

JOURNEE INTER-ADDICTIVE 22 JANVIER 2004



INTERETS ET LIMITES DES RESEAUX
EN ADDICTOLOGIE

UNION REGIONALE D'ASSOCIATIONS EN ADDICTOLOGIE
DES PAYS DE LA LOIRE

Siège Social : Hôpital Saint Jacques – 85 rue Saint Jacques
44093 NANTES CEDEX 1
Adresse postale : Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie –
9 bis rue de Bouillé – 44000 NANTES
Téléphone : 02.40.20.66.44 – Fax : 02.40.20.66.41
E-mail : marieclaire.guilbault@chu-nantes.fr

L'URAA a pour objet de concourir à une meilleure approche des pratiques addictives notamment en renforçant les liens entre les intervenants en addictologie.

Elle est un lieu de réflexion et d'échanges de pratiques, d'étude et de recherche, d'organisation de congrès et de formation.

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2003

- Président : M. Jean-Luc VENISSE
Association du Centre Fédératif Inter-Addictif du CHU de NANTES (44)
- Vice-Président : M. Michel DUPUY
Association MONTJOIE – CSST LE MANS (72)
- Secrétaires : Mme Isabelle MARTINEAU
Association LA METAIRIE – CSST LA ROCHE SUR YON (85)
- M. Louis-Michel RELIQUET
OCHS ALCOOLOGIE – NANTES (44)
- Trésoriers : M. Daniel BERNIER
Association LE TRIANGLE – CSST NANTES (44)
- M. Yves LE CLAIRE
Association LA BARONNAIS – Centre Thérapeutique – BOUGUENAIS (44)
- Membres : Mme Pascale BRACHET
Association LA ROSE DES VENTS – CSST SAINT NAZAIRE (44)
- M. Fabrice EPAUD
Association LA METAIRIE – CSST LA ROCHE SUR YON (85)
- M. Maurice MANCEAU
Association SOLEIL LEVANT – CSST BEAUPREAU (49)
- M. Claude FOSSET
Association Angevine d'Aide aux Toxicomanes et à leurs Familles AAATF – CSST ANGERS (49)
- Mme Anne-Marie ROULLOT
Association du CRISALID – LUCON (85S)
- M. Thierry DEMEILLERS
Association du Centre Fédératif Inter-Addictif du CHU de NANTES (44)

INTERETS ET LIMITES DES RESEAUX EN ADDICTOLOGIE

I – INTRODUCTION

Pr Jean-Luc VENISSE – Président de l'URAA

II – INTERVENTIONS PLENIERES

1 – INTERETS ET LIMITES DU RESEAU A PARTIR DE LA LECTURE SYSTEMIQUE

Daniel BASSO-FIN

2 – LE RESEAU CHAMPAGNE – ARDENNES ADDICA

Dr Daniel DEPINOY – REIMS

III – COMPTES-RENDUS D'ATELIERS THEMATIQUES

1 – RESEAUX UNIS OU PLURI-ADDICTIFS

Animateur Daniel BERNIER – rapporteur Dr Guy DUPUIS

2 – LES AVATARS DES RESEAUX

Animateur Dr Yves LE CLAIRE – rapporteur Mme Anne-Marie ROULLOT

3 – INFORMATISATION DES RESEAUX

Animateur Dr Daniel DEPINOY – REIMS

4 – PARTAGE DE L'INFORMATION DANS LE RESEAU – JUSQU'OU ?

Animateur Dr Louis-Michel RELIQUET – rapporteur Dr Brigitte ROCHETEAU

5 – POURQUOI – QUAND, COMMENT UN RESEAU SE MET-IL EN PLACE ?

Animateurs Michel DUPUY – Pascale BRACHET – rapporteur Dr Isabelle MARTINEAU

IV – CONCLUSION

Claude FOSSET

INTRODUCTION

Ce thème des réseaux est devenu incontournable ; on ne parle plus que de réseaux, et pas seulement dans le champ sanitaire.

On pense bien sûr d'abord au grand réseau par excellence, celui du Web.

Plus largement d'ailleurs le message qui est devenu omniprésent c'est que nous devrions être tous et toujours connectés, et pas seulement via Internet (confère notamment la vogue des téléphones portables).

Il y a sans doute la nécessité de recréer du lien là où les liens les plus traditionnels ont tendance à se distendre. Ainsi les réseaux seraient le reflet de notre impuissance mais aussi de notre volonté de maîtrise de ce qui échapperait.

On retrouve les deux fonctions contenues dans le terme de réticule ou filet qui correspond à la racine étymologique du mot réseau : le filet qui protège, mais aussi qui capture.

S'il s'agit de tenter de maîtriser la complexité croissante de nos fonctionnements et organisations soignantes, et beaucoup de ce qui va être développé durant cette journée va aller dans ce sens, prenons garde à l'omnipotence, surtout dans le registre de l'addiction qui la sollicite tout particulièrement.

Vous aurez compris que mon propos introductif va plutôt chercher à souligner les difficultés et les limites des réseaux dès lors que la plupart des intervenants de cette journée vont certainement en vanter les intérêts.

Je suis pourtant convaincu des avantages potentiels de ces organisations en réseau qui ont fait leurs preuves depuis bien longtemps, et avant qu'on en parle dans le champ de la santé.

Qu'on pense seulement aux réseaux très développés au moyen âge dans différents domaines par exemple liés à l'économie du sel ; ou encore plus près de nous et plus inscrit dans notre mémoire collective, aux réseaux de la résistance pendant la guerre 39-45.

Dans la prise en charge du patient addictif, qu'il soit alcoolique ou toxicomane par exemple, on sait bien qu'il ne faut pas rester seul, et à quel point la relation duelle exclusive génératrice de transferts massifs (dits narcissiques, tels que les a décrits KOHUT) comporte des risques de rupture précoce du lien thérapeutique. Il est à partir de là certain que la pluralité des intervenants, à travers les transferts multiples et latéraux qu'elle permet, contribue à un ajustement de la distance relationnelle, à mi-chemin entre vécus d'emprise et d'abandon. Elle définit aussi le temps, ou les temps, de parcours de soins par étapes et à géométrie variable en fonction de l'évolution du patient et de ses besoins, aux différents plans : psychologique, somatique, et social. Pourtant cette pluralité ne s'avère réellement féconde qu'à certaines conditions d'articulation et de différenciation claire des places et des rôles de chacun. C'est là bien sûr que l'on retrouve la notion de réseau, en charge de définir et garantir dans le temps de telles conditions.

Les réseaux de soins ont été créés administrativement en 1996 avec les ordonnances Juppé et apparemment d'abord à partir d'un constat d'échec d'articulations des soins dans certains domaines particuliers (pathologie HIV, toxicomanie).

Leurs objectifs sont censés s'articuler avec ceux des filières de soins dans la mesure où la continuité et la complémentarité que cherche à garantir l'organisation en réseau des soins doit contribuer à l'« optimisation » de la trajectoire du patient par rapport à une pathologie donnée.

Bien évidemment cela marche rarement aussi simplement que ces termes administratifs le sous-entendraient et bien des ambiguïtés peuvent exister quant au fait que les réseaux dont il est question soient définis prioritairement autour des patients, ou entre collègues.

C'est pourquoi il apparaît que les difficultés sont nombreuses et de tous ordres (comme en témoigne aussi bien la littérature à ce sujet que ma petite expérience de mise en place d'un réseau toxicomanie sur Nantes) :

- au niveau des relations inter individuelles, avec des problèmes de communication, de définition, de distribution des compétences et aussi des risques de dépossession mais aussi de décharge.
- au niveau de la place du savoir et des phénomènes d'idéalisation-illusion :
Ceux-ci sont importants et on insiste sur la dimension utopique des réseaux, à la fois nécessaire et complexe à gérer, à travers les notions d'idéal commun et d'identifications réciproques des membres les uns aux autres, autant qu'au réseau lui-même.

Comment assurer la pérennité des réseaux dans ce contexte ?

- à travers la place du narratif nous disent les experts ès-réseaux, ce narratif qui tisse de l'historicité et tient une fonction mémoire. A travers l'évaluation également, dont il est tant question actuellement. Sans doute également à travers les moyens qui peuvent être accordés, ce qui n'est pas, vous le savez le plus simple !

Des questions plus éthiques sont également associées à la vie des réseaux de soins :

- notamment autour de la prise en compte et le respect de la singularité du patient et du secret auquel il a droit. Ce secret qui, nous rappelle Paul RICOEUR, est la première norme de la médecine, qui donne forme de droit à un pacte de confidentialité.

Comment éviter l'information réductrice, les risques d'objectalisation comme de manipulation, la dilution des responsabilités (cf BALINT)... mais aussi, plus trivialement, le bavardage et la curiosité ?

Comment sortir du réseau également ? On peut constater en règle générale que les manières d'y entrer sont plus détaillées que celles d'en sortir !

Ce sont toutes ces questions, et bien d'autres encore, qui seront abordées aujourd'hui et dans ce document compte-rendu, aussi bien à partir de ce qui a été présenté en séances plénières que discuté dans les ateliers thématiques, lesquels ont fait l'objet d'un travail de synthèse essentiel bien que nécessairement quelque peu réducteur.

Je remercie tous ceux qui ont permis que cette journée soit possible et aussi cet écrit compte-rendu, qu'il s'agisse des intervenants extérieurs, venus témoigner à partir de leur expérience, ou des confrères et amis de l'URAA des Pays de Loire, organisatrice de cette journée inter-addictive annuelle.

