

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**«LA CREATION D’UN RESEAU DE SANTE.
L’EXEMPLE D’UN RESEAU ADDICTOLOGIE
(ALCOOL, TABAC, DROGUES) EN MAYENNE »**

– Groupe n° 7 –

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| – BASSE Stéphanie | – JOYAU Mireille |
| – BUISSON Thierry | – SERGENT Noémie |
| – CHAPU Hélène | – TEIXEIRA Sophie |
| – FUMEY Daniel | – VERDIER Fabien |
| – HAMMOU-KADDOUR Abderrahim | |

Animatrices

- FOUACHE Christel
– HOUDAYER Patricia

S o m m a i r e

1	Introduction	1
2	Le RIAM : une institution en cours d'élaboration qui peine à être pilotée et à s'organiser selon un mode réseau.	5
2.1	- Le projet de création d'un réseau de santé en addictologie en Mayenne tend à répondre à des défis et des enjeux territoriaux.	5
2.1.1	Les objectifs définis pour l'ensemble des interlocuteurs du « réseau »	6
2.1.2	Le dispositif d'accompagnement thérapeutique en place en Mayenne	7
2.1.3	Les bénéficiaires et les membres du RIAM	7
2.1.4	Le pilotage du « réseau » est assuré par trois instances	8
2.1.5	La stratégie de communication envisagée du RIAM	8
2.1.6	Les acquis et les enjeux du RIAM.....	9
2.2	- L'analyse critique du RIAM tente de remédier à cinq types de limites bien identifiées :	9
2.2.1	Un pilotage du « réseau » largement déficient :	9
2.2.2	De la pertinence de créer un réseau d'addictologie :	10
2.2.3	Malgré la présence d'un noyau dur d'acteurs, le RIAM souffre d'une faible représentation des centres hospitaliers, des médecins libéraux et des travailleurs sociaux.....	11
2.2.4	Les problèmes de définition et d'organisation du « réseau »	13
2.2.5	Les risques inhérents au <i>statu quo</i> :	15
3	Afin de devenir un véritable réseau de santé, le RIAM doit adopter une triple démarche : clarifier son mode de fonctionnement, privilégier la création d'outils de coordination et mettre en place un système de pilotage et d'évaluation.	16
3.1	- Le RIAM doit clarifier sa vision d'un réseau de santé en addictologie et son périmètre d'action	16
3.2	- Pendant la phase de transition, les acteurs du RIAM doivent se concentrer sur certains éléments essentiels du dépôt de projet et s'intéresser à la conduite du changement.....	18

3.3	- Placer les médecins généralistes au centre du RIAM et développer des outils performants	20
3.4	- La question de la structure : le pôle de coordination doit être une structure souple composée d'un chef de projet et d'un coordinateur.....	24
3.5	- Pour fonctionner et devenir pérenne, le RIAM doit mettre en place un tableau de bord, un système d'évaluation et se rapprocher d'autres réseaux locaux, régionaux et nationaux.	26
4	Conclusion.....	29
	Bibliographie.....	31

Liste des annexes Erreur ! Signet non défini.

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions Mesdames Christel FOUACHE, Directrice du CODES 53, et Patricia HOUDAYER, Chargée de Mission à la CPAM de Laval, animatrices du Module Interprofessionnel n° 7 pour leur suivi régulier, leur grande disponibilité et la confiance qu'elles nous ont accordées.

Nous remercions Monsieur F.X. SCHWEYER, Sociologue et Professeur à l'EHESP, pour l'ensemble des informations et explications qu'il nous a communiqué.

Nous remercions les membres du Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne (RIAM), Mesdames les Dr C. BOUTE et D. HARAF, Madame A. BLONDEL, Messieurs Y. LE BLEVEC, B. LE FRANCOIS, P. MARIN, G. MONSAILLER et P. TRANCHEVENT pour leur disponibilité lors des entretiens.

Ainsi que Monsieur le Dr HABERT, Médecin généraliste en Mayenne.

Nous remercions également les personnes que nous avons rencontrées en Champagne-Ardenne, les membres du réseau ADDICA, Addictions Précarité Champagne-Ardenne, Mesdames S. MESTRE, C. HERBIN et M. DELALANQUE, Monsieur le Dr P. ROUA, Messieurs S. POIREL, S. SUPLY lors de nos entretiens, qui ont pris de leur temps pour partager leurs expériences des réseaux et les outils qu'ils ont déployés.

Liste des sigles utilisés

AACO	Alcool Assistance la Croix d'Or
ADDICA	Addictions Précarité Champagne-Ardenne
AIDES	Associations Européennes de lutte contre le VIH/sida (AIDS + AIDE)
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAAT	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Toxicomanie
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale
CIPSAT	Centre d'Information, de Prévention et de Soins aux Toxicomanes
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé de la Mayenne
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRR	Comité Régional des Réseaux
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDR	Dotation Des Réseaux
DNDR	Dotation Nationale des Réseaux
DPP	Dossier Patient Partagé
DRDR	Dotation Régionales Des Réseaux
FAQSV	Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS	Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMC	Formation Médicale Continue
GRIAM	Groupe de réflexion des Intervenants en Addictologie de la Mayenne
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRS	Inspection Régionale de la Santé
MG	Médecin Généraliste
MRS	Mission Régionale de Santé

MSA	Mutualité Sociale Agricole
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMT	Projet Médical de Territoire
PRSP	Programme Régionale de Santé Publique
RIAM	Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne
SATM	Santé Au Travail en Mayenne
SFA	Société Française d'Alcoologie
SI	Système d'Information
SIH	Syndicat Inter-Hospitalier
SMASA	Service Mutualisé d'Accompagnement aux Soins en Addictologie
SPAL	Service de Psychiatrie Adulte Lavallois
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Méthodologie de travail

La réalisation du module interprofessionnel de santé publique (MIP) a nécessité la mise en place d'une méthodologie rigoureuse dont voici les grandes lignes.

Le groupe est composé de : deux élèves directeurs d'hôpital, deux élèves directeurs des soins, trois élèves directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux et de deux inspecteurs des affaires sanitaires et sociales. Neuf personnes ont donc participé à ce travail pendant douze jours ouvrés. L'ensemble de l'équipe a participé à chaque étape de l'élaboration du mémoire à l'exception des entretiens qui ont été menés en groupes restreints à Laval, à Reims ou par téléphone depuis Rennes.

Le travail autour du module nous a permis d'apprendre à nous connaître et à mener une réflexion commune. Nous avons choisi de tirer profit de l'interdisciplinarité en valorisant les compétences et les expériences de chacun au sein du groupe ; nous avons également veillé à constituer des équipes pluri-professionnelles lors des entretiens ; nous avons enfin essayé de dégager une vision partagée quant aux orientations et préconisations en fin de rapport.

Le thème de notre rapport porte sur la création d'un réseau de santé et s'appuie sur l'étude d'un réseau en cours de d'élaboration en Mayenne (53) : le Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne (RIAM). Il nous a fallu à la fois analyser le travail réalisé depuis plusieurs années par ce « réseau » et poser des pistes d'action en nous appuyant sur le réseau ADDICA (Reims).

Le groupe s'est attaché à répondre aux problématiques d'organisation et de management relatives à la création d'un réseau de santé. Le travail de collaboration et de coordination nous semblait en effet être l'élément central pour constituer un réseau de santé en particulier dans le département de la Mayenne. Ainsi, le groupe a délibérément fait le choix de privilégier la réflexion sur la transformation du RIAM en un véritable réseau de santé en addictologie. Le groupe aurait souhaité consulter davantage de médecins généralistes pour la production de ce travail, mais des difficultés ont été rencontrées pour contacter les médecins généralistes et recueillir leurs opinions.

En revanche, ce rapport est le fruit d'un travail collégial qui se veut aussi objectif que possible et dont les conclusions n'engagent que ses participants. Nous avons pris le parti d'insister sur les recommandations, de manière à aiguiller les étapes d'une transformation du RIAM en un véritable réseau de santé.

Notre première séance de travail nous a permis de mettre en commun nos connaissances et nous avons commencé à dresser une liste de problématiques et à émettre des hypothèses spontanées après l'étude du dossier documentaire transmis par nos animatrices (Christel FOUACHE et Patricia HOUDAYER). Nous avons désigné un référent logistique et un référent documentaire au sein du groupe.

Par la suite, cette mission a été découpée en trois phases : une phase exploratoire, une phase d'approfondissement et de validation des hypothèses et enfin, une phase de rédaction et de formalisation de nos recommandations :

(1) Pour répondre à nos interrogations initiales, une première grille d'entretien a été constituée. Pendant cette phase d'investigation, nous avons décidé de former deux groupes : le premier s'est attaché à rencontrer les acteurs de terrains intervenant au sein du RIAM et identifiés par nos deux animatrices ; le second groupe a fait des recherches documentaires afin d'approfondir nos connaissances théoriques sur les réseaux. Les entretiens exploratoires auprès des personnes au coeur du projet RIAM et des financeurs ont été très profitables au groupe. Nous avons pu identifier d'importantes difficultés à la création du réseau de santé en Mayenne.

Dès le lendemain, nous avons procédé à la restitution entre les deux groupes, ce qui nous a permis d'affiner les problématiques et les hypothèses. Les grilles d'entretien ont été modifiées et adaptées. Nous avons rencontré M. SCHWEYER en tant qu'expert afin de lui faire part de nos interrogations. Nous avons sélectionné les acteurs à interroger. Nous avons établi un planning répartissant les tâches à accomplir entre les différents membres du groupe. Deux groupes ont été constitués : le premier menant les entretiens à Reims, le second en Mayenne.

(2) La phase d'approfondissement s'est déroulée en deux temps :

D'une part, les entretiens dans la ville de Reims avaient pour finalité de rencontrer les principaux acteurs du réseau ADDICA. Celui-ci a été proposé par nos animatrices, comme un réseau de référence en France. En effet, il intervient dans le champ des addictions et la précarité depuis 2001. Le but initial était de mieux comprendre les missions, le fonctionnement et l'organisation d'un réseau. L'objectif a été par conséquent de dégager les facteurs clés du succès d'ADDICA et de s'en servir comme élément de comparaison par rapport au RIAM. Toutefois, le groupe est pleinement conscient de la limite de cet exercice dans la mesure où les contextes locaux sont différents et où l'addiction prioritairement prise en charge est différente (la tabacologie à Reims et l'alcoologie en Mayenne).

