

BILAN D'ACTIVITÉS R.A.T.

NOS 5 DERNIÈRES ANNÉES



Réseau d'Aide aux Toxicomanes

17, Rue de la Victoire - 1060 Bruxelles

Tél: (+32) 02/534.87.41 - Fax: (+32) 02/538.05.22

Email: rat.asbl@edpnet.be - Website: www.rat-asbl.be

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos	3
1. LES MISSIONS AGRÉÉES :	4
1.1 Mission générale : L'Accompagnement.....	4
1.1.1 LES PATIENTS	5
1.1.2 LES INTERVENANTS EXTÉRIEURS AU RÉSEAU	7
1.2 Missions particulières	8
1.2.1 RÉINSERTION	8
1.2.2 FORMATION	10
2. LE PROJET SPÉCIFIQUE :	15
2.1 Public- cible (1) : Qui sont les médecins ?	15
2.2 Public-cible (2) et leurs patients ?	16
2.2.1 DESCRIPTION	16
2.2.2 ÉVOLUTION ET DIVERSIFICATION:.....	17
2.2.3 ÉVALUATION	17
2.3 Nature de l'offre	18
2.3.1 LA FORMATION	18
2.3.2 LA SUPERVISION / INTERVISION	18
2.3.3 LA LIAISON INTERNE ET LE SOUTIEN AUX PRATIQUES DES MEMBRES	19
2.4 Évolution	21
2.5 Évaluation	21
3. LES PERSPECTIVES D'AVENIR	22
4. LES DEMANDES COMPLÉMENTAIRES.	23
4.1 Augmentation des frais de fonctionnement de minimum 8.000 €.....	23
4.2 Augmentation du cadre d'1/4 ETP psychologue	24

Avant propos

Chaque année, dans les « avant-propos » de nos bilans annuels, nous avons tenté de rendre compte de l'état de nos préoccupations du moment, des questions qui nous occupaient, des principaux problèmes auxquels nous confrontait notre travail quotidien.

Lors de la relecture à laquelle ce bilan des cinq années de l'agrément nous invite, nous y retrouvons.

- En 2003, nos incertitudes suite aux débats difficiles lors du premier renouvellement d'agrément, quant à l'insertion et la place du RAT au sein des S.A.T.
- Ensuite, en 2004 et en 2005, la gageure de la construction et de la stabilisation d'un réseau, entité volatile par excellence, et nous tentions une réponse à la question : comment rester un « réseau », (fond de dentelle à mailles géométriques), « vivant », capable au quotidien de (re)tisser de nouveaux liens chaque jour, de ne pas laisser s'envoler les acquis et ne pas devenir un « circuit », (ensemble de tuyauteries assurant l'écoulement d'un fluide) figé. Nous tentions dans le même temps, une définition des outils conceptuels mis au point par le RAT pour « arrêter le temps » et rester en vie depuis maintenant 18 ans.
- En 2006, nous concrétisons cette idée d'« arrêter le temps », en axant notre bilan sur la formation des intervenants de notre service, comme axe fondamental du lien de travail que nous contractons avec nos publics.

Le fil de ces « avant propos » est révélateur de nos préoccupations au cours de ces cinq années, qui ont vu à la fois notre service rajeunir significativement son cadre en accueillant trois nouvelles coordinatrices, chacune d'elle au sortir de l'école, et déménager deux fois afin de tenter de résoudre de grosses difficultés financières, liées à l'insuffisance du financement des frais de fonctionnement, tout en préservant la qualité du travail presté. Créer du lien, maintenir les liens, construire des liens, nourrir les liens, la vocation, le projet du RAT.

Lien avec les patients dont la rétention en traitement tant médical que psychosocial est notre objectif et notre fierté. Lien avec les intervenants de première ligne dont le niveau de compétence, l'information et la formation sont parmi nos projets constants. Lien avec les médecins membres par l'intermédiaire des groupes de supervision et des modules de formation.

La richesse de ces liens, leur constance, leur force restent, nous le pensons toujours avec autant de conviction, une condition majeure de la qualité des prestations effectuées par les praticiens de première ligne, tant médicale que sociale ou psychologique sur le territoire de Bruxelles, projet au service duquel nous mettons (avec d'autres bien sûr), depuis bientôt 18 ans, toutes nos forces.

1. LES MISSIONS AGRÉÉES :

Leur exécution, leurs succès, leurs échecs, leurs questions...

1.1 Mission générale : L'ACCOMPAGNEMENT

Le décret :

- ❑ Accompagnement des consultants
- ❑ Suivi individualisé
- ❑ Guidance psychosociale et administrative
- ❑ Concertation avec les réseaux sanitaire, social, scolaire, et socioculturel

La circulaire :

- ❑ Inscription dans la durée

Notre arrêté :

« Le RAT propose un suivi psychosocial aux patients et à leur entourage, ainsi qu'une guidance administrative. Il s'agit d'orienter le patient vers l'aide la plus accessible possible en collaborant et en soutenant le médecin traitant, et de soutenir le patient dans l'élaboration de son projet personnel pour sortir du mode de vie lié à la drogue. »

Public cible :

Comme exprimé dans la définition de la mission, celle-ci s'exerce pour le RAT vers différents publics-cibles. En effet, si l'accueil et l'accompagnement organisés de manière directe dans les locaux des trois antennes, s'adressent (1) aux patients et/ou à leurs familles, le travail de réseau que nous détaillerons plus loin dans le chapitre consacré au projet spécifique s'effectue aussi dans les antennes, de même qu'un accueil y est organisé vers (2) le public des intervenants de première ligne du quartier d'implantation de l'antenne.

Nous notons aussi récemment, depuis **l'ouverture de notre nouveau site web** (www.rat-asbl.be) que ce média nous amène de nombreux contacts, tant de patients que de professionnels. Cette nouvelle dimension de notre institution, mise en place depuis la formation spécifique de notre secrétaire s'avère très prometteuse quant à l'accessibilité de notre service, souci constant du RAT, toujours partagé entre la **discrétion** rendue nécessaire par la stigmatisation dont sont encore victimes les usagers de drogues, et la **visibilité** tout aussi nécessaire au déploiement de notre travail. Il semble que dans notre cas la toile s'avère un média très favorable, permettant à la fois discrétion et visibilité...