Jean-Luc VENISSE – Président URAA

INTERETS ET LIMITES DU RESEAU A PARTIR DE LA LECTURE SYSTEMIQUE

Sur un plan général

Si l'on considère le réseau sous l'angle systémique, la théorie générale des systèmes nous apprend qu'un système est un ensemble d'éléments en interaction les uns avec les autres, dans une dynamique orientée vers un but, une finalité sur la durée.

Le réseau est bien un ensemble de personnes en interaction, qui élaborent et construisent ensemble un processus de relations, régi et structuré par des règles explicites et implicites au service d'un projet.

Relations qui s'expriment de manière verbale et non verbale et dont les contenus sont porteurs d'informations, d'affects (amour, puissance, pouvoir, etc...).

Le processus relationnel et les contenus mis en œuvre, constituent un ensemble d'interactions qui trouvent un équilibre en évolution constante.

Il peut être fonctionnel, dysfonctionnel ou en crise.

Il peut devenir problématique voire pathologique (idem pour les familles).

Cette complexité se constitue à partir des ressources et des richesses des personnes qui composent le réseau.

Cet ensemble donnera un résultat d'un niveau logique supérieur à l'addition des compétences individuelles.

Cette synergie donne tout son intérêt au réseau.

Lorsque la complexité se transforme en « compliqué », des difficultés relationnelles peuvent apparaître.

La relation dans le réseau peut être « malade » avec ses symptômes (conflits – abandon – trahison – prise de pouvoir – etc ...), ses crises et ses patients désignés (boucs émissaires).

Nous retrouvons dans les réseaux, des processus relationnels analogues à ceux mis en œuvre dans les familles.

Pour garder un équilibre fonctionnel la dynamique relationnelle est à entretenir en permanence, d'où la nécessité de développer une stratégie qui tient compte de cette complexité ; ce qui sous entend ne pas négliger :

- la finalité individuelle : la place de chacun (respect et reconnaissance des compétences, confiance minimum),
- la finalité collective : ce qui fonde le réseau, ce qui lui donne du sens,
- sa philosophie, son éthique (valeurs, principes),
- les règles élaborées et décidées en commun et les rituels qui les balisent,
- la conscience des limites qui permet la redéfinition des frontières et favorise les ouvertures et les passerelles,
- la construction d'un réseau, c'est la construction d'une histoire, d'une mémoire, d'où l'importance des traces (compte rendu écrit, etc. ...).

Deux logiques sont à développer :

- le réseau au service de lui-même, des membres qui le composent
- le réseau au service de son projet

Sur un plan spécifique

- a) les réseaux pluridisciplinaires de soins des addictions combinent les compétences : médicales, psychologiques, sociales, et judiciaires.

Autant de richesses et de diversités mais également autant d'incompréhensions possibles : c'est la tour de Babel.

Il va falloir trouver un langage et des valeurs qui constitueront les références d'une éthique commune.

Une représentation d'un projet qui fait sens pour chacun et pour tous : c'est le mythe fondateur.

Il est important de trouver ensemble, une unité de temps et un rythme compatibles qui permettent à chacun de trouver sa place.

Les dynamiques de grand réseau (plus de 30) sont essentiellement organisées pour le partage de l'information et de la formation.

Les dynamiques d'intervention et de construction de plans de soins pluridisciplinaires émanent le plus souvent de sous-systèmes (10 personnes maximum), qui élaborent une pratique et une articulation de compétences de terrain.

Ces groupes peuvent être à l'initiative d'une dynamique de réseau plus large.

- b) les réseaux de soins comme les équipes sont en interaction avec les dépendants et leurs systèmes.

De fait, ils sont susceptibles d'être pris dans les jeux relationnels de co-dépendance.

Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il existe « une contamination relationnelle » qui amène les intervenants et les équipes à être dans l'isomorphisme avec leurs patients.

Cet isomorphisme peut influencer de manière significative la définition de la relation dans le réseau.

Pour illustrer ces propos, nous arrive-t-il :

D'être « dans le tout, tout de suite », d'avoir une tendance à passer à l'acte sur le plan de l'accompagnement, des soins, de confondre l'urgent avec l'important.

D'avoir du mal à tenir les cadres les décisions et les règles.

De confondre penser faire avec faire.

De dénier les compétences de l'autre.

D'être dans des postures de sauveteur tout puissant ou victime toute impuissante.

De développer de l'inter dépendance plutôt que de favoriser l'appartenance et la séparation (dépendant / co-dépendant).

De négliger les rituels qui balisent les « arrivées » et les « départs ».

Cette liste n'est pas exhaustive.

La prise de conscience de cet isomorphisme peut nous aider à construire une stratégie qui tienne compte de ces éléments et permette de transformer les limites en ressources.

PRÉSENTATION D'UN PLAN DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

LES PRÉALABLES AUX SOINS	LES SOINS			LES PREALABLES A L'INSERTION	L'INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE
	sevrage	Psychologique	substitution		
<p style="text-align: center;">Rencontre, Accueil, Affiliation, Repérage des besoins immédiats, 1^{ère} évaluation de la problématique</p> <p style="text-align: center;">1 ère hypothèse de travail: Hiérarchisation des priorités, Élaboration et définition en commun d'un plan d'accompagnement et de soins, Repérage des partenaires impliqués, Elaboration d'une stratégie de travail</p>	<p>Hospitalier</p> <p>ou</p> <p>Ambulatoire</p>	<p>SUIVI</p> <p>Individuel</p> <p>ou</p> <p>Familial</p>	<p>Subutex</p> <p>Méthadone</p>	<p>Post sevrage, Lieu spécialisé, Lieu ressources, Soutien psychologique Accompagnement socio-éducatif</p>	<p>Formation Insertion professionnelle, Logement</p>

DE LA RENCONTRE

A L'INSERTION

Des soins coordonnés autour des pratiques addictives et de la précarité

SOMMAIRE

I - Au delà du traitement, l'organisation des soins

II - Historique du réseau ADDICA

III - Les objectifs du réseau

IV - Les outils du réseau

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

I - Au delà du traitement, l'organisation des soins

Le dispositif de soins aux toxicomanes, en France, est relativement étoffé. Si de 1970 à 1990 l'essentiel de l'effort a porté sur le dispositif spécialisé et l'approche sociale, on a pu assister ces dix dernières années, du fait de l'atteinte par le VIH et les hépatites, puis du fait des traitements de substitution, à une mobilisation des acteurs sanitaires du dispositif général (médecins généralistes, spécialistes concernés et services hospitaliers). La mise en place de réseaux de soins traduit cette mobilisation et la nécessité de formaliser les articulations avec le dispositif spécialisé.

Le contexte au niveau national

La modification récente de la définition des drogues, incluant les consommations excessives d'alcool, le tabagisme, les produits dopants et le mésusage des médicaments psychotropes, a modifié les choix de santé publique et a transformé les réflexions et les démarches de soins de tous les acteurs de santé. On parle maintenant des pratiques des usagers de substances psychoactives et des conduites addictives. L'approche est transversale et réunit de plus en plus tous les partenaires venus des différents champs de la toxicomanie, de l'alcoolisme, et de la dépendance au tabac.

Par ailleurs, la mise à disposition des produits de substitution aux drogues opiacées (héroïne et codéine) a permis d'améliorer l'accès aux soins des patients dépendants de ces produits, le nombre des overdoses a diminué et l'état de santé des toxicomanes s'est amélioré. Les médecins généralistes et les pharmaciens de ville se sont beaucoup impliqués dans ces prises en charge.

Les consommations nocives et les dépendances à l'alcool sont devenues des préoccupations importantes en terme de santé publique:

- 13.3% de la population masculine aurait ou aurait eu un risque de dépendance vis-à-vis de l'alcool
- 4.1 % des femmes (tous âges confondus) auraient, ou auraient connu ce risque
- parmi les adultes de 18 à 75 ans, 40,0% des hommes et 31,7 % des femmes déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps
- chez les adultes: un Français sur dix a pris des somnifères ou tranquillisants au cours des 7 derniers jours. Les femmes de plus de 35 ans consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes.
- Chez les adolescents, 7% des jeunes prennent des tranquillisants
- Le tabagisme poursuit ses ravages en terme de santé publique, et on constate une consommation de plus en plus importante chez les adolescents.
- Environ 2 millions de français ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, et 7 millions auraient essayé au moins une fois, au cours de leur vie. Parmi eux un pourcentage faible mais non négligeable souffre de cette consommation.
- L'ecstasy ou MDMA est de plus en plus consommée par les jeunes de milieux sociaux divers, elle concernerait actuellement 3% des lycéens
- D'autres produits tels que le LSD, les amphétamines et autres drogues de synthèse (PCP, GHB), et les solvants, occupent une place non négligeable à côté de l'ecstasy
- On estime qu'il y a actuellement en France entre 146 et 172 000 héroïnomanes. 62% des héroïnomanes sont en fait poly toxicomanes.
- 500 000 personnes consommeraient de la cocaïne en France, plus ou moins régulièrement.

Le contexte en Champagne-Ardenne

La lutte contre les conduites addictives est une des priorités du projet régional de santé redéfini lors de la dernière conférence régionale du 22 janvier 2002.

