

Rencontre des réseaux addictions

Mardi 18 septembre 2012 – SYNTHÈSE (1^{ère} partie)

43 personnes ont participé à cette rencontre, représentant 31 réseaux Addictions.

► Ouverture de la journée par Nathalie LATOUR, Déléguée Générale de la Fédération Addiction

La Fédération Addiction est née de la fusion entre l'ANITEA (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie) et de la F3A (Fédération Française des Acteurs de l'Alcoologie et Addictologie). Cette fusion vers la nouvelle fédération est officiellement née le 1er janvier 2011 sur la base d'une approche volontariste, dans le contexte de la mise en place du Plan Addictions et de la sortie du décret CSAPA (2007). Elle s'est donc faite de façon logique et inéluctable.

Les postures et les outils produits par la Fédération Addiction s'appuient essentiellement sur l'expérience et les pratiques des professionnels de son réseau. Ils sont donc à la fois acteurs des dynamiques et destinataires de celles-ci.

Pour promouvoir ses actions sur les territoires, la Fédération Addiction est organisée en 14 Unions Régionales animées par des délégués régionaux.

Pourquoi la Fédération Addiction soutient le Collectif des réseaux Addictions ? En 2009-2011, la Fédération a piloté un projet sur les pratiques professionnelles en matière de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) en CSAPA. Ce travail a notamment permis de mettre en lumière la nécessité de travailler sur l'articulation des acteurs de soin en addictologie qu'ils interviennent dans le champ médicosocial, sanitaire, ou en ville,... Un projet national a donc démarré en janvier 2012 et les réseaux Addictions y sont naturellement représentés.

L'articulation des professionnels du soin en addictologie nécessite de clarifier les identités de chacun et de redéfinir les liens de collaboration. Les réseaux sont concernés par ce besoin au regard de leur histoire. Leurs enjeux sont donc à la fois techniques et politiques (représentation institutionnelle). Ils s'inscrivent aussi dans un contexte de mise en place des ARS dans lequel la notion de transversalité est à incarner et à défendre du point de vue des addictions.

A ce stade, nous partageons le constat que les réseaux souffrent d'un manque de lisibilité et de visibilité et que leur avenir est questionné. La Fédération Addiction soutient leur démarche visant à valoriser leurs actions et à faire entendre leur valeur ajoutée en complémentarité avec les autres acteurs de l'addictologie.

Bonne journée de travail !

Avec le soutien de la Fédération Addiction



► « Pourquoi un Collectif des Réseaux Addictions ? » par le Dr Didier BRY du RESAD Vaucluse Camargue et Delphine BANTEGNIE du RESADH 73, membres du Collectif des Réseaux Addictions.

A - Historique du collectif

Septembre 2009 :

- **Rencontre** entre les réseaux addictions 73 et 84 pour échanger sur nos pratiques (fonctionnement, outils, etc.).
- **Les discussions** ont « débordées » sur d'autres sujets transversaux : la place du patient, les partenariats, le financement, l'évaluation, la reconnaissance de nos actions, etc.
- Cet échange a mis en valeur le sentiment d'**isolement** des réseaux, par conséquent le besoin d'échanger sur nos pratiques avec d'autres réseaux.
- Organisation (modeste) à notre initiative d'**une journée de rencontre** plus importante.

Janvier 2010 :

- **9 réseaux** sur 11 invités ont participé à une journée
- le **matin** a été consacré à la **présentation** des activités
- **l'après-midi** à un **débat** autour de l'intérêt d'organiser une **journée de rencontre nationale**, le fond et la forme que cela pouvait prendre.

Puis la **conjoncture** a eu raison de notre motivation (pas de **financement**, priorités de chacun des réseaux sur **d'autres actions**, etc.).

Septembre 2011 :

Relance de la dynamique par la rencontre de Didier Bry et **Alain Morel**.

La **Fédération Addiction** apporte son soutien et son professionnalisme permettant de **créer le collectif** et de nous réunir aujourd'hui.

B- Les objectifs du collectif

1 – Améliorer la prise en charge d'usagers présentant des situations complexes.

Les réseaux de santé ont été inspirés par les **professionnels** pour répondre au mieux aux nécessités :

- de **décloisonnement** :
 - o hôpital / ville
 - o médical / social
 - o structures / libéraux
- de **meilleure prise en charge en ville** (actes dérogatoires/microstructures)

Avec le soutien de la Fédération Addiction



- de **coordination**
- de **continuité et de « fluidification des parcours de soins »**
- de **formation**
- **d'actions de santé publique** (de la prévention à la recherche)

2 – Valoriser les spécificités de l'accompagnement et du soin en addictologie.

- L'objectivation des **demandes d'efficience** de la part des **financeurs** au travers des **PPS, CPOM** et **autres...** favorise les **problématiques bien « cadrées »**.

- Avec des **usagers** qui ne veulent **pas forcément de soins** et d'autres qui **font rarement ce qui était prévu**, avec ceux qui « **rechutent** » et d'autres **stabilisés mais** chez qui la **notion de guérison** ne veut pas dire grand-chose, il est **difficile de rentrer dans les cases** prévues par l'administration.

Ce sujet sera approfondi en 2^{ème} partie de matinée par l'intervention d'Alain Morel, Anne-Marie Brieu de et François Brun sur « comment prendre en compte les spécificités de l'addiction pour améliorer l'accès aux soins et l'efficacité de l'accompagnement ».

