pas été un temps perdu.

### Des références théoriques et vignettes cliniques

Partant du principe qu'un travail sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH implique la prise en compte des besoins spécifiques à chaque personne rencontrée, nous avons décidé de choisir un type d'entretien alliant le centrage sur la personne et la simulation de situation. C'est pourquoi nous avons retenu la démarche du récit de vie.

En adoptant le récit de vie, sous sa forme individuelle, nous permettons aux personnes de se raconter et d'évoquer leurs conditions d'existence, dans une ambiance protégée et au rythme qui leur conviennent. Pour que ce récit ne devienne pas un roman fleuve dans lequel les personnes risqueraient de se noyer, nous n'hésitons pas à intervenir. L'intervention peut ralentir le dévoilement d'une parole trop lourde dont le déchargement pourrait mettre la personne dans la honte ou le conflit avec ses propres valeurs. Pour éviter que ce récit enferme les personnes dans des représentations et croyances, nous reformulons ce que nous avons entendu, nous faisons des hypothèses que les personnes peuvent confirmer ou infirmer et compléter si besoin. Tout particulièrement en ce qui concerne le point de vue des autres protagonistes des situations décrites.

Nous n'hésitons pas à faire des liens avec des situations identiques ou opposées empruntées à des personnes autres que celles qui les exposent. Ceci toujours sur un ton conté, afin de véhiculer d'autres pensées et de permettre l'inimaginable. Nous défendons l'idée que cette façon de faire, peut permettre un remaniement des points de vue et ouvrir sur d'autres considérations. Cette autre visibilité peut aider les personnes à sortir d'un conflit qui les oppose à la société et entrer dans un espoir qui les rend plus sûres d'elles mêmes.

En parlant de soi à des professionnels capables d'écouter les tonalités des mots, de voir les mouvements du corps, de supporter les longueurs des silences... les personnes se sentent comme en famille. Elles disent rencontrer des professionnels qui leurs rappellent les cousins et cousines du pays d'origine avec lesquels elles pouvaient parler sans crainte d'être incomprises ou désapprouvées, et desquels elles ressentaient le soutien nécessaire pour croire en un lendemain.

En prenant le temps de parler de leur vie d'aujourd'hui, de celles qu'elles ont eu hier, les personnes redécouvrent certains aspects de leur personnalité endormis par la



souffrance de l'immigration, de l'isolement et de la maladie. Elles identifient certaines ressources présentes autour d'elles dont elles n'avaient pas conscience. Elles retrouvent de la considération en se rendant compte que leur présence est importante pour certaines personnes de leur entourage. Elles se surprennent à formuler de nouveaux projets, aussi bien professionnels que familiaux. Elles repèrent de mieux en mieux les quelques personnes sur lesquelles elles peuvent compter et ont de moins en moins besoin des autres pour trouver de la sécurité.

Au cours du dispositif de soin Qualité de vie, les personnes racontent leurs histoires, affirment leurs identités, resserrent les liens qui les attachent aux autres dans un monde plus positif.

**«L'autobiographie ou le récit de soi n'est pas le retour du réel passé, c'est la représentation de ce réel passé qui nous permet de nous ré identifier et de chercher la place sociale qui nous convient », Boris CYRULNIK.**

**Parcours de vie n°1  
d'une patiente incluse dans le dispositif des « entretiens de vie »**

Mme K., âgée de 39 ans, née en Côte d'Ivoire, vit sur le territoire Français depuis quelques mois. De formation comptable-informaticienne, elle vient en France avec l'espoir de trouver un emploi. Ceci afin de mieux subvenir aux besoins de sa fille, jeune adolescente restée au pays, hébergée chez sa grand-mère.

La patiente, victime de douleurs, vient consulter à l'hôpital. Elle apprend sa séropositivité après plusieurs consultations et examens. A l'annonce de cette nouvelle, ses forces la quittent et le courage lui manque; elle se voit déjà défigurée, amaigrie... morte. En s'informant sur la maladie et les traitements, les risques de contamination antérieure de son enfant, les services qui vont l'aider à gérer la situation... la patiente retrouve espoir. En prenant le temps de s'arrêter sur certains passages de sa vie, elle recontacte ses valeurs et réussites. Elle est de nouveau en capacité d'espérer. Elle décide de s'engager dans une démarche de soins. Elle n'a pas de difficultés à adopter les comportements conseillés, notamment lors des rapports sexuels.

Conseillée par un travailleur social, elle adresse en préfecture une demande de régularisation pour raison de santé, puis à la sécurité sociale une demande d'Aide Médicale Etat. Pour avancer dans son projet de retour à l'emploi, elle voit un intérêt à être accompagnée par des associations. Elle agit dans les règles et respecte le fonctionnement du système qui l'accueille. Avant d'avoir un revenu suffisamment important et régulier, elle effectue ses démarches, le plus souvent à pieds, afin d'économiser son budget et de ne pas se mettre en faute. L'argent gagné des gardes d'enfants à la sortie d'école est adressé, en grande partie, à sa mère pour assurer les besoins alimentaires de sa fille, ainsi que les dépenses de scolarité et de santé.

Son implication dans sa démarche de soins spécialisés est active. Bien qu'elle se rende compte que ses capacités physiques sont préservées, elle sollicite les rendez-vous. Elle identifie son besoin d'entretiens individuels pour conserver son espoir. Les rendez-vous ont lieu tous les quinze jours puis tous les mois. Sa crainte concernant l'appariation d'effets secondaires s'estompe. Le moral s'améliore encore. L'observance thérapeutique est bonne. Elle est en mesure de donner une note entre 1 à 10 à sa qualité de vie, concept qu'elle appréhende enfin. Les résultats sanguins sont bons.

Après avoir été hébergée chez une femme, mère d'un jeune enfant, dans des conditions de vie et d'ambiance non favorables à une prolongation de cet hébergement, elle est hébergée dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Cette première expérience difficile, qui à plusieurs reprises l'a mise en

position de préférer la rue à ce lieu sans finalement jamais le faire, lui permet aujourd'hui de considérer les situations sous plusieurs aspects. Elle sait faire avec les avantages et les inconvénients de ces deux types d'hébergement. Sa façon d'être et sa force tranquille ont poussé les autres femmes à lui faire confiance et solliciter son amitié. Sa patience est source de satisfaction. Elle entend qu'elle est appréciée.