1.1.1 LES PATIENTS

1.1.1.1 Nature de l'offre

- Soutien individuel au patient, à son entourage
- Offre de psychothérapie de soutien personnelle, familiale, ou de couple

Toujours nécessaire dans son principe, le travail organisé autour de la première rencontre avec le patient, n'est requis que par une partie des demandeurs de soins et des patients suivis, et le plus souvent seulement pendant un temps limité. Il s'agit alors soit de patients pour qui le travail d'élaboration de la demande requiert un certain temps, et qui s'orientent par la suite soit vers l'un des médecins du RAT soit vers l'une ou l'autre institution de soins du secteur toxicomanie, soit de patients **référés spécifiquement par leur médecin vers les coordinateurs**, afin que ceux ci ajoutent leurs compétences spécifiques en travail social et psychologique dans la poursuite du traitement. Pour certains patients, **des suivis « en duos »** sont instaurés en accompagnement du médecin traitant, mais en gardant toujours la particularité d'être « à la carte », c'est à dire le plus près possible des besoins du patient.

Dans certaines circonstances, ponctuellement ou parfois de façon plus « structurelle », les coordinateurs organisent des **suivis pluri-institutionnels**, (dans les cas de familles très dysfonctionnelles, ou de suivis où la présence d'enfants requiert une attention toute particulière par exemple), où des collaborations entre diverses institutions sont mises en place. Ceci dans le but que les intérêts et les positions des différentes personnes suivies (enfant, père, mère par exemple) soient aussi représentés au sein des réunions des intervenants, à la fois pour maximiser l'efficacité de ces réunions, mais aussi pour tenir au mieux compte des intérêts de chacun, en permettant à chaque intervenant plus de liberté pour « défendre sa position » – celle de la personne qu'il représente - puisque celle des autres personnes impliquées est aussi représentée. Ceci est particulièrement utile lorsqu'il s'agit de situations impliquant des personnes dont les intérêts peuvent être contradictoires (enfants dont les intérêts peuvent parfois être en partie contradictoires avec ceux des parents ou substituts parentaux...).

1.1.1.2 Adresse de l'offre (**public cible 1**)

Toxicomanes et usagers problématiques de drogues, demandeurs de soins, pouvant bénéficier des avantages liés à la prise en charge en médecine générale (discrétion, intimité et personnalisation de la relation, durée indéterminée, et pas forcément liée à la durée de la prescription médicamenteuse, souplesse....) et capables d'en supporter les contraintes (nécessité de respecter les horaires, d'honorer les consultations, de se comporter correctement dans une salle d'attente de médecine générale....).

Patients parfois pris en charge médicalement ailleurs, mais ayant gardé une relation privilégiée avec l'assistant social qui a fait leur premier accueil.

1.1.1.3 Évolution récente

Certaines fois cependant, et de plus en plus souvent, la **désinsertion croissante** des patients et leur isolement deviennent tels que le soutien individuel psychosocial s'avère partie intégrante de la vie du patient et y occupe de plus en plus d'espace. Il nous faut souvent organiser des rendez vous jusqu'à deux fois par semaine, et on s'oriente de plus en plus vers un **soutien psychologique de première ligne** plutôt que vers un soutien social proprement dit. Nous constatons souvent que les aides organisées sont importantes et disponibles mais « partielles » et tiennent peu compte de la vie du patient dans sa complexité et sa globalité. Les difficultés d'ordre social sont telles que le soutien doit se poursuivre, même à intervalles plus espacés, mais pendant un temps indéfini. Les situations sont aussi de plus en plus complexes et nécessitent plus souvent qu'auparavant des suivis multi-institutionnels, lesquels sont extrêmement « chronophages ». (voir plus loin « demandes complémentaires »).

D'autre part, la **disponibilité du psychologue** nous amène à pouvoir mieux qu'avant faire face à ce type d'attente dont nous parlions dans notre demande d'agrément précédente sous le titre : « soutien psychologique de première ligne » et qui s'avère un choix tout à fait judicieux. Cette **activité s'est largement développée** au fil de ces cinq années : 30% d'augmentation des demandes de soutien individuel, cette seule dernière année : 23 demandes ayant mené à une ou plusieurs rencontres et plus 50% d'augmentation de demandes de suivis familiaux.

Nous constatons cette évolution, qui n'est pas une surprise, depuis les débuts de notre travail. Ceci doit tenir à deux aspects complémentaires : la fracture sociale s'accroît et son cortège de violences, d'errances et de dégâts collatéraux (en particulier sur les psychismes des plus fragiles ou des plus exposés) s'alourdit. D'autre part, il est probable que notre capacité d'écoute s'accroît avec l'expérience et la formation acquise au fil du temps et que ceci nous permette de percevoir plus clairement des choses que nous pressentions seulement auparavant.

1.1.1.4 Évaluation

L'évaluation de ce travail se fait actuellement à deux niveaux.

- D'une part qualitatif : au sein des deux supervisions mensuelles de l'équipe des coordinateurs, où sont amenés les cas soit problématiques, soit « emblématiques ». De même la participation des coordinateurs aux supervisions du groupe de médecins avec lequel ils collaborent implique que des échanges cliniques aient lieu à propos des patients traités en commun, entre médecins et assistants sociaux du service.
- D'autre part quantitatif : l'augmentation du nombre de rendez-vous et de patients référés est une forme indirecte d'évaluation positive.

La participation à la collecte ADDIBRU reste une obligation d'évaluation externe à laquelle nous nous soumettons.

1.1.2 LES INTERVENANTS EXTÉRIEURS AU RÉSEAU

1.1.2.1 Nature de l'offre

Le travail en antenne dont nous avons poursuivi le développement depuis l'agrément précédent, nous permet une **grande disponibilité à l'égard des intervenants de première ligne** qui sont géographiquement proches et qui souvent voient les patients du quartier, qui sont les mêmes que ceux qui nous consultent. Peu à peu, des liens se créent et la participation aux coordinations locales de plus en plus nombreuses, créées soit à notre initiative comme à Anderlecht ou à l'initiative des autorités communales comme à Saint Gilles, permet une connaissance mutuelle concrète et la fluidité du passage pour les patients. De même, la disponibilité toujours présente des coordinatrices, et celle, nouvelle, du psychologue (voir plus loin) pour des consultations à plusieurs intervenants avec le patient ou pour des « supervisions minute » (entretiens téléphonique de dépannage pour éclaircir une situation difficile) renforce l'image de disponibilité et de crédibilité du RAT et permet d'approfondir notre insertion. De ce fait, des collaborations concrètes s'organisent de plus en plus autour de cas cliniques complexes qui nécessitent la mobilisation de compétences différentes et multiples.