En ce qui concerne l'alcool, la région possède une forte activité viticole et est touchée par l'alcoolisme. Les consommations excessives d'alcool sont responsables de près d'un cinquième des 3000 décès survenus prématurément (c'est à dire avant l'âge de 65 ans) chaque année dans la région. La situation est particulièrement défavorable en ce qui concerne les hommes de Champagne-Ardenne. Par rapport à la France entière on constate une surmortalité par psychose alcoolique (+63 %), cirrhose (+20 %) et cancers des voies aériennes et digestives (+20 %). On estime par ailleurs que 5 à 15 % de la clientèle d'un médecin généraliste présente un ou des problèmes avec l'alcool, et qu'un « problème » avec l'alcool est rencontré pour 33% des personnes hospitalisées dans certains services de médecine.

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

D'autre part les phénomènes d'exclusion sociale favorisent les conduites d'addiction et l'installation du cercle vicieux "alcoolisations, dépendance alcoolique, isolement, désocialisation". Les patients très désocialisés imposent aux soignants une coordination des soins bien organisée.

Le tabagisme est également une cause de mortalité et de dommages induits importants.

En ce qui concerne la **toxicomanie**, plus de 6700 boîtes de Néocodion* (utilisé en auto substitution pour pallier les effets de manque ou pour un but toxicomaniaque) ont été vendues en pharmacie ainsi que plus de 5100 Stéribox (kits d'injection à usage unique).

	Toxicomanes sous traitement de substitution	Prescripteurs de Subutex
Marne	800	125
Ardennes	300	91
Aube	300	67
Haute-Marne	150	22

Par ailleurs, dans la région, la dépense représentée par les prescriptions du médicament Subutex* est très importante puisque ce traitement est au 14ème rang des spécialités remboursées les plus coûteuses.

Les équipes travaillant sur ce thème ont constaté les dysfonctionnements suivants:

- Le suivi des conduites addictives est long, souvent plusieurs années: patients et médecins peuvent se lasser, certains patients passent d'un médecin à l'autre, du cabinet de médecine générale à une institution ou l'inverse; sont hospitalisés ou font un séjour en prison. Ces rencontres ne sont pas toujours inscrites dans une démarche de soins cohérente qui tient compte du passé, du présent et du devenir du patient.
- Les différents partenaires ne communiquent pas bien ensemble (problème de disponibilité, sentiment de concurrence, et manque d'outils communs).
- Des praticiens qui pourraient accompagner un ou deux patients de leur clientèle qui leur confie un problème d'addiction se sentent souvent démunis et refusent ces prises en charge par manque de formation.
- Des problèmes de nomadisme médical existent, des patients peuvent détourner des prescriptions ou utiliser des médicaments éventuellement utiles pour leur traitement à des fins de drogues en association avec d'autres produits ou avec de l'alcool.
- Le repérage des patients dits « consommateurs à risques » pour éviter le passage vers la dépendance n'est pas optimal
- Des suivis conjoints entre généralistes, psychiatres ou psychothérapeutes, hépatologues, infectiologues, sont nécessaires, mais ne peuvent pas répondre au schéma classique de la relation médecin-spécialiste communiquant par téléphone ou courrier. En effet, les patients font parfois de la rétention d'informations ou
- n'accrochent pas tout de suite à leur protocole de soins (ils ont besoin de temps avant de prendre leur décision), et les médecins de ville ont des difficultés à libérer du temps de concertation avec d'autres (problème d'organisation et de rémunération).

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

II - Historique du réseau

Présent au niveau de la région Champagne-Ardenne, ADDICA est un réseau de soins tourné vers les pratiques addictives et une de leur conséquences sociales, la précarité. Mis en place à l'initiative d'un certain nombre de médecins libéraux regroupés au sein d'une association GT 51 et qui ont fait preuve d'une meilleure connaissance des consommateurs de substances psychoactives et des patients dépendants, de la complexité de leur comportement, de leurs demandes et de leurs structures psychopathologiques, ce réseau est devenu un outil de collaboration entre les différents acteurs de santé: centre spécialisés, centres hospitaliers, médecins généralistes, pharmaciens et services sociaux.

L'association GT 51

A l'origine du réseau ADDICA, se trouve une association *foi 1901*, GT 51 « médecine Générale et conduites addicTives ». Créée en 1993, elle a initié des actions départementales et régionales:

- de formation de médecins
- de prévention

Le travail en réseau se faisant de manière informelle, l'absence de moyens a provoqué un essoufflement du dynamisme de départ. Il est apparu alors nécessaire de doter l'association d'outils permettant de faire fonctionner le réseau. Ce dernier se donne comme objectif d'être le plus transversal possible, incluant toxicomanies, alcool et autres dépendances (le champ de l'addiction selon la définition de la MILDT), la précarité et également les hépatites C et le VIH. Fondatrice de l'initiation et de la mise en place du réseau, l'association a coordonné la mise en place de l'outil informatique du réseau.

Le réseau « Addictions -Précarité Champagne-Ardenne»

Le réseau « Addictions -Précarité Champagne-Ardenne» est un réseau régional d'information, de formation, et de prise en charge des conduites addictives et de la précarité. Il a vocation à développer une prise en charge globale de personnes rencontrant des difficultés de deux ordres:

- des problèmes de consommation nocive ou à risques ou de dépendance avec un ou plusieurs produits psycho-actifs (alcool, tabac, substances illicites, psychotropes, produits dopants. ..
- des difficultés d'accès aux soins à cause d'une situation de précarité.

Ce réseau associe autour du malade: des médecins généralistes, des spécialistes libéraux et hospitaliers, des institutions de soins pour toxicomanes, les équipes de liaison des inter-secteurs alcoologiques, les services hospitaliers concernés, les pharmaciens et les travailleurs sociaux. Ce projet s'inscrit dans le cadre des orientations de santé publique en Champagne-Ardenne notamment la lutte contre les addictions, qui est une des priorités du projet régional de santé réaffirmée à la dernière conférence régionale de santé du 22/1/2002

Les partenaires du réseau ADDICA

Les promoteurs du réseau

L'association GT 51, représentée par son président, en partenariat avec:

- L'URCAM Champagne -Ardenne (Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies) La DRASS (Direction Régionale de l'Action sanitaire et Sociale)
- Les DDASS (Directions départementales de l'action sanitaire et sociale)
- La Ville de Reims (dans le cadre du Contrat Ville)
- La région Champagne-Ardenne
- La Caisse d'Epargne (dans le cadre précis de ses missions d'intérêt général)

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

Acteurs professionnels du Réseau

- Les médecins généralistes;
- Les spécialistes (libéraux et hospitaliers) interviennent en lien étroit avec les médecins généralistes dans leur spécialité respective;
- Les pharmaciens;
- Les Travailleurs sociaux: éducateurs, assistantes sociales;
- Psychologues

Partenaires institutionnels

- Les institutions de soins pour Toxicomanes dans chaque département
- Les centres Départementaux de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA)
- Les CODES (Comités Départementaux d'Education à la santé)
- Les CIRDD (Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances) Les CCAS (Centre Communaux d'action sociale)
- CARéDoP (Champagne-Ardenne Réseau Documentaire sur les substances Psycho-actives)

Organisations professionnelles:

- URML de Champagne-Ardenne (Union Régionale des Médecins Libéraux)
- Conseil de l'Ordre des Médecins
- Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

Hôpitaux et réseaux de soignants:

- Les hôpitaux de chaque ville du département avec leurs services spécifiques;
- Le réseau Hépatite C mis en place par des hépatologues de la région;
- Les réseaux d'alcoologie, les équipes de liaisons et les inter secteurs d'alcoologie, les services spécialisés des centres hospitaliers et des centres de cures et post-cures.
- Les consultations d'aide au sevrage tabagique;
- Les réseaux Précarité et les services sociaux et de prévention des principaux centres urbains
- Prévention: beaucoup d'autres partenaires (Education Nationale, Association Partages 51, associations de quartiers, Groupement de parents, Mutuelles..)

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15

addica@uni-medecine.fr
26 84 26 15 addica@uni-medecine.fr

III - Les objectifs du réseau

ADDICA va au delà de la simple information du public et des populations concernées: il a pour but de coordonner les soins et d'assurer le suivi et l'accompagnement des malades dans leurs démarches pour se réinsérer. Du point de vue des soignants, le réseau a pour but leur mobilisation et leur formation.

Objectifs généraux

- Sensibiliser à la prévention et améliorer le soin;
- Connaître les éléments essentiels du champ des addictions: les produits licites et illicites utilisés (leurs effets sur le corps et sur le comportement), les différents types de comportements de consommation, les effets sur l'environnement relationnel (familial, professionnel et social);
- Savoir identifier des situations particulières ("situations d'alarme ou de repérage")
- Pouvoir appliquer des conduites à tenir face à ces situations:
- Utiliser les effets psychothérapeutiques d'une relation médicale dans le temps;
- Pouvoir agir de manière coordonnée, dans le cadre d'une prise en charge globale et cohérente

Objectifs opérationnels

Le réseau a pour but d'améliorer les soins et de réduire les conséquences individuelles et collectives des pratiques addictives, en développant les axes suivants:

La prévention primaire et secondaire

- Par l'information des professionnels sur les situations à risque et sur les possibilités de prévention (auprès des adolescents et des parents);
- Par l'information des malades sur leur maladie et sur les possibilités de prévention secondaire (pour éviter rechute et aggravation) ;
- Par le dépistage des maladies débutantes et des situations à risque. (passage de l'usage nocif vers la dépendance, diagnostic des abus de substances psychoactives, maladies infectieuses ou psychologiques associées).
- Par des actions de prévention et avec les acteurs de terrain. Un lien avec les CIRDD (Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances) est prévu pour permettre la diffusion des informations destinées au public.