Sans compagnon, elle souhaite vivement partager sa vie intime. Un homme prend de l'importance dans sa vie. Vivant à l'étranger, effectuant deux à trois voyages annuels en France dans le cadre de son travail, il pourrait être la personne avec laquelle elle aimerait vivre en couple et avoir un second enfant. Alors elle demande de l'aide pour trouver le moyen de parler à son ami du sujet délicat qui la préoccupe. Malgré les divers scénarios envisagés, les nombreuses allusions faites sur sa santé, elle ressent une énorme difficulté à aller plus loin. Elle comprend que le problème ne vient pas seulement d'elle. Finalement, elle prend de la distance avec cet homme. Choix qu'elle ne regrette pas.

Elle oriente son investissement vers un autre projet. Elle obtient un titre de séjour, avec autorisation de travailler, valable pour deux ans. Ce titre de séjour lui permet de travailler dans la société d'une personne rencontrée en France et désireuse de l'engager comme secrétaire. Elle signe un CDI et perçoit le SMIC. Son travail lui plait.

Elle prend de plus en plus soin de son apparence de femme et formule le projet de faire venir sa fille en France. En même temps qu'elle prend rendez-vous à l'ambassade pour sa fille, elle fait des démarches auprès de services d'appartements de coordination thérapeutique pour être accueillies avec son enfant. Après plusieurs mois d'attente, elle apprend la réponse négative de l'ambassade et une réponse positive d'un service d'ACT. Une nouvelle fois, elle fait face à sa tristesse. Elle discute avec les professionnels pour analyser la situation, essayé de comprendre les raisons de cet échec et tenter de cerner les conditions favorables à une autre démarche. Pressée par les retrouvailles, ce n'est pas pour autant qu'elle part dans tous les sens. Elle prend le temps de définir des nouvelles étapes à son projet et d'engager d'autres démarches qui devraient donner à son projet une plus grande probabilité de se réaliser.

**Parcours de vie n°2**  
**d'une patiente incluse dans le dispositif des « entretiens de vie »**

Mme B. arrive en France il y a deux ans. Elle est enceinte de six mois. Elle est séparée du père de son futur enfant et sans nouvelles de lui. Sa séropositivité ne semble pas lui poser de problème, ce qui l'inquiète c'est sa difficulté à venir pour assumer les besoins de l'enfant qu'elle veut mettre au monde et élever. Elle informe deux amies de son statut, qui la soutiennent et lui disent qu'on ne meurt plus du VIH. Elle est hébergée par une amie qui loue un studio dans lequel elle vit avec ses deux enfants scolarisés en école primaire.

D'apparence solide, tranquille, souriante; elle n'hésite pas à se plaindre. Sa grossesse se passe bien mais elle ne semble pas l'investir. Ce détachement est probablement explicable par le décès d'un précédent nouveau né. Elle se prépare peu à peu à une césarienne, non voulue jusqu'alors. Nous travaillons autour de la grossesse, de ses conditions de vie, de son rôle de mère, des relations qu'elle a vécues avec les adultes lorsqu'elle était enfant. Cette démarche permet de combler cette grossesse et d'épanouir cette future mère.

Après la naissance de l'enfant, elle est ravie. Elle se considère en bonne santé et ne s'inquiète pas pour son enfant. Elle est en demande de conseils pour les soins à apporter au bébé. Physiquement, la mère et l'enfant sont « collés ». Peu à peu, les professionnels formulent des remarques agréables sur le bébé et félicitent la mère. Ce qui amène celle-ci à éloigner d'elle son bébé pour pouvoir à son tour le regarder et profiter ensemble de l'enfant. Par le récit de vie, nous mettons en valeur le bon sens de cette femme. Au fil des jours, l'amélioration du comportement de son enfant, en ce qui concerne la tétée et le sommeil, lui permet de se sentir meilleur mère et d'avoir moins peur des pleurs de son fils.

Elle est en mesure de repérer les facteurs qui lui permettraient d'augmenter sa qualité de vie. Elle attend le jour où elle ne dépendra plus financièrement de quelqu'un, qu'elle pourra faire ce qui lui plaît, qu'elle n'aura plus peur d'être mise à la porte du domicile. En attendant, nous lui renvoyons comme un miroir certaines scènes qu'elle nous a rapportées mais dont elle ne semble pas voir de sens. Ainsi, elle conclue qu'elle trouve toujours quelqu'un au dernier moment avant que la situation soit catastrophique. Elle n'est donc pas complètement seule.

Face à l'annonce de son amie qui veut mettre fin à l'hébergement, elle adopte un visage marqué, renfermé sans toutefois lui en vouloir. Elle ne se sent pas en mesure de mener une discussion sur ce sujet avec cette amie et préfère se taire, vivre en dérangentant le moins possible.... Fatiguée, déçue de donner à son fils de telles conditions de vie, elle pleure. Elle peut maintenant envisager d'aborder le sujet, nous

envisageons les différents scénarii possibles, elle fait le choix de celui qui lui semble plus facile d'appliquer. Capable de demander de l'aide et de se rassurer, elle reprend le dessus. Le contact entre la mère et l'enfant est de nouveau qualifié de doux et souriant. La femme est en capacité de donner un score à sa qualité de vie et un autre, différent, à celle de son enfant.

Elle sait que sa charge virale est indétectable, qu'elle réagit bien à son traitement et qu'il en sera ainsi tant qu'elle ira de l'avant. Les résultats des prises de sang de l'enfant sont également bons. La mère garde le moral. Elle entame d'importantes recherches pour se reloger. Elle est ponctuelle à ses rendez-vous, dit clairement ce qu'elle attend des professionnels et ce qu'elle est prête à faire. Elle sait faire un choix parmi les dispositifs d'hébergement qui lui sont proposés. Elle voit l'intérêt d'effectuer un séjour thérapeutique en famille d'accueil, centre maternel ou appartement de coordination thérapeutique. Mais elle ne se voit pas vivre avec son enfant au domicile d'une personne âgée, en échange de quelques heures de ménage et courses, car elle craint de ne plus avoir le temps de s'occuper de son enfant ... et d'être une nouvelle fois rejetée sans préavis si la personne apprend sa séropositivité. Cette crainte du rejet est un nouvel épisode de sa vie que nous regardons ensemble, l'effet de dédramatisation semble atteint.

Avec le temps, elle a appris à être plus précise dans ce qu'elle pouvait attendre des autres et à dire ce qu'elle assumait. Elle bénéficie de l'Aide Médicale Etat, d'un titre de séjour puis d'un titre de transport. Elle bénéficie également de l'aide de certaines associations pour l'achat de lait et biberons et de l'aide d'une cousine pour se nourrir et téléphoner.

Ayant fait des études de médecine, travaillé comme infirmière dans le cabinet médical et fait de la prévention auprès de femmes, elle imagine travailler à domicile auprès de personnes âgées dès que l'âge de son fils le lui permettra. Un nouveau travail autour de l'autonomie de l'enfant est en cours.