D'autre part, concernant le RIAM, nous nous sommes attachés à approfondir le fonctionnement de ce « réseau » et ses difficultés. Pour cela, nous avons choisi de rencontrer à la fois des personnes qui participent activement au réseau et des personnes qui ont choisi de rester en dehors de celui-ci. Les entretiens ont été menés sous une forme semi-directive le plus souvent en binôme, d'une durée moyenne d'une heure et demie. Une vingtaine d'entrevues a été réalisée. Nous avons suivi des grilles d'entretien tout en laissant une place importante à l'écoute et à la spontanéité. Chaque entretien a fait l'objet d'une synthèse écrite transmise au groupe.

Au fil de notre réflexion, d'autres recherches bibliographiques et Internet sont venues compléter notre démarche, chacun s'attachant à communiquer aux autres membres du groupe le fruit de ses recherches par courriel ou au sein d'un espace Internet dédié.

(3) Pendant la phase de rédaction, nous avons commencé par échanger sur les grandes axes de notre rapport à partir des comptes rendus d'entretiens.

Nous avons également assisté à une réunion plénière du RIAM afin de valider notre analyse. Enfin, il est prévu que nous fassions une restitution de nos travaux et un échange avec les membres du RIAM lors de leur prochaine réunion à Laval le 19 juin 2008.

Nous avons repris nos hypothèses et notre problématique de départ dans le but d'élaborer un plan. Après un temps de rédaction, nous avons mis en commun et procédé à une relecture attentive et commune afin d'uniformiser notre travail écrit.

1 Introduction

Le **réseau** est le lien faisant communier un ensemble de croyants dans une cause, à une foi d'après son étymologie (« *relegare* » signifiant religion). Les réseaux de santé sont des formes d'organisation de prise en charge du patient au sein desquelles des professionnels, issus de structures et de métiers différents, interviennent pour mettre en commun leur savoir-faire et leur disponibilité au service du patient. Ils constituent ainsi un « *trait d'union entre professionnels et usagers* »¹. Ils participent à une nouvelle forme d'organisation de l'action publique. Si l'Etat français s'est constitué sur le socle de la toute puissance du droit administratif, droit pyramidal (Kelsen), les exigences de cette action publique découlent aujourd'hui d'un « *changement de paradigme* » (F. OST et M. VAN DER KERCHOVE)². L'action sanitaire et sociale n'échappe pas à ce mouvement de fond privilégiant la logique réticulaire à la logique pyramidale, mouvement « *post-moderne* » d'après le professeur Jacques Chevallier³. Le réseau constitue ainsi une voie exploratoire, c'est à dire une autre façon d'organiser les relations des professionnels entre eux pour répondre, à un moment et sur un territoire donnés, à un problème de santé publique rencontré dans la pratique quotidienne autour d'un public ciblé. C'est un outil pour pallier un dysfonctionnement et modifier les pratiques.

La notion de réseau n'est pas neuve dans le système de santé français. Par le passé, les « réseaux de première génération » ont pu être formalisés, tels les dispositifs institutionnels de prise en charge par l'Etat de la tuberculose au XX^e siècle, des maladies vénériennes au milieu du XX^e siècle, ou être la conséquence d'une coopération spontanée portée par des acteurs de terrain. Les évolutions du système de santé ont généré de multiples cloisonnements, entre les secteurs sanitaire et social, mais aussi au sein du secteur sanitaire entre le financement et la production de soins, les services de soins publics et privés... Ces cloisonnements ont progressivement été reconnus par les acteurs de santé et considérés comme des dysfonctionnements menant à une perte d'efficacité dans la prise en charge de certains problèmes de santé. La part croissante des pathologies

¹ La santé de l'homme n° 369, janvier-février 2004, p15

² De la pyramide au réseau ?, François Ost et Michel Van Der Kerchove, Presses des facultés universitaires Saint Louis

³ *L'Etat post-moderne*, Jacques Chevallier

chroniques, les revendications des patients et des soignants de replacer l'utilisateur au centre du système de prise en charge de la maladie, ont initié une multitude de réflexions sur les moyens de remédier à ces carences et ont progressivement conduit à des réponses juridiques. Si les « ordonnances Juppé » de 1996 ont introduit les réseaux dans le cadre législatif (article L 712-3-2 et article L 162-31-1 du code de la santé publique), la création du FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville), par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, va leur donner une impulsion financière. C'est un mode de financement qui, pour la première fois, permet aux professionnels de santé de ville d'initier des réseaux. En outre, la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé abroge la plupart des textes antérieurs et crée une forme unique et légale de réseaux, appelés réseaux de santé, dont elle précise l'objet, les missions, la composition et les conditions de financement (voir annexe n°1). En outre, les réseaux de santé tiennent désormais une place importante dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ou dans le programme régional de santé publique. La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de troisième génération précise, dans les objectifs d'élaboration des nouveaux SROS d' « *incit[er] fortement le développement des réseaux de santé* ». Enfin, l'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007 crée un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS) dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. Au 1^{er} janvier 2007, ce fonds s'est substitué au FAQSV et à la dotation de développement des réseaux (DRDR) dont il reprend les interventions.

La création d'un réseau d'addictologie en Mayenne permet de saisir les enjeux de la transformation d'une coopération spontanée de quelques acteurs sur l'ensemble d'un territoire. Cette initiative s'inscrit dans l'esprit du plan gouvernemental pluriannuel (2004-2008) de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. La Mayenne est un département rural de moins de 300 000 habitants. Avec une densité de 80,1 omnipraticiens et 44,2 spécialistes pour 100 000 habitants en offre de soins libérale, la Mayenne est le troisième département français à plus faible densité de médecins généralistes, et le cinquième pour les médecins spécialistes (source : SROS 2006-2010). La volonté de travailler en réseau est issue d'un constat : le manque de lien entre les différents acteurs de terrain intervenant auprès des personnes en difficulté avec l'alcool. En 1986, un collectif, sans ressources financières spécifiques ni structure juridique, se constitue autour de problématiques liées à l'alcool. En 1997, un projet de **Réseau Alcool Santé 53** est mis en

place. Il est identifié par la DDASS, l'URCAM et l'ARH comme le "réseau" alcool de la Mayenne. La finalité de ce projet est de créer des réseaux locaux de proximité gérés au niveau départemental. Dans ce cadre, 250 personnes ont été rencontrées et formées sur tout le département. Un comité de pilotage de ce projet a été mis en place réunissant un ensemble de partenaires. Il a pour vocation, notamment de suivre et d'évaluer les actions du « réseau ». L'action se terminant en juin 2006, les membres de ce projet souhaitent créer formellement un réseau de santé qui d'emblée s'inscrit dans le champ de l'addictologie et non uniquement dans celui de l'alcoologie. A ce titre, le Groupe de Réflexion des Intervenants en Addictologie de la Mayenne (**GRIAM**) a été constitué en septembre 2003, amenant à l'idée de mettre en œuvre un réseau de santé autour des addictions : le Réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne (**RIAM**).

Le processus de création du RIAM soulève la question de la méthodologie et des outils pour accompagner cette transformation d'une coopération spontanée initiale en une structure formalisée. En effet, le RIAM succède au Réseau Alcool Santé 53 qui a été fondé par deux associations, Alcool Assistance Croix d'Or et l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie de la Mayenne (ANPAA 53), et porté par deux hommes, Gilles Monsallier pour la première, et le docteur Yannick Le Blevet pour la seconde. La difficulté de la création du RIAM est de passer d'une initiative portée par des personnalités charismatiques à un réseau constitué d'affinités autour d'objectifs, avec l'ambition de l'élargir à un ensemble de professionnels qui ne se connaissent pas nécessairement. Si l'enjeu d'un réseau est de « *survivre à la mobilisation de ses acteurs* »⁴, sa grande utilité est de permettre le passage de relais. Le réseau part d'un postulat d'humilité : les acteurs participant de son action sont conscients de leurs limites et utilisent le réseau comme un moyen d'élargir l'horizon des possibilités pour y remédier. Dès lors, un réseau s'émancipe de la dépendance à ses créateurs par l'élaboration d'objectifs écrits et par des financements pérennes qui l'inscrivent dans le système de santé. Comme le montre l'expérience du RIAM, la grande difficulté de la création d'un réseau est de faire travailler ensemble des acteurs issus de *mondes* différents. Il s'agit de réussir formalisation juridique et acculturation des pratiques professionnelles. C'est pourquoi l'élaboration d'un cahier des charges peut servir de gouvernail à l'action de chacun : il ne s'agit pas de figer les initiatives et les conduites de chaque acteur mais de l'obliger à prendre en compte les

⁴ *Créer et piloter un réseau de santé*, François-Xavier Schweyer, Gwénola Levasseur, Teresa Pawlikowska

contraintes de ses partenaires. La spécificité du défi de la prise en charge en Mayenne révèle plusieurs difficultés pour une gestion réticulaire des addictions. En effet, chaque addiction est prise en charge par de nombreuses structures, qui ont leur fonctionnement propre mais qui tentent de coopérer avec des structures similaires. Tout se passe comme si une multitude de structures reposant sur un fonctionnement vertical tentaient de mettre en œuvre une action partagée horizontale. La difficulté réside dans le passage d'une vision verticale de la prise en charge à une vision horizontale. La singularité de chaque structure, avec son identité, son histoire et ses pratiques, rend difficile l'entrée dans un réseau. Bien que la volonté de chaque acteur soit manifeste, les outils font défaut. Si le « *ciment symbolique* » (Anselm Strauss) existe pour la création d'un réseau de santé en Mayenne, les bâtisses organisationnelles du RIAM sont encore en gestation et les partenariats actuellement mis en place sont davantage des coopérations inter-structures que la constitution d'un véritable réseau de santé. Dès lors, si le RIAM veut devenir un réseau de santé, plusieurs conditions devront être remplies. Si le RIAM a été qualifié de « réseau », il n'est pas encore un réseau de santé. Nommer une idée ne suffit pas à la faire advenir dans les faits. Ainsi, bien que la volonté de travailler en "réseau" existe en Mayenne depuis plus de dix ans, il semble qu'aucun des "réseaux" déjà constitués (Réseau Alcool Santé 53 et RIAM) ne puisse se revendiquer d'être un véritable réseau de santé.

