HORIZONS Risk&naiss n°1/2006 Doc 10/03/06 12:57 Page 1

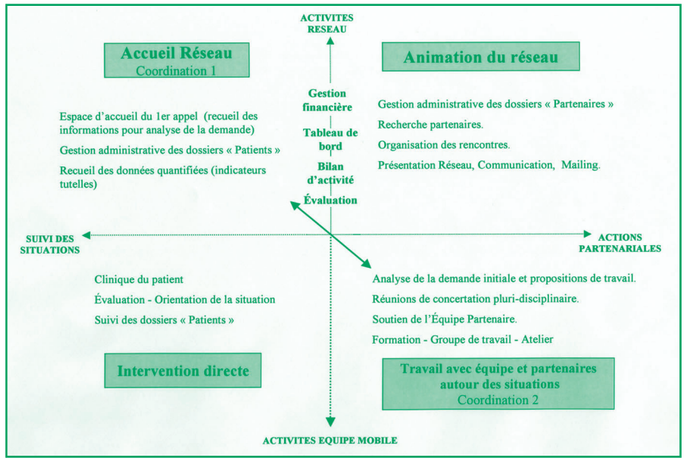
SUITE DE L'ARTICLE P1

…Aux moyens

Le projet «technique» nécessite la mise en place de moyens, moyens à la fois humains (équipe, partenaires), moyens de gestion (administrative et financière) et d'organisation, relevant de l'ingénierie sociale.
Concernant les moyens humains, l'équipe du DAPSA est constituée de cinq personnes travaillant avec des partenaires issus des secteurs professionnels tel que gynéco-obstétrique - pédopsychiatrie - psychiatrie - toxicomanie - alcoologie et précarité.

Le réseau de santé DAPSA est composé de 3 pôles (Travail avec les partenaires – Formation, Laboratoire – Intervention Directe).
Le schéma ci-contre illustre la répartition de ces pôles et met en avant les moyens que se sont donnés l'équipe et les partenaires du réseau. Il retrace les différents types d'activités : en abscisse, les activités dites de «relations extérieures» (Suivi des situations – Actions partenariales) ; en ordonnée, les activités dites «d'organisation interne» (Activités réseau – Activités Equipe mobile).



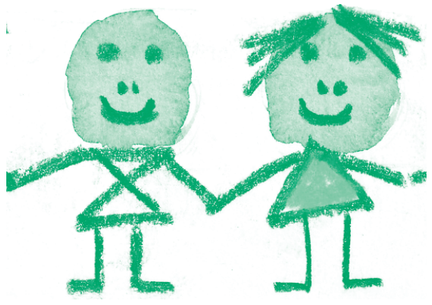


Comment lire ce schéma ?
Ce document se décline sous plusieurs formes.
Lecture par moitié : pour exemples, si l'on se centre sur les Activités réseau (moitié supérieure), on remarque l'importance des espaces Accueil réseau et Animation Réseau et des actions qui les composent. Si l'on se centre sur l'activité Suivi des situations (Moitié gauche), on remarque l'importance des espaces Accueil réseau et Intervention directe…
De même, ce schéma se lit par quart (4 espaces distincts) liant ainsi deux activités. Pour exemple, l'espace Travail avec équipe et partenaires autours des situations réunit le binôme Actions partenariales et Activités équipe mobile et retrace les actions qui s'y déroulent (Analyse de la demande initiale et proposition de travail, Réunions de concertation pluridisciplinaire…).
Le projet DAPSA comme espace de travail est désormais existant, à nous tous de le développer…

Aurélien CHAMBERLIN

A VOS PLUMES !

La lettre « Risque et Naissance » est un espace au sein duquel chacun peut s'exprimer.
N'hésitez pas à nous contacter si vous désirez y apportez votre témoignage ou pour nous indiquer quelle thématique vous désirez y trouver (liée à la problématique périnatalité et addictions).