**«... dans un monde qui s'uniformise, où l'identité personnelle se dissout dans l'anonymat, [où] l'enracinement et la quête de la différence sont une manière de retrouver un nom et une raison d'être», Claude ABESTADO**

### **Des conséquences sur les pratiques professionnelles**

Permettre le récit de son histoire et l'évaluation de sa situation peut entraîner une volonté d'agir, agir pour soi mais aussi pour les autres. C'est ainsi que nous avons pris en compte l'avis des usagers pour :

- faire remonter aux instances décisionnelles certaines difficultés, notamment en ce qui concerne l'obtention d'une domiciliation administrative, de la recherche d'un logement familial ou de l'attente en préfecture.
- co-animer (usager-professionnel) des temps de rencontres collectives, notamment sur les thématiques du stress des immigrés ou de la parentalité sociale.
- Dans le cadre des activités de formation et de prévention du réseau de santé, nous envisageons l'intervention d'usagers.

Etre ensemble contre le SIDA et lutter contre les dommages associés à cette maladie impliquent qu'usagers et professionnels croisent leurs perceptions, leurs expériences et leurs savoirs. Cette façon de faire peut nous permettre :

- d'aider plus de personnes à prendre soins d'elle et des autres,
- d'élargir notre conception de l'aide à apporter pour favoriser le bien être des malades,
- de trouver d'autres moyens de travailler ensemble,
- ou encore d'avoir moins peur d'être impuissant face aux conséquences de la maladie chronique.

En ce qui concerne le dépistage et le suivi des personnes infectées par le VIH, les salariés des institutions ne sont pas les seuls acteurs. Les usagers sont devenus de véritables professionnels avec lesquels nous pouvons et devons compter. Notamment en ce qui concerne la question de :

- l'annonce de sa séropositivité
- les relations amoureuses et sexuelles
- le désir d'enfant.

La préhension de concept de qualité de vie nécessite la prise en compte de son aspect subjectif. L'amélioration de la qualité de vie passe par un processus de connaissance de soi et de la maladie. Plus les personnes ont le moyen d'échanger sur leur histoire, plus elles peuvent constater des similitudes et différences avec celles des autres, créant aussi un confortement et un élargissement des représentations de leur maladie. Ne se sentant plus vraiment seules tout en restant si particulières, elles peuvent référer à des aptitudes personnelles pour envisager un avenir moins radical.

Les personnes entraînées à s'exprimer et à analyser des situations problématiques, tout en préservant leur pouvoir de décision, demandent plus facilement conseil et



prennent davantage en compte des avis divergents des leurs. Ce qui participe amplement en un gain d'autonomie.

En repérant ses capacités et comportements favorables à la bonne gestion de la maladie et de ses traitements, les personnes trouvent peu à peu des stratégies d'adaptation à leur contexte de vie privée, professionnelle, familiale et sociale. En identifiant les données source de perturbation, les personnes diminuent le stress vécu.

Considérer les personnes infectées par le VIH comme des sujets de leur histoire et des acteurs de leur maladie nécessite que les professionnels arrêtent de se considérer comme des spécialistes et de faire porter aux autres les difficultés rencontrées dans leur pratique. C'est ensemble que nous aurons les connaissances objectives et subjectives nous permettant d'agir au mieux dans le champ du VIH.

## 2.2.4. Addictions, prévention des comportements à risque

### **Dispositif :**

Groupe de parole pour des adolescentes en difficultés relationnelles dans leurs familles (conflits), en danger de rupture scolaire (absentéisme), en dérive de l'environnement (fréquentation) en prise de risque avec certaines consommations (psychotropes dont alcool)

Ce dispositif, qui avait été financé en 2008 par le groupement régional de santé publique (GRSP) dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), a pu continuer avec **l'Association ARPE de Clamart**. Il concerne huit jeunes filles, âgées de 16 à 18 ans. Ces grandes adolescentes et jeunes femmes, ont pour point commun d'être :

- en difficultés relationnelles dans leurs familles (conflits),
- en danger de rupture scolaire (absentéisme),
- en dérive de l'environnement (fréquentation)
- en prise de risques avec de certaines consommations (psychotropes)

Ce dispositif, qui n'est autre qu'un atelier d'expression, a pour objectif de donner aux jeunes filles des repères culturels pour décoder l'origine des demandes des parents et accepter certaines de ces demandes. Au bout du compte ce travail devrait diminuer le conflit entre enfants et parents, puis permettre aux enfants de dire à leurs parents ce qu'ils peuvent garder de leur culture d'origine. Nous espérons que cet atelier permet aux adolescentes de sortir de leur isolement, en trouvant une aide adaptée à leur situation.

Nous souhaitons qu'il permette de :

- Déterminer les signes de risques de violences à observer chez les jeunes femmes
- Favoriser l'expression d'un besoin d'aide ou de soins
- Soutenir les jeunes femmes dans la mise en place d'un processus de changement
- Être plus à l'aise dans leurs différentes appartenances
- S'exprimer sur des sujets pour lesquels les mots sont difficiles à trouver ou à adresser
- Avoir de nouveau l'impression d'être comprises

## Réfléchir sur le concept de double culture

Ces adolescentes investies dans un échange culturel se trouvent confrontées à plusieurs difficultés aussi bien à l'école, qu'à la maison ou dans le quartier. Cet échange qui nécessite préparation et implication peut être l'occasion de se réunir et de parler de toutes ces choses qui composent le quotidien...

Pour dynamiser cet atelier nous avons eu recours à certains outils pédagogiques et objets transitionnels. Nous utilisons le récit de vie et proposons de soutenir la parole par la sculpture, la mise en situation, le photo langage, la tenue vestimentaire, les objets, la cuisine ... Nous prévoyons un certain nombre d'outils comme le tableau paper-board, une grande corde, un cadre vide, quelques cercles, des revues africaines... qui sont autant de médiateurs de l'expression.

Cet atelier est animé par deux adultes. La co-animation par une femme relais et une psychologue permet :

- l'apport d'un regard extérieur aux réponses que se posent les jeunes
- l'abord de problèmes plus personnels exposés par les jeunes

Il est convenu que la femme relais soit l'animatrice principale de cet atelier et que la psychologue participe au «tissage» de ce que font et disent les jeunes afin de construire du sens à ce qui se passe. L'animatrice principale attend de sa collègue :

- une aide au repérage de difficultés vécues par les adolescentes
- un apport de réponses aux questionnements des jeunes
- un accueil individuel des jeunes filles qui en font la demande...afin de les orienter vers les partenaires les plus à même de les aider

D'un commun accord, les deux adultes décident de ne pas préparer d'avantage les séances et de se saisir de chaque occasion qui se présentera. Nous avons déterminé quelques exercices ou objets de médiation au cas où les jeunes filles seraient dans un silence ... de pierre. Cela permet à chaque participante d'intervenir, de développer ses propos, de partir de ce que les jeunes abordent naturellement, tout en prévoyant un thème de discussion différent à chaque séances (par exemple ce qui se passe à l'école, les difficultés à l'adolescence, le rapport aux garçons...).

