

WORLD CAFE - RESTITUTION

2018



Qu'est-ce qu'un world café ?

Le world café est un processus d'échanges créatifs visant à partager des connaissances et faire émerger des idées et des initiatives au sein d'un groupe réuni autour d'un thème ou d'un projet commun.

Et ça se passe comment ?

En pratique, ce processus reproduit l'ambiance d'un café, d'un espace convivial où les participants échangent en petits groupes autour de tables, à propos de questions préparées à l'avance, permettant d'explorer le thème central.

A intervalles réguliers, les participants changent de table à l'exception d'un hôte qui accueillent les nouveaux venus et leur résume la conversation précédente. Ainsi les discussions en cours se « fécondent » les unes les autres.

A Reims,

- 3 sujets, une salle par sujet, 6 tables de discussion de 6 à 8 personnes dans chaque salle, un hôte par table
- Chaque sujet a été divisé en 3 thématiques soit 2 tables par thématique dans chaque salle
- Durée de la discussion avant rotation des tables : 20mn. Chaque personne passe une fois à chaque table, chaque thématique est traitée 2 fois
- Une première restitution spontanée et orale le jour même, une restitution plus complète suite à la JEALS, diffusée aux participants et plus largement.

Les 3 sujets et thématiques retenus :

- **Objectif 1^{er} 95**

Les occasions manquées

Cartographie territoriale des personnes à risque

Comment mieux accueillir nos publics

- **Parler sexualité et indétectabilité**

Parler sexualité sans tabou

Parler sexualité et indétectabilité

Parler sexualité et pratiques associées

- **Situations complexes**

Vieillir avec le VIH et co-morbidités

Santé mentale et addictions

Populations exclues et migrants

Ce document restitue les notes des hôtes des 18 tables réparties en 3 salles, recueil non exhaustif réalisé à la suite de la JEALS 2018 (notes fournies par au moins un des 2 hôtes, parfois mises en commun). Il s'agit d'un recueil, simple et sans reprise, des idées et paroles échangées au cours de ce world café, très raccourci et accéléré par les contraintes du programme. Annoncé pour poursuivre au delà de la JEALS et du cercle des présent.es à Reims, ce document est diffusé aujourd'hui pour servir de base à votre réflexion et travaux collectifs en vous invitant à votre tour à rebondir.

A vous de poursuivre et de promouvoir l'intelligence collective au profit de nos pratiques !

Objectif 1^{er} 95

S1Q1 : Occasions manquées

Christine Jacomet cjacomet@chu-clermontferrand.fr

Laurence Boyer l.boyer@chu-nancy.fr

1. Retour au dépistage systématique lors de l'accès aux soins
 - a. C'est ainsi que l'incidence de la syphilis a fortement diminué dans les années 1960-80
 - a. Surtout lors de consultation chirurgicale ou anesthésique, en amont d'une intervention prévue
2. Formations des MG et des médecins de spécialité
 - a. Changer le message sur le VIH !
 - b. Formation continue obligatoire indemnisée
 - c. E learning
 - d. Alertes sur les DMP en cas d'ATCDS pouvant être liés au VIH
 - e. Contact avec mes sociétés savantes MG, dermato, gynéco, urgentistes pour organiser collectivement des sessions sur l'infection VIH et son dépistage
3. Formation des personnes
 - a. Changement des messages ! axer sur la santé sexuelle
 - b. importance de l'information dès le collège, puis au lycée : rôle des IDE scolaires et rappel à faire sur les campus universitaires par des professionnels du SUMPPS en partenariat avec les CPEF et les CeGIDD.
 - c. Diffusion dans les salles d'attente de messages de prévention et de dépistage. Par URPS ? santé publique France ?
 - d. Envoi par les CPAM d'ordonnances types de dépistage VIH et hépatites tous les 10 ans à partir de l'âge de 18 ans
 - e. Notifications des partenaires
4. Consultations de prévention mieux rémunérées
 - a. Ou financement des MG adaptés aux objectifs de santé publique de la région
5. De nouvelles possibilités d'agir
 - a. Nouvel exercice libéral en maison de santé propice pour EPP entre cliniciens
 - b. Apport de la formation dans le cadre du service sanitaire
6. Mettre en place des algorithmes de dépistage auprès des laboratoires de ville
 - a. Si dépistage IST : ne pas oublier le dépistage du VIH
 - b. En cas de lymphopénie et thrombopénie
 - c. Ag pneumocoque positif
 - d. Etc...
7. Passage à l'échelle des initiatives locales probantes
8. Surtout : nouvelles campagnes de communication
 - a. Modifier l'image du SIDA
 - b. Plus de campagnes
 - c. Plus longues dans le temps
 - d. Unité de temps dans les campagnes tout public, soignants, groupes cibles