ZOOM SUR LE DAPSA : COORDONNES DU RESEAU

Nom : Réseau de santé DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins des Addictions)
Adresse : 59 rue Meslay
Ville : PARIS (75003)
Tel : 01 42 09 07 17
Fax : 01 40 27 00 06
Courriel : reseau@dapsa.org
Création : le 1er Juillet 2005 (DRDR)

à propos de la lettre «Réseau, Risque et Naissance»
Lettre éditée par le Réseau de santé DAPSA
Directeur de la Publication : Jacqueline PRADEL - Rédacteur en chef : Aurélien CHAMBERLIN
Lettre financée par : la CRAMIF et la DRDR - Création-Conception : News and Paper - Courbevoie.

L'ÉQUIPE :

Dr Marijo TABOADA,
Médecin coordinateur
M. Aurélien CHAMBERLIN,
Chef de projet
Mme Elsa CASTRO-MOUILLE,
Coordinatrice administrative
Mme Béata JOJCZYK,
Psychologue clinicienne
Mme Cécile PELTIER,
Educatrice spécialisée



N° 1/MARS 2006

RÉSEAU RISQUE ET NAISSANCE

La lettre du réseau de santé DAPSA

Il y a huit ans, déjà, l'association Horizons se lançait dans la publication d'un bulletin qui avait pour ambition de créer du lien entre les professionnels intéressés par le soin, par l'attention à porter aux jeunes enfants, aux enfants à venir et à leurs parents, notamment ceux ayant une relation problématique aux substances psychoactives, licites ou non.

C'était là une des formes de la construction de réseau, d'autant plus nécessaire que dans le champ de la périnatalité nous avons à faire avec les besoins des touts petits et ceux des adultes parents, ce qui nous amène à rencontrer des professionnels de champs très différents.
Mais depuis cette époque, les réseaux de santé ont trouvé une légitimité, une forme d'organisation et un soutien, intellectuel et financier; par le biais des DRDR (Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux).

La DRDR Ile-de-France a accordé à notre projet un financement pour 18 mois permettant ainsi à notre réseau informel jusque là de s'ouvrir à de nouveaux acteurs de santé et de développer ses actions de coordination de soins et d'ateliers de travail sur les questions traversant le champ de la périnatalité et des troubles liés à une addiction.
Mais est venu le moment également de l'autonomie : comme les enfants, comme les personnes dépendantes, les projets sont faits pour être portés, accompagnés afin qu'ils puissent voler de leurs propres ailes.

Dès l'origine, l'association Horizons, qui aura 20 ans cette année avait inscrit ce principe dans sa philosophie : développer les interactions entre professionnels afin de faciliter les soins prodigués aux parents et les actions de prévention auprès de leurs jeunes enfants. C'est le DAPSA, le Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins des Addictions, qui met en œuvre désormais cette action.

Dr Jean Ebert
Directeur du CSST HORIZONS

Pour la reprise de « Réseau, Risque et Naissance », il nous a semblé plus opportun de lui attribuer le n°1.
Non pas qu'une remise à zéro ait été nécessaire, les ambitions de cette lettre restant les mêmes (voir edito), nous avons souhaité que chacun des lecteurs puissent s'approprier ce bulletin (et ce dès sa reprise). Nous espérons qu'il sera pour nous tous un outil dans lequel vous agirez et trouverez de l'intérêt (voir encart p3).
C'est aussi ça que permet un réseau…



Du projet…

Objectivement, une activité ne peut avoir de sens qu'à travers un projet explicite.
Dans le champ de l'action sanitaire et sociale, le projet peut être considéré comme un modèle de rationalité, «activité rationnelle en valeur» (au service d'une conviction, indépendamment de la considération des chances de succès et des conséquences) et «activité rationnelle en finalité» (choix des moyens les plus appropriés pour atteindre un but) pour reprendre les termes de Max WEBER.