### 3. Les professionnels du réseau

Le réseau a pour objectifs, vis-à-vis de ses partenaires professionnels de santé (professionnels, établissements) :

- De délivrer des informations permettant une amélioration de la prise en charge de leurs patients.
- De proposer une aide à l'orientation vers des relais de prise en charge (médecine de ville, psychologue libéral, services sociaux de secteurs, etc.).
- De donner la possibilité, à la demande des professionnels, de proposer une aide à l'évaluation de certaines situations médicales, sociales, psychologiques.
- D'organiser, en lien avec ces mêmes professionnels un suivi coordonné du parcours de soin des usagers (aspect psycho-médico-sociaux).
- De proposer des espaces d'échanges sur leurs pratiques professionnelles (groupe d'intervision par exemple).
- D'organiser des formations en lien avec le secteur de compétence du réseau (VIH, VHB/VHC, IST, addictions, accès aux soins).
- De développer l'accès à un dossier médical commun des patients informatisé sécurisé en articulation avec le développement du DMP national.
- De limiter le nombre de consultations en urgences par une prise en charge en amont, la limitation des frais non remboursés par l'ouverture rapide d'une couverture sociale pour les personnes en situation de précarité.
- De proposer des outils d'aide à la prise en charge des patients en particulier pour la médecine de ville.
- De s'insérer par le biais d'actions de prévention dans un processus de Santé Publique (mise à disposition d'informations, de documents et de matériel de prévention)
- De mettre à disposition des interlocuteurs sanitaires et sociaux disponibles pour organiser et participer à des actions de prévention et d'information de proximité, d'éducation pour la santé.
- De proposer des interlocuteurs dont le rôle est d'aller vers les populations vulnérables, d'expliquer les droits et de proposer un accès aux soins par le biais d'une consultation de médecine générale (PASS).



- De mettre en place des actions de formations selon les demandes afin d'aider les professionnels à optimiser leurs pratiques professionnelles dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et le confort du patient

Aussi, afin de répondre à ces objectifs, le réseau a su mettre en place et proposer des actions ciblées :

- Formation des professionnels
- Formation et information des professionnels (médecins, pharmaciens, paramédicaux ...) de façon pluridisciplinaire ou non selon les problématiques et les thématiques traitées
- Mise à disposition de documents (documents de prévention, matériel de prévention)

Professionnels du réseau (pilotage) :

- Orientent les personnes vers le réseau en tant que de besoin
- Participent à la prise en charge des personnes incluses dans le réseau
- Participent aux actions de formation et/ou d'information soit en tant que participant soit en tant que formateur
- Apportent un avis d'expert

### 3.1. Formations, information

Le réseau propose des formations qui prennent des formes différentes afin de s'adapter aux problématiques spécifiques de contenu et d'organisation des personnes visées. Elles sont faites à destination des médecins et des autres professionnels de santé, voire des publics plus larges sur les aspects information et prévention. Ce sont souvent des formations pluridisciplinaires.

#### Formations pluridisciplinaires du réseau en 2009

Thème	Date	Intervenants	Nombre de participants
La prescription des hypnotiques	27 janvier 2009	Dr Catherine Feldman, médecin addictologue Dr Sarah Hartley, médecin réseau Morphée	20
Prise en charge médico-sociale des migrants : principes de prise en charge médicale, dispositifs d'accès aux soins	3 mars 2009	Dr Marie Petruzzi, COMÈDE Didier Maille, responsable du service social et juridique du Comède	25
Les intervenants en addictologie, les lieux de prise en charge, les projets thérapeutiques, les pratiques courantes et originales sur le territoire du sud des Hauts de Seine	28 avril 2009	Dr Thierry Sainte-Marie Dr Augustin Chassaing	20
« Sevrage tabagique », comment aider les patients ?	16 juin 2009	Dr Daniel Karinthi, tabacologue, Hôpital Antoine Béclère	12
La prescription des hypnotiques	30 juin 2009	Dr Catherine Feldman, médecin Dr Sarah Hartley, Réseau Morphée	13
Médecine générale et hépatite C : quelle prise en charge ?	24 novembre 2009	Valérie Martinez, médecin infectiologue, Hôpital Antoine Béclère Michelle Sizorn, SOS hépatite	20
<b>TOTAL</b>			110

Lors des séances de formation, le réseau offre à ses adhérents un accès à un fonds documentaire en lien avec la formation proposée (ouvrage, bonnes pratiques, protocoles médicaux à disposition ensuite sur le site internet) et un accès à un matériel de prévention axé sur les pathologies prises en charge par le réseau (matériel de prévention soit préservatifs masculins et féminins, documents de prévention soit DVD, brochures d'information, etc).



L'animateur de prévention du réseau propose aux professionnels du territoire de leur servir de relais lorsque ceux-ci ont besoin de documents et de matériel de prévention (préservatifs masculins et féminins). Il leur propose de se déplacer sur leur lieu de travail (cabinet de consultation en ville par exemple) afin de leur présenter divers documents, puis de passer les commandes afin de mettre à leur disposition un matériel de prévention élaboré par des organismes agréés (CRIPS, INPES, etc).

### 3.2. L'intervention en milieu professionnel

Le réseau RESSOURCE est de plus en plus sollicité par des professionnels intervenants auprès de publics, jeunes ou adultes, consommateurs de substances psychoactives.

