

Les réseaux addictions

Pierre Poloméni*

Après plus de 10 ans d'existence les réseaux addictions arrivent-ils à maturité ? ce mouvement est né de la volonté des médecins, dans le contexte de l'impact du Sida sur les usagers de drogues, avant d'être progressivement encadré et aidé par les pouvoirs publics. Ces réseaux jouent désormais un rôle essentiel, au carrefour de la médecine de ville et des dispositifs de santé publique.

Sur les 164 réseaux recensés par la MILDT et la Dgs en 2000, les expériences sont d'une très grande diversité et témoignent d'un difficile équilibre entre la dynamique militante, qu'il faut savoir maintenir, et la nécessité de disposer d'un cadre et de moyens structurants.

Au plus près de la réalité locale, les réseaux apportent un formidable soutien aux patients et une orientation pour l'accès aux soins avec les différents intervenants, ils constituent aussi un outil de coordination, de formation, de communication et de savoir pour les professionnels.

Leur futur réside cependant dans leur capacité à s'appuyer sur des réseaux nationaux qui pourront capitaliser leur expérience et les aider à concevoir leur projet, obtenir des aides et des subventions et évaluer leur action.

Pierre Poloméni, acteur au cœur de la logique de réseau depuis de nombreuses années, nous propose une plongée au plus profond de leur réalité actuelle.

LE RÔLE FONDAMENTAL DES RÉSEAUX est de permettre pour une personne donnée, quelle que soit la porte d'entrée, de bénéficier de soins adaptés (médico-psycho-sociaux) et d'une orientation facilitée et coordonnée.

Cet itinéraire est possible grâce à la mise en place d'une *culture* commune entre les différents professionnels de la santé et du social, et d'une coordination des soins. Les réseaux peuvent être *inter-établissements, de proximité*. Dans le champ des addictions, ils sont volontiers *ville-hôpital*, donnant une place privilégiée aux professionnels libéraux. Le médecin généraliste présente en effet, par sa permanence, sa proximité, un recours facile pour les usagers et leurs familles : rôle de soin ou d'orientation du patient, soutien de sa famille, co-thérapie et prise en charge, coordination et lien avec les institutions spécialisées, prévention dans les quartiers. Il s'agit bien d'amélioration de la qualité des soins (amélioration de l'accueil, de la compétence, fluidité du circuit, cohérence des soins prodigués). Ces soins et services sont fournis à un coût égal pour le patient. Par ailleurs, un pourcentage important de patients (10 à 30% selon les hôpitaux) n'ont pas de médecin traitant, et le réseau permet aussi de recréer ce lien de proximité, de faire *sortir* le toxicomane de son statut, d'un circuit *d'exception*.

Il existe donc un **bénéfice individuel** du recours à un réseau grâce à une prise en charge complète plus précoce et une orientation adaptée de patients présentant un usage nocif de produits psychotropes ou une dépendance.

Aujourd'hui, dans le fonctionnement du réseau, beaucoup dépendent des motivations du professionnel, de sa *capacité* à s'engager dans ce mode de travail. C'est par un regard porté sur la qualité de son travail qu'il se reconnaît tout en étant capable d'aller plus loin et de recueillir lui-même pleinement un **bénéfice professionnel**.

Chaque contexte, Paris ou sa banlieue, milieu urbain ou rural, région du nord ou du sud de la France, possède ses particularités en terme d'usage de substances psychoactives (type, mode d'utilisation, caractéristiques psychosociales des usagers) mais aussi en terme de densité du tissu médical. L'intérêt d'un réseau est de

pouvoir proposer à chaque fois des solutions à partir des besoins et des ressources locales. De plus, les différents partenaires peuvent s'organiser pour intervenir plus précocement (en prévention), et pour suivre en aval les patients (dans une réinsertion par exemple). Tous ces aspects permettent un **bénéfice en terme d'organisation des soins et de santé publique**.

L'évolution récente des réseaux impose plusieurs pistes de réflexion.

Il existe un engagement fondateur des médecins dans la **prise en compte de la précarité et de l'exclusion** qui est souvent intégré dans la charte de nombreux réseaux. Cependant, cette identité est aussi un facteur limitant : d'autres professionnels peuvent se faire une représentation purement sociale ou politique de l'action du réseau concerné et décider de rester *plus neutres*.

La création d'unités hospitalières spécialisées en addictions sont un nouvel atout. L'hôpital s'engage et crée des liens. Mais la réduction des risques, le travail dans les établissements scolaires, etc. font aussi partie des ouvertures du réseau.

La prise en charge des différentes addictions repose sur des bases communes, et les professionnels ont intégré de fait le concept, même s'il est parfois difficile à mettre en œuvre. Les réseaux apportent une réponse pratique aux évolutions actuelles des dispositifs spécialisés, notamment dans l'approche menée par la MILDT à travers le rapport RASCAS : *aspects spécifiques et aspects communs aux différentes addictions*. En effet, les professionnels qui s'y réfèrent, évitent de proposer une prise en charge trop ciblée, excluant tel ou tel produit. L'accueil du patient repose sur des bases communes. Il s'agit de *mutualiser certains moyens*, regrouper les forces (en particulier du fait de la crise du militantisme), tout en préservant les savoirs-faire spécifiques.