1.1.2.2 Adresse de l'offre (**public cible 2**)

Cette offre particulière d'accompagnement a pris le relais de notre ancienne mission « de liaison » et s'adresse à des intervenants de première ligne (médecins, AS, éducateurs, pharmaciens...) qui ne sont pas membres du RAT mais intéressés par ses activités ou à d'autres institutions de première ligne (maisons d'accueil, maisons médicales, AMO...) C'est parmi les médecins que nous rencontrons par ce moyen, qu'avec le temps nous tentons de recruter les futurs membres du RAT, mais c'est aussi à ces intervenants que nous nous permettons parfois de référer l'un ou l'autre patient, et que nous destinons nos journées scientifiques ou nos Ratiocinations (voir plus loin).

1.1.2.3 Évolution récente

L'évolution récente de cette mission consiste dans **l'approfondissement des partenariats conclus avec les institutions avec lesquelles nous collaborons de manière plus étroite qu'auparavant**. Nos partenariats avec Source, Logement pour tous, ou avec Espace P, par exemple, sont à l'image de cette évolution où tant la formalisation de l'échange que sa profondeur se développent laissant leur empreinte sur les manières de voir de chacun des deux partenaires.

L'autre dimension récente est la **disponibilité du psychologue**, dont nous avons déjà parlé plus haut, et qui doit répondre à un nombre en constante augmentation de demandes de soutien de la part des intervenants généralistes (près de trente références de situation dont la plupart par téléphone, mais 5 d'entre elles ont donné lieu à un véritable travail de supervision cette seule dernière année). Il faut noter aussi qu'une grande partie des demandes de

soutien psychologique individuel et familial dont nous parlions plus haut lui sont référées par des intervenants extérieurs au RAT lui même.

1.1.2.4 Évaluation

Cette mission est évaluée régulièrement au cours des réunions de travail et des réunions d'équipe. De plus, comme il s'agit de l'un des principaux moyens de construire un réseau, cette mission est aussi évaluée dans les réunions du CA, et dans les réunions des coordinations locales, et même dans le travail clinique au sein des supervisions...

1.2 Missions particulières

1.2.1 RÉINSERTION

Le décret :

- ❑ Encadrement à la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle
- ❑ Importance des collaborations mises en place.

La circulaire :

- ❑ Travail d'analyse de la situation sociale des consultants

Notre arrêté :

« Le RAT aide à régler l'ensemble des problèmes liés à l'exclusion sociale dans laquelle se retrouve le patient toxicomane (situation administrative, endettement, problèmes avec la justice). Le RAT contribue également à réinsérer le patient sur le marché du travail, l'objectif étant d'aider le patient à retrouver une vie professionnelle et sociale ».

1.2.1.1 Public cible

En tenant compte de l'objectif principal du RAT, à savoir **permettre l'accès de la première ligne d'aide et de soins aux patients toxicomanes**, il apparaît que la réinsertion des patients dans le réseau de soins traditionnel passe dans ce contexte, par le travail avec les intervenants de première ligne, travail que nous avons décrit plus haut sous la rubrique « accompagnement ». Il ne faut pas perdre de vue que le modèle de soutien et de formation des intervenants de première ligne que nous avons élaboré et mis au point les aide aussi dans le cas d'autres addictions (voir plus loin) que les toxicomanies aux drogues dures, et même de manière générale, dans leurs pratiques avec des populations difficiles.

Les patients pris en charge sont évidemment notre public-cible pour le travail de réinsertion comme défini dans notre arrêté. Une fois le suivi médical mis en place, il devient possible pour le patient d'aborder avec l'aide de son assistant social, les différents domaines de sa réinsertion. Ceci se fera lentement, au fur et à mesure de sa capacité à intégrer cette réinsertion, et à la vivre comme quelque chose de « bon pour lui ».

Des réinsertions précipitées aboutissent souvent à des échecs, qui se traduisent en « rechutes », soit dans l'abus de produit, soit dans la marginalisation.

Les principaux domaines abordés seront l'endettement, le logement, la problématique judiciaire si besoin, la réinsertion familiale, la réinsertion professionnelle. L'ordre des choses peut varier d'une personne à l'autre ou d'un moment à l'autre, mais en général tous ces différents domaines sont abordés.

1.2.1.2 Évolution récente

Comme nous le disions lors de notre précédent agrément, nous constatons l'aggravation chronique des zones de **marginalisation** de nos publics. En premier lieu, la problématique du logement devient de plus en plus criante, malgré les efforts faits dans ce domaine. Les moyens dont disposent nos consultants sont radicalement trop faibles, de sorte que leurs budgets sont chroniquement déséquilibrés par les prix du logement et qu'ils restent confinés à la frontière de la « débrouille »... Ce qui ne les aide pas à se désinsérer de leurs habitudes antérieures.

Ce que nous disions dans notre demande précédente n'a pas changé : l'obligation, liée à la conservation des conditions administratives obligatoires pour bénéficier d'une aide sociale déjà insuffisante, de vivre le plus souvent seul (ou à deux en trichant, ce qui n'est guère mieux), est « contre nature » pour la plupart des humains, et lourde de conséquences psychiques néfastes quant à la réinsertion : l'isolement dans un appartement se traduit trop souvent en isolement social...

Comme nous le disions déjà il y a cinq ans, nous constatons souvent la **mise en échec de la réinsertion** quelle qu'elle soit... Mise en échec dont nous devons souvent nous dire qu'elle traduit le choix – plus ou moins inconscient - du patient. Néanmoins, dans notre société il y va souvent du « vivre dedans ou mourir dehors »... **Une réflexion sur les suivis de « rechutes dans la désinsertion » s'impose.** Comment les comprendre, et soutenir le patient dans son évolution chaotique... Que penser de « la barre » mise si souvent trop haut dans nos attentes pour nos patients?... Que penser de l'adhésion, souvent totale des patients à ce qu'ils imaginent de nos désirs pour eux et de la « normalité » ? Que penser de la promotion d'un certain modèle de vie comme étant non seulement le meilleur mais aussi « l'unique », alors que force est de constater qu'il est, mondialement et historiquement parlant, très peu « partagé »...

Une lecture récente de bandes dessinées destinées au grand public nous montre des héros grandioses, comme Sherlock Holmes, ou Blake et Mortimer, vivant chez une logeuse dans une chambre, et partageant leurs dîners du soir et leur déjeuners du matin avec d'autres « héros »... La disparition de ce mode de logement au bénéfice des appartements individuels où la solitude détruit, devrait nous faire réfléchir...

Cette réflexion, dont nous faisons part déjà dans notre précédente demande d'agrément, nous l'avons poursuivie depuis, et il faut bien dire qu'à ce jour, elle ne s'est traduite encore que dans le partenariat avec « Logement pour tous » par exemple. Mais nous avons néanmoins mis une solide sourdine à nos attentes et à nos exigences envers la plupart de nos patients dans ce domaine, nous conformant avant tout à leurs demandes explicites et réitérées avant d'entamer de grands changements dans leurs vies...