S1Q2 : Cartographie des populations les plus exposées

Eve Plenel eve.plenel@parissanssida.fr

Sandrine Fournier S.Fournier@sidaction.org

Intro :

- Epidémie concentrée
- Données fines sur la population non diagnostiquée au niveau départemental
- Pourtant nous sommes mauvais : on dépiste beaucoup de séronégatifs

La question est : dans votre environnement, comment parvenez-vous à atteindre les populations les plus exposées sur votre territoire ? (quels partenaires, quels informateurs ? comment ? ...)

Un regard critique sur les catégories de populations clés :

Les grandes catégories épidémios sont trop générales, ne décrivent pas les réalités des modes de contamination, les parcours, etc.

La DO ne renseigne pas non plus la situation socioprofessionnelle, ce qui serait utile.

Et ces « autres hétéros » (notamment les hommes de plus de 50 ans) ne sont pas du tout identifiés.

De même, les entretiens associés aux tests n'intègrent pas de données sur le parcours des personnes.

Il conviendrait d'identifier plus finement les publics et les parcours.

Par ailleurs, il convient de ne pas se limiter aux grandes catégories de population identifiées nationalement, et d'observer ce qui se passe effectivement localement, pour constater par exemple que certains groupes (fonctionnaires européens à Strasbourg ou animateur d'Euro Disney) sont particulièrement exposés.

La cartographie actuelle devrait par ailleurs aussi porter sur les autres IST (Chlam et gono).

Des initiatives en cours pour mieux cibler les publics :

- Une expérimentation conjointe de la CPAM de Nice et d'un laboratoire d'analyse : les hommes de plus de 40 ans recevront un courrier leur rappelant la recommandation d'un dépistage au cours de la vie, et les invitant à le réaliser gratuitement, sans ordonnance, directement au laboratoire.
- Le Corevih d'Alsace a réalisé une étude rétrospective pour mieux connaître les personnes récemment diagnostiquées
- Soirées « ramène ton pote » de AIDES : après avoir ciblé des HSH sur les sites et applis de rencontre, il leur est proposé de venir avec leurs amis à une soirée pendant laquelle des dépistages sont proposés.
- Le recrutement, par HF Prévention, d'animateurs issus des communautés que l'on veut toucher lors des actions de dépistage rapide.
- Il faut inciter les associations à intervenir davantage en prison pour proposer des tests rapides (dépistage actuel à l'entrée en prison mais plus après).

- Suggestion d'utiliser Google Trends pour identifier certaines recherches par mots clés sur un territoire.

Des partenariats avec les acteurs non VIH à développer :

- Les dispositifs « politique de la ville » qui produisent des diag, réseaux d'acteurs fédérés ayant des connaissances très fines sur les populations ;
- Missions locales ;
- Services de la PJJ, etc.