#### **Bilan de formation n°1 :**

**Quelles réponses face à la problématique addictive à l'adolescence ?**

**Formation proposée par les réseaux de santé RES'ADO et RESSOURCE, aux professionnels de Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Clubs de prévention et établissements scolaires**

*«Il est impossible d'aider un jeune à quitter sa position si on ne s'intéresse pas à son histoire et celle de sa famille, car le jeune est porteur de son histoire familiale sur plusieurs générations», Gérard DELLUC, psychologue clinicien au Centre CHIMENE.*

*«Le jeune, qui prend la mesure de son malaise et qui ne trouve pas de réponse parmi les adultes référents, peut se tourner vers les drogues dans le but d'anesthésier ses pensées», Jeannine SYLVESTRE, psychologue clinicienne à la clinique LIBERTE, l'AD2P et la maison d'arrêt de Fresnes.*

*«Evitons d'instrumentaliser les données scientifiques et de raconter des mensonges aux jeunes», Alexandre PEYRE, psychologue du développement et tabacologue à l'ECIMUD Kremlin Bicêtre.*

*«Plutôt que de donner des informations aux parents pour tenter de dédramatiser la situation mieux vaut faire alliance avec eux», Annie CARO, psychologue clinicienne à l'Espace Parents Enfants de Issy Les Moulineaux.*

*«L'adolescent renvoie à la culpabilité de l'adulte, il a la capacité de bousculer l'adulte, de mettre les institutions les unes contre les autres, de disperser les informations... s'il a décidé d'embêter le monde, il continue tant que les choses suivent leur cours sans réaction », Docteur Zahia BAN, pédopsychiatre au réseau RES'ADO et CMP Boulogne*

Plusieurs **thèmes fondamentaux** ont été abordés par les participants lors de cette formation :

- La rentabilité et l'efficacité
- La pression institutionnelle «*nous avons l'impression de devoir donner toujours plus avec de moins en moins de moyen ... avec une direction qui se fiche de leurs difficultés*»
- La différence entre les objectifs du secteur privé et ceux du public
- La difficulté à détecter le jeune malade puis à frapper à la bonne porte
- La justification des moyens mis en place, quelque soit les résultats obtenus «*recherchons à identifier l'intérêt de ce que nous faisons dans l'à peu près que nous faisons*»
- La pluridisciplinarité et l'inter-institutionnalité
- La difficulté à évaluer seul les situations
- La difficulté à composer une équipe stable
- La faible possibilité de pouvoir travailler avec des gens ou des institutions choisies
- Le manque d'information sur les structures et les modes de prise en charge des éventuels partenaires
- L'encadrement et le management, le manque d'un cadre permettant de poser des limites et d'être protecteur en cas de situations délicates
- Le manque de temps et de dispositifs pour repenser sa pratique, son travail effectué avec des jeunes ou des familles qui refusent les propositions formulées par les professionnels
- La prévention, les origines et les conséquences des consommations de drogues
- La prévention globale à l'adolescence des conduites à risques
- Les modules de prévention
- La stigmatisation des jeunes précaires qui ne peuvent consommer
- La réduction des risques
- L'incarcération, les difficultés scolaires, les graves conséquences de santé publique...
- L'abandon, la fugue, le vol, le viol, la délinquance, la maltraitance en tous genres, la dépression
- Les troubles alimentaires, les jeux pathologiques
- Les consommations de médicaments
- Les troubles de l'humeur, le syndrome de manque
- La culpabilité, le déni
- Les produits et modes de consommation
- Les polyconsommations

- Les addictions avec drogues/sans drogues,
- Les produits illicites et licites
- Les trois catégories de substances entraînant une dépendance
- Les trois aspects à prendre en compte pour définir l'indice de risque
- La prise de toxiques dans toutes les sociétés, avec plus ou moins de rituels
- La prise en compte des parents
- La problématique parent-adolescent dans le phénomène de la dépendance
- Les troubles du comportement et maladie des parents
- Le travail avec des parents carencés mentalement, concernés par des troubles du comportement
- L'évaluation de la situation d'enfants à risques
- L'entretien à domicile
- Le soin
- La rupture entre l'éducatif et le soin
- Le délai d'attente d'un rendez-vous et la possibilité de discuter avec les soignants
- La construction d'un type de travail « atypique » avec des adolescents « sans désir »
- Le travail créatif sur l'imaginaire plutôt que sur le projet de vie du jeune
- La motivation au changement
- L'écoute et ses différentes modalités
- La démarche d'appivoisement du jeune
- Le travail en « phase » avec les psychologues
- Les partenaires
- L'image du psychologue
- La spécialité et articulation de chaque soignant dans un travail d'équipe
- Le secret partagé
- Un partenariat des compétences pour éviter les situations de crise et permettre la réactivité
- Connaître les institutions partenaires, leurs articulations entre elles
- Les familles
- Le travail avec les familles en tenant compte des limites imposées par les pathologies parentales
- L'alliance avec le jeune et avec les parents
- Le travail collectif avec les parents
- Les entretiens aux domiciles des parents
- Parler avec les enfants de leurs parents
- La spécificité de l'éducatif et de l'institution
- L'espoir des jeunes dans un monde précaire
- Le rôle de l'adulte face aux adolescents



- La place du professionnel dans l'institution

### **Références théoriques «empruntées» :**

En matière juridique, la loi de 70.

#### Sur l'addictologie :

- La dépendance physique et syndrome de manque
- Le plaisir de consommer et peur de souffrir
- Le passage d'une dépendance à une autre
- L'évolution des soins et traitements de substitution
- Les nouvelles techniques pouvant entraîner une dépendance

#### Sur la psychologie du développement :

- Le lien entre sexualité infantile et addictions
- L'identification parentale, période de latence, séparation
- L'étayage et la sécurité
- L'importance du corps et de la sexualité
- Les conduites à risques, la transgression, la mise en danger
- Le conflit avec les parents
- Le lien à soi/l'autre, à son intimité, au dedans/dehors
- La clinique de l'adolescent
- La confiance en soi et la sécurité interne

#### Approches thérapeutiques

- La psychanalyse : approche qui tient compte de tous les éléments du récit du patient, notamment des idées fantasmatiques. L'analyste travaille sur l'expression de l'inconscient, la montée des affects.
- La neurobiologie et la génétique
- La pharmacologie
- La sociologie : approche qui s'intéresse aux influences de l'environnement
- La cognition et les comportements : approche qui s'intéresse à la construction de la pensée et du geste

#### Education

- Le conseil minimal d'éducation et la réduction des risques

#### Sociologie

- La reproduction intergénérationnelle
- La socialisation et la place dans le groupe
- La prise en compte du système
- La dilution des générations et effacement du repérage générationnel

### Dynamique du travail

- La reconnaissance et usure professionnelle

### **Points de vue exprimés au cours de la formation**

#### Clinique des addictions

« Ce n'est pas le produit en tant que telle qui est important mais tout le mouvement qui va avec, le sens de la consommation »

« La dépendance est nécessaire pour se construire »

« La consommation ponctuelle et occasionnelle apporte jouissance, le problème se pose lorsque la consommation est là pour éviter de se confronter à ses problèmes internes »

« On est tous dépendant de quelque chose plus ou moins acceptée par la société »

« L'addiction peut apporter du bon même si elle n'apporte pas de plaisir »

« La dépendance n'est pas qu'une question de quantité »