Dès lors, la création d'un réseau de santé d'addictologie en Mayenne repose sur le défi de la réussite du passage d'une coopération entre différentes structures, répondant chacune à son propre mode d'organisation vertical, à un réseau de coopération structuré par et autour de l'horizontalité.

Le présent rapport analysera, dans une première partie, l'élaboration du RIAM et montrera pourquoi celui-ci est moins un « réseau » qu'une coopération entre différentes structures, avant de proposer, dans une deuxième partie, des recommandations et des axes pour penser l'accompagnement de sa transformation en un véritable réseau de santé.

2 Le RIAM : une institution en cours d'élaboration qui peine à être pilotée et à s'organiser selon un mode réseau.

Face aux addictions, au-delà de la souffrance physique et psychique, la souffrance psychosociale est importante pour l'utilisateur et son entourage. L'approche globale et concertée nécessaire à la prise en charge de problèmes complexes se heurte aux multiples cloisonnements du système de soins et appelle un travail en réseau qui fait intervenir de nombreux acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, mais aussi d'autres champs de l'action publique comme la Justice et l'Education Nationale.

La complexité et la diversité de la prise en charge en addictologie requiert la création d'un réseau de santé regroupant les diverses addictions au sein du département de la Mayenne en favorisant la coopération de tous les professionnels de santé et membres associatifs.

2.1- Le projet de création d'un réseau de santé en addictologie en Mayenne tend à répondre à des défis et des enjeux territoriaux.

Si les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool constituent un problème de santé publique majeur sur le territoire français, tant en terme de mortalité, de morbidité que de dommages sociaux, la situation en Mayenne est particulièrement préoccupante pour l'ensemble de la population y compris pour les jeunes.

En effet, les habitudes de consommation d'alcool s'installent pour 7% des mayennais dès l'âge de 12-14 ans, pour 22% dès 15-17 ans et pour 54% dès 18-25 ans. Concernant la consommation de tabac chez les jeunes, la situation apparaît moins défavorable en Mayenne que celle observée sur le plan national (33% de jeunes fumeurs mayennais contre 37% en France)⁵. Quant à l'usage du cannabis, il apparaît plus répandu en Mayenne. Au regard des ventes de Stéribox et de Méthadone, ce département se place au 3^{ème} et 4^{ème} rang national.⁶

⁵ Source : Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, Baromètre santé jeunes, Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans, janvier 2006.

⁶ Source : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions, département Mayenne, année 2006.

Le RIAM, est une association loi 1901, qui a pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers à risque et de la population générale ayant une interrogation relative aux addictions. Le RIAM, tel qu'il est proposé actuellement, ne s'adresse pas directement aux usagers. Son objectif premier est la coordination des acteurs dans le domaine des addictions aux produits psycho-actifs concernant la prévention, la formation et l'accès aux soins. L'ambition du RIAM est de passer d'un réseau d'acteurs à un réseau d'actions, du «*mieux se connaître pour mieux informer*» au «*mieux travailler ensemble pour mieux prendre en charge*»⁷. Il a pour vocation d'offrir une couverture territoriale sur la Mayenne afin d'améliorer à la fois l'accès et la qualité des soins aux patients, mais aussi les pratiques professionnelles et le fonctionnement du système de santé.

2.1.1 Les objectifs définis pour l'ensemble des interlocuteurs du « réseau »

- **Structurer la coordination interne au « réseau »**. Cet objectif consiste à développer les passerelles entre les différentes structures spécialisées en addictologie, à favoriser les échanges de pratiques, à former et à informer sur les thématiques et les actualités.
- **Améliorer la lisibilité de l'offre en addictologie** tant professionnelle qu'associative, auprès des professionnels de santé, médico-sociaux, judiciaires et des usagers en communiquant sur les compétences et expertises de chaque structure et en aidant à repérer les acteurs de l'addictologie en Mayenne.
- **Mener, développer, conduire, piloter** des réflexions concernant des démarches, actions de recherche de prises en charge innovantes, à partir d'expérimentations, de problématiques concrètes.
- **Répondre aux interrogations** de professionnels, bénévoles... sur le champ de l'addictologie en orientant vers les professionnels et les structures adaptées et en favorisant la continuité des soins.
- **Développer et coordonner** des formations auprès des professionnels et bénévoles.
- Accéder à l'**actualité** en matière d'addictologie.⁸

⁷ Source : Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, Sylvie Dugas, 2007.

⁸ CATALYS Conseil : RIAM-Projet du réseau Version 1er janvier 2008 page 6

La constitution du RIAM doit donc permettre de formaliser le « réseau » existant et le rendre efficient en termes de réflexion, d'actions concrètes engagées et de développer les missions en suivant les préconisations du Ministère de la Santé.

2.1.2 Le dispositif d'accompagnement thérapeutique en place en Mayenne

Les accompagnements thérapeutiques sont assurés par des professionnels de santé dans différentes structures :

Le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Toxicomanie de la Mayenne (CCAAT) est composé de trois antennes d'accueil se situant à Laval, Mayenne et Château-Gontier. Le CCAAT découle de la fusion du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et du Centre de Soins Spécialisé en Toxicomanie (CSST). Le CCAAT travaille étroitement avec la justice par le biais de la Convention justice-santé et réalise également des actions de prévention en milieu scolaire, en institution, au niveau départemental et régional. Ainsi, suite à un entretien, il apparaît que *« plus de 60 % des usagers accueillis au CCAAT sont polyaddicts à trois dépendances. De plus, 50% du public du CCAAT est pris en charge dans le cadre d'une convention justice-santé »*.

Le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation de la Bréhonnière à Astillé, avec une capacité d'accueil de 32 lits, assure le sevrage et le post-sevrage alcoolique

L'accompagnement est également effectué par le milieu associatif néphaliste. Ainsi, à titre d'exemple, Alcool Assistance Croix d'Or de la Mayenne est une association nationale composée en majeure partie d'anciennes personnes victimes de la dépendance à l'alcool, aujourd'hui abstinents, mais aussi de conjoints, d'amis et de jeunes bénévoles.

2.1.3 Les bénéficiaires et les membres du RIAM

A ce jour, l'ensemble des actions du RIAM prévoit de s'adresser de façon privilégiée aux acteurs de l'addictologie en Mayenne tels les professionnels de santé, travailleurs sociaux, associations... Les actions du RIAM ont vocation à faciliter l'accès aux soins et plus particulièrement à accompagner les acteurs de ce « réseau » sur les champs de l'évaluation, de l'orientation, du repérage précoce, de l'information, du conseil, du développement et de l'actualisation des compétences que ce soit par l'organisation de formations, de manifestations ou par la communication de différents travaux.

Les membres qui constituent le RIAM sont : le Président et le Directeur, une animatrice de l'ANPAA 53, la Directrice du CODES 53, des bénévoles d'associations (Alcool Assistance Croix d'Or de la Mayenne, Les Amis de la Santé de la Mayenne, les Alcooliques Anonymes, les Membres du Mouvement « Vie Libre », le Club de l'Espérance, Amitié La Poste et de France Télécom), le Directeur du Centre de Soins de la Bréhonnière à Astillé, des médecins généralistes, l'infirmière coordonnatrice du SMASA (Service Mutualisé d'Accompagnement aux Soins en Addictologie), l'association d'hébergement les 2 Rives, le médecin du Centre Hospitalier et du CCAAT de Château-Gontier, le cadre de santé, l'infirmière et le psychologue du CCAAT de Laval, le médecin tabacologue, chef de service du CCAAT, le médecin psychiatre et le médecin tabacologue du Centre Hospitalier Nord Mayenne, la directrice des soins et le psychologue du service des addictions du CH de Laval, le médecin du travail du SATM de Château-Gontier, le médecin, le psychologue et l'assistante sociale du SPAL secteur ouest, la directrice et l'infirmière coordinatrice de la Clinique Notre Dame de Pritz la coordinatrice AIDES.

2.1.4 Le pilotage du « réseau » est assuré par trois instances

Ces instances sont étroitement liées de façon à garantir la cohérence des fonctionnements et des actions du RIAM.

- Le Conseil d'Administration (CA), composé de 12 membres et 3 suppléants, définit les principales orientations, arrête le budget et les comptes annuels, fixe le montant de la cotisation annuelle et surveille la gestion des membres du bureau.
- Le bureau, composé de 4 membres, assure le fonctionnement de l'association en conformité avec les orientations générales de l'Assemblée Générale et en application des décisions du CA.
- Le comité de pilotage, composé de 15 membres, garantit le bon fonctionnement du « réseau » en animant le RIAM par la mise en place des réunions... Il s'assure de la conformité aux objectifs fixés, de la qualité des prestations et le respect des valeurs éthiques. Le comité de pilotage permet de communiquer en interne les décisions, les comptes-rendus des réunions et de faire le lien avec les partenaires financiers.

2.1.5 La stratégie de communication envisagée du RIAM

La communication du « réseau » s'adresse aux membres et aux utilisateurs du « réseau ». Bien qu'il n'y ait pas de contact direct avec la population, le « réseau »

communiqué auprès du public via des plaquettes d'informations mises à disposition chez l'ensemble des acteurs en addictologie, les médecins généralistes, les pharmaciens... de la Mayenne afin de faire savoir ce que les usagers peuvent attendre du « réseau ». La finalité de cette communication est de présenter le « réseau » et ses missions, de fournir des informations actualisées sur le champ de l'addictologie, de pouvoir répondre à une demande de recensement des acteurs en addictologie afin de mieux orienter les prises en charge des usagers vers l'interlocuteur ressource sur le département. Elle permet aussi d'informer sur les modalités d'adhésion au « réseau » et de proposer un calendrier de formations et d'événements sur le département et sur le territoire des Pays de Loire.