S1Q3 : Comment mieux accueillir nos publics

Véronique Tirard Fleury v.fleury.prof@gmail.com

- 1) Des besoins spécifiques nécessitant une offre diversifiée pour une bonne adéquation
 - a. Exemples/suggestions pour des réponses diversifiées et adaptées
 - i. Les médiateurs communautaires
 - ii. La question des horaires des structures de dépistage (CeGiDD)
 - iii. Le aller vers/hors les murs dans des bus santé non spécifique (HTA, glycémie, VIH, IST...)
 - iv. Imaginer des lieux adaptés pour les publics (ex migrants : salon de coiffure ...)
 - v. Par exemple, les flyer Plan Q peuvent choquer et être contre productifs pour certains publics, comme les migrants
 - vi. Un accueil différent à proposer quand contexte de « panique » à réfléchir et concrétiser
 - b. Exemples de spécificités évoquées pour les besoins : la confidentialité (notamment à partir d'exemple pris dans les îles)
- 2) Ne pas tout focaliser sur les CeGiDD qui ne sont qu'un des acteurs pour le dépistage au côté des médecins et laboratoires de ville qui font l'essentiel 93% (données à vérifier) des dépistages et sont trop souvent oubliés
- 3) Les facteurs favorisant un accueil adapté
 - a. Les partenariats
 - i. En particulier associatifs et communautaires qui ont une bonne connaissance des publics
 - b. Le facteur temps
 - i. par exemple travailler sur la modalité de rendu des résultats qui pourraient dégager du temps pour mieux « accueillir » (en particulier pour les publics réguliers,..)
 - c. La qualité de la relation soignants (en particulier avec le médecin)

- d. Le renforcement des compétences sur la posture (formations classiques et autres ... de l'ensemble des personnes de la structure (dès l'accueil +++)) et avec un déclouonnement des formations afin de favoriser la connaissance mutuelle des professionnels
 - e. Demander aux patients/usagers des lieux de dépistage ce qu'ils souhaitent
 - f. Le port de la blouse blanche, le « vous », le « tu » (Pour information, le travail effectué par la coordination régionales des CeGiDD PACA (COREVIH POC) qui a réalisé un guide méthodologique sur l'accompagnement en CeGiDD-2017/2018)
- 4) Imaginer/développer d'autres réponses
- a. Par exemple, face à la recommandation pour les HSH de faire le dépistage tous les 3 mois, face au fait que les CeGiDD sont débordés, la réponse actuelle (en tt cas en CeGiDD) est inadéquate : place alors des autotests ? TroDS ?
 - b. Dans les lieux communautaires mais débat entre le risque de « ghettoisation » et la valeur ajoutée d'une réponse adaptée
 - c. Comment se font les rendus des résultats et qui rend (discussion sur le protocole de coopération de l'Essonne dans lequel les résultats positifs VIH sont rendus exclusivement pas les médecins)
- 5) Travailler sur le tabou de la sexualité, la difficulté d'en parler parfois même au cœur des CeGiDD !
- a. « Eviter les erreurs de casting » dans les embauches des CeGiDD par exemple (exple d'une IDE en CeGiDD qui ne se sent pas légitime pour questionner les pratiques sexuelles....)
- 6) Dédramatiser le discours sur le VIH afin d'inciter au dépistage
- 7) Pour les professionnels : savoir reconnaître ses propres limites :
- a. En fonction de leur propre histoire, chaque professionnel a des limites (de public accueilli, de sujet abordés), les reconnaître et les partager permet que le patient puisse avoir une réponse
 - b. Former au maximum, notamment les jeunes, accueil/formation des internes en CeGiDD
- 8) Pour les politiques de santé, assurer la complémentarité de l'offre afin que l'accueil puisse être le plus adapté et pertinent possible /cf. la planification parfois peu complémentaire entre eux des CeGiDD
- 9) Des études à mener
- a. sur ceux qui ne se font pas dépister
 - b. sur les bonnes pratiques professionnelles pour l'accueil
 - c. sur comment font les autres pays en ce qui concerne l'accueil ?