Par ailleurs c'est sur ce thème que nous avons décidé d'axer nos Ratiocinations de cette année, considérant que la marginalité peut se révéler parfois un choix de vie positif...

1.2.1.3 Évaluation

En réunion d'équipe, en supervision, en coordination... Se fait régulièrement en même temps que l'évaluation de l'évolution clinique d'un patient. Dans ce cas précis, le choix d'en faire un thème de réflexion des Ratiocinations et donc de formation, est une forme d'évaluation nouvelle.

1.2.2 FORMATION

Le décret :

- Assurer la sensibilisation, formation, supervision d'intervenants confrontés aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues.

La circulaire :

- Organiser la formation d'intervenants.

Notre arrêté :

« es différents modules de formation permettent de créer des liens avec toutes sortes d'acteurs du terrain psychomédicosocial (médecins généralistes, pharmaciens, assistants sociaux, éducateurs...) et entraînent un soutien à long terme. Le réseau offre à ses membres une formation continue sous forme de groupes de supervision pluridisciplinaires. Les travailleurs sociaux y participent. »

Public-cible et commentaire général :

Comme précisé dans l'arrêté, ici aussi deux publics-cibles pour cette mission : (1) les membres du RAT et (2) les intervenants de première ligne, et un objectif : **la création de liens**. L'exercice de la mission vers les membres du RAT sera décrit dans la partie du bilan consacrée au projet spécifique puisqu'elle en fait partie intégrante. Dans cette section il ne sera fait mention que du travail de formation destiné aux intervenants de première ligne.

Par ailleurs et sans que cela soit répété à chaque paragraphe, le but des formations proposées, au delà d'améliorer la qualité des prestations effectuées par les personnes qui en ont bénéficié, ce qui est l'effet de toutes les formations proposées « sur le marché », vise principalement à **concrétiser un réseau, à**

matérialiser des liens, à les rendre visibles et personnalisés, entre l'institution RAT et les intervenants de première ligne avec lesquels elle est en contact plus ou moins proche et régulier. C'est la « figurabilité » de ce lien qui soutient au fil du temps une qualité globale de l'accueil et des soins de première ligne aux usagers de drogues.

1.2.2.1 Nature de l'offre

a) Modules de formation

Notre position intermédiaire entre le monde spécialisé des soins aux toxicomanes et notre approche non spécialisée nous permet de proposer des offres diverses... Qui vont du module de formation structuré destiné à un public spécifique, à la formation « à la carte », la supervision d'équipe, ou l'intervention sur un sujet précis.

Cependant, considérant que notre position à l'interface des approches généraliste et spécialisée nous permet le mieux d'entrer en contact avec eux, nous choisissons délibérément d'orienter nos offres vers les intervenants dits « de première ligne », à savoir les intervenants psychosociaux, médicaux ou para médicaux, confrontés dans une pratique généraliste, entre autres, à des « usagers de drogues ». Il s'agit soit des médecins généralistes pour lesquels nous avons créé un module de formation spécifique, soit des intervenants de première ligne avec lesquels nous sommes amenés à entrer en contact au cours du travail clinique (Médecins généralistes, AS, Psys, Pharmaciens, ...), travailleurs et/ou les institutions ayant une pratique de première ligne : (Maisons médicales, CPAS, maison d'accueil et d'hébergement, Hébergement de crise.).

A côté d'une offre spécifique construite éventuellement avec les demandeurs, nous proposons chaque année :

- Un module de formation vers les médecins généralistes (douze séances), intitulé « Mieux accueillir les patients toxicomanes » (voir en annexe le dépliant de la formation à venir)
- Deux modules vers les intervenants de première ligne confrontés à des patients toxicomanes ou usagers de drogues. L'un dit « de sensibilisation » (dix séances avec contenu précis et dont l'objectif est de faire au maximum connaître les ressources du secteur « toxicomanies »), suivi pour la plupart des intervenants par un second, dit « d'approfondissement » (dix séances au moins, pouvant être prolongé, dont les séances s'orientent plus vers un travail proche de la supervision de cas.)

b) RAT-iocinations (voir affiches et dépliants en annexe)

Il s'agit d'un concept mis en place depuis 2004 dont l'objectif est d'inviter les intervenants de première ligne que nous sommes amenés à rencontrer dans le travail clinique et quotidien, à partager avec nous un espace et un moment pour prendre le temps de penser, d'apprendre d'éventuels éléments nouveaux,

et de débattre des questions cliniques, anthropologiques ou éthiques qui jalonnent nos pratiques. Ces moments s'adressent aussi aux membres du RAT, ainsi qu'aux travailleurs des institutions du secteur. Ici aussi, une fois de plus, il s'agit de personnaliser des liens et des idées qui ensuite feront leur chemin dans le public-cible.

« Rat-iociner : se perdre en raisonnements, en considérations, en discussions interminables... Nous tenterons donc de ne pas nous perdre en ergotages et en abus de raisonnements... A l'instar de la séance de psychothérapie ou de psychanalyse dont on ne sait jamais sur quels mystères elle débouchera, nous veillerons plutôt à explorer ensemble les espaces de questionnements que la course pressante du temps ne nous permet jamais d'ouvrir... »

Nous tentons sous ce label d'organiser une journée scientifique annuelle et entre trois et cinq vendredis midis par année avec un succès intéressant.

Thèmes des journées : (voir affiches jointes en annexe)

- ❑ « Drogues et autres conduites à risques » - Madame Pascale Jamouille - 60 participants (2004)
- ❑ « Des hommes sur le fil – Précarités et conduites à risques » – Madame Pascale Jamouille – 70 participants (2005)
- ❑ « Quand l'identité est mise à mal » : (Religion - Exil) et « Soigner des patients pour qui la maladie s'explique autrement » Monsieur Fethi Benslama - 70 participants (2006)
- ❑ « Je t'aime donc j'existe ? » - Madame Pascale Jamouille et Monsieur Jean Florence – 60 participants (2007)

1.2.2.2 Publics-cibles

a) Médecins généralistes (modules)

En organisant annuellement depuis maintenant plus de dix ans, un module de formation destiné aux médecins généralistes, nous espérons bien entretenir une certaine forme de « réserve » de médecins formés et capables d'accueillir des patients usagers de drogues et de les traiter au long cours, sans se décourager ni se sentir trop seuls.