2.1.6 Les acquis et les enjeux du RIAM

Un partenariat entre les acteurs spécialisés en addictologie, professionnels et associatifs, a permis de construire la confiance nécessaire pour aborder la délicate question du « mieux travailler ensemble ». La question de la coordination du « réseau » est présentée par les acteurs comme un élément central pour le RIAM. La réflexion est en cours sur les objectifs de la coordination, le profil du coordinateur et l'articulation entre le coordonnateur et le comité de pilotage. Toutefois, une analyse critique du « réseau » permet de mettre en relief plusieurs limites.

2.2 - L'analyse critique du RIAM tente de remédier à cinq types de limites bien identifiées :

2.2.1 Un pilotage du « réseau » largement déficient :

Un réseau ne fonctionne pas spontanément. Il faut un pilote à bord. Cette fonction de pilotage ne signifie pas le rétablissement d'un pouvoir hiérarchique. Elle ne doit pas déresponsabiliser les membres du « réseau » par rapport aux initiatives qu'ils peuvent prendre. Il peut facilement dériver ou ne pas maîtriser les risques qui peuvent se présenter⁹.

Or au sein du RIAM, les initiatives sont présentes mais le pilote n'est pas défini. En effet, à ce jour, il n'y a pas de « *pilote désigné* ». Tous les entretiens ont relevé ce problème

⁹ Travailler en réseau – partager et capitaliser les pratiques professionnelles, Guy Le Boterf

de pilotage : certains participants du « réseau » comme le cadre de santé, le psychologue ou le médecin reconnaissent qu'il serait nécessaire de désigner « *très rapidement* » un pilote. D'autre part, certains des acteurs paraissent vouloir jouer ce rôle mais aucun ne dispose d'une légitimité largement établie au sein du groupe.

La personne « pilote », à la fois moteur et régulateur, peut aussi jouer le rôle de chef de projet au sein du réseau. Ainsi la question du pilote doit se poser afin d'assurer une coordination plus efficace. Le profil de poste de la personne à choisir est dès lors à définir. Pour certains intervenants, le choix d'un cadre de santé ou d'un médecin apparaît être la solution la plus opportune. Il est, enfin, possible d'envisager de choisir un spécialiste en management de projets. Ce choix permettrait d'assurer l'élaboration du projet et ainsi d'obtenir son financement.

Dans la phase d'expérimentation¹⁰, le pilote doit tendre à être le garant du fonctionnement du réseau. C'est à lui que s'adressent les membres du réseau lorsqu'ils ne peuvent plus résoudre les problèmes à leur échelon. Il veille ainsi à ce que le réseau ne perde pas de vue les missions qui lui sont confiées. Comme le chef d'orchestre, le pilote d'un réseau constitue le « *point nodal* », c'est-à-dire le pivot d'un collectif¹¹. Ainsi, l'essoufflement perceptible chez certains membres du RIAM ces derniers mois, aurait sans doute pu recevoir une réponse plus adaptée s'il y avait eu un pilotage actif en terme de prise de décisions.

2.2.2 De la pertinence de créer un réseau d'addictologie :

Il est nécessaire de s'interroger sur le bien fondé d'avoir créé un « réseau » regroupant les trois addictions : alcool, tabac et drogues.

Au cours des différents entretiens, certains membres et acteurs du R.I.A.M ont émis des réserves quant à la pertinence de la prise en charge des trois addictions au sein du même « réseau ». En effet, *la prise en charge des personnes alcooliques, de fumeurs devenus dépendants ou de personnes toxicomanes demandent une prise en charge différente et adaptée à chaque pathologie*. Selon le médecin alcoologue : « *ce n'est pas la même salle d'attente* » : le déni de sa maladie est plus facile à vaincre lorsque l'ensemble des malades se reconnaissent dans une même souffrance. D'autre part, les pratiques et les références des acteurs ne coïncident pas toujours. Ainsi, la prise en charge de l'alcoologie

¹⁰ La phase d'expérimentation correspond à la période suivant l'obtention du financement

¹¹ Travailler en réseau – partager et capitaliser les pratiques professionnelles, Guy Le Boterf

s'est développée en Mayenne avec le *Réseau Alcool 53*. En revanche, la prise en charge du tabagisme et de la toxicomanie est moins connue des professionnels, même s'il existe des structures spécialisées tel le CCAAT.

Toutefois, différents facteurs plaident pour un « réseau » d'addictologie regroupant les trois addictions :

- Tout d'abord, la conviction partagée par chacun des Présidents de l'ANPAA (médecin alcoologue) et de l'AACO (militant associatif) du « *besoin de l'autre* », prélude à une synergie déterminante pour l'avenir du « réseau ».

- Ensuite, la stabilité des acteurs favorise la continuité et la cohérence dans le temps. Certains acteurs sont présents depuis plus de dix ans dans le « réseau ». Le travail en réseau correspond à un investissement en temps et en énergie, qui ne se maintient dans la durée que si les acteurs concernés bénéficient d'une forme de « retour sur investissement ».

- Enfin, le suivi du Réseau Alcool Santé 53 par les institutions DDASS et CPAM est perçu comme un atout important par la plupart des acteurs du RIAM, comme moyen de reconnaissance, de support financier et technique.

En conséquence, le regroupement de ces trois addictions au sein d'un même « réseau » répond à l'évolution des priorités nationales de santé publique, relayées par le PMT et répond à un constat : les données épidémiologiques montrent que les personnes concernées par l'alcoolisme ont une grande propension à la poly-addiction.

2.2.3 Malgré la présence d'un noyau dur d'acteurs, le RIAM souffre d'une faible représentation des centres hospitaliers, des médecins libéraux et des travailleurs sociaux

Après plus de dix années d'existence, le Réseau Alcool Santé 53 a évolué et se compose maintenant de nombreux acteurs. Le constat est que les acteurs principaux du « réseau » depuis sa création sont identiques. Il se compose des membres fondateurs et de deux structures sanitaire et médico-sociale¹². Ce sont aujourd'hui les mêmes acteurs qui composent le bureau du R.I.A.M. Ils sont décrits par d'autres membres du « réseau » comme "les fondateurs, les acteurs les plus présents et les plus impliqués". Ainsi, ces membres sont, depuis plus de dix ans, les acteurs les plus présents et constituent la pierre angulaire du R.I.A.M.

¹² Le CCAAT et le Centre de soins de la Bréhonnière

A l'inverse, les médecins généralistes, les acteurs sociaux et les trois centres hospitaliers¹³ du département sont sensiblement moins présents dans la vie du « réseau » de santé. Or, un réseau de santé est pourtant « *constitué entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales* »¹⁴. La circulaire du 2 mars 2007 rappelle aussi que « *le premier objectif des réseaux de santé reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, les médecins du travail, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social. Il [...] est demandé de veiller à ce que les financements accordés dans le cadre de la dotation régionale soient conditionnés à la mise en place effective de ce décloisonnement* »¹⁵.

Pourtant, la participation hospitalière reste relativement marginale : une présence rare aux réunions du « réseau », pas d'équipe de liaison, pas de consultation externe d'alcoologie... Cette faible implication nuit au fonctionnement du RIAM.

De même, seuls trois médecins généralistes (dont un à la retraite) participent actuellement au dépôt de projet du R.I.A.M. sur un département qui compte environ 80 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. La Mayenne comptant 293 000 habitants, la présence de ces quelques médecins sera insuffisante pour le fonctionnement efficace d'un réseau de santé. Le R.I.A.M. est conscient de cette lacune au niveau des médecins généralistes mais semble ne pas parvenir à y remédier.

Malgré des efforts pour les associer au R.I.A.M. au travers de questionnaires¹⁶ sur leurs attentes et d'invitation à des tables rondes lors de la constitution du « réseau », l'implication des médecins et des CH est faible. Le « réseau » se contente de leur adresser de simples courriers pour les inviter à participer aux réunions. Cependant un médecin généraliste libéral nous a confirmé « *que le manque de disponibilités de la plupart d'entre eux les empêche de s'intégrer dans des réseaux* ». Mais il a aussi insisté sur la peur de « *la*

¹³ Laval, Mayenne et Château-Gontier

¹⁴ Article L6321-1 du Code de la Santé Publique – Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003

¹⁵ Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

¹⁶ Enquêtes réalisées par ANPAA 53 en 1997 sur un échantillon de plus de 300 médecins.

perte de temps » qu'implique le terme et la notion de « réseau ». Ils sont nombreux à associer ce mot à celui de lenteur et de « *discussion sans fin* ».

Enfin, les travailleurs sociaux peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs fonctions à des personnes en situation d'addiction et auraient de ce fait un rôle important à jouer dans la prise en charge des patients au sein du R.I.A.M. D'après nos entretiens, ces acteurs sont demandeurs de formations et de conseils, dans le but de « *réaliser une meilleure prise en charge par une action mieux coordonnée* ». Ils précisent que « *le réseau pourrait leur apporter une aide et des conseils pour qu'ils sachent comment amorcer la discussion sur ces sujets.* » Ainsi une assistante de service social sait repérer une conduite addictive, mais elle appréhende et ignore la manière d'aborder ce sujet avec le patient. Les médecins généralistes évoquent quant à eux « *la nécessité d'avoir un relais en terme d'aide sociale pour orienter leurs patients* »

La composition d'un réseau implique ainsi une diversité de compétences et de prise en charge. Au niveau du R.I.A.M., les médecins généralistes, les centres hospitaliers et les travailleurs sociaux sont des composantes indispensables et pertinentes pour repérer les usagers en situation d'addiction. Pour autant, ils demeurent actuellement largement absents du projet de constitution du réseau.