3 – Consolider et faire perdurer l'accès aux soins pour tous en addictologie :

Les réseaux addictions œuvrent à :

- la **pluridisciplinarité**,
- la **complémentarité**,
- des **pratiques conformes** aux connaissances,
- des prises en charges de **qualité**,
- la **proximité**,

grâce à **des professionnels** qui **s'engagent** au-delà de **représentations négatives**.

Or, les **restrictions budgétaires** atteignent en priorité ce qui paraît être un « **lux**e » : les **réseaux**. Parmi eux tout particulièrement ceux qui, comme les réseaux addictions, **ne se conforment pas au modèle médical traditionnel : maladie – traitement – guérison** avec plus ou moins de séquelles.

Il est nécessaire de soutenir :

- la **diversité des modalités d'accès** (centre spécialisé, soins de ville, hôpital),
- la nécessaire prise en charge **pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale**,
- la **diversité des formes d'accompagnement** :
 - o **réduction des risques** comme moyen d'amorcer des changements et d'accéder à des soins
 - o **maîtrise de consommation**
 - o **sevrage**
 - o **abstinence**.

Avec le soutien de la Fédération Addiction



4 – Promouvoir le rôle des réseaux de santé en addictologie

Acteur complémentaire de l'hospitalier, du médico-social et des acteurs de la ville dans la **coordination du parcours de soins** du patient en addictologie, les **réseaux de santé addictions** nous paraissent **essentiels** :

- pour permettre une offre (de la réduction des risques aux soins) pour des **problématiques présentes massivement** au sein de la population
- pour que cette offre existe aussi bien dans **les grands centres urbains**, que dans les **banlieues**, les zones **péri-urbaines et les campagnes** afin d'être **au plus près des populations** concernées et des professionnels qui les soignent et ainsi répondre à **l'accès aux soins pour tous quel que soit le lieu d'habitation**.
- pour **améliorer la coordination** des différents professionnels **libéraux**, salariés de **structure** et **hospitaliers** aussi bien du **sanitaire** que du **social** ou du **psychologique**.
- pour apporter des **solutions innovantes**, adaptées aux **circonstances et aux conditions locales**,
- pour **développer une culture** et posture communes des différents acteurs au travers **des réunions et des formations pluridisciplinaires**.

Conclusion

Face aux **enjeux actuels** sur le devenir des réseaux de santé (en attente du guide méthodologique des réseaux et de la place qui sera octroyée à l'addictologie), **cette journée** vous est proposée afin de **concevoir ensemble** comment **améliorer notre visibilité** et **faire reconnaître notre pratique** tant auprès des autres **acteurs de soins** que des **tutelles** et des **politiques**.

C'est pourquoi :

- **après un état des lieux** issu des réponses au questionnaire
- **un temps de réflexion sur les spécificités** des addictions et des réseaux en addictologie,
- nous vous proposons de penser ensemble cet après-midi une **stratégie de valorisation** traduit par un **texte d'appel** qui vous a été soumis et sera **débatu tant dans son contenu que dans son utilisation**.
- Nous devons également aborder **l'avenir de ce collectif** (constitution d'un **groupe de réflexion au sein de la Fédération Addiction**, forme **associative** ou maintien d'un **collectif plus informel...**).

Echanges avec les participants

- REUNISAF : quel est le lien du collectif avec l'UNRS ?
- P. Binder (ICARES) : Les réseaux de santé et les réseaux thématiques = 2 modes de fonctionnement différents
- C. Alphonsine (Réseau Addictions de la MARTINIQUE) : en Martinique, il y a un grand réseau pluri-thématique, fusion de 14 réseaux demandée par l'ARS et en face un réseau maladies chroniques et le réseau addictions.

Il y a une grande inquiétude dans les DOM concernant l'avenir.

Avec le soutien de la Fédération Addiction



- La question des files actives est à relier aux outils d'évaluation. Est-ce une demande de l'ARS ou non ? Sur ce point aussi, c'est divers selon les contextes territoriaux. Les besoins sont différents, les réponses sont diverses.
- Côte d'or : Chez nous l'ARS juge sur la file active. Il s'avèrerait nécessaire d'avoir un outil adaptable en fonction des missions du réseau, réseau tourné vers les professionnels et/ou vers les patients.
- A. Morel (Fédération Addiction) : Il faut aller plus loin que l'état des lieux car ces constats apparaissent dans un contexte de crise de crédibilité de la part des réseaux, du côté des partenaires, crise liée aux réseaux qui se substituent aux structures de prise en charge directe ; il faut donc faire attention à cela en termes d'orientation et penser à des propositions.
- A. Morel (Fédération Addiction) : Les réseaux n'ont pas vocation à prendre en charge des usagers directement. Ceux qui le font, brouillent les pistes de la lisibilité pour les ARS notamment.
- ⇒ Débat sur ce dernier point, avec comme contre argument que si les réseaux addictions reçoivent des patients en direct c'est qu'ils répondent à un besoin auquel d'autres ne répondent pas.
- F. Brun : le problème est le soin de proximité, le secteur de la ville prend en charge des patients qui ne sont pas vus en institution. Ce n'est pas une opposition mais une place à marquer dans son partenariat et son autonomie.

Avec le soutien de la Fédération Addiction