« L'addiction doit être envisagée comme un aspect psychologique et pas seulement pharmacologique »

« La dépendance est une forme d'objet transitionnel qui vient rassurer là où il y a de l'insécurité interne, là où on est en panne avec soi même et son identité »

« Les drogues sont de parfaits anesthésiants physique et psychique permettant de retrouver une bulle affective et éviter de rencontrer le manque affectif ou symbolique »

« L'alcool, les opiacés et les benzodiazépines sont les trois produits qui entraîne de la dépendance physiologiques »

« Les raisons d'une consommation ne sont pas systématique. Ne pas penser, ne pas souffrir, rechercher du plaisir sont les trois principales raisons » »

« Tous les jeunes ne sont pas tous au même niveau de consommation »

« L'enfermement sans un système de dépendance s'associe d'une perte de qualité relationnelle, une disparition de la confrontation à l'autre et à l'inconnu »

« Ce n'est pas le produit qui entraîne le trouble psychiatrique »

#### Psychologie de l'adolescence

« Les jeunes ont besoin d'un adulte présent, contenant, croyant en eux, qui ne lâchant pas leur permet de se structurer »

« Le jeune qui vit un mal ne peut pas forcément élaborer, le recours au cannabis permet de colmater »

« Les adolescents qui ont recours aux produits avec excès sont ceux qui manquent de sécurité »

« Les jeunes pas conscience de leur état, et ils ne peuvent pas dire pourquoi ils en sont arrivés là »

« Ce n'est pas parce qu'on repère chez le jeune des difficultés à se lever le matin, à être à l'heure à ses rendez-vous, que le jeune consomme »

« on n'entre pas dans la déchéance sans avoir vécu des choses très compliquées »

« Certains adolescents ont de la suite dans les idées, ils insistent durement pour résoudre une problématique qu'ils traînent depuis leur petite enfance »

« Le jeune s'accroche à un objet extérieur pour compenser son manque de sécurité de base, indispensable pour se différencier, se structurer et tenir debout »

### Sur l'approche familiale de la prise en charge

« Travailler vers un mieux être des parents pour un mieux être des enfants »

« Aider les parents à retrouver une position de parents, car les jeunes ont besoin de rencontrer des parents qui tiennent debout »

« Prendre en compte le parent qui ne vient pas aux entretiens »

« Aborder la consommation d'un jeune avec ses parents peut provoquer le rejet de ses derniers »

« Des parents peuvent ne pas voir certains pans de la réalité, pouvant procurer de la honte, culpabilité ; et ne pas rencontrer des professionnels de peur d'être jugés »

« Resituer le problème du jeune dans la chaîne générationnelle permet de limiter la responsabilité, la culpabilité ou la honte de la famille, tout en les repositionnant au titre de d'adulte »

« Une famille a l'âge de ses enfants »

« Mieux vaut faire alliance avec les parents plutôt que de tenter de dédramatiser la situation en leur donnant des informations »

### Sur la pratique professionnelle

« Questionner le jeune sur son contexte familial et relationnel, son histoire de vie »

« S'intéresser aux liens qui traversent sa vie »

« Travailler avec des adolescents en faisant appel à sa propre adolescence »

« Le travail avec les jeunes passe par l'identification du savoir des jeunes, par les informations qu'ils donnent de leur contexte de vie... »

« Aider les jeunes à réfléchir sur eux pour arrimer la pensée »

« Différencier la problématique de tous les adolescents de celles des adolescents qui basculent dans l'addiction »

« Désirer pour l'enfant peut être moteur »

« Dire aux jeunes, prudemment les choses, notamment en ce qui concerne leur vie familiale, permet d'éviter les fantasmes ou le déni et de penser les choses »

« Éviter de tenir des propos qui enferment les jeunes dans des comportements négatifs, penser à nommer les points positifs et qualités de la situation qui pose problème »

« Faire la différence entre mensonge et déni. Les toxicomanes ont besoin de nier un temps, on peut être là, montré qu'on ne s'en laisse pas compter... »

« Se situer entre le produit et le personne, acceptant d'être l'objet des griefs, surface de projection de la souffrance qui vient du passé »

« Être conscient de ce qui ne fonctionne pas pour faire avec »

« Dire davantage ce que l'ont fait »

« Le savoir être est indispensable, si on ne l'a pas, avec les adolescents c'est Raté »

### Sur l'organisation du travail en partenariat

« Préférer l'échange entre les professionnels-stagiaires et les médecins des structures spécialisées, plutôt qu'avec les thérapeutes afin d'éviter l'interférence dans la psychothérapie »

**Les outils développés ou à développer par les stagiaires :**

- Atelier à thème, plutôt que groupe de parole, avec un nombre de séances limité, un programme établi à l'avance et des thèmes qui reviennent le plus au cours des entretiens
- Groupe de travail entre professionnels sur le thème « la place des parents »
- Rencontres médiatisées avec les parents
- Suivi en binôme pour les situations difficiles afin de bénéficier d'un relais
- Rencontres dans les différents espaces fréquentés par les jeunes
- Brochures et tests

Principaux partenaires nommés par les stagiaires : DELIMITE, SUROYA, CMP, Maison des parents, GPS - Pr HUERRE

Auteurs et ouvrages cités au cours de la formation : Joseph KOUZEL, William D. WINNICOTT, Françoise DOLTO, Daniel MARCELLI, Le père JAWEN, Sigmund FREUD, Le petit Hanz, Auguste LE BRETON, Les hauts murs, La rue, Lamance MADZOU et Marie-Hélène BACQUE, J'étais un chef de gang, Stéphanie RUBI, Les crapuleuses, ces adolescentes déviantes, Proverbe scandinave « on a deux oreilles et une bouche pour bien écouter », Etudes ESCAD et ESCAPAD, Etudes de Philippe JEAMMET et Marie CHOQUET.

**Bilan de formation n°2 :**

**« Les violences conjugales et le vécu des femmes »**

En 2009, le centre Flora Tristan, Le Club de prévention La Pépinière et le centre de planification familiale de l'hôpital Antoine Bécclère (AP-HP) ont sollicité le réseau afin d'accompagner dans un parcours de soin des femmes victimes de violences.

Face aux questions des uns et des autres, nous avons profité d'une proposition du centre Flora Tristan et du CIDFF de Clamart pour inviter les acteurs de terrain à une conférence sur le thème : « Violences conjugales et vécus des femmes ».