2.2.4 Les problèmes de définition et d'organisation du « réseau »

(1) La question du rôle de la structure chargée de la coordination

Le rôle de la structure est mal défini. Les acteurs du RIAM attendent beaucoup de celle-ci. Ils souhaitent qu'elle prenne en charge de nombreuses tâches et missions. Ces attentes semblent trop grandes et mal orientées. En effet, le rôle de coordination n'est pas assez intégré dans le projet de financement.

De plus, la structure s'oriente trop vers une perspective médicale et sanitaire. Les dernières conclusions des acteurs les conduisent à penser que la structure doit être composée d'un médecin (ou d'un cadre de santé) et d'une secrétaire. Cette composition rend prédominant le poids du médical et ne donne pas suffisamment de place à la coordination et au fonctionnement transversal du « réseau ».

Enfin, le R.I.A.M. éprouve des difficultés à évaluer les besoins financiers et humains nécessaires au fonctionnement du « réseau ». Grâce à l'audit Catalys¹⁷, la faible place consacrée à ces données illustre la difficulté pour le R.I.A.M de déterminer ce dont il

¹⁷ Etude Catalys Conseil /RIAM (partie relative au financement) – Projet du Réseau 31/01/08

a besoin pour fonctionner : *il n'a pas fixé précisément le nombre de salariés, leurs fonctions, leur niveau de rémunération, le coût de fonctionnement...* Cet aspect est pourtant particulièrement urgent dans la mesure où le dépôt de projet de financement pour le fonctionnement du R.I.A.M doit s'effectuer au mois d'octobre 2008.

(2) L'organisation du « réseau » reste problématique

Par rapport à l'organisation :

Durant la phase d'écriture du projet, le RIAM a longtemps comporté un trop grand nombre d'instances (environ dix commissions : commission du budget, des soins...). Cette organisation a posé des problèmes de coordination et continuent à poser problème dans la mesure où les acteurs ne peuvent pas être présents dans l'ensemble de ces commissions. Les réunions sont aussi trop éloignées (fréquence mensuelle, voire trimestrielle parfois). L'ordre du jour est souvent trop flou, ce qui conduit à rendre ces rencontres moins efficaces. Toutefois, il convient de signaler que les réunions se déroulent dans un climat « *très constructif* », « *il y a un désir commun d'aboutir* »...

Par rapport au cadre d'action du « réseau » :

Le cadre de l'adhésion au « réseau »¹⁸ n'est pas clairement fixé dans le projet. Il manque une charte déterminant les règles d'entrée et de sortie du « réseau ». Il n'y a donc pas de pérennité dans les interventions et les durées de présence d'éventuels membres. Il ne sera donc pas possible d'établir un suivi des participants au sein du « réseau ».

Par rapport aux acteurs du « réseau » :

On constate aussi un important « *turn over* » chez certains professionnels de santé (infirmières, médecins, bénévoles...). Ces derniers intègrent le RIAM, participent à son fonctionnement pendant « *deux ou trois ans* » et quittent le « réseau ». Ces flux permanents d'entrée/sortie du RIAM ne favorisent pas la connaissance des autres acteurs et le développement d'un fonctionnement en réseau.

(3) L'orientation et la trajectoire des patients demeurent incomplète

Dans son projet de réseau le R.I.A.M. précise ses objectifs, notamment celui d'orienter afin d'améliorer l'accès aux soins. Il y est indiqué que le public destinataire est « *toute personne en contact avec une personne ayant un problème d'addiction. Il est envisagé à terme que les patients, les usagers puissent s'adresser directement au réseau.* » Or, lorsque l'on consulte les axes de développement du projet, la partie relative à l'accès direct des usagers et à leur orientation dans le « réseau » est lacunaire.

¹⁸ Tant pour les professionnels que pour les patients

Le RIAM peine à définir les trajectoires, c'est-à-dire la manière dont les patients seraient pris en charge dans le « réseau ». Un patient doit par l'intermédiaire d'un réseau de santé bénéficier d'une prise en charge globale. Autrement dit, lorsque le patient est pris en charge par le « réseau » au sein du CCAAT par exemple, celui-ci peut l'orienter vers une autre structure qui doit impérativement tenir compte de ce début de prise en charge. La deuxième structure poursuit le processus et ne le reprend pas depuis le départ.

2.2.5 Les risques inhérents au *statu quo* :

(1) La question du temps n'est pas suffisamment perçue comme un élément déterminant pour la réussite du RIAM

Depuis la constitution du GRIAM en 2003, cela fait cinq années que la réflexion sur ce projet perdure, et plus de dix années se sont écoulées depuis la création du premier « réseau » en 1997. L'architecture du « réseau » présent en Mayenne n'a que très peu évolué en ce qui concerne la définition d'objectifs, le nombre et de la diversité professionnelle des acteurs et des partenaires. En outre, la gestion du temps dans un réseau de santé est la condition essentielle pour mobiliser les médecins généralistes libéraux. D'après un entretien qui nous a été accordé, un médecin généraliste libéral a principalement insisté sur cet aspect : selon lui, la participation de ses collègues à la construction du RIAM est limitée par la crainte de perte de temps.

Certes, si la création d'un réseau nécessite du temps afin de coopérer, de définir et de faire adhérer tous les acteurs aux objectifs et missions du « réseau », il faut prendre un certain temps et ne pas se précipiter. Un des acteurs principaux du « réseau » précise « *que travailler vite n'est pas forcément source de réussite et qu'il est nécessaire de prendre le temps* ». Cependant il admet que cette idée n'est pas commune à tous les acteurs.

(2) La baisse de motivation des acteurs

Un autre risque de cette stagnation du « réseau » est l'essoufflement des acteurs et la baisse de leur motivation, impression confirmée lors des entretiens.

Lorsque des acteurs investissent du temps et de l'énergie dans un réseau, les difficultés de celui-ci à avancer ont un impact sur leur moral et leur implication. Dès lors, afin de remédier aux lacunes précédemment mentionnées, le MIP propose une méthodologie pour accompagner le RIAM vers sa transformation en un véritable réseau de santé. Il s'agit d'ébaucher une sorte de "feuille de route", définissant un périmètre d'action et un ensemble de recommandations pour aiguiller les acteurs dans l'avancement de leur projet.

3 Afin de devenir un véritable réseau de santé, le RIAM doit adopter une triple démarche : clarifier son mode de fonctionnement, privilégier la création d'outils de coordination et mettre en place un système de pilotage et d'évaluation.

Pour mettre en œuvre le réseau RIAM, certaines pratiques et plusieurs outils nous semblent indispensables. Nous avons donc retenu un scénario qui s'attache à dégager des pistes d'actions pour créer un véritable réseau de santé dans ce département.

Ce scénario décline des orientations générales, des orientations pratiques et des propositions d'action. Cette structuration en trois temps permet de mieux mettre en avant la manière dont le « réseau » peut s'approprier ces recommandations.

3.1 - Le RIAM doit clarifier sa vision d'un réseau de santé en addictologie et son périmètre d'action

Orientation générale : Clarifier la vision, la définition et le fonctionnement d'un réseau de santé

Orientation n°1 : Définir une vision partagée d'un réseau de santé

Un véritable fonctionnement en réseau a trois conséquences positives : favoriser un accès plus précoce aux soins pour les patients ; orienter le patient selon ses besoins ; inventer et institutionnaliser une trajectoire du patient dans le réseau.

Proposition : Avoir une vision commune et claire d'un réseau de santé. Dans le projet de financement, les acteurs du réseau doivent établir clairement leur vision du rôle et de la place d'un réseau. Quatre dimensions méritent d'être relevées : favoriser la coordination et la communication entre les acteurs ; améliorer les pratiques professionnelles de chaque acteur et émerger une prise en charge globale ; développer une culture commune en matière d'addictologie ; disposer d'un soutien organisationnel via le pôle de coordination.

Proposition : Définir la notion de réseau. *Un réseau est un ensemble de nœuds (ou de pôles) reliés entre eux par des liens (canaux). En ce sens, le réseau assure la connexion entre les liens, il ne se substitue pas aux nœuds.* Le réseau¹⁹ est chargé de faire du lien et de la coordination.

¹⁹ Un réseau « met le courant entre les différents acteurs » selon le chef de projet du réseau ADDICA.

Proposition : Définir le projet de façon claire et précise²⁰. Le cycle de financement de trois ans doit être pleinement et préalablement intégré. Ceci passe par la définition d'objectifs et d'indicateurs clairs (objectifs généraux, objectifs opérationnels et moyens alloués). Enfin, il s'agit désormais de prioriser, de faire des choix de façon à ne pas avoir trop d'objectifs, d'ambitions qui seront sources de confusion et donc d'échec.

Orientation n°2 : Avoir un véritable fonctionnement en réseau. Tous les acteurs doivent s'approprier la logique réseau.

Proposition : Les membres du réseau doivent être véritablement parties prenantes, c'est à dire qu'il serait souhaitable qu'ils fonctionnent réellement en réseau. La trajectoire du patient doit être pleinement intégrée. Il ne faut pas recommencer tout le processus, toute la filière lorsqu'il arrive dans un nœud du réseau.

Par exemple, un patient qui est pris en charge dans une structure donnée (CCAAT ou autre) ne doit pas recommencer l'ensemble du processus. Les ruptures dans les parcours de soins seraient trop nombreuses et la perte d'information préjudiciable pour le patient. Sa prise en charge doit au contraire intégrer ce que les autres acteurs du réseau ont réalisé au préalable.

Proposition : Le réseau en gestation ou expérimental est initialement fondé sur le don et la volonté de ses membres. Le réseau formel passe par des objectifs contractuels, par un coordinateur salarié et par un mode de fonctionnement formalisé. Cela suppose un changement d'état d'esprit et une adhésion de tous les membres à la logique réseau²¹.

Orientation générale : Définir clairement le périmètre d'action du réseau

Orientation n°3 : au niveau du champ d'action du réseau :

Proposition : la poly-addiction est la voie à privilégier pour trois raisons : La volonté de créer un réseau d'addictologie permet d'éviter le « saucissonnage » des réseaux ; la volonté institutionnelle et des financeurs poussent dans cette direction ; les patients présentent souvent une poly-pathologie (environ 80% des patients du centre La Bréhonnière consomment à la fois de l'alcool et du tabac).