En effet au cours du module nous les mettons en contact avec la plupart des intervenants spécialisés dont ils pourront avoir besoin par la suite, et ce, qu'ils choisissent ensuite d'approfondir ce type de travail et de rejoindre les rangs du RAT ou qu'ils préfèrent poursuivre leur route simplement mieux armés pour leurs rencontres avec les patients dépendants. Nous constatons au fil du temps qu'une moitié des médecins qui suivent notre formation rejoignent par la suite un de nos groupes de supervision, tandis que l'autre poursuit sa route et nous recontacte de temps à autre si le besoin s'en fait sentir.

b) Assistants sociaux (modules)

Nous avons maintenu et poursuivi notre offre de deux types de modules de formation destinés aux assistants sociaux de CPAS, maisons d'accueil et d'hébergement, accueil de maisons médicales, etc... (voir dépliants en annexe).

Le premier type de module est une formation - sensibilisation de dix séances et le second est un module d'approfondissement où des cas peuvent être discutés sur le modèle de la supervision, mais où parfois un intervenant extérieur est invité pour un exposé de formation à la demande des participants.

Ces modules semblent très appréciés par les participants qui en assurent une publicité efficace !.

c) Intervenants de première ligne et du secteur, médecins généralistes, membres du RAT (Ratiocinations)

Ce sont les publics auxquels sont destinés nos Ratiocinations et nos journées de travail. C'est aussi par ce moyen que nous arrivons à maintenir le lien qui s'est construit dans le cadre des modules de formation, et à crédibiliser notre image de « ressource »...

1.2.2.3 Évolution

Chaque année, nous imaginons « avoir fait le plein » des formations possibles et nous sommes surpris de la demande qui reste constante et régulière. Nous continuons à penser qu'il y a un besoin criant de formation en matière de relations humaines, ajouté à un grand manque en matière d'assuétudes dans les formations de base des intervenants, et ce malgré un progrès dans ce domaine, et que nous avons un rôle spécifique à y jouer.

Notre position charnière: « des intervenants spécialisés travaillant dans les circuits généralistes » et la « souplesse intellectuelle » qu'elle implique, nous permettent d'organiser des modules de formation au plus près des attentes du public cible, et c'est peut être ce qui nous vaut ce recrutement régulier et constant.

Si l'offre des journées scientifiques a fait rapidement le plein, malgré quelques contestations quant à leur prix qui se sont tues depuis que notre déménagement nous a permis d'en réduire drastiquement le coût, l'offre des RAT-iocinations du vendredi midi cherche encore quelque peu son public (de 20 à 40 personnes en fonction du sujet et de l'orateur...), mais nous sommes certains que maintenant que celles-ci pourront avoir lieu de manière plus « cool », dans nos locaux, son public se stabilisera aisément, car les retours reçus jusqu'ici sont enthousiastes

1.2.2.4 Évaluation

Chacun des modules est évalué en fin de travail, au cours de la dernière séance avec les participants. Il est régulièrement tenu compte de leurs remarques et en particulier l'allongement du module médecin prévu pour cette année est directement lié aux remarques des participants des deux précédents modules.

Ce travail est régulièrement évalué de façon globale, en fin d'année scolaire au minimum et souvent encours d'année, au sein du RAT, dans l'un de ses groupes de travail, intitulé « groupe formation », constitué de l'équipe agréée et de quelques membres effectifs intéressés par la question. L'évaluation tient compte de la qualité et du niveau des échanges qui ont eu lieu pendant les modules, de l'adhésion de chacun des participants au projet de formation (assiduité des participants, respect du contrat de départ, niveau d'implication personnelle ...). Les programmes annuels sont élaborés au sein de ce groupe en fonction des demandes des membres. Les bilans en sont communiqués aux membres, soit en A.G., soit par l'intermédiaire de la feuille interne « RAT-Courci ».

2. LE PROJET SPÉCIFIQUE :

« Assurer l'animation et la qualité des soins au sein d'un groupe de médecins généralistes dispensateurs de soins »...

La question de maintenir une cohésion au sein d'une institution « géographiquement éclatée », qui est composée d'une quarantaine de personnes, plus ou moins proches du « centre » de l'institution est toujours compliquée. C'est un modèle organisationnel en constante évolution, à maintenir sous surveillance permanente, qui est très rapidement évolutif en fonction de « l'air du temps »...

Il faut donc trouver une structure à la fois solide et souple, comme une sorte de squelette sur lequel s'attache une « chair » aussi mouvante et vivante que la vraie... C'est la condition pour garantir que l'institution assure réellement sa fonction de soutien aux intervenants pour les prises en charge de patients usagers de drogues.

Dans le but de donner une image plus précisément exacte de l'activité « animation d'un groupe de médecins généralistes », qui est le projet spécifique du Rat et sa principale raison d'être, nous avons réalisé une petite enquête auprès des praticiens qui fréquentent nos groupes de supervision. Sur un total de 37 questionnaires diffusés aux médecins régulièrement inscrits dans les quatre groupes. 25, soit 70%, nous sont revenus dans des délais acceptables pour être traités.

Ils nous ont permis de donner l'image qui suit (1) des médecins du RAT et (2) de leur activité. Il faut noter que, les chiffres portent sur 70% des membres, et n'ont pas été extrapolés à 100%. Ces résultats sont donc inférieurs à la réalité dans une proportion que rien ne nous permet de reconstituer.

2.1 Public- cible (1) : Qui sont les médecins ?

Les médecins membres du RAT sont en moyenne âgés de 47 ans, (de 28 à 61), sont pour 1/3 des hommes et pour 2/3 des femmes, et se répartissent sur les communes bruxelloises de Bruxelles (9), Saint Gilles (5), Anderlecht (4), Etterbeek (2), Evere (2), Molenbeek (1), Woluwé St Pierre (1) et Uccle (1). Ils sont membres du RAT depuis 11 ans en moyenne (de 2 ans pour 3 d'entre eux, à 18 ans pour 3 autres...).

La moitié d'entre eux travaille exclusivement en privé, l'autre en Maison Médicale. Deux ne travaillent qu'en institution autre, et un seul a une activité mixte, Maison Médicale et privée.

A la question : « Vous considérez vous comme un généraliste-type ? », la moitié répondent « oui », 2 ajoutent « avertis », et l'autre moitié considère sa pratique comme « orientée ». Ce profil correspond au fait que ceux qui se disent « avertis » ou « orientés » annoncent un plus grand nombre de cures substitutives (plus de 10) que ceux qui se définissent comme « type ».