La formation

- La formation portera sur les différents types d'addictions, sur leur prise en charge, en pratique de ville. Ce travail de formation sert à promouvoir les pratiques en réseau. Le but n'est pas d'attirer un grand nombre de patients vers un petit nombre de professionnels très spécialisés. L'objectif est de faire comprendre que chaque acteur de santé s'occupera encore mieux d'un patient alcoolique, toxicomane ou en situation d'exclusion grâce à la pratique en réseau formalisé.
- La formation s'adresse non seulement aux médecins mais aussi aux paramédicaux et aux acteurs sociaux, chacun jouant un rôle complémentaire au sein du réseau. La formation est effectuée par tous les acteurs de soins compétents hospitaliers et libéraux.

La coordination

- La coordination des soins autour du patient, par les différents professionnels concernés, repose sur un système de communication performant et sur le partage d'un certain nombre de données.
- Un travail de liaison entre les professionnels impliqués est entrepris pour aider à la circulation des informations et des messages importants.

•

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

Contact presse
Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

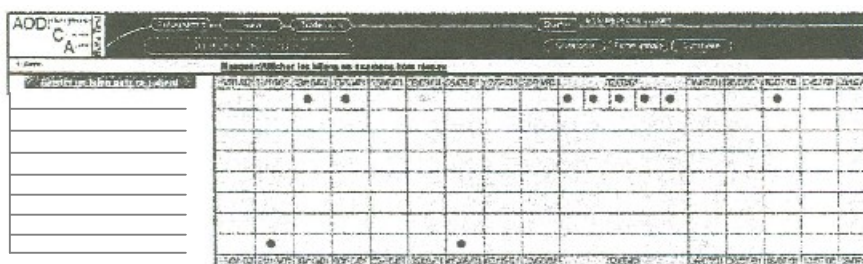
IV - Les outils du réseau

Les outils du réseau: www.addica.org

Le réseau dispose d'un système d'information présentant une partie destinée à l'information du grand public et une partie réservée aux professionnels de santé.

Accessible à tous les professionnels de santé (identifiés au moyen de codes ou de leur carte de professionnel de santé), la plate-forme permet la circulation des informations, l'accès à un module de télé-expertise et à un forum.

Un second niveau d'accès professionnel est restreint aux membres du réseau. Ils accèdent à une application permettant le partage du dossier médical de leurs patients (ci-dessous), disposent d'un agenda, d'un forum et d'un carnet d'adresses.



Le bénéfice pour les utilisateurs

Le système d'information mis en place permet au réseau d'atteindre ses objectifs de coordination et de formation des professionnels. Ces derniers peuvent effectuer un suivi global, en continu, de pathologies avérées et des pathologies associées.

Le partage d'informations rompt "l'isolement" des professionnels de santé, leur permet d'améliorer leur formation et optimise les liens entre les praticiens libéraux et les autres secteurs du soin (hôpital, institution, etc).

Le bénéfice pour les patients

Mieux suivi, mieux encadré et mieux conseillé, le patient est placé au centre de l'organisation des soins. La cohésion des professionnels de santé et du secteur social s'avère particulièrement efficace dans le cas de maladies addictives : un chaînage, reliant tous les acteurs intervenant autour du patient, est mis en place. Le parcours souvent chaotique des patients souffrant de dépendance peut retrouver une cohérence grâce à cette pratique en réseau. Un patient perdu de vue peut reprendre avec un autre professionnel du réseau à un autre moment sans perte des informations essentielles de son suivi antérieur. Enfin pour ces patients s'inscrire dans la démarche du réseau est souvent un acte thérapeutique important.

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

LE RESEAU ADDICA



Une pratique novatrice

un réseau favorisé

- . L'émergence d'une nouvelle organisation des soins pour les pathologies complexes (dans notre expérience: les addictions)
- . La création de liens entre les acteurs médicaux et avec les acteurs du secteur social

Genèse du réseau

- . **Un constat:** Grande difficulté pour tout professionnel de santé de soigner seul les addictions et/ou les patients en situation de précarité
- . **Une expérience:** celle d'une quinzaine de médecins généralistes GT 5, avec ses succès et ses limites
- . **Une volonté:** construire un système d'information performant afin de partager les informations utiles aux soins du patient

L'expérience ADDICA

- . A permis de rendre au mot réseau, souvent imprécis, une application concrète sur le terrain
- . A permis le passage du réseau informel à une dynamique de terrain organisée
- . A favorisé les échanges entre les différents professionnels peu enclins à travailler ensemble jusqu'alors ...

Principes du réseau

- . Respect du libre choix du patient
- . Partage d'informations en respectant la confidentialité
- . Attribution au patient d'une place de partenaire dans le cadre d'une relation soigné / soignant contractuelle

Les outils du réseau (1)

Un site Internet public :

- . Circulation d'informations générales
- . Mise à disposition des adresses régionales

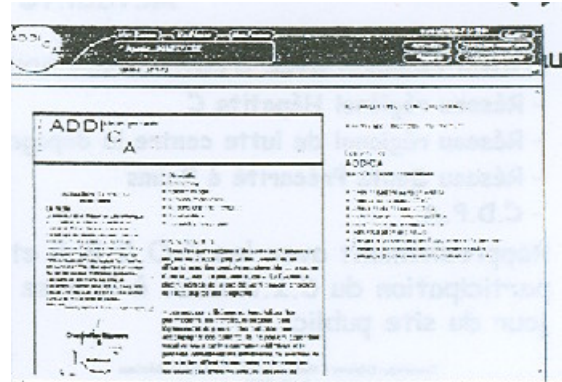


Les outils du réseau (2)

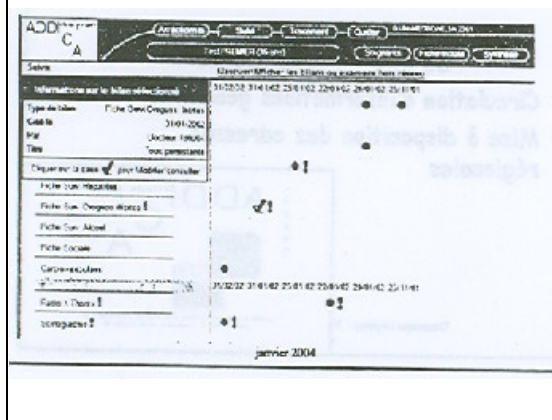
Une plate-forme d'information pour tous les professionnels de la région, sur un site sécurisé

- Diffusion des référentiels et guides de bonne pratique
- Promotion des expériences de terrain
- Télé-expertises
- Forum, enquêtes

Les outils du réseau (3)



Le dossier patient partagé



Ce qui fonctionne:

Système d'information opérationnel:

- Site public riche en informations
 - TE drogues illicites, tabac et hépatites
 - Référentiels et guides de bonne pratique
 - DPP : plus de 150 dossiers de patients créés
- Formation de 150 professionnels de santé dans la Marne et de 50 professionnels dans les Ardennes et l'Aube

Actualité

- Travail commun avec d'autres réseaux: - Réseau régional Hépatite C
 - Réseau régional de lutte contre le dopage
 - Réseau Santé Précarité à Reims
 - C.D.P.A.
- Rapprochement avec les C.O.D.E.S et participation du C.I.R.D.D. à la mise à jour du site public

Evaluation intermédiaire

- La société CEMKA -EVAL réalise l'évaluation
- Résultats des données à 18 mois du démarrage du projet financé



Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

Objectifs du projet

. dans le champ des conduites addictives et dans le champ de la précarité

- Améliorer la qualité des soins
- Agir de manière coordonnée
- Insérer le réseau dans l'environnement régional
- Sensibiliser à la prévention



• 1- Qualité des processus mis en oeuvre

- Conformité au programme d'actions prévu
 - Les activités de la coordination ++
 - Les outils: créés, opérationnels et utilisés
L utilisation ; dépend de l'outil
 - 160 DPP créés,
 - 47 PdS y ont accès,
 - 7 bilans en moyenne / patient
 - 1200 fiches de suivi renseignées
 - Plus de 40 cas de Télé-expertise
- Communication
 - Connaissance du réseau (national régional départemental)
 - Fonctionnement: mailings régionaux, lettre du réseau



• 1- Qualité des processus mis en oeuvre

- , Montée en charge
 - Pluridisciplinarités professionnelle et institutionnelle
 - 120 patients: 3/4 hommes, de la Marne principalement
 - 127 PdS dont 111 formés
- . Formations
 - 200 PdS : 7 groupes: Reims (2), Chalons en Champagne (1), Epernay (1) Vitry le François (1) Ardennes (1), Aube (1)
- . Coopération d'acteurs et d'institutions



• 1- Qualité des processus mis en oeuvre

- . Difficultés d'organisation
 - recrutement des professions médicales
 - Implication de certains partenaires,
 - Difficultés techniques et obstacles culturels
- . Difficultés de fonctionnements
 - Lente montée en charge: communication
 - Utilisation du DPP : formations sur site ++
 - Régionalisation: communications, rencontres, organisation à définir (peur du spectre de big brother !)
 - Formation: adaptation de l'organisation
 - Motivation: mailings, formations