Proposition : Néanmoins, le volet alcoologie doit être privilégié dans un premier temps ; il conviendra ensuite de généraliser les outils en matière de tabacologie et de toxicomanie.

Orientation n°4 : Au niveau du territoire :

²⁰ Un règlement intérieur doit être écrit afin de dégager les règles essentielles présidant à la création de ce réseau.

Proposition : Le périmètre du réseau doit avoir un rayonnement départemental (Mayenne).

Proposition : Il convient de développer ensuite trois pôles géographiques au sein du réseau (Laval, Mayenne et Château-Gontier). Le bassin de vie²² semble être l'échelon pertinent.

3.2 - Pendant la phase de transition, les acteurs du RIAM doivent se concentrer sur certains éléments essentiels du dépôt de projet et s'intéresser à la conduite du changement

Orientation générale : S'impliquer tout particulièrement sur certains points du projet pendant la phase de transition

Le projet de financement se situe à un moment crucial puisqu'il doit être déposé à l'automne 2008. Il convient par conséquent de se concentrer sur certaines questions clés pour le financeur et sur la conduite du changement.

Orientation n°5 : Mettre l'accent sur le dépôt de projet et le montage de dossier²³. Il convient d'insister sur la phase de transition (passage de la phase de gestation ou de la phase expérimentale à un réseau formel).

Quatre axes sont prioritaires : l'écriture du projet, la volonté de créer un réseau à forte valeur ajoutée, une vision claire des ressources humaines et financières et un élargissement de la base des financeurs.

Proposition 1: Concernant l'écriture du projet, le réseau a besoin d'une compétence interne pour monter le dossier, cela constitue un métier à part entière. Suite au travail réalisé par Catalys, le réseau peut être échaudé par les consultants externes. Ainsi, la mission propose que le dépôt du projet soit complété par les acteurs eux-mêmes. La mission se propose d'instituer un comité d'écriture, composé de trois ou quatre acteurs au maximum. Une fois les grandes orientations définies, le projet de financement serait validé par l'ensemble du groupe.

De manière plus générale, une recomposition autour d'acteurs clés semble nécessaire. D'abord, il s'agit d'instituer un comité de pilotage restreint (COPIL), c'est-à-dire centré autour de trois ou quatre acteurs. Ensuite, la DDASS et/ou la CPAM doivent

²¹ Voir l'orientation générale sur la conduite du changement.

²² Selon l'INSEE, le bassin de vie est « *le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi.* » Il convient de transposer cette définition au sein de l'espace de santé.

²³ Le rapport réalisé par le consultant Catalys, en janvier 2008, nous a permis d'écrire cette partie.

être parties prenantes dans ce COPIL restreint et dans le fonctionnement du réseau. La caution morale apportée par les représentants de l'Etat ou de l'Assurance Maladie peut être un catalyseur susceptible d'accompagner les acteurs pendant la phase de transition.

Proposition 2 : L'écriture du projet doit, de façon systématique, s'attacher à mettre en évidence la valeur ajoutée apportée par le réseau. Cette dimension doit être perceptible dans l'ensemble du dossier de financement.

Proposition 3 : Le réseau doit impérativement évaluer précisément ses besoins financiers et humains. Une estimation annuelle doit être précisée rapidement.

Par exemple, La répartition des dépenses dans le réseau pourrait être : 1/3 pour la formation, 1/3 pour les systèmes d'information et 1/3 pour les autres types de dépenses. Un investissement initial pour les systèmes d'information doit être envisagé²⁴.

Par ailleurs, une enveloppe financière doit être prévue pour les professionnels de santé libéraux. Ils pourraient percevoir des indemnités de compensation lors des formations de coordination (165 euros par demi-journée) et pour la création et la gestion de dossier patient partagé (DPP) (35 euros pour une création de DPP).

Proposition 4 : Le RIAM doit enfin élargir la base des financeurs. Trois voies de financement existent : 1) La CPAM et l'URCAM sont les principales sources de financement ; 2) Les appels à projet constituent un mode de financement alternatif et ponctuel. Par exemple, le Groupement régional de santé publique finance des projets temporaires, notamment la construction de plaquettes ; 3) Enfin, la HAS peut aussi être sollicitée (« recherche action »).

Au-delà, le RIAM pourrait développer une politique de contractualisation avec la tutelle. Ainsi, si l'objectif de croissance du nombre d'adhérents (côté professionnels) est réalisé, une part variable serait attribuée au réseau.

Orientation générale : Travailler sur la conduite du changement²⁵

Dans cette orientation générale, le rapport se borne à dégager quelques axes essentiels. Les acteurs du réseau doivent néanmoins s'approprier pleinement cette logique sous peine de ne pas parvenir à réaliser la transition. Selon, le chef de projet d'ADDICA : « *le réseau repose avant tout sur un changement de pratiques.* »

²⁴ Voir *supra* l'orientation générale sur le système d'information.

²⁵ Cette orientation générale s'appuie sur le *Livre blanc sur la conduite du changement* rédigé par Columbus consulting (cf en Annexe). Ce document traite plus particulièrement de la conduite du changement en matière de système d'information.

Orientation n°6: Faire de la conduite du changement un chantier à part entière du projet, avec la méthodologie et les ressources associées.

Orientation : Axer le projet sur la communication

Orientation : Intégrer les jeux d'acteurs

Orientation : Constituer, mobiliser et s'appuyer sur un réseau de porteurs de changement

Orientation : Tenir compte de l'existant et fixer une cible

Orientation : Imaginer un plan de changement adapté, et passer à l'action

Orientation : Ne pas cesser d'y croire...

3.3- Placer les médecins généralistes au centre du RIAM et développer des outils performants

Orientation générale : Etoffer la place des médecins généralistes dans le réseau

Orientation n°7 : Centrer le réseau autour des médecins généralistes (MG)

La faible participation des médecins au « réseau » a au moins deux causes : le réseau ne répond pas à leurs attentes ; ils ne sont pas indemnisés lorsqu'ils participent aux réunions.

Proposition : Le réseau doit compter parmi ses membres une masse critique de médecins généralistes. Actuellement, trois médecins généralistes écrivent le projet en Mayenne et ils semblent que peu de médecins vont participer activement par la suite au réseau. A titre de comparaison, 250 médecins généralistes sont membres d'ADDICA dans la région Champagne-Ardenne²⁶. Ces derniers sont la porte d'entrée du réseau et un acteur majeur. La trajectoire et l'orientation du patient débute le plus souvent chez le médecin généraliste.

Proposition : Les médecins généralistes, et de façon plus générale les professionnels de santé, doivent se focaliser sur les « soins ». Etant donné les problèmes de démographie médicale, les médecins doivent se concentrer sur le champ médical, et pas sur la coordination.

Proposition : Les médecins généralistes doivent être en interaction régulière avec les autres professionnels de santé (travailleurs sociaux, psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés, associations...) au cours des périodes de formations coordinations. L'objectif

²⁶ Les médecins généralistes peuvent entrer dans le réseau au moment de la signature de la Charte et après la participation à une réunion formation coordination.

est d'instiller une culture commune et surtout une compréhension des fonctions des autres professionnels de santé. Autrement dit, l'enjeu consiste à développer des points de contact et une meilleure connaissance des autres acteurs du réseau.

Proposition : Le réseau doit apporter les réponses attendues par le médecin généraliste. Les médecins n'adhéreront au réseau que s'ils rencontrent des difficultés ou sont en situation d'échec. Leur isolement au cours de la prise en charge les amène plus facilement à se tourner vers un réseau. Dans ce cadre, le réseau doit être un vrai soutien à ces acteurs de première ligne.

Proposition : Le recrutement de nouveaux membres passe par la cooptation et/ou l'invitation aux formations de coordination (en tant qu'intervenant ou participant). Ceci pourrait être complété par une démarche systématique de prospection par le binôme délégué médical/chef de projet du réseau.

Orientation n°8 : Renforcer la place d'autres acteurs de santé et faire face au vieillissement des acteurs du réseau

Proposition : Faire une plus large place aux acteurs hospitaliers. Le CH de Laval doit poursuivre sa progressive intégration dans le réseau par l'intermédiaire du médecin alcoologue dans une perspective de sevrage. Si l'équipe de liaison est renforcée, celle-ci devra chercher à s'intégrer pleinement dans le réseau. Le projet de consultation en addictologie doit être complémentaire à l'activité ambulatoire du CCAAT.

Le centre hospitalier de Château-Gontier peut aussi être un levier d'action dans le département. En impliquant cette structure hospitalière dans le réseau, ceci susciterait l'émulation entre les centres hospitaliers.

Proposition : Le secteur social doit aussi prendre une plus large place dans le réseau. Il s'agit de dépasser la barrière entre le sanitaire et le social. Pour ce faire, le RIAM doit davantage communiquer auprès du Conseil général, des CCAS et des CHRS. Le RIAM doit à l'avenir inclure la vision des acteurs sociaux. Les acteurs sociaux pourraient aussi être intégrés dans certaines instances du RIAM. Ils doivent prendre toute leur part dans le réseau (via la participation aux formations de coordinations, en facilitant l'orientation et la prise en charge globale des patients...).

Proposition : Faire face au vieillissement des acteurs du réseau²⁷. Il convient donc de renouveler au maximum les membres, en communiquant auprès des jeunes professionnels,

²⁷ 63 % des médecins généralistes en Mayenne ont 50 ans et plus (en 2007)

en leur montrant l'intérêt d'un réseau et en agissant auprès des maisons médicales de garde.

Orientation générale : Le RIAM doit mettre en place des outils adaptés à ce nouveau mode de fonctionnement : un système d'information et des formations coordinations

Orientation n°9 : Développer un système d'information (SI)²⁸ performant qui devienne un véritable outil de dialogue entre les professionnels de santé

Le rôle d'un système d'information est d'être une boîte de dialogue, un instrument d'échanges d'informations. Cet outil de partage d'informations est essentiel à tout fonctionnement en réseau. Il convient en effet d'instaurer un suivi partagé du patient en le plaçant au cœur du réseau. Il permettra de développer la collaboration entre les membres du réseau via le Dossier patient partagé (DPP), la messagerie sécurisée et la télé expertise.