10) Des pratiques /outils existant-e-s /ou suggéré-e-s :

- a. Une note de qualité d'accueil pour les laboratoires de ville
- b. SMS de rappel
- c. Développer /utiliser mieux les salles d'attente
- d. Les modalités de rendus
 - i. par SMS « arrêter le fantasme ! » et plus généralement, débat sur le rendu des résultats
 - ii. Demander à la personne quel est son choix !
- e. Doctolib Prep
- f. Utiliser le service sanitaire
- g. Développement des patients experts, rémunérés et pas sur un « strapontin »
- h. « supprimer les directeurs hospitaliers formés à EHESP et les remplacer par des écoles de commerce ! »
- i. Faire des cartographies de l'offre de dépistage (géographes de la santé,..) afin de la rendre accessible et adaptée
- j. Lien à créer par exemple avec la CPAM afin d'inciter à un dépistage au moins une fois dans sa vie, en // avec les incitations au dépistage K du colon ou vaccination grippe
- k. Les TroDs
- l. Les autotests
 - i. Gratuité
 - ii. Travail sur la réglementation de leur visibilité sur les comptoirs de pharmacie pas possible actuellement...

Catherine Aumond caumond@aides.org

RESUME

1-Rendre les labos plus performants

2-Améliorer significativement le fonctionnement des Ceggid et augmenter la fluidité de l'offre de soins

3-Faire une offre de dépistage centré sur les besoins des personnes qui sont différents selon les publics

EN DETAILS

Tentative de définition des conditions du mieux accueillir : non jugement, pas d'attente, horaires adaptés, confidentialité

Le Aller vers est une alternative intéressante à l'accueil

Pistes d'amélioration des Ceggid :

-Passer de CDAG à centre de soins en santé sexuelle

-Augmenter les compétences du personnel Ceggid en terme de posture d'écoute , de non jugement ,de réponses aux besoins, de connaissances sur les différentes cultures et les pratiques à risque larges(travailleurs-euses du sexe, consommation de produits...)

-Augmenter la qualité des soins : organiser un accueil confidentiel à tous les niveaux, adapter les horaires notamment pour un public qui travaille, utiliser l'interprétariat si nécessaire,

-Fluidifier et raccourcir les parcours quand c'est possible : ordonnance à dispo pour des non médecins (délégation de tâches) ; résultats négatifs envoyés par SMS ; allègement de l'entretien prétest (notamment quand tests répétés) ; proposer des trods , des autotests, des autoprélèvements ; adapter les pratiques aux différents publics qui ont des besoins différents ; proposer des consultations sur rdv et sans rdv.

Pistes d'amélioration des laboratoires :

Il est fait le constat qu'un pourcentage très important des dépistages sont faits en laboratoires de ville.

-Former les professionnels pour un accueil non jugeant et confidentiel à tous les niveaux

-Autoriser le remboursement du VIH s'il est fait sans prescription

- Proposer de rajouter le VIH sur une ordonnance de bilan , s'il n'est pas prescrit (expérience en cours à Nice avec les hommes de plus de 40 ans)

-Rémunérer une consultation de santé sexuelle pour les biologistes

-Gratuité des tests VIH en labo

Autres pistes :

-Les discussions ont permis d'identifier des pistes différentes selon les acteurs et il est apparu l'idée d'identifier de nouveaux interlocuteurs sur le dépistage comme par exemple les centres de santé interdisciplinaires (modèle AZALEE)