Si nous nous intéressons aux violences conjugales dont les femmes sont victimes ce n'est pas parce que nous nions celle dont les hommes sont victimes. Mais parce que la violence des femmes envers leur conjoint n'est pas comparable, ni en importance ni en gravité, à celle des hommes envers leur conjointe. S'il est reconnu que les femmes peuvent exercer de la violence envers leur conjoint, cette violence est beaucoup moins répandue que celle envers les conjointes. 10% des femmes sont victimes de violences conjugales et d'actes plus graves que ceux que subissent les hommes. Alors que la plus grande partie de la violence masculine a pour but de contrôler la conjointe, les femmes qui portent un geste violent contre leur conjoint le font souvent pour riposter ou pour se défendre. Les actes de violence conjugale sont plus graves et plus fréquents pour les femmes que pour les hommes, leurs conséquences physiques et psychologiques sont plus graves.

Face à cette problématique de violences conjugales, de nombreux professionnels se sentent désarmés et éprouvent le besoin d'approfondir leurs connaissances. Un gain de connaissances permettant d'être plus à l'aise pour prendre en compte les signes de violence et mieux comprendre ce qui se passe.

Cette conférence a été l'occasion d'aborder les thèmes suivants et de travailler autour :

- Généralités du contexte de discrimination et d'inégalité homme-femme, définition de la violence, les différents types de violence, son cycle et ses mécanismes à l'œuvre,
- Conséquences des violences sur les femmes et les enfants
- Aspects déontologiques du rôle des professionnels dans le repérage, l'évaluation, le conseil et l'orientation du phénomène violence.
- Informations juridiques pénales et civiles pour trouver des repères concernant la protection des victimes, les suites judiciaires.

Pour ceux que le sujet a particulièrement intéressés, et qui ont souhaité poursuivre leurs réflexions, cette conférence devrait déboucher sur la création d'un groupe de co-vision réservé à huit ou dix personnes qui se réuniraient deux heures une fois par mois... en 2010.

Cette conférence, programmée **trois fois**, a permis l'inscription de 73 personnes et la participation de **53** d'entre elles.

Pour donner suite à ce travail engagé en novembre 2009, nous avons prévu de nous inspirer des remarques exprimées par les participants. Ainsi, dans l'année qui vient, nous proposons de nouvelles rencontres au cours desquels nous aborderons, en présence d'invités, les questions suivantes :

- Quand est-il des mesures d'obligation de soins et autres alternatives réservées aux hommes violents sur notre territoire du sud des hauts de seins ? Invités : professionnels du SPIP et professionnels d'associations spécialisées.
- Qu'en est-il de la violence conjugale dans les couples homosexuels ? (2 invités : INITIATIVES + association spécialisée)
- Quel travail les points rencontre ou des lieux de médiation familiale peuvent proposer à ces couples violents ? (invités : AVVEJ + ADAVIP ou point rencontre)
- Comment repérer les femmes qui développent des stratégies pour rester à la maison tout en essayant d'éviter les violences ? Et comment travailler au domicile d'une famille dont la relation homme femme est caractérisée par de la violence ? (invités : UDAF+ association d'aide à domicile)

- Comment aider les enfants grandissant dans un milieu familial où règne la violence ? (3 invités : un juriste, évoquant les droits des enfants et ceux des parents + un professionnel de la Fondation des Apprentis d'Auteuil ou de l'ASE exposant la situation d'une famille + un psychologue traitant du développement des enfants dans ce milieu)
- Peut-on préparer une femme au dépôt de plainte ? Si oui, quelle conduite\* adopter face à une femme qui ne veut plus porter plainte ? (invités : commissaire de police + référent du programme Femmes Victimes de Violences)

De cette formation, il reste l'idée qu'il était nécessaire de respecter là où la femme en est, de prendre en compte nos éventuelles attitudes culpabilisantes (par exemple : mais qu'est ce qu'elle a encore bien pu faire pour qu'il se soit mis en colère...), d'identifier ce que nous savons de sa réalité et de la complexité de la situation, d'accepter que la femme déroule une nouvelle fois le film des événements déjà entendus... et changer notre regard, de donner des adresses et des informations afin qu'elles sachent ce qu'elles peuvent faire le moment où elles pourront le faire. Enfin, face aux situations rencontrées, les professionnels ont pu entendre l'importance de la patient et la nécessité de prendre son temps, de continuer à être présent et rappeler qu'on est disponible aussi longtemps que la femme en a besoin.

### 3.3. Le groupe d'intervision

#### 3.3.1. Présentation du projet

Intermédiaire entre la réunion de synthèse et le groupe Balint, l'intervision est un lieu de création qui rend difficile une définition précise et « à priori » de son mode de fonctionnement dans un contexte donné. Étant un outil évolutif, les modalités de fonctionnement de l'intervision du réseau Ressource, proposées plus bas, sont évidemment susceptibles de modifications pour s'adapter au contexte local.

Pratiquée depuis plus de dix ans par certaines associations, l'intervision présente plusieurs intérêts (liste non exhaustive) :

- Véritable « supervision sans superviseur », l'intervision permet un soutien aux professionnels de santé.
- L'Intervision permet une aide à la codécision, dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, assurée par la réunion de professionnels d'horizons différents échangeant leur point de vue hors de toute hiérarchie.
- Par la libre circulation de l'information, l'intervision est un lieu de formation et d'harmonisation des pratiques.

#### Règles générales de l'intervision

- Anonymat : Seul le prénom du patient ainsi que le nom de son médecin traitant sont cités.
- Approche globale de la personne permise par la diversité des intervenants
- Même niveau hiérarchique pour chacun des participants
- Ecoute et convivialité dans une dynamique positive
- Accord du patient pour que son cas soit discuté en groupe d'intervision

Thèmes abordés : Toute addiction à des substances psychoactives, licites ou non.

### 3.3.2. Modalités de fonctionnement

#### **Intervenants :**

De façon systématique, sont présents un animateur, qui sera alternativement soit le médecin coordinateur du réseau Ressource, soit une psychologue clinicienne/sociale exerçant dans le domaine des addictions, un addictologue, un psychiatre ou un psychologue, le (s) praticien (s) exposant le cas clinique

Sont conviés selon les disponibilités et les besoins pour l'examen du cas clinique : assistantes sociales, psychomotriciens, éducateurs, pharmaciens, médecins du travail, pédiatres..... Avec un maximum de 15 participants par séance. De façon plus générale, est conviée toute personne ayant participé à la prise en charge du patient ou pouvant par sa fonction apporter une aide à la co-décision.

L'identification des participants susceptibles de participer à la co-décision revient au praticien qui expose le cas clinique. Ce praticien transmet les noms de ces professionnels au médecin coordinateur du réseau. L'invitation de ces professionnels, ainsi que la présentation du groupe d'intervision de Ressource et de ses règles de fonctionnement, incombe au médecin coordinateur.