Bien plus que ce que l'on propose de faire à un moment donné, le projet est une anticipation du futur découlant de l'interprétation du présent de son/ses promoteur(s) (ce que l'on pense qu'il sera , ce que l'on voudrait qu'il soit).
Il se réfère donc à une conception philosophique de l'action (prise en compte dans le dossier promoteur de la Dotation Régionale Des Réseaux), où présent et futur sont différenciés, mais également à une conception technique dans laquelle se situent les moyens donnés à l'action.

Le projet « idéologique » répond alors à des normes et des valeurs, le projet «technique», quant à lui, fait référence à un programme à réaliser.

Le premier a besoin du second, sans quoi il ne reste qu'à l'état d'utopie. Paradoxalement, le projet «technique» n'a pas besoin du projet « idéologique» pour vivre, mais seul, il se peut qu'il n'ait pas de raison d'être.

Concernant le DAPSA, le projet « idéologique » énoncé dans le dossier DRDR reste à ce jour général car sera affiné avec les institutions qui le rejoindront : «Le DAPSA se propose de tenir ou renouer les fils entre les patients et les lieux de soins et de travailler à l'intersection de différents univers sanitaires et sociaux».

SUITE PAGE 4



Certains textes ont été écrits pour le bulletin «Risque et Naissance» première série mais sont toujours d'actualité. Nous avons donc décidé de les publier de nouveau.

Celui-ci date d'octobre 1997 et comporte quelques petits amendements ou corrections.

RUBRIQUE : LE FEUILLETON DES RÉSEAUX

Entre la stratégie du réseau mille feuille et celle de l'araignée… ou comment éviter que la superposition des réseaux ne viennent répéter celle des professionnels.



Depuis quelques années , les réseaux émergent, se multiplient ou deviennent plus visibles, apparaissent à la fois comme nécessaires et mystérieux et en tout cas comme un mode privilégié, voire unique, de réparation de ce qui peut sembler – de ce qui est ? - un morcellement de la prise en charge sanitaire ou socio-sanitaire. Ceci est d'autant plus vrai pour les pathologies chroniques ou à fort impact social (toxicomanies et alcoolisme, sida, précarité, vieillesse, etc.).

LA REPONSE « RESEAU » : MAGIE ET/OU MALEFICE ?

Les usagers sont perdus dans la complexité des ressources offertes, et ce d'autant plus que leurs difficultés psychologiques ou sociales rendent les démarches plus épuisantes alors même que leur énergie est toute entière consacrée à la survie.
Les professionnels, quant à eux, se sentent disqualifiés, et parfois découragés face à la complexité des problèmes rencontrés, à l'imbrication entre le médical, le social et le psychologique. Ayant le sentiment d'être dépassés par ces problématiques complexes, ils tentent de trouver des partenaires qui leur paraissent plus adéquats, plus «spécialisés», qui eux-mêmes confrontés à la complexité….

Les sentiments d'abandon et d'isolement se répondent ainsi en miroir et obligent à sortir le talisman : le «réseau». Le mot magique est lâché, mais il reste beaucoup à dire sur ce qu'il contient, le fonde et surtout le construit.
Rappelons simplement que « réseau » vient de « rêts », « filet » et que sa finalité peut être « prendre dans les mailles du filet », métaphore du réseau de surveillance. Ce n'est évidemment pas notre propos et nous ne nous intéresserons qu'au réseau dont l'objectif est de mieux répondre aux besoins des professionnels et de leur clientèle.

Mais il ne faut pas oublier toutefois que la menace du réseau de surveillance pèse toujours, parfois de façon insidieuse car s'appuyant sur le désir de vouloir à tout prix le bien de l'autre.

DE LA PRISE EN CHARGE «GLOBALE» DU PATIENT …

La nécessité du travail en réseau repose sur la constatation d'une perte d'efficacité face à la complexité sociale.