Proposition : Afin d'assurer le développement du système d'information, un cahier des charges doit être élaboré.²⁹

L'outil doit intégrer : une page de coordonnées-patient, des fiches³⁰ alcoologie, tabacologie, psychologie, social...). L'outil (workflow) assurera la gestion des flux d'information entre les acteurs du réseau. Une assistance à l'utilisation de l'outil doit être contractualisée avec un infogéreur, ceci n'étant pas le cœur de métier du réseau. Deux modules doivent être prévus : un virtuel (didacticiel) et un réel. Le virtuel permet aux professionnels de se familiariser avec l'outil avant de passer au DPP réel.

Proposition Charte Informatique : Le RIAM doit mettre en place une Charte (cf Annexe). La signature de cette charte est obligatoire pour le patient comme pour le professionnel pour entrer et sortir du réseau. Elle permet de se mettre en conformité avec la CNIL.

Proposition sécurité informatique : Afin de rassurer les professionnels de santé et de se conformer aux exigences réglementaires, il convient d'instaurer une sécurisation des données optimales.

²⁸ Le Système d'information est souvent appelé l'outil, il s'agit principalement du dossier patient partagé (DPP). Ce dernier n'est pas le dossier médical partagé (DMP), puisque son utilisation est exclusivement réservée au réseau de santé.

²⁹ Voir le site Santéos pour le développement de l'application.

³⁰ Ces fiches seront élaborées par les acteurs du réseau réunis en groupe de travail et un animateur référent sur le sujet.

D'abord, par la mise en place d'un identifiant et d'un mot de passe pour chaque praticien. Ensuite, par un accès plus restreint, selon le profil professionnel de chacun. Enfin, pour chaque DPP, le professionnel de santé ayant créé le dossier gère les autorisations d'accès.

Proposition formation : Concernant la formation des acteurs du réseau, les professionnels de santé peuvent bénéficier de quelques heures de formation (environ deux heures).

Pour faciliter la disponibilité de ces acteurs, ces formations peuvent se dérouler pendant le déjeuner. Pour limiter les coûts, des structures disposant de plusieurs ordinateurs dans une même salle devront être privilégiées (structure de type GRETA, CCI, DDASS, DRASS...). Pour faciliter l'appropriation de l'outil, le SI doit disposer d'un module didacticiel qui permette de s'exercer de façon virtuelle avant de créer ou de remplir un premier DPP.

Par ailleurs, le pôle de coordination remplira deux fonctions : il sert de hotline en cas de difficultés initiales ; un chef de projet (1/2 ETP) est chargé du déploiement de l'outil dans le réseau auprès des professionnels n'ayant pas accès à la formation courte. Il convient de vaincre la réticence à s'engager dans l'outil. Les praticiens n'utilisent pas le SI car ils éprouvent une difficulté à entrer dans le DPP. Des formations au cabinet des médecins permettraient une appropriation et une prise en main plus rapide de l'outil.

Orientation n°10 : Développer des formations coordinations permettant des échanges entre les professionnels de santé³¹

La formation coordination a trois fonctions : c'est un lieu de prise de contact avec d'autres acteurs du réseau souvent méconnus ; c'est un moment privilégié d'échanges d'information entre les acteurs sur les patients du réseau (phase café et buffet); il permet la résolution de problèmes sur des cas pratiques (phase commissions et plénière).

Proposition : Ces formations coordinations nécessitent une grande préparation. Elles sont organisées environ quatre fois par an dans chaque bassin de vie. La logistique des réunions doit passer essentiellement par le pôle coordination.

Les acteurs (un coordinateur) et l'outil (un système d'information) doivent être largement utilisés pour préparer les formations (édition du courrier via la base de données et publipostage). Une base de données, régulièrement mise à jour, recense tous les adhérents du réseau avec un grand nombre d'informations (adresse, activité, téléphone, mail...).

Proposition : le principe de cooptation. Afin d'associer le plus d'acteurs du bassin de vie aux formations, il convient de procéder par cooptation, les professionnels contactent

³¹ Voir en Annexe pour plus d'informations.

d'autres professionnels sans intermédiaire. Cette manière d'entrer en contact avec de nouveaux acteurs assure un taux de recrutement beaucoup plus élevé que la simple lettre d'invitation ou une plaquette de présentation du réseau.

Proposition : Des groupes d'une petite dizaine de personnes travaillent ensemble. Dans chaque groupe, il y a un animateur neutre et une dizaine de participants pluri-professionnels. L'animateur n'a pas le rôle d'expert pendant la phase de travail en groupe. Il aide au cheminement et à la réflexion : il est un médiateur.

Proposition : Quelques principes pour ces formations : elles couvrent des champs multidisciplinaires (alcoologie, tabacologie, toxicologie...) ; elles s'adressent à tous les professionnels (assistant de service social, médecins généralistes, pharmaciens...). Tous les acteurs doivent être satisfaits et trouver un intérêt à venir à ces formations. Les thèmes doivent être peu médicaux et privilégier une approche transversale permettant à tous les acteurs de prendre part aux échanges. Les acteurs doivent interagir de façon pluridisciplinaire, ceci préfigure le fonctionnement concret et quotidien du réseau.

3.4- La question de la structure³² : le pôle de coordination doit être une structure souple composée d'un chef de projet et d'un coordinateur

Orientation générale : Privilégier la création d'une structure dynamique

Orientation n°11 : Créer une structure de pilotage souple et dynamique...

Proposition fonctionnement de la structure³³ : Elle doit avant tout être souple et réactive. L'innovation et le dynamisme sont les maîtres mots du pôle de coordination.

Elle doit utiliser au maximum le « système D » (par exemple, trouver des salles gratuites auprès d'une mairie pour les formations). Le pôle coordination doit être débrouillard, créatif... Cette structure doit enfin disposer d'un état d'esprit original fondé sur l'innovation et le flux permanent d'information (courriel, communications fréquentes, réunions hebdomadaires...). Par exemple, l'organisation de la structure est horizontale, les serveurs sont partagés, des formations courtes sont proposées aux agents (sur

³² Nous l'appellerons « pôle de coordination » (ou « la structure »). En effet, cette structure sert avant tout à relier les points du réseau, c'est-à-dire à coordonner les différents acteurs. D'autres appellations peuvent néanmoins être utilisées.

³³ Le RIAM est une association loi 1901, elle fonctionne donc avec différentes instances (AG, CA et Bureau) et les spécificités de la vie associative.

l'amélioration de la qualité ou la prise de parole en public pour animer les sous-groupes lors des formations coordinations).

Au delà, la structure doit instaurer la confiance entre les acteurs du réseau. Un système réticulaire ne fonctionne que par la confiance des acteurs au sein du réseau.

Proposition composition de la structure : Le pôle de coordination doit inclure : un chef de projet, un coordinateur et une personne chargée du déploiement de l'outil (soit 2,5 ETP).

Le Président : il doit avoir une vision commune à celle du chef de projet, il répond aux problèmes lorsque ceux-ci ne peuvent directement être réglés par la structure. La notion de confiance entre le Président et le chef de projet doit être totale.

*Le chef de projet*³⁴ a pour vocation de dynamiser le collectif. Très dynamique, il ne proviendra pas du domaine sanitaire. Celui-ci doit avoir essentiellement des compétences en animation et en organisation. Il doit connaître le fonctionnement réseau, l'avoir expérimenté, et avoir une expérience dans le management par projets.

Le coordonnateur : un rôle à valeur ajoutée est indispensable, il ne faut pas de secrétaire. Il doit être polyvalent dans toutes les tâches administratives et comptables. La personne recrutée doit apprécier le travail en réseau et avoir l'état d'esprit adéquat pour ce type de fonction. Le travail doit avant tout être organisé de façon transversale et décloisonnée.

Un délégué médical : Il dispose d'une demi-journée ou d'une journée par semaine. Ce temps doit être indemnisé pour animer le réseau en « démarchant » les médecins du département de la Mayenne.

Proposition : Le pôle de coordination doit externaliser au maximum toutes les fonctions non stratégiques, c'est-à-dire qui ne sont pas directement liées à son activité : la communication (les plaquettes ou l'information des acteurs), la mise en place et la gestion des systèmes d'information... Ces fonctions doivent être réalisées par des prestataires extérieurs de façon à centrer le pôle de coordination sur ce qu'il sait faire de mieux.

Orientation n°12 : ...ayant pour principale fonction la coordination du réseau

Proposition rôle de la structure : Le pôle de coordination doit être un facilitateur, un moyen supplémentaire pour les acteurs de se coordonner et de communiquer entre eux. Le réseau est tout le contraire d'une structure hiérarchique. Le pôle de coordination doit être à l'image du réseau : un facilitateur. De manière idéale, il faudrait aller jusqu'à « *son effacement* », voire « *sa disparition* ». Il n'existe que pour rendre service aux acteurs et pour faire vivre le réseau. Il permet en ce sens de coordonner l'ensemble des acteurs.

³⁴ Voir la fiche de poste du chef de projet du réseau ADDICA en Annexe.

Proposition : Le pôle de coordination doit trouver le bon positionnement dans le réseau. La structure ne doit pas prendre en charge toutes les problématiques. Les acteurs ne doivent pas trop attendre de cette nouvelle structure. En outre, le pôle de coordination ne doit pas devenir la référence du réseau au détriment des membres. Ces derniers doivent rester les acteurs de première ligne et s'apporter un soutien mutuel. Ceci implique un positionnement spécifique de la structure qui est seulement chargée de la coordination entre les acteurs.

Orientation générale : Privilégier la voie du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Le CSAPA³⁵ est la réunion d'un CCAAT et d'un CCST et répond à la volonté de prendre en charge plusieurs addictions (alcoologie et tabacologie).