Les 2/3 d'entre eux ont suivi la **formation** proposée par le RAT et la moitié d'entre eux participe de façon active aux « RATiocinations ». **Tous apprécient les supervisions, qu'ils qualifient de « soutien indispensable », « aide fondamentale, affective, concrète, politique et intellectuelle irremplaçable », « richesse essentielle », « réconfort »**..... Ils insistent, dans leurs commentaires sur le travail de supervision, sur le **plaisir partagé**, l'importance de l'humour, de la prise de recul et aussi de l'augmentation des compétences qui lui sont liée, et ce quelle que soit la manière dont ils définissent leur pratique (« type » ou « orientée »), leur âge, ou leur sexe.

Il faut noter qu'à la question « quand a eu lieu la dernière supervision à laquelle vous avez assisté ? » l'intervalle moyen est de 6 semaines, sachant que l'enquête a eu lieu en hiver (pic de travail des médecins) et qu'il y a une supervision par mois, cela démontre une participation régulière effective, de l'ensemble des médecins.

Les ¾ d'entre eux lisent notre feuille de **liaison interne**, le RATcourci quoique ¼ de ce groupe avoue le lire irrégulièrement. Deux d'entre eux ne le lisent pas du tout... (pas le temps disent ils ?). Leur commentaire sur celui-ci est aussi relativement élogieux en général : « adapté », « lisible », « intéressant », « drôle », « concis »...

2.2 Public-cible (2) et leurs patients ?

2.2.1 DESCRIPTION

Même s'il y a longtemps maintenant que la mission de soin n'a plus été reconnue au RAT, il est évident que c'est autour du soin que s'organise toute l'activité du RAT. Nous avons donc poursuivi l'enquête dans l'objectif de nous donner un aperçu de l'activité médicale et de soin proprement dite, « concernée » par l'activité du RAT.

Les 25 membres du RAT qui ont répondu au questionnaire suivent 210 patients en cure substitutive. Ceci donne une moyenne de 9 patients par médecin, mais les chiffres vont de 30 patients (1 médecin), entre 25 et 20 (3 médecins), entre 15 et 10 (5 médecins), entre 10 et 5 (3 médecins), et moins de 5 (10 médecins). Nous pouvons donc observer la réalisation de l'un des objectifs du RAT depuis ses débuts : la banalisation de la prise en charge substitutive, qui amène le plus grand nombre de médecins à prendre en charge chacun un petit nombre de patients. Par ailleurs, en extrapolant statistiquement le nombre de traitements moyen au nombre de médecins membres du RAT nous pouvons légitimement imaginer que la patientèle en suivi de substitution concernée par le travail du RAT atteint probablement un nombre entre 300 et 400 patients. Sachant qu'à Bruxelles il y avait, d'après les chiffres de 2006/2007 du Ministère de la Santé, 2.000 personnes en traitement régulier de substitution dont 40% (800) suivis en médecine générale, nous pouvons affirmer que le RAT contribue à la

qualité et à la fluidité d'environ la moitié des suivis de substitution en médecine générale dans la région.

2.2.2 ÉVOLUTION ET DIVERSIFICATION:

Nous avons aussi questionné la diversification de l'offre de soins pour les addictions aux autres drogues, que sont l'alcool, le cannabis, les drogues de synthèse et les benzodiazépines. 1200 patients consultent régulièrement les 25 médecins qui ont répondu au questionnaire pour des problèmes liés à la consommation d'alcool (362) à la consommation de benzodiazépines (361), à la consommation de drogues de synthèses (317), à la consommation de cannabis (inchiffable!). L'ensemble de ces questions occupe le devant de la scène dans 464 consultations par mois, c'est à dire environ 20 consultations par mois par médecin (une par jour...). Nous voyons donc la patientèle moyenne pour assuétudes, du médecin du RAT, se dessiner de la manière suivante : hors les traitements de substitution, 45 patients (en fait de 3 à 50) les consultent, se répartissant à peu près par tiers, entre les problèmes d'alcool, de benzodiazépines et de drogues de synthèse (un peu moins). Le cannabis est généralisé parmi ces patients, mais il est celui qui pose le moins problème, en tous les cas de manière visible.

2.2.3 ÉVALUATION

1. L'évaluation de la mission « soins » dans sa partie « substitution » du RAT est en train de se faire via le travail de notre ancien chercheur, Monsieur Yves Ledoux, actuellement engagé par l'IPhEB pour le compte du Ministère fédéral de la Santé, et qui réalise une enquête qualitative et quantitative des traitements de substitution en Belgique. Une annexe de ce travail consiste à déterminer si les traitements ont ou non des effets différents selon qu'ils sont menés par des médecins « solos » ou intégrés dans une structure comme celle du RAT. Les résultats sont prévus pour 2008 ou 2009.

2. Ce questionnaire envoyé pour construire notre bilan est un exercice d'évaluation « minute ». Nous pouvons y voir, outre l'évaluation de la manière dont le RAT influe le travail médical des membres, que les offres principales du RAT, à savoir (1) la formation, (2) la supervision, (3) la liaison interne - (RATcourci) sont largement appréciées et utilisées par les membres du RAT.

2.3 Nature de l'offre

2.3.1 LA FORMATION

1. Description :

La formation des médecins est l'un des piliers de l'activité du RAT depuis ses débuts. Nous l'avons déjà répété, c'est par ce biais que la plupart des médecins nous rencontrent et que certains d'entre eux nous rejoignent. En effet, au delà des modules de formation proprement dits dont nous soignons toujours la qualité, nos efforts constants de présence chaque fois qu'il nous est demandé d'intervenir dans toutes les formules de formation continuée possibles, séminaires, et la recherche de qualité dans nos journées scientifiques et exposés en triant sur le volet les personnes ressources que nous invitons, font de la formation et de l'augmentation des compétences, un cheval de bataille du RAT.

2. Évolution :

De plus en plus c'est en s'appuyant sur les formations des travailleurs que nous pouvons assurer une qualité constante et un intérêt non démenti pour nos activités. Il faut malgré tout rappeler que le RAT est une petite équipe (seulement 4.5 ETP !) et que nous réfléchissons beaucoup à la « démultiplication » lors de nos interventions...

Il ne faut pas non plus sous estimer l'importance porteuse d'une lecture clinique conçue dans le cadre de la pratique des supervisions, et qui est donc très ouverte et féconde. Cette lecture, qui cadre la pensée clinique à laquelle se réfère le RAT, attire les cliniciens qui ont besoin d'espoir pour pouvoir continuer à assumer des patients souvent très lourds. C'est cette lecture clinique qui est en quelque sorte, le squelette, la « marque du RAT »...