- La place des généralistes a été questionnée sans pistes proposées

Parler sexualité et indétectabilité

S2Q1 : Parler sexualité sans tabou

Bertrand Riff mmmbriff@gmail.com

Gimondi Emmanuel egimondi@sis-animation.org

S2Q2 : Parler sexualité et indétectabilité

Florence Thune f.thune@Sidaction.org

Anne Simon anne.simon@aphp.fr

- Pour le concept et l'information
 - Le terme Indectabilité n'est pas forcément le bon terme mais il faudrait plutôt dire un PVVIH sous traitement ne transmet pas / simplifier les messages et sortir de notre jargon TASP et indétectabilité que personne ne comprend dans le grand public
 - S'accorder sur les termes employés : que veut-on dire quand on parle maintenant de « rapport non protégé », non protégé par quoi ? Pas par un préservatif mais par les traitements...
 - C'est un paramètre ou son équivalent I= I avec sa conséquence de non transmission qui permettrait de lutter contre la discrimination mais pour l'instant le concept n'est pas bien connu même sur les réseaux sociaux spécifiques, chez les soignants et même chez certains patients Le mettre en parallèle avec les IST et le préservatifs et non en opposition
- Proposition pour parler de indétectabilité
 - De façon individuelle
 - Discussion en couple en consultation avec les soignants car difficultés avec les partenaires pour convaincre (ne pas faire reposer uniquement sur le conjoint séropositif la transmission de l'information et donner l'opportunité au conjoint séronégatif de faire part de ses questions, de ses doutes,...)
 - Affiche pour poser des questions flyers pour libérer la parole avec le médecin ou le partenaire
 - Messages individuels pour personnaliser plus et tenter de le conceptualiser dans le plaisir
 - Consultation pluridisciplinaire de santé sexuelle ou autour de la santé sexuelle éventuellement dans le cadre de l'ETP
 - Rencontres et consultations avec les partenaires et les personnes concernées : journée patient
 - Rassurer la personne sur la question des « blips », sur la peur de ne pas être « tout le temps indétectable » et de ne pouvoir s'en assurer que deux fois par an
 - De façon collective
 - Message autour de l'annonce et de la notification aux partenaires pour permettre une meilleure annonce avec la non transmissibilité
 - Difficulté des discours médicaux sur l'indétectabilité qui reste très scientifique et tourner sur le court terme discours moins culpabilisant/ Cohérence du discours homogène dans le réseau de soins pour ne pas avoir de discours différents
 - Trouver des slogans pour que ça percute auprès du grand public
 - Discours institutionnel campagnes SPF par ex avec en relai les associatifs
 - Travailler le discours pour qu'il ne soit pas en porte à faux avec le discours de prévention primaire tout préservatif
 - PVVIH acteur de sa prévention mais pas ne pas faire porter le message que par les PVVIH
 - Sexualité des personnes séronégatives et échanges entre elle

- Campagne corevih avec les partenaires et les PVVIH autour du soins avec les associatifs journée patients COREVIH Bretagne par exemple/ Semaine sur sante sexuelle
- La sexualité et l'indetectabilité
 - Les points forts
 - Sexualité plus « facile » car non transmission/ Vraie libération par rapport vaincre la peur de transmettre de la culpabilité
 - Liée à la disibilité de la séroposivité facilitée pour certains
 - Sexualité plus facile à aborder depuis indetectabilité du coté des patients comme du côté des soignants
 - Permet de reparler avant tout de sexualité pour certaines personnes qui avaient mis complètement leur sexualité de côté
 - Etre indetectable, c'est avoir la possibilité / liberté de ne pas parler de sa séroposivité
 - Permet d'aborder des sujets actuels tels que le chemsex
 - Les points à améliorer
 - Il reste des barrières psychologiques qui empêche une sexualité épanouie/ Persistance de la culpabilité de certaines personnes qui du coup se sent en difficulté
 - Les propositions
 - Parler et conceptualiser autour de la sexualité peut permettre de faire mieux/ Le cœur du sujet est de prendre soins de soi/ Exemples très simples pour rendre les choses plus simples
 - Pour tenter de convaincre, rappeler les progrès déjà très anciens fait dans le cas de la transmission mère-enfant où là aussi, les traitements ont fait leurs preuves et aucun bébé ne nait aujourd'hui séropositif lorsque le protocole est bien suivi (et pourtant, personne n'affirme que le risque est de zéro)
 - Formation des soignants pour porter l'écoute de parler de sexualité et des personnes pour l'aborder avec les patients / inclure également le personnel paramédical, les pharmaciens,...
 - Accompagnement du changement de paradigme encore nécessaire pour les soignants, les associatifs et les patients

S2Q3 : Parler sexualité et pratiques associées

Eric Clairet eric.clairet@gmail.com

Nathan Boumendil nboumendil@aides.org

Nous sommes partis sur la question de comment libérer la parole sur la sexualité et les pratiques associées comme le travail du sexe ou l'usage de drogues.

D'autres exemples de pratiques associées ont été évoquées comme les pratiques de modification corporelles des parties génitales (billes en sous-cutanée sur le pénis, assèchement/élargissement/rétrécissement du vagin).