• 2 - Satisfaction des professionnels

- 84% de satisfaits (voire très satisfaits) du fonctionnement et de la relation avec la coordination
- La majorité a bénéficié d'une formation et en est satisfaite
- Opinion de la coordination : satisfaction du travail accompli et des résultats atteints à mi-parcours



• 3- Réalisation des objectifs

- Prise en charge des patients
 - 50% des professionnel. ayant répondu à l'enquête ont pris en charge des patient. dans le réseau
 - 26% ont pris en charge plus de patients ayant des problématiques addictives ou précarisés qu'avant leur adhésion
 - La création du réseau correspond à un besoin de prise en charge (87%)
- . Utilisation des outils:
 - Site Internet (66%) : Annuaire (57%): Référentiel. (44%); DPP (41%); Forum (30%); TE (28%) mais d'autres "hors réseau" l'ont utilisé

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr



• 3- Réalisation des objectifs

- . Difficultés d'utilisation des outils:
 - ½ PdS utilisent les outils, 1/2 de Non réponse, ½ PdS n'utilisent pas, le projet est très novateur et encore très récent (3 ans seulement)
 - Difficultés ++ 1 DPP et TE, mais ces difficultés diminuent avec l'ancienneté surtout pour les outils informatiques, au-delà de 10 mois les PdS utilisent plus facilement les outils
- . Freins à l'utilisation des outils
 - pas encore l'utilité ; problèmes informatiques ; pas de connexions Internet ; pas l'habitude ; pas de matériel informatique ; manque de temps
 - Besoin d'acquérir un réflexe et besoin de temps



• 4- Effets indirects

- Effets du réseau sur les pratiques :
 - Évolution dans leur pratique pour 70% des professionnels:
 - 25% totalement, 45% modérément
 - Principalement perçu chez les médecins, les infirmières et travailleurs sociaux
 - Augmente avec l'ancienneté dans le réseau
- Acquisition d'expérience : 70 % des professionnels se servent de l'expérience acquise pour patients hors réseau

Cette évaluation montre ainsi

**Des avancées, des freins
et une stratégie claire à défendre
pour faire vivre le réseau...**

Les points forts

- ■ Les outils développés sont:
 - Mis à disposition et opérationnels
 - Jugés utiles et utilisés
- ■ Les formations aident à l'amélioration
 - des prises en charge
- ■ La pluridisciplinarité est bien effective
- ■ Le partenariat est actif

Les points faibles

- ■ Forte charge de coordination
- ■ Lent recrutement des professionnels
- ■ Freins à la mobilisation des professionnels
 - "Difficultés techniques
 - "Problèmes culturels
- . Régionalisation non aisée

ADDICA REGIONALE

- La Régionalisation du financement et le Guichet Unique encourage les organisations régionales (Dotation des réseaux)
- Avec l'obtention des financements, les 4 départements se sentent plus concernés et s'investissent

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medicine.fr

Plus value pour le professionnel

- Un soutien en temps réel pour les difficultés de suivis
- Un partenariat plus efficace
- Des outils facilitant le suivi (DPP, TE)
- Une contractualisation avec le patient qui a un effet thérapeutique
- Une reconnaissance à terme du temps passé pour des actes longs

Conclusion

**Les pratiques en réseau
n'ont pas vocation à tout résoudre
mais elles ouvrent la voie
à de nouvelles pratiques coopératives
depuis de nombreuses années et
sont à l'œuvre en Champagne-Ardenne**

*Dominique Dépinoy /Nantes Journées des réseaux addictions
janvier 2004*

Place aux questions



Merci de votre
attention

*Dominique Dépinoy /Nantes Journées des réseaux addictions
janvier 2004*

S

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

"RESEAUX UNIS OU PLURI-ADDICTIFS ?"

Introduction

Daniel Bernier, directeur du CSST Le Triangle de Nantes, introduit l'atelier en rappelant l'objectif premier de la journée : mieux se connaître dans les différents champs des addictions. L'atelier comprendra donc un temps de présentation de chaque participant avec, pour ouvrir au thème de l'atelier, l'indication de l'appartenance à un ou plusieurs réseaux, pour lesquels les précisions suivantes pourront être apportées :

- son objet : réseau uni ou pluri-addictif ?
- son organisation : réseau formalisé ou informel ? financement ?
- son fonctionnement : rythme des rencontres ? thèmes abordés concernant les patients ou des questions générales ?

Les réseaux représentés

Les 23 participants de l'atelier sont issus principalement de l'alcoologie (11), puis de la toxicomanie (6), de l'addictologie (4), de la pédopsychiatrie (1) et du secteur social (1). De nombreuses expériences de réseaux sont rapportées, consignées dans le tableau suivant :

alcoologie	réseau Nord-Loire (Loire-Atlantique)	actuellement en veille
	réseau GIP-Rappel (Saint-Nazaire)	formalisé en GIP (Groupement d'Intérêt Public)
	réseau alcoologie de la Sarthe	formalisé
	réseau alcool Vendée	en cours de structuration
	réseau alcool Sud-Loire (Loire-Atlantique)	informel
toxicomanie	réseau toxicomanie de la Sarthe	association loi 1901
	synergie 17 au coeur de nombreux réseaux pluridisciplinaires	
	réseau nantais de soins aux toxicomanes	

addictologie	réseau addictologie de Vendée	en cours de structuration
	addictologie de liaison du CHU de Nantes	unité dans un service
	centre fédératif de prise en charge des pratiques addictives du CHU de Nantes	formalisé avec association
	réseau addictologique angevin	initié par la DDASS
	prévention des conduites addictives (CHS de Montbert)	fédération de santé
autres	réseau local d'hébergement sur Nantes	informel
	réseau Santé-Analyse de pratique (Vendée)	financement PRS / depuis 90

La majorité des réseaux présentés (8) est centrée sur une thématique addictive propre. On réalise surtout l'hétérogénéité des expériences mises sous le vocable "réseau" (travail de partenariat clinique, liaison intra-hospitalière, réunion d'échanges inter-institutionnels, élaboration de projets communs, élaboration de structures), de même que celle des niveaux de formalisation (informel, charte, association, fédération, groupement).

Cas du CSST Le Triangle (44)

Le Triangle, CSST, participe à plusieurs réseaux :

- le réseau ville-hôpital toxicomanie créé en 1994 suite à la publication d'une circulaire, avec financement d'état dont un coordonnateur (médecin hospitalier). Ce réseau s'appelle désormais **le réseau nantais de soin des toxicomanies (RNST)** et comprend le Triangle, le CSST en milieu pénitentiaire, l'UCSA (soins somatiques en prison), le service d'addictologie, la DDASS et une association de généralistes (AMANIT), laquelle perçoit un financement d'état mais dont le fonctionnement pâtit d'un défaut de renouvellement de ses membres. Le RNST se rencontre tous les trois mois, il rédige des textes de référence et dispose d'une plaquette de présentation, il réfléchit actuellement sur le parcours des patients au sein des différentes structures le composant.

- **le réseau prévention de la ville de Nantes**, comprenant notamment des associations de quartier, des services prévention, universitaire, le CDPA actuellement l'ANPAA, des points « écoute jeunes », la police etc...

- **le GRTS (Groupe Régional Toxicomanie Sida)**, fonctionnant depuis 15 ans, travaille à une meilleure articulation entre les centres de soin toxicomanies et les services hospitaliers spécialisés VIH, Hépatites... ainsi que les différents acteurs de l'accompagnement de ces pathologies.

- **l'ANIT** (association nationale des intervenants en toxicomanie) à laquelle peuvent adhérer des personnes morales ou individuelles, et qui offre la possibilité de travailler aux niveaux régional et national.

- **les comités départementaux impulsés par la MILDT**, interaddictifs mais actuellement non actifs.

Ces différentes participations indiquent des niveaux très divers de fonctionnement en réseau : inter-institutionnels ou inter-associatifs, financés, quand ils le sont, le plus souvent autour de thématiques uniques. Le financement ne garantit pas le fonctionnement.

Le GIP-Rapel de Saint-Nazaire (44)

Le GIP s'est constitué en 1998 après plusieurs années de fonctionnement en réseau en alcoologie sur Saint-Nazaire et sa région (CCAA, CH de Saint-Nazaire, CH de Guérande), ceci afin d'obtenir des moyens financiers.

Le GIP regroupe 6 participants : CCAA (association), CH de Saint-Nazaire, CH de Guérande, CH du Pays de Retz, médecins généralistes et mouvements d'anciens buveurs. Il est dirigé par un président, un CA, une assemblée générale et un coordinateur chargé de faire le lien entre les structures et de définir les missions. La mise en GIP a permis d'obtenir un mi-temps de coordinateur, une équipe d'addictologie de liaison et la mise à disposition de 10 lits hospitaliers d'alcoologie au CH de Guérande. Le GIP produit un projet d'établissement.

Cet exemple nazairien montre un devenir possible pour certains réseaux qui se structurent en organisation institutionnalisée. Les problèmes se posant au GIP sont relatifs aux cultures différentes des participants, à leurs références hiérarchiques non superposables, au statut professionnel du coordinateur (assistant social). Le GIP fonctionne en réseau avec des partenaires non impliqués en alcoologie (autres addictions, social).

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

Le CSST la Rose des Vents de Saint-Nazaire rapporte ainsi un projet de convention avec le GIP, dans une dynamique de rapprochement des partenaires de soins pour certains patients, ce qui ne manque pas de poser des problèmes, notamment dans la rencontre de deux institutions fonctionnant différemment (hôpital versus association : différences de taille, de réactivité, de proximité, de pouvoir financier).