2.3.2 LA SUPERVISION / INTERVISION

1. Description :

Le groupe de supervision (quatre groupes fonctionnent actuellement au rythme d'une séance par mois, dix mois par an) est toujours le "lieu organisateur" du RAT. La participation régulière aux supervisions est requise pour être membre de l'institution. C'est celle-ci qui permet qu'au sein de l'institution nous parlions tous le "même langage" clinique, qui soutient activement la pratique clinique quotidienne des médecins et des AS.

Il s'agit d'une offre de formation, et surtout de soutien que le réseau fait à ses membres, mais en retour, son utilisation conditionne la possibilité d'être membre. Comme nous avons pu le dire en parlant des résultats de l'enquête

pratiquée auprès des médecins membres, le travail en groupes de supervision est considéré par tous comme le principal apport du RAT dans la clinique quotidienne. Les médecins parlent de "présence du tiers" lequel se matérialise dans le groupe par la présence du superviseur, mais aussi dans la consultation par l'évocation possible du groupe tout entier à laquelle le praticien peut se livrer lorsqu'il rencontre une difficulté, et trouver ainsi l'accès à des ressources imprévues.

Les médecins parlent d'un lieu de réflexion et de retour sur soi, d'une possibilité respectueuse de remise en question des pratiques et donc d'évolution. Ils parlent de réconfort, et de décharge de stress, ce qui en dit long sur la lourdeur des suivis de patients dépendants, et l'importance d'organiser un soutien pour que très vite ces patients ne se retrouvent pas rejetés. Ils parlent de partage, et de l'immense sentiment de richesse que procure le fait de ne pas se sentir seul face à une clinique difficile.

2. Évolution

Une fois de plus nous voyons confirmée notre intuition que les meilleures armes devant un problème sont la lutte contre l'ignorance, et le partage. Mais il nous faut bien reconnaître que cette offre est peu à la mode, et qu'il nous faut souvent livrer bataille pour la faire expérimenter par les praticiens que nous rencontrons, souvent noyés déjà dans des obligations professionnelles qui encombrant lourdement leurs soirées. Faire comprendre qu'il s'agit ici de "prendre" et non pas "perdre" du temps pour en gagner, n'est pas "gagné d'avance"!!! A contrario, comme il transparait de notre enquête, l'essayer c'est l'adopter et rares sont les praticiens qui renoncent facilement à la supervision une fois qu'ils s'y sont engagés.

2.3.3 LA LIAISON INTERNE ET LE SOUTIEN AUX PRATIQUES DES MEMBRES

1. RAT-courci :

Le RAT-courci, est notre feuille interne, qui « sort quand elle peut », et qui sert de support à une circulation de l'information entre tous les membres. Cette information concerne aussi bien les « petits potins » (les humains adorent les petites histoires qui font le sel des relations quotidiennes), que les rapports d'assemblées, de travail de groupe, du travail de recherche, ou que les rapports sur le travail de l'équipe agréée. Nous y mettons pêle-mêle des conseils informatiques, des notes de lectures ou de formation, des états d'âme, des informations médicales ou concernant le secteur... Comme l'enquête nous le rappelle, et contrairement à l'impression parfois ressentie par l'équipe qui l'écrit, il est largement lu, et apprécié par les membres qui en aiment sans doute l'aspect concentré...

Là aussi, comme nous le disions plus haut, la gageure est de maintenir entre des personnes qui parfois se connaissent à peine de vue, ou ne se voient

que lors des AG une fois par an, un lien un échange, une communauté d'appartenance... Et dans ce registre, nous avons appris que l'humour, la dérision, et les « petits trucs » qu'on partage sont très efficaces.

2. Le Forum Informatique

Mis au point peu avant notre site web, le forum informatique est une manière de communiquer rapidement entre les membres et de faire circuler des informations ou des questions. Tout récemment, par exemple, une question médicale qui nous arrive d'un infirmier d'une autre institution du secteur s'est vue transmise auprès de tous les médecins du RAT. En trois jours quatre réponses ont été déposées sur le forum, toutes les quatre particulièrement contributives...

De même le forum permet la circulation d'infos et d'articles divers et les commentaires qui nous parviennent sont parfois très agréablement surprenants de par l'intérêt qu'ils démontrent.

3. Les groupes de travail internes

Cette modalité de fonctionnement, très utilisée lors des débuts institutionnels est beaucoup moins pratiquée actuellement, au bénéfice du travail dans les antennes. Reste cependant très actif le groupe qui gère le travail de formation et de supervision, qui continue de se réunir entre 3 et 5 fois par an.

4. Le travail en antenne

Les groupes de supervision actuellement rassemblés autour de l'antenne, assurent bien évidemment comme dit plus haut un aspect de la formation des membres, mais aussi une fonction de lien assez intime entre les participants, qui sont amenés à avoir ainsi une grande confiance les uns dans les autres puisqu'ils partagent l'intimité de leurs relations cliniques. De cette manière, les coordinateurs qui participent à ces groupes connaissent suffisamment bien les médecins et pharmaciens participants de leur groupe, lesquels sont en générale les plus proches géographiquement depuis l'instauration des antennes, de telle sorte qu'ils sont à même d'effectuer de façon très « fine » l'orientation des patients.

Une fois les patients orientés, le plus souvent par le travailleur social de l'antenne, celui-ci aura à organiser la collaboration fine avec le médecin référent, mais aussi à s'occuper si nécessaire d'une éventuelle hospitalisation ou visite à l'hôpital, des contacts avec le pharmacien, d'organiser la réinsertion, et parfois d'organiser un suivi pluri-institutionnels ou une aide psychologique avec le psychologue du RAT. Tout ceci évidemment en fonction et des besoin et de la capacité de débrouillardise du patient. C'est ici la définition des suivis « en duos » ou des suivis « psychosociaux » dont nous parlions plus haut.

2.4 ÉVOLUTION

La « fatigue » que nous constatons déjà lors de notre précédente demande semble s'être stabilisée, parmi les membres les plus actifs du RAT depuis ses débuts. De nouveaux membres ont venus gonfler nos rangs, avec de nouvelles idées et surtout une ouverture cette fois aux « nouvelles consommations »...

Néanmoins, nous avons maintenu notre choix de poursuivre dans une voie plus « efficace » et d'assumer un partage du travail et des informations qui repose plus sur l'équipe agréée et moins sur la bonne volonté militante des membres. Néanmoins, nous avons pu mesurer cette bonne volonté. En effet nous avons dû affronter de grosses difficultés de trésorerie, et la solidarité des membres, qui ont accepté d'être très mal, voire pas payés du tout, ou de voir différer le paiement de leurs honoraires continue si besoin en était de montrer l'importance que l'existence du RAT peut avoir pour ses membres.