Constats :

Déjà difficile de parler de sexualité avec son médecin, alors parler de drogues ou de travail du sexe encore plus. De l'autre côté, peur des soignants-es de stigmatiser en posant la question.

Question du temps à y consacrer, on va laisser ça plutôt au psy, sexologue ou l' ETP / associatif alors qu'important pour diagnostic et prise en charge.

Idées :

- se légitimer/s'autoriser à parler sexualité, drogues et travail du sexe
- travailler avec pair-éducateurs en équipe avec des débriefing réguliers (cas et difficultés rencontrées, nos représentations...)
- organisation (par les Corevih) de rencontres / formations généralistes et pharmaciens pour parler de sexualité et sur les problématiques rencontrées par les usagerEs de drogues et travailleurSEs du sexe.
- trouver d'autres formulations plus neutres pour demander au patient s'il prend des drogues ou s'il fait du travail du sexe (Est-ce que ça t'arrive de prendre des stimulants pour avoir des rapports sexuels? Cela t'arrive-t-il d'accepter de l'argent en échange de rapports?)
- travail de plus longue halène pour transformer la société, le rapport à la sexualité.
- Parler de manière positive de sexualité mais attention au "diktat du plaisir / orgasme" (personnes excisées, victimes de violence).

Voici le résumé que nous avons gardé pour chaque table :

1. Parler de sexualité avec son médecin c'est difficile. Parler de multi-partenariat ou de chemsex est encore plus difficile.
2. Psychologues, sexologues, Infirmier-e-s formé-e-s à l'ETP, militant-e-s associatifs = plus de temps pour parler au patient (que le médecin spécialiste)
3. Formation des médecins VIH pour parler sexualité avec leurs patients
4. Questions sur les transidentités
5. Amener le médecin/l'équipe médicale à faire des entretiens avec le plaisir en préambule ou le bien-être sexuel en préambule
6. Légitimer le médecin à parler de sexualité
7. Un Gynéco fait des frottis mais pas de dépistage = il ne parle pas de pratiques et de partenaires... qui fait le premier pas pour aborder le sujet de la sexualité ?
8. Il faut transformer la norme sociale pour une meilleure santé sexuelle.
9. Il n'y a pas « la sexualité » mais des sexualités
10. Comment libérer la parole avec les patients : Avec une posture (mettre tout le monde à l'aise), avec du plaidoyer, avec des médiateurs.

Situations complexes

S3Q1 : Vieillir avec le VIH et co-morbidités

Hélène Meunier helenemeunier.envie@orange.fr

Nadia Meliz nadia.meliz@bbox.fr

Les 6 groupes évoquent la chance de pouvoir vieillir avec cette maladie, par contre ils évoquent différents points où les difficultés apparaissent :

- Ehpad : personnels non formés au VIH, pas d'éducation thérapeutique, problème de discrimination et de coût, problème de secret professionnel.
- Mass : pas assez représentées en France, manque de places pour la population (50/60).
- domicile : auxiliaires qui refusent de venir pour cette maladie, discrimination par manque de formation sur le terrain.
- Pas assez de communication sur la personne de confiance, les directives anticipées.
- Les retraites qui ne sont pas assez élevées pour répondre au confort. Tout cela est un problème sociétal sur la vieillesse en général, plus fragilisée par le virus du VIH.

L'accompagnement n'est pas encore instauré dans des bonnes conditions.

S3Q2 : Santé mentale et addictions

Nicolas Derche nicolas.derche@groupe-sos.org

Jimmy Lambec jlambec@aides.org

La discussion a souvent commencé sur le questionnement si l'origine des problèmes de santé mentale est forcément liée aux consommations ou si les consommations addictives découlent d'un besoin lié à la santé mentale.