Orientation n°13 : En Mayenne, le CCAAT fonctionne déjà comme un CSAPA. Un dossier a été déposé auprès de la tutelle, mais celle-ci ne l'a toujours pas validé. Le RIAM doit poursuivre dans cette direction et finaliser la création du CSAPA. L'émergence d'un véritable réseau d'addictologie passe en effet par la constitution d'un CSAPA.

3.5- Pour fonctionner et devenir pérenne, le RIAM doit mettre en place un tableau de bord, un système d'évaluation et se rapprocher d'autres réseaux locaux, régionaux et nationaux.

Orientation générale : Mettre en place un tableau de bord et un système d'évaluation ayant pour objectif un pilotage performant du réseau de santé

Orientation n°14 : Créer, remplir et piloter l'activité du réseau grâce aux tableaux de bord.

Les tableaux de bord servent au pilotage de l'activité (suivi, évolution de l'activité du réseau...). Ils servent aussi à documenter les rapports d'activités et ainsi à fournir une base d'évaluation pour les financeurs. En effet, grâce à ces indicateurs pluriannuels, le réseau colle avec le rythme de financement tri-annuel.

Proposition : Créer et remplir des tableaux de bord³⁶. Les documents de l'HAS peuvent servir de guide. *Voici une liste (non exhaustive) d'indicateurs : nombre de réunions,*

³⁵ Voir Bibliographie pour les décrets et circulaires CSAPA.

³⁶ Voir les Annexes.

nombre de membres dans le réseau, nombre d'utilisateurs, motif de prise en charge des utilisateurs, nombre de formations des professionnels, évolution quantitative de la file active...

Proposition : Le remplissage des tableaux de bord est réalisé par le pôle coordination. La structure remplit ces tableaux de façon régulière et en informe régulièrement les acteurs.

Orientation n°15 : Mettre en place un système d'évaluation³⁷ pertinent

Proposition : Développer un système d'évaluation permanent. A court terme, une évaluation continue doit être mise en place pour améliorer la qualité. A moyen terme, un rapport d'évaluation doit être rédigé, un suivi via les tableaux de bord doit être mis en place. De plus, le financeur oblige à procéder à des évaluations externes tous les trois ans.

Proposition : Des indicateurs d'activités, issus du système informatique et notamment du dossier patient partagé avec des fiches spécialités, seront élaborées dans cet objectif.

Proposition : Par ailleurs, des indicateurs de résultats doivent permettre de mesurer la valeur ajoutée du réseau. Il s'agit ici d'évaluer le service rendu par le réseau.

Voici quelques exemples d'indicateurs de résultats : diminution de la consommation de produits, diminution de symptômes ressentis, moindre survenue de complications somatiques, amélioration de la socialisation...

Proposition d'évaluations externes : Le RIAM doit commander des évaluations externes, conformément aux modalités de financement dans le réseau. Quatre types d'évaluations externes méritent d'être demandées : l'Observatoire Régional de Santé des Pays de Loire pourrait analyser la cohérence et l'efficacité du programme et le degré de satisfaction des professionnels du réseau ; un étudiant de TELECOM Bretagne, pourrait en stage ou dans le cadre de son mémoire, faire une analyse et une évaluation du système d'information du réseau ; un groupe d'étudiants en sociologie pourrait réaliser une analyse sociologique sur les parcours et les relations du patient dans le réseau (une dizaine de cas pourrait être traitée), ceci pourrait aussi déboucher sur la création de profils patients. Le travail sociologique peut être mené en parallèle avec l'analyse menée sur les systèmes d'information ; enfin, l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) aurait pour fonction d'évaluer le fonctionnement de l'équipe de coordination du réseau.

³⁷ Il existe deux types d'indicateurs permettant l'évaluation. Les indicateurs *d'activité* visent à mesurer « la vitalité » du réseau, c'est-à-dire son dynamisme, son activité dans une perspective de reconduction du financement ; les indicateurs de *résultats* cherchent à mettre en évidence les résultats obtenus par le réseau de santé.

Orientation générale : A plus long terme, le décroisement des réseaux locaux et la mise en place de comparaisons au niveau régional, puis national sont à privilégier

Orientation n°16 : A moyen terme, la mutualisation des moyens entre les réseaux est à mener. Ceci permet d'augmenter le recrutement médical (cooptation), de réduire les coûts et d'apporter un bénéfice organisationnel.

Proposition : Rapprocher les structures et/ou les fonctions. Par exemple, les fonctions de coordination du RIAM et du réseau diabétologie pourraient fusionner. Il est nécessaire de mutualiser les outils.

Proposition : Communiquer avec les autres réseaux. Le décroisement du RIAM passe par un effort de communication.

Proposition : Conserver l'échelon départemental de la Mayenne qui semble le plus adapté. Néanmoins, le réseau pourrait s'inscrire dans une dynamique régionale (Pays de Loire et Bretagne). L'objectif consiste à mettre en liaison les différents réseaux et les multiples acteurs par le biais de rencontres régulières.

Orientation n°17 : Se comparer et s'évaluer à d'autres réseaux sur le plan national.

Proposition : À court terme, le RIAM devra se comparer au réseau ADDICA. Ce dernier pourrait servir de point de comparaison. Dans ce cadre, une visite à Reims est à prévoir.

Proposition : À plus long terme, il s'agit d'inventer une base de données nationale des réseaux addictologie. L'idéal serait de constituer une fédération nationale pour ce type de réseau.

4 Conclusion

L'analyse du RIAM pose les difficultés de la création d'un réseau de santé d'addictologie en Mayenne. En effet, au-delà du fort investissement de chaque acteur et d'une réelle volonté partagée, perceptible durant tous nos entretiens, les déceptions face à la faible visibilité des effets de ce « réseau » sur l'amélioration de la prise en charge des patients sont réelles. Si le ciment axiologique, mobilisant les acteurs, existe, les outils pour bâtir un véritable réseau de santé sont encore en gestation. Tout se passe comme si les acteurs, conscients de la limite inhérente à l'action de chacun, ont du mal à réaliser ce « pas en avant » pour la transformation du RIAM, le promouvant ainsi en réseau de santé territorialisé.

Le travail en réseau repose sur deux étapes : une étape de structuration individuelle et interindividuelle, qui pousse les acteurs à réfléchir sur leurs pratiques afin d'améliorer les prestations offertes au patient, et une étape collective, où chacun fait système avec ses partenaires pour questionner continuellement le mode d'organisation du réseau et réussir les changements éventuels nécessaires à l'efficacité du système. Le RIAM en est toujours, à l'heure actuelle, à cette première étape.

Par conséquent, notre rapport s'est attaché à dégager un ensemble de propositions pour accompagner le RIAM dans sa volonté de se constituer comme le réseau d'addictologie de référence en Mayenne. Il s'agit d'abord de mettre en relief le fait que le RIAM n'est pas un réseau de santé au sens de la loi du 4 mars 2002, ce qui nécessitera une clarification du mode de fonctionnement et la formalisation du pilotage du RIAM. Il convient ensuite de placer les médecins généralistes au centre du dispositif et d'institutionnaliser un ensemble d'outils tels que les formations coordinations et un système d'information. Il faut, enfin, créer un mode de pilotage et d'évaluation adapté au fonctionnement en réseau.

Pour répondre à la question initialement posée, la mission insiste sur le fait que le RIAM doit surmonter le cloisonnement induit par le morcellement des acteurs, auquel ne répond qu'imparfaitement la coopération entre les structures actuelles, afin de construire un réseau privilégiant un fonctionnement horizontal. La transversalité découle d'un mode d'organisation où la collaboration et la coordination sont les bâtisses de toute architecture réticulaire.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Journal Officiel, n° 54 du 5 mars 2002)

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation (Journal Officiel, n°206 du 6 septembre 2003)

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Journal Officiel, n°113 du 16 mai 2007)

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, titre III, coordination des soins : Filières et réseaux de soins, réseaux expérimentaux (Journal Officiel, n°98 du 25 avril 1996)

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007-2011. novembre 2006, 19 pages

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention (journal officiel, n°136 du 15 mai 2007)

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (journal officiel n°18 du 27 janvier 2008)

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médicaux sociaux d'addictologie.

OUVRAGES

LEBOTERF G., 2004, *travailler en réseau, partager et capitaliser les pratiques professionnelles*, Paris: Editions d'Organisation, 158 pages.

SCWEYER FX., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., 2004, *Créer et piloter un réseau de santé*, 2^{ème} édition, Paris: Editions ENSP, 111 pages.

CHEVALLIER J., 2002, *De la pyramide au réseau ? Pour une théorie dialectique du droit*, 2^{ème} édition, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 587 p.

ARTICLES :

La santé de l'homme n° 369, janvier février 2004.

RAPPORTS :

ANAES, guide d'évaluation des réseaux de santé, 2004, 35 pages. Document à télécharger à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_433386

DDR, rapport de synthèse, Rapport IGAS n°2006 022, mai 2005, 75 pages.

THESES ET MEMOIRES :

DUGAST S ; « mieux comprendre les réseaux pour mieux les accompagner : étude de cas du réseau alcool santé 53 en Mayenne » Mémoire filière médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de Santé Publique, 2007, 63 pages.

SITES INTERNET

<http://www.addica.org/>

<http://www.drogues.gouv.fr/>:

<http://www.has-sante.fr/>

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>.

<http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/site.nsf>

<http://www.grsp-pays-de-la-loire.sante.fr/>

AUTRES SUPPORTS

Schéma Régional d'Organisation sanitaire, volet addictologie.

CATALYS conseil, Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne, Projet du réseau, document de travail, version 1, janvier 2008, 113 pages

COLOMBUS Consulting, livre blanc, 7 clés pour réussir la conduite du changement des projets de système d'information dans le secteur de la santé, 2007

Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, MISE EN PLACE ET DEVELOPPEMENT D'UN RESEAU ADDICTIONS EN MAYENNE (RIAM), rédaction SARL centre de soins de la Bréhonnière, 22 octobre 2007

Préfecture de la Mayenne, plan départemental de lutte et de prévention contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2006-2009.

Union Régionale d'Associations en Addictologie des Pays de Loire, intérêts et limites des réseaux en addictologie, journée inter-addictive du 22 janvier 2004