D'autre part, nous avons réussi avec un certain succès à imposer une image du RAT à la fois discrète et bien vivante, qui fait suite à notre décision précédente d'assurer de manière plus visible notre mission, au détriment du souci de discrétion et d'effacement derrière les structures de première ligne qui était le nôtre jusqu'ici. Le principal objectif de ce travail de fourmi qu'est le travail de liaison, est bien toujours de soutenir au mieux les pratiques généralistes, afin d'éviter que les intervenants, après un moment d'enthousiasme et de découverte, ne se découragent devant des patients souvent "ingrats", et ne renoncent à en assurer les suivis.

2.5 ÉVALUATION

Il nous semble important de poursuivre dans la voie que nous avons commencé à tracer lors de cette période d'agrément, vers une structure dont la professionnalisation n'enlèverait rien à l'intérêt et à la spontanéité, mais accroîtrait l'efficacité. C'est notre projet pour les années à venir.

3. LES PERSPECTIVES D'AVENIR

Depuis son récent déménagement il nous semble que le RAT a atteint un rythme de croisière, et que les perspectives d'avenir impliquent la poursuite d'un travail qui semble donner satisfaction tant à ses usagers qu'à ses prestataires. Comme nous le disions, nos efforts actuels portent essentiellement sur la meilleure formation pour l'équipe afin de minimiser les pertes d'efficacité et d'accroître l'aspect professionnel de l'équipe. La qualité de nos nouveaux locaux va aussi dans ce sens.

Les projets de formation entrepris et encore en cours, de même que l'influence discrète mais présente, et dont nous n'avons pas encore parlé dans ce bilan, de notre accord de coopération avec la Direction de l'Actions Sociale du Sénégal, qui nous amène à vivre chaque année une expérience de « dépaysement extrême » dans le travail, seront probablement porteurs de nouvelles perspectives originales, qui apparaîtront plus tard.

Par contre, et comme nous l'expliquerons dans le chapitre consacré aux demandes complémentaires, la pression constante d'une dette s'accroissant chaque année malgré les efforts et la générosité constante des travailleurs et des membres, mine considérablement la créativité de l'équipe, et la perspective de voir s'éloigner ce spectre nous donnera certainement des ailes.

4. LES DEMANDES COMPLÉMENTAIRES.

4.1 Augmentation des frais de fonctionnement de minimum 8.000 €

Depuis cinq ans il s'avère impossible de « remonter » le trou budgétaire. En effet, malgré des ressources propres qui ont quasiment triplé de 2003 (4.000€) à 2007 (10.705€), démontrant ainsi la qualité du travail et la compétence des formateurs, ainsi que les effets bénéfiques des formations dont ont bénéficié les travailleurs, le déficit budgétaire reste chronique. Depuis plus de cinq ans malgré des efforts énormes d'économie et un déménagement dans des locaux très inconfortables et peu adéquats (rue du Boulet), afin de limiter les sorties au maximum, une brève analyse des bilans de l'asbl montre l'impossibilité de « remonter » le trou budgétaire antérieur ainsi que le déficit chronique en matière de coût des frais de fonctionnement.

Malgré la décision en 2004 et en 2005 de payer les activités des médecins de façon plus symbolique encore que ne l'eut été un simple défraiement, il s'avère que l'équilibre budgétaire déficitaire au départ suite au manque lié à la non prise en compte du barème médecin dans une institution non reconnue pour le soin et qui donc ne preste donc aucune consultation (!!) est si fragile que le simple licenciement d'un travailleur de plus de 45 ans qui ne donne plus satisfaction, le met en péril, tant le poids des obligations légales non prises en compte est lourd. Le déficit moyen de ces dernières années est d'environ 4.000€ par an.

Il ne nous paraît cependant pas possible de faire payer plus cher encore des prestations de formation ou de supervision qui sont nos seules ressources possibles, mais pour lesquelles nous sommes subventionnés, de sorte qu'il nous paraît impensable de dépasser les tarifs pratiqués dans le privé!!!

De même, continuer à sous-payer à ce point les prestations des médecins membres les décourage profondément, et s'avère délétère sur la construction du projet. En effet, quand on sait que, si les médecins du RAT ne sont payés **que** pour un véritable travail personnel (prestation de formateur, travail d'élaboration en réunion, représentation...) seulement symboliquement (parfois 30€ pour 3 h et au maximum, 50€ de l'heure pour un travail de formation dont les heures de préparation ne sont pas comptées) et de plus, en retard vu nos difficultés de trésorerie, et **jamais** pour assister à une supervision, que penser du fait qu'en Wallonie, les médecins sont payés 60€ pour assister à une supervision d'une heure 30, ou que dans le cadre du réseau ABC les médecins sont payés 60€ de l'heure pour toutes les réunions auxquelles ils assistent ? Cette situation nous met, alors que nous avons largement contribué à initier ce travail en réseau, à impulser la reconnaissance du travail intellectuel des médecins généralistes, dans une situation de porte-à-faux tout à fait délétère.

C'est ce qui nous amène à demander avec insistance que notre dotation en terme de frais de fonctionnement soit revue à la hausse de 8.000€. Nous voudrions ajouter à notre argumentation que notre subvention en frais de fonctionnement lors du premier agrément définitif, était déjà « limite » – et nous l'avions signalé d'emblée - et que la perte liée à sa non indexation lors du premier agrément se monte à 2.500€. Le montant indexé par la suite est donc doublement trop court, et l'augmentation de 8.000€ demandée correspond à nos véritables besoins. Cette augmentation s'avère aujourd'hui capitale pour l'avenir de notre institution qui sans cela s'avance inexorablement vers la faillite.

4.2 Augmentation du cadre d'1/4 ETP psychologue

Comme nous l'avons amplement décrit plus haut, l'activité du psychologue a très vite trouvé sa place dans notre dispositif d'accueil et d'accompagnement à nos deux publics-cibles, tant aux patients, qu'aux intervenants de première ligne. Au fil des ans son volume ne cesse d'augmenter. En 2007, cette activité a presque doublé et le ¼ temps alloué s'avère de plus en plus insuffisant pour répondre à toutes les demandes. Pour faire face au volume de cette activité, M. Moncef SLAMA engagé ½ coordinateur assistant social en plus du ¼ psychologue a dû consacrer la majeure partie de son temps de travail au soutien psychologique et à la formation, au détriment de la coordination à laquelle ce temps fait cruellement défaut.

Pour notre agrément définitif nous demandons l'adaptation de notre cadre de travail par une augmentation du temps psychologue (de ¼ à ½ ETP) de manière à répondre plus adéquatement aux attentes et aux besoins de nos publics-cibles.

ANNEXES