Il apparaît que le réseau se situe principalement à un **niveau horizontal de fonctionnement**. Son caractère implicite ou « clandestin » permet une mise en marche souple au plus proche des situations pratiques, avec impulsion d'une dynamique autour du patient. La mobilisation ainsi obtenue est contributive pour les institutions impliquées qui trouvent là des éléments de régulation de leur fonctionnement et de leur pouvoir. L'organisation plus avant des réseaux (financement, coordination, institutionnalisation) introduit une dimension verticale contraignante dont l'objectif est de garantir des moyens d'action dans la durée mais qui présente le risque de la rigidification et de la mise à distance.

Synergie 17 (Charente-Maritime)

Ce CSST fonctionne sur le principe de secteurs autonomes coordonnés par ville, chaque secteur développant son réseau de proximité (en plus des objectifs de prises en charge et de prévention). Ces réseaux de proximité n'ont pas de financement.

Synergie 17 développe une politique de conventions avec des temps de professionnel du CSST et avec un budget en retour (exemple avec la justice). **Ces conventions sont souvent l'aboutissement d'un temps de travail en réseau**. Elles apportent au réseau horizontal maillé une dimension semi-verticale. Le responsable de Synergie 17 estime avoir une fonction de "tête de réseaux" afin de les faire évoluer.

Les réseaux addictologiques de Maine et Loire et de Vendée

Dans le Maine et Loire, depuis 2 ans et à l'initiative de la DDASS, des rencontres entre les partenaires impliqués dans l'addictologie ont été organisées sur les trois sites d'Angers, Saumur et Cholet, avec l'aide d'un cabinet de psychosociologie. Ont participé les secteurs médicaux et sociaux, les CSST, la justice (SPIP, PJJ), la MSA et la CPAM. Il a été décidé de rester à un niveau horizontal et de prendre appui sur le CCAA départemental lequel accueille le mi-temps de coordinatrice créée pour **le réseau addictologique angevin**.

Ce réseau rayonne 30 km autour d'Angers, il comprend des adhérents se réunissant tous les mois et demi et un groupe de pilotage de 13 personnes représentatives des trois produits (alcool, tabac, toxiques) et des différents secteurs (hôpital, éducation, social). Il a rédigé une plaquette et un répertoire, il organise une journée annuelle d'étude pour ses partenaires. Il projette de travailler sur la formation et l'analyse des pratiques. Un tel réseau favorise les liens entre partenaires oeuvrant dans les différents champs addictifs. Il met en application une politique trans-addictologique.

Le réseau addictologique de Vendée n'a qu'un an d'existence. Après une phase d'observation, les 15 membres se rencontrant (hors justice et prévention) ont décidé de se centrer sur le soin et de se donner le temps de l'horizontal avant que d'aller au vertical. En effet, des incitations de l'ARH pour le rapprochement de structures avec éventuels financements à la clef apparaissent parachutées, rencontrant difficilement les initiatives de réseaux en cours, centrées par conduite addictive. D'où l'importance de bien écouter les questionnements des professionnels.

Daniel BERNIER
Le Triangle – CSST (44)

Dr Guy DUPUIS
C S A A – Espace Barbara (44)

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

LES AVATARS DES RESEAUX

Présentation du groupe constitué :

14 professionnels qui ont une activité en alcoologie, addictologie, toxicomanie et troubles du comportement alimentaire :

- 7 médecins dont 1 psychiatre,
- 2 psychologues ,
- 1 directeur de centre soins de suite alcoologie,
- 2 assistantes sociales, 1 infirmier ,
- 1 cadre infirmier

Ils représentent les départements de :

Loire-Atlantique (St Nazaire, Bouguenais, Guérande, Montbert, Ancenis, Chateaubriand, Nantes)

Sarthe (Le Mans)

Vendée (La Roche sur Yon, Luçon)

Présentation du cadre de l'atelier :

Animateur : Le Dr Yves Le Claire médecin de La BARONNAIS propose une réflexion sur la définition et l'histoire des mots « AVATAR » et « RESEAU ».

Il propose un atelier : interactif et reposant sur les compétences de chacun en s'appuyant sur les expériences différentes : « pourquoi pas en tirer des leçons ? »

D'où venons-nous et où allons-nous ?

Sources des définitions à partir « du dictionnaire de langue française », encyclopédie et du « Petit Robert ».

AVATAR : notion religieuse au départ ? Utilisé plutôt dans un contexte bénéfique (descente d'un dieu sur terre) transformé par contresens en notion de malheur ou de mésaventure : Il y a déjà mal-donne !!

RESEAU : mot qui n'existe pas au départ, issu du latin RETS (14^{ème} siècle) qui signifie un filet utilisé pour la chasse du petit gibier, puis au sens figuré artifice avec lequel on s'empare de quelqu'un ou de son esprit. Plus tard (18^e siècle) notion de réseau anatomique, ensemble de personnes, ensemble de points communiquant entre-eux, (au 20^e siècle) terme architectural pour définir un entrelât (ligne de défense pour empêcher de passer).

Échanges

L'évolution de la prise en charge de conduites polyaddictives, nous amène, à partir de nos spécificités, à travailler en complémentarité et à la nécessité de se rencontrer et de formaliser cette approche professionnelle par la création de réseaux.

Plusieurs expériences de réseaux sont partagées :

Réseau Sud Loire	non formalisé
Réseau Nord Loire	en veille
Réseau GIP Rappel St Nazaire	formalisé
Réseau Toxicomanie Sarthe	formalisé en association
Réseau alcool Vendée	en cours de structuration

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

Synthèse des échanges

Les Avatars des réseaux formalisés

Le fonctionnement en réseau dans sa dimension horizontale a souvent existé avant d'être formalisé. La nécessité d'être formalisé est l'obtention de financements pour continuer à exister et être reconnu. Pour obtenir des financements l'organisation se verticalise et la hiérarchie apporte une contrainte par l'obligation de résultats pour garantir la poursuite des moyens d'actions. Il existe moins de souplesse en terme d'actions et de moyens pour les réaliser.

Les Avatars des réseaux non formalisés

Pas de conventions écrites
Manque de coordinateur
Pas de reconnaissance
Difficultés d'intégrer les médecins généralistes
Départ ou absence d'un membre du réseau
Conflit de loyauté

Autres avatars

Méconnaissance des compétences et des ressources, des différentes structures et des fonctions respectives.
Manque de disponibilité pour se rencontrer
Pour 1 professionnel présent, l'addictologie = avatar
Place des spécificités : absence de connaissances de l'autre champ qui limite les capacités d'intervention et d'échanges.
Épuisement des personnes investies dans les démarches pour formaliser le réseau : les conventions sont écrites, des réunions de travail existent pendant plusieurs années puis arrivent de nouveaux décrets qui stipulent d'autres conditions pour obtenir les financements attendus, le projet de départ ne peut plus exister.
Manque d'informations sur l'existant des structures.
Mauvaise utilisation du terme réseau appliqué à des réunions de groupe

Réussite des réseaux présentés

Des réseaux non formalisés fonctionnent souvent au départ et peuvent continuer à exister dans la seule dimension horizontale. Les réseaux formalisés ont plutôt une organisation verticale.
Le réseau Toxicomanie Sarthe est formalisé et continue son évolution dans un projet de réseau en addictologie : chaque partenaire y trouve un intérêt : Est-ce la richesse de la diversité des intervenants ? (professionnels, usagers, bénévoles).
Le réseau GIP Rapel St Nazaire est formalisé on y retrouve aussi une diversité des intervenants mais il n'y a pas des usagers. Ce réseau avait déjà rédigé des conventions écrites entre structures avant d'être financé, ceci ayant permis une reconnaissance des interventions .

Conclusion

Le Réseau est une dynamique de professionnels qui ont un intérêt commun à partager leurs pratiques, leurs difficultés, leurs limites. Ils peuvent ainsi construire une complémentarité pour améliorer leurs spécificités et agir en cohérence. Le travail apparaît souvent d'abord dans l'intérêt des professionnels. Il paraît important de ne pas oublier celui du patient.
Le travail en réseau non formalisé apparaît moins contraignant dans sa dimension horizontale que lorsqu'il devient formalisé et verticalisé.
Est-ce qu'il y a un intérêt pour le patient à ce que les professionnels travaillent en réseaux ?

Dr Y. LE CLAIRE
La Barronnais

Anne-Marie ROULLOT
Association pour La Formation
Des Membres du CRISALID

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

INFORMATISATION DES RESEAUX

L'atelier s'est déroulé sous la forme d'un « remue-méninge » autour de trois questions :

- Pourquoi parler d'informatisation dans les réseaux ?
- Quel type d'informatisation serait utile aux réseaux ?
- Comment réaliser l'informatisation des réseaux ?

Question 1 : Pourquoi ?

L'informatique est un outil qui entre dans la vie de tous. On remarque une augmentation de l'utilisation d'Internet pour les transferts d'informations et les échanges de type forum de discussion. D'autre part on remarque que les messageries fonctionnent de plus en plus entre les individus.