Plusieurs points sont ressortis :

- arrêter le jugement moral sur les consommateurs qui est un frein majeur à l'adhésion des personnes à une offre d'accompagnement et de prise en charge des addictions
- Objectiver les besoins liés aux consommations : le diagnostic doit être fait avec la personne afin de définir une réponse adaptée. Pour cela la mobilisation des techniques d'entretien motivationnel favorisera la prise en compte des besoins identifiés par les personnes elles-mêmes

- Penser à parler systématiquement des consommations avec les personnes rencontrées sur nos accueils ou actions. Plusieurs groupes ont soulevé la difficulté des professionnels de santé pour aborder le sujet des addictions (produits licites ou illicites) avec les femmes, et notamment les femmes migrantes.
- Construire un réseau de santé pouvant proposer un parcours adapté aux besoins de chacun. Pour cela il s'avère nécessaire de remobiliser les acteurs du champ de l'addiction (CSAPA CAARUD) dans les réseaux de lutte contre le VIH.
- Développer des offres addicto et santé mentale décloisonnées en veillant à ne jamais être dans l'injonction. Le Développement de permanences délocalisées pour améliorer l'accès à l'offre de soin dans tous les domaines a été régulièrement proposé. Toutefois concernant la mise en œuvre de consultations de type CSAPA ou psychologiques hors les murs, plusieurs groupes ont rappelés l'importance de ne pas surmédicaliser les offres dans les lieux d'accueil non médicalisés (notamment association de lutte contre le VIH/sida) ce qui pourrait avoir pour conséquence d'éloigner une partie des publics les fréquentant.
- Ne pas psychiatriser l'approche en addictologie et garder la place de la RDR. Ralentir le retour au biomédical de la prise en charge VIH et de la prévention.
- Former les intervenants sur les consommations de produits, les moyens de réduction des risques et les dispositifs existants pour la prise en charge et l'accompagnement des consommations dans une logique de réduction des dommages.
- besoin d'une conférence de grande ampleur sur les addictions pour mutualiser un état des lieux et des préconisations basées sur les constats de terrains documentés et non basiquement alarmistes.
- Eviter l'injonction au « bon patient », celui qui n'échoue jamais dans son parcours de santé
- Prendre en compte l'impact de la migration sur la santé mentale : la majorité des groupes ont rappeler que les traumatismes vécus dans les parcours de migration récents et d'installation en France auront de très forts retentissements à moyens et longs termes sur la santé mentale et la santé globale des personnes concernées.

S3Q3 : Populations exclues et migrants

Julie Sarrazin julie@griselidis.com

Guylène Madeline g.madeline.gaps@outlook.fr

Nous avons essayé d'identifier les freins aux parcours de soins personnes les plus exclus en particulier les personnes migrantes :

Nous avons évoqué la précarité, l'isolement, la stigmatisation et les discriminations, les restrictions de régularisation, le problème du logement, la préfecture qui bloque et n'applique pas la loi, les moyens financiers insuffisants, faible voir aucune représentation des migrantes dans les instances de démocratie sanitaire.

Nous avons essayé de dégager des pistes d'action pour dépasser ces freins :

- Nous avons beaucoup parlé de l'importance de la médiation en santé, de la nécessité de former et de financer des postes de médiateur en santé. Nous avons échangé sur le fait que les médiateurs doivent ou devraient être des personnes issues des communautés des plus exclus, ou des personnes qui partagent une pratique ou une expérience (PVVIH, parcours migratoire, travail du sexe, usage de produit...). Il est primordial de reconnaître leurs compétences, de les salarier et de les intégrer aux équipes associatives et médicales. La médiation sanitaire est bien à double sens, elle permet de faciliter la compréhension des enjeux de santé pour les personnes mais elle permet aussi au soignant de mieux comprendre la situation des patients. Attention à ce que le secteur médical ne se décharge pas non plus de ses missions sur le dos des médiateurs (santé globale, recueil du consentement éclairé...).

- Avoir une approche pluridisciplinaire.

- L'accompagnement global effectué par les associations est également primordial.

- L'aller vers et les accompagnements physiques permettent de rompre l'isolement et de permettre un accès au droit effectif.

- Faire du plaidoyer/lobby pour influencer le cadre légal.

- Former les professionnels de santé concernant les discriminations, le droit et la régularisation, la santé globale.

- Prendre en charge les violences sexuelles.

- Permettre l'accès à un service d'interprétariat partout.