#### **Mode de déroulement des groupes d'intervision**

Cas cliniques :

Les cas cliniques sont fournis par des praticiens libéraux ou non. Chaque praticien doit assister à la discussion autour des cas qu'il a apporté. De façon facultative, il est également, invité à discuter de cas cliniques amenés par des collègues. Afin de présenter le cas, le prénom du patient et le nom de son praticien sont cités par l'animateur. Les personnes connaissant le patient exposent rapidement le point de vue. Pour structurer la discussion, les items d'un questionnaire « RAP » (*rapid addiction profile*) simplifié sont parfois utilisés par l'animateur. Bien que structurante et donc rassurante pour l'animateur, l'utilisation de ce questionnaire peut cependant se révéler antagoniste avec la notion de créativité de l'intervision. Aucune note n'est prise au cours de la discussion. Cependant quelques lignes de conclusions peuvent être éventuellement notées par l'animateur.

Discussion de questions plus générale autour des addictions : Si le nombre de cas clinique le permet, en début de réunion, l'animateur demande aux participants s'ils souhaitent évoquer un point particulier concernant les addictions. Ce point est ensuite discuté permettant une circulation de l'information parmi les participants



Fréquence : 1 fois par mois, le quatrième jeudi de chaque mois.

Horaire et durée : Chaque groupe d'intervision dure de 2 heures avec un maximum de 2 cas cliniques par heure. Le groupe d'intervision a lieu le midi. Une collation est fournie par le réseau.

Indemnisation : Tous les participants, quelle que soit leur fonction, sont indemnisés à hauteur de 3C, à l'exception des « temps-plein » salariés. Les rémunérations sont assujetties à l'inclusion dans le réseau du professionnel participant.

## **Objectifs finaux**

Ces objectifs ont été définis dans l'introduction.

Brièvement :

- Aide à la co-décision dans le cadre d'une prise en charge globale
- Formation et harmonisation des pratiques des participants
- Soutien aux professionnels de santé

Une fois rappelé les principes fondateurs du groupe d'intervision dans le cadre du réseau Ressource, quel **bilan** pouvons-nous tirer de l'action menée en 2009 ?

Depuis octobre 2007, onze médecins généralistes (exerçant en cabinet libéral sur le territoire du sud des hauts de seine), se retrouvent un jeudi par mois, de 12h00 à 14h00.

Dans la salle de réunion du réseau RESSOURCE à Clamart, ils se rassemblent autour d'un repas, selon un calendrier défini d'avance.

L'objectif est d'évoquer des situations qui posent problème et pour lesquelles les médecins souhaitent bénéficier d'autres regards, source d'une nouvelle compréhension de la situation et d'un changement dans le positionnement du professionnel.

De nombreux thèmes transversaux sont abordés :

- La bonne distance dans la relation médecin-patient
- Les conditions du rappel téléphonique des médecins en direction de leurs patients
- Le poids de la confiance dans la trajectoire des soins
- Les moyens de consolidation d'une abstinence chez le patient annonçant : « tout va bien »
- L'action du médecin face à une personne en difficulté avec l'alcool, lorsque le produit n'a aucune conséquence sur les organes ou les comportements
- Les réactions du médecin face à l'attitude spontanément confiante du patient
- Le secret professionnel et l'éthique en matière de dépistage du VIH
- La recherche d'un investissement plutôt que d'une cause dans l'accompagnement d'une personne addictive
- La démarche de valorisation du patient, de reconnaissance de ce qui le maintient en vie avant de s'intéresser à ce qui ne va pas
- Le sentiment d'échec du médecin qui diagnostique mais ne peut guérir
- Les différents modes thérapeutiques de gestion de la douleur (prescription de patches, orientation vers un centre antidouleur, consultation d'un neurochirurgien...)
- Les attitudes adéquates à développer face à un patient agressif et revendicateur
- La frontière entre le dopage et le soin
- Réaction face à l'augmentation d'achat de médicament par INTERNET

De nombreuses situations sont évoquées. Quelques exemples choisis :

- Une femme insulinodépendante sans couverture sociale, ayant besoin d'un suivi et d'une prise en charge
- Un enfant, concerné par une chute de poids, accompagné d'un parent dénonçant une maltraitance subie
- La demande d'un médecin souhaitant orienter l'un de ses patients vers un confrère pour la prescription d'un traitement de substitution aux opiacés.
- La prise en charge d'une jeune femme et mère, dépendante au Codolyprane
- L'augmentation de la demande de prescription de Ventoline en spray dans le public jeune
- Le risque d'escalade chez un jeune adulte pratiquant les jeux en ligne
- Le rôle du médecin dans la mise sous tutelle d'une personne sollicitée par l'époux qui ne supportent plus les multiples crédits



- La consommation d'alcool chez une femme se plaignant de maux de tête et de chutes
- La demande d'un père d'adolescente venant demander conseil
- La demande ambivalente d'une femme africaine voulant perdre du poids mais pas ses formes

Au cours des séances de travail du groupe, l'occasion est donnée d'évoquer les changements survenus au cours du temps; tout particulièrement en ce qui concerne les effets des stratégies développées par les médecins.

C'est également l'occasion de pousser plus loin certains projets, notamment la participation à des actions de prévention et de formation auprès de professionnels, mais aussi de jeunes et de parents.

En 2010, l'un de médecins participera à un groupe de travail interdisciplinaire sur le champ de la prévention, un autre s'engagera à la demande de patients du réseaux dans une rencontre collective sur le thème de la diététique...



### 3.4. Les professionnels de santé du réseau et de l'association

Les professionnels du réseau peuvent s'engager à différents titre.

Le principal mode d'adhésion, à faire une fois seulement, est de signer la Charte des professionnels, document juridique indispensable au réseau de santé. En le signant, le professionnel s'engage dans une démarche qualité. Il n'existe pas d'engagement spécifique à certains professionnels.

En 2009, le réseau compte **143 signataires de la charte** (en nombre cumulé depuis 2006) notamment de nombreux professionnels libéraux (dont médecins généralistes) engagés dans une démarche qualité et un souci de collaboration et de coordination pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients/usagers du réseau.

Puis, chaque année, tout professionnel peut choisir de soutenir l'association Ressource en adhérent à l'association, adhésion qui est matérialisée par le règlement d'une cotisation annuelle. Celle-ci pour 2009 est fixée à 10 euros.

#### **Tableau des adhérents à l'association Ressource**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de professionnels adhérents au réseau Ressource	72	74	64	83	104	68

Enfin, les professionnels du réseau peuvent intervenir à différents titre et de façon très ponctuelle sans pour autant que soit matérialisée cette collaboration informelle.