Cette perte d'efficacité à un coût qui n'est plus supportable par les économies nationales, mais elle a aussi un coût, peut-être encore plus lourd, pour l'économie psychique des patients et des intervenants.



Il faut pouvoir proposer une prise en charge globale à des sujets présentant des difficultés qui relèvent de champs différents mais pesant peu ou prou les unes sur les autres :

- par exemple, quelle peut-être l'efficacité de conseils d'hygiène alimentaire à quelqu'un ayant un diabète non insulino-dépendant s'il dépend pour sa nourriture des banques alimentaires ou des Restos du cœur ?

- par exemple, comment soutenir une femme enceinte dans un projet d'abstinence pendant sa grossesse si on ne tient pas compte de la complexité de sa vie conjugale ?

Le professionnel peut être ainsi confronté à un échec pour des raisons qui ne relèvent pas de son champ de compétence.
La question de la prise en charge globale, autre mot magique, est régulièrement avancée, mais certains écueils sont à éviter.

SUITE PAGE 3

… AUX RISQUES DE DERIVES

En premier lieu, mais nous connaissons bien le processus, existe l'écueil du «paquet-poste» qui consiste à adresser à un «partenaire» estimé plus «compétent» ou plus adapté le patient qui nous met en échec. Le colis envoyé, tel une bouteille à la mer, trouve parfois l'interlocuteur mais peut aussi s'échouer sur une île désertée.

En deuxième lieu - mais c'est là une conduite d'évitement d'une pratique réelle de réseau – on trouve le risque de dérive totalitaire où une institution prétend répondre à l'ensemble des besoins d'un individu, quitte à considérer comme «mauvais» celui qui répugnerait à se soumettre à une telle exigence de transparence, voire de soumission. Le désespoir face à la difficulté à trouver des partenaires bienveillants conduit parfois au montage d'un tel type d'institution qui répond aux besoins en première intention mais qui finit par fonctionner en autarcie.

Le troisième risque consisterait en une hiérarchisation des professionnels où certains décideraient et d'autres exécuteraient, comme si on pouvait définir des priorités et des degrés d'importance in abstracto. En général on reproduit les schémas traditionnels : le psychologique sur l'éducatif ou le paramédical, le social sur le psychologique et le médical au dessus de tout le monde !
Le réseau ne peut fonctionner que démocratiquement même si une hiérarchisation des difficultés peut apparaître nécessaire pour un patient donné. Mais la primauté est alors décidé



démocratiquement par l'ensemble des professionnels concernés et surtout l'intéressé lui-même. En effet, dans ces stratégies d'accès aux soins des personnes cumulant des difficultés multiples, il est important de répondre au besoin présenté comme le plus accessible par le patient lui-même.

Un réseau ne peut fonctionner que :

- si sa finalité est de répondre au mieux aux besoins du patient

- si les professionnels sans hiérarchisation des compétences se partagent la tâche à accomplir à partir d'un accompagnement pluridisciplinaire

- si chaque professionnel retrouve son efficacité grâce à la compétence de l'autre

d'autres conditions sont sûrement nécessaires… à suivre.

Dr Marijo TABOADA

PROJETS EN COURS

Le DAPSA organise pour l'année 2006 :

- 2 groupes de travail :
  - Groupe sur «les pères»
  - Groupe sur «la clinique de la visite à domicile»

  Ces groupes fonctionnent à raison de 1h30 toutes les 6 semaines, il reste quelques places disponibles...

- Une formation sur la psychologie de l'enfant dans le contexte de troubles psychopathologiques parentaux. Repérage des signes discrets, mais significatifs pour les professionnels de l'enfant. Nous contacter pour inscription et détails.

- Le 29 Juin, le DAPSA donne son 1er coup de pioche du «Chantier ouvert aux publics» sur le thème de la «Maternité et addiction». Il s'agira d'une matinée de communication et d'échange sur l'articulation des prises en charge des adultes et des enfants (programme en cours d'élaboration).