Sur le plan des réseaux de soins, on retiendra que l'informatique permet :

- de faciliter les liens entre les différents strates d'un réseau, les différents professionnels de santé qui y participent ;
- une modification des liens entre individus et structures de soins
- d'apporter des outils d'évaluation
- de rompre l'isolement des professionnels
- de gérer le temps différemment (parcours de l'information) ce qui peut être un atout dans le paysage démographique médical de demain (gain de temps, disponibilité par rapport aux contraintes horaires ou professionnelles de chacun)
- d'élargir les frontières dans le but de partager les expériences
- d'harmoniser les langages

Ainsi il est apparu aux participants de l'atelier que l'informatique et ses outils de communications pouvaient répondre à certaines difficultés de la pratique de réseau.

Question 2 : Quelle informatisation ?

Les forums ne semblent pas une solution intéressante, car la réponse n'est pas organisée. Aller à la « pêche » à l'information est souvent chronophage et ne rend pas forcément des services aux réseaux.

Ce qui semble plus intéressant pour un réseau c'est d'utiliser l'informatique pour :

- avoir une vitrine professionnelle du réseau pour afficher les objectifs, la philosophie du réseau, l'accessibilité, les circuits de soins du réseau etc.. ;
- aider les professionnels à orienter des patients, carnet d'adresses du réseau, messagerie sécurisée entre professionnels de différents champs etc. ;
- assurer une meilleure continuité des soins pour les patients (aide au suivi, évaluation, cohérence des soins etc...)

Les participants de l'atelier ont écarté les aspects de recherche épidémiologique qui ne sont pas du ressort des soignants même s'ils peuvent faire l'objet d'un travail complémentaire du réseau.

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

Question 3 : Comment informatiser un réseau de soin ?

Ce qui semble important pour les professionnels de cet atelier, c'est de développer l'aide aux soins de qualité pour nos patients souffrant de conduites addictives (mais applicable à tous patients pris en charge dans un réseau d'ailleurs). Utiliser l'informatique et ses capacités en terme d'informations n'est pas suffisant. Il faut utiliser les nouvelles technologies pour évaluer et suivre un patient.

Pour ce faire des espaces sécurisés utilisant les identifications professionnelles et patients semblent intéressants. Tout en étant en règle avec la loi (CNIL, et Loi de mars 2002 sur les droits des malades) l'idée de partager des informations au sujet de patients suivis au sein du réseau a été retenue comme une idée utile.

Mais il faut s'interroger sur ce qu'on va partager, sur les informations utiles au partage.

Le débat a ensuite porté sur le dossier patient partagé :

Quelle utilité ?

- Continuité des soins
- Formation
- Evaluation

Le dossier partagé doit pouvoir recueillir des ATCD, faire un état des lieux, une analyse de la situation du patient. L'outil informatique permet de sélectionner les informations en fonction du profil des professionnels.

Bien sûr il faut faire attention à ce que les informations partagées ne soient pas liées à du jugement ou de l'intime. Les informations subjectives n'ont pas leur place sur ce type d'outil qu'est le dossier partagé.

Les réticences à l'informatique dans les réseaux de soins existent et nous devons toujours en tenir compte. Il faut d'ailleurs laisser le système d'information d'un réseau à sa juste place : ce n'est qu'un outil, nouveau et prometteur, et on ne crée pas un réseau à partir d'un système d'information.

En résumé, l'informatique des systèmes d'information répond à la modernisation de notre société et de son système de santé. Un système d'information peut être utile à un réseau pour les échanges entre professionnels, la circulation des informations, le suivi des patients et l'évaluation des pratiques. Cela impose une réflexion préalable sur le contenu et son utilisation réalisée par tous les membres d'un réseau de soins.

Dr Daniel DEPINOY – REIMS

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

PARTAGE DE L'INFORMATION DANS LE RESEAU, JUSQU'OU ?

33 participants :

- 7 médecins
- 1 pharmacien
- 6 psychologues
- 6 IDE
- 13 travailleurs sociaux

tous appartenant à des structures hospitalières ou ambulatoires, des champs sanitaire ou médico-social, et aussi d'un service de tutelle et d'une officine.

Pour éviter les écueils habituels fréquents au cours des réflexions sur le partage d'informations et pour tenter de répondre aux questions « quoi partager, pour qui, avec qui, et comment ? » il est proposé de partir du **dossier patient** (dossier de l'utilisateur pour les médico-sociaux et de souligner quelques repères.)

⇒ le dossier :

Le dossier est restituable au patient. Cette restitution doit tenir compte du vécu du patient et rendre compte du sens des éléments retransmis. De même, le professionnel doit éviter de s'enfermer dans une situation de secret en réponse à ses propres angoisses. Utiliser le contenu du dossier avec l'accord du patient peut constituer la base du partage d'information. Mais si le secret est réputé partagé dans une équipe institutionnelle, toutes professions confondues, il ne l'est pas hors de l'institution.

D'où la nécessité de respecter :

- 1) l'accord et l'information du patient dans les cadres non institutionnels avant et après la séquence de partage d'informations. Nécessité aussi de respecter son refus (hors danger manifeste pour lui ou pour autrui).
- 2) Le contenu des informations : diagnostics, évaluations, faits objectifs significatifs d'ordre professionnel ou relationnel (événements de vie), parcours de suivi, indications thérapeutiques et autres.

⇒ le secret :

Le partage d'information entre professionnels n'est pas vécu de la même façon dans le champ sanitaire que dans le champ médico-social, d'où une source d'inquiétude pour certains. Par ailleurs, des professionnels sont liés au secret par des textes réglementaires (médecins, assistants sociaux), d'autres ne disposent pas de tels règlements (psychologues) et sont cependant très respectueux voire « jaloux de la confidentialité ».

Dans le cadre d'une institution, la loi autorise le partage du secret professionnel au sein de l'équipe. Chaque professionnel travaille avec le patient dans un objectif commun. A l'échelle de l'équipe, le partage d'information aide à la réflexion, à l'élaboration du projet thérapeutique ou psycho-social et aux choix des éléments à transmettre hors cadre de l'institution par exemple. Ce travail doit se faire prioritairement non pas dans l'intérêt du réseau mais de celui du patient ou de l'utilisateur.

Il paraît important de rappeler que les notes personnelles (notes de travail hors dossier) ne sont pas restituables au patient, ni aux autorités judiciaires, ni donc aux partenaires hors de l'institution. C'est une condition essentielle du respect de la confidentialité de la vie intime des patients ou des utilisateurs.

La confiance est liée à la personne qui la reçoit et au cadre où elle est donnée plus qu'à son contenu même. Nous ne pouvons en disposer. Il s'agit là de la relation de soin ou de la relation d'aide qui concerne tout professionnel de la santé comme du médico-social.

Dr Louis-Michel RELIQUET
O C H S Alcoologie (44)

Dr Brigitte ROCHETEAU
U D A H L (85)

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

POURQUOI, QUAND, COMMENT, UN RESEAU SE MET-IL EN PLACE ?

L'atelier animé par Pascale BRACHET, Directrice du CSST La Rose des Vents, et Michel DUPUY, Directeur du CSST Accueil Info Drogue, portait sur le thème « Pourquoi, quand, comment, un réseau se met-il en place » ?

Il a réuni une vingtaine de professionnels de la région travaillant dans les secteurs privés ou publics, hospitaliers ou associatifs des différents champs de l'addictologie et occupant des fonctions de soignants et/ou de responsabilité de structure. Les questions ont été abordées au travers de l'expérience concrète des différents participants à l'atelier.

Pourquoi ?

La pratique de travail en réseau partagée par la majorité des participants à cet atelier résulte d'un certain nombre d'attentes communes. D'une part, on trouve sur un plan général, le souhait de rencontrer et de mieux connaître les différents partenaires et de mener un travail d'échanges de pratiques à partir des expériences respectives du terrain. D'autre part, pour certains, l'objectif est d'échanger avec d'autres partenaires des informations concernant la prise en charge de patients communs. Dans les deux cas, il apparaît que le développement du lien entre les différents soignants peut permettre de renforcer la cohérence et la pertinence de l'accompagnement et du soin. Ceci permet de mieux contenir des personnes présentant des conduites addictives qui sont souvent aux prises avec leurs propres clivages et les nombreuses ruptures de leur histoire. Pour plusieurs participants, il apparaît important de distinguer fonctionnement en réseau et réseau formalisé. Plusieurs réseaux maintenant formalisés (exemple : LE MANS) sont nés d'un travail de réseau informel existant depuis plusieurs années. La formalisation est venue à la fois de la nécessité de s'organiser pour agir et aussi de l'injonction des tutelles, elle a même parfois été posée comme une condition (sine qua non) pour obtenir des financements.

Quand ?

Une des limites du fonctionnement informel des réseaux semble être un de ses aboutissements même : la possibilité de passer de la connaissance des partenaires et de la réflexion à celle de mener des actions communes nécessitant ou non des financements. De façon générale, la formalisation d'un réseau et son inscription dans la durée paraissent possibles quand le temps des préalables nécessaires à sa création est respecté et quand chaque membre « trouve son compte a minima dans son fonctionnement ». Plusieurs réseaux formalisés décrits dans cet atelier (exemple LE MANS), ont pu exister et continuer à évoluer grâce à leur capacité à s'adapter constamment aux différentes réalités : besoins du terrain, réalité des usagers, questions administratives. Toutefois la diversité des différents membres d'un réseau, professionnels, bénévoles, usagers, peut être à la fois riche mais aussi complexe à gérer pour chaque membre (exemple SAINT NAZAIRE).

Certains participants évoquent qu'il est plus facile pour les professionnels spécialisés que pour les patients de concevoir l'intérêt d'un travail de réseau. D'autres pensent que la place du patient dans le réseau est une question complexe. Dans cet esprit, il apparaît que le réseau peut exister dans un premier temps seulement pour les professionnels. La question de la prise en charge d'un patient précis ou l'accès direct du patient au réseau ne vient alors que dans un second temps. Par ailleurs, dans certains départements, le travail du réseau d'addictologie s'est centré au départ sur un travail entre professionnels d'un secteur spécifique (exemple : alcoolologie) et leurs souhaits est de s'ouvrir progressivement à d'autres partenaires d'addictologie.

Certains ont soulevé l'importance de ne pas multiplier les réseaux ayant des missions voisines sur le même secteur, « Trop de réseaux tue le réseau », car les différentes structures membres des réseaux

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

ont des limites de disponibilité et il paraît indispensable d'éviter la dispersion et l'épuisement des acteurs de terrain.

La formalisation d'un réseau semble pertinente quand chacun de ses acteurs estime avoir plus à y gagner qu'à y perdre, que chacun est prêt à collaborer dans le mesure de ses moyens et à accepter des règles communes de fonctionnement.

Il est rappelé que la mission d'un réseau n'est pas de se substituer à des missions d'institution déjà existantes mais de venir les compléter en respectant l'identité de chacun. Des positionnements d'intérêts par rapport au réseau peuvent varier en fonction du type d'institution auquel on appartient.

Comment ?

Un des intérêts de la formalisation d'un réseau est de clarifier ses objectifs et de préciser son fonctionnement afin qu'il les atteigne au mieux. Un réseau formalisé permet de « mieux définir qui fait quoi » et de « donner des repères ». Cela peut permettre de poursuivre un travail commun quand la « lune de miel est terminée » c'est-à-dire quand l'enthousiasme du départ de travailler ensemble commence à s'épuiser devant les obstacles. Lorsqu'un réseau est financé, la nécessité de construire des règles est particulièrement patente. Cela peut poser des difficultés. Au Mans, le réseau qui fonctionnait de façon informelle depuis des années s'est formalisé sous le statut association loi 1901. Il regroupe des professionnels des différents champs de l'addictologie, associatif, hospitalier, privé, usagers qui se sont efforcés de travailler ensemble sur une organisation horizontale des responsabilités. Lorsque du personnel a été embauché au titre du réseau, les décisions le concernant ont été difficiles à prendre car chacun était soucieux de ne pas « verticaliser » le fonctionnement. A l'inverse, certains réseaux ont été centrés d'emblée sur la place d'un coordinateur et ont eu dès leur origine un fonctionnement vertical. Ils se sont parfois arrêtés avec le départ du coordinateur avec pour les autres participants une certaine « impression de gâchis ». La mise en place d'un réseau et son évolution paraissent nécessiter constamment d'être attentifs aux intérêts respectifs de chaque membre, aux questions de personnes et aux rivalités de pouvoir. Bien qu'ils aient un rôle essentiel dans la prise en charge et le repérage des conduites addictives, la place des médecins généralistes dans les réseaux paraît parfois difficile : manque de temps ? Souhait ou habitude de travailler seul ?

Lors de la mise en place d'un réseau, il paraît important de tenir compte des moyens financiers qui pourront lui être octroyés ensuite en fonction de ses objectifs, sinon, les acteurs qui mènent la réflexion peuvent avoir l'impression de perdre leur temps et se démobiliser. Les perspectives d'une évaluation doivent être prises en compte. Elle doit porter sur l'efficacité du travail de réseau par rapport aux objectifs visés et sur la lisibilité de l'action pour les partenaires extérieurs dont les financeurs. Il est important que les indicateurs d'évaluation soient suffisamment clairs au départ pour ne pas entraîner d'interprétation administrative erronée. Il paraît souhaitable de négocier les objectifs et l'évaluation possible préalablement avec les financeurs sous peine de « retour de bâton ».

Il peut être intéressant qu'une personne extérieure au réseau soit mandatée pour faire cette évaluation.

En conclusion

La création et le développement d'un réseau paraissent liés à la fois aux conditions de sa création, à sa capacité à s'adapter et à ses possibilités d'offrir à ses différents membres des points de repère stables garantissant la possibilité d'un travail commun.

Michel DUPUY
Association Montjoie (72)

Pascale BRACHET
La Rose des Vents – CSST (44)

Dr Isabelle MARTINEAU
La Métairie – CSST (85)

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

CONCLUSION

Puisque j'ai la charge de conclure, je voudrais rappeler un élément fondamental et fédérateur dans la motivation à créer des réseaux de soins : l'homme est à considérer dans toute la complexité de ses interactions d'ordre biologique, psychologique et sociale. Il n'y a plus alors une réponse mais des réponses spécialisées qui doivent se conjuguer et se coordonner dans les prises en charge.

La problématique d'addiction au regard des prises en charge, montre bien, avec toutes ses ambivalences et ses ambiguïtés qu'il faut dépasser les spécificités de chacun tout en les préservant.

Il a été souvent dit au cours de la journée que le patient est au cœur du réseau : il justifie de la pertinence de l'existence du réseau.

Au delà d'une volonté politique de mettre en place des réseaux, c'est d'abord une dynamique de professionnels développant des affinités, qui sentent la nécessité de ne pas se retrouver seul devant des problématiques lourdes. Le professeur JACQUET argumente souvent autour du fait que l'on a toujours à apprendre des autres. La confrontation des expériences est enrichissante pour tous.

Ainsi comme le disait en préambule le Professeur VENISSE, c'est l'optimisation de la trajectoire de soin qui est visée.

Si donc, les réseaux se construisent autour du patient, il faut faire attention à ne pas donner à ce dernier le sentiment d'être cerné, limité au niveau de ses marges de manœuvre. Ce travers, difficilement évitable en milieu carcéral ne doit pas exister en milieu ordinaire.

En tout état de cause, le libre choix du patient est à respecter.

Dans la constitution d'un réseau, deux niveaux semblent indispensables :

- un niveau institutionnel ; il permet de valider auprès des décideurs le travail de terrain, parfois le financement. Il doit aussi, ainsi que le disait Monsieur DEPINOY, faciliter et faire circuler l'information.

C'est peut être la logique du réseau au service de lui-même dont parlait ce matin Monsieur BASSO-FIN

- le deuxième niveau : celui des intervenants qui s'inscrit dans la logique au service du projet.

Afin d'améliorer son efficacité, le réseau devrait pouvoir se construire par bassin de vie, évitant ainsi la tour de Babel qu'évoquait Monsieur BASSO-FIN.

Alors un réseau c'est :

- 1 – une volonté commune de chacun des acteurs .
- 2 – savoir prendre du temps pour se connaître, pouvoir travailler en terme d'échange de savoir et non pas en terme de pouvoir.
- 3 – Organiser l'échange d'informations.
- 4 – Pour chacun des acteurs accepter la perméabilité des interventions, entre les préalables au soin et à l'insertion, le soin et l'insertion. Le parcours d'un patient n'est en effet pas linéaire, loin s'en faut.
- 5 – Le respect de la confidentialité.
- 6 – Accepter que le réseau puisse s'arrêter, mais alors comment le faire rebondir avec d'autres acteurs ?

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr

La majorité des acteurs de réseau sont des salariés d'institutions publiques ou privées, ces dernières viennent de passer au médico-social par la loi du 2 janvier 2002.

L'ARH, les schémas régionaux de santé, d'addictologie, nous imposeront leur « feuille de route », expression à la mode. Alors, y aura-t-il un regroupement des réseaux ? Trop de réseaux tuent les réseaux, ainsi qu'il a été dit dans certains ateliers.

Nous demandera-t-on d'évaluer le travail fourni au sein des réseaux ? C'est certain.

C'est aux responsables institutionnels de mettre de la cohérence dans les réseaux et de donner les moyens nécessaires à leur fonctionnement.

Les acteurs de terrain doivent devancer certaines questions comme celle de l'épuisement des intervenants compte tenu des différentes charges inhérentes à leurs fonctions. Ils doivent aussi travailler la question de l'évaluation, les acteurs de terrain sont les mieux placés me semble-t-il pour en établir les critères de pertinence.

Je vous remercie de votre présence, de votre participation active et à l'année prochaine autour d'un autre thème.

Claude FOSSET
AAATF – CSST (49)

GLOSSAIRE

AAATF	Association Angevine d'Aide aux Toxicomanes et à leurs Familles
AMANIT	Association des Médecins de l'Agglomération Nantaise Intervenant en Toxicomanie
C D P A	Antenne Locale : ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
CRISALID	Comité Départemental de Prévention de l'alcoolisme Centre de Réadaptation, d'Information et Soins pour les Alcooliques, d'Initiative Départementale
C C A A	Centre de Cures Ambulatoires en Addictologie
C S S T	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
GIP-RAPEL	Groupe d'Intérêt Public Réseau d'Addictologie de la Presqu'île et de l'Estuaire de la Loire
M I L D T	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
O C H S	Office Central d'Hygiène Sociale
U C S A	Unité de Consultations et Soins Ambulatoires
U D A H L	Unité Départementale d'Addictologie Hospitalière de Liaison
U R A A	Union Régionale d'Associations en Addictologie

Contact presse

Dominique Depinoy - tél. : 03 26 84 26 15
addica@uni-medecine.fr