Les traitements de substitution ont permis une requalification professionnelle des médecins généralistes mais si elle ne s'appuie pas sur un développement de la formation, la prise en charge des usagers abusifs ou dépendants ne reposera que sur l'implication de quelques-unes. Il y aura alors une tendance aux micro-réseaux et une nouvelle stigmatisation des usagers.

* Chargé de mission Santé à la MILDT
Praticien hospitalier tp
Coordonnateur de Revihvo (réseau ville-hôpital Val d'Oise)

Le travail en réseau, un concept utilisé de façon large, souvent par principe ou par défaut

Le réseau n'est parfois qu'un *effet de manche* de la part des politiques ou des décideurs, une solution incontournable, invérifiable. Sur le terrain, on rencontre des professionnels enthousiastes, perplexes, opportunistes, usés, désabusés...

Professionnels et financeurs se rejoignent pourtant sur un point : les réseaux doivent apporter une valeur ajoutée par rapport à une pratique basée sur des professionnels indépendants. Le Réseau Point Bleu à St-Dizier propose ainsi différents critères :

- **la pertinence** : quel est le lien entre les objectifs initiaux et les besoins vécus, ressentis, objectivés de la population ?
- **la cohérence entre les différents acteurs du réseau** (organisation, contenus des échanges...)
- **l'efficacité** : quel lien entre objectifs et résultats ?
- **l'efficience** : quel lien entre les ressources allouées et les résultats ?
- **la répercussion** : quelle transformation des acteurs et de l'environnement est induite par le travail en réseau ?
- **la continuité de l'action**
- **la sécurité**
- **l'éthique**

Des réseaux nous retiendrons deux définitions simples mais exigeantes :

- celle de la **Coordination Nationale des Réseaux** : *Le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté.*

- et celle, légale, énoncée par la **loi du 4 mars 2002** : *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne*

tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Et les réseaux *addictions* ? La grande majorité des réseaux dans le champ des *substances psychoactives* sont encore clairement identifiés *alcool* ou *toxicomanie*. Les réseaux *tabac* sont rares. Les rapprochements se construisent essentiellement à partir des professionnels eux-mêmes, convaincus des besoins de la population, ou sont justifiés par des problèmes financiers ou organisationnels.

Ces réseaux sont donc des collaborations formalisées entre des libéraux (le plus souvent médecins ou pharmaciens), un ou des établissements hospitaliers (urgences, consultations spécialisées...), une ou des structures spécialisées (CSST : centre spécialisé de soins aux toxicomanes, CCAA : centre de cure ambulatoire en alcoologie...), et éventuellement avec d'autres intervenants : clubs de prévention, travailleurs sociaux, *point écoute*, structures d'insertion, associations d'usagers...

L'évolution des dénominations CSST et CCAA vers CSAPA (actuellement remise en question), confirme un mouvement de fond, donnant aux addictions des bases communes sans remettre en question la nécessité de prises en charge spécifiques, ceci étant valable dans les centres, dans les hôpitaux, et dans les réseaux.

Les réseaux ont aussi un rôle à jouer dans l'organisation des soins dans une région donnée, permettant une *couverture du territoire* homogène, et un rôle dans les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Parallèlement, on observe une modification de l'image et du statut des professionnels de santé, passés de notables, garants de la vie et de la mort de leurs concitoyens, à simples techniciens supérieurs de la santé chargés d'appliquer le mieux possible les derniers acquis d'une science en constante évolution.

À partir du début des années 80, est apparu un lien beaucoup plus fort que par le passé entre la santé et les difficultés sociales. Le dispositif social devenant de plus en plus complexe, les professionnels de santé devenaient de moins en moins capables de *jouer à l'assistante sociale* alors que beaucoup d'entre eux l'avaient trop fait par le passé.

Il en a résulté un malaise de plus en plus fréquent chez les professionnels. Les initiatives pour faire face à ces difficultés nouvelles ont été diverses :

- La création d'une formation médicale continue pour une mise à jour régulière des connaissances.
- Nombre de jeunes médecins se sont associés en groupes de généralistes ou de spécialistes.
- Dans des zones socialement plus touchées, ou dont l'idéologie des élus menait logiquement à une telle organisation, se sont multipliés des *centres de santé polyvalents* où exerçaient ensemble des professionnels de santé divers (médecins généralistes et spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes,...) avec une activité de soins mais aussi de prévention.
- Devant la complexité de la prise en charge des réseaux sans murs, entre professionnels d'origine diverse ont commencé à apparaître, pour dépasser le cadre de leur spécialité.

• En ville, c'est surtout dans les banlieues défavorisées que le besoin de transversalité s'est fait sentir, et que sont nés des réseaux de prise en charge de patients précarisés, ou d'usagers de drogues, puis de patients atteints de sida, des réseaux de prise en charge des personnes dépendantes de l'alcool, d'autres s'intéressant aux enfants victimes de sévices ou aux adolescents à problèmes, etc.

Si les premières initiatives de réseau identifiées datent de 1977, il a fallu attendre 14 ans pour que soient officiellement reconnus leur existence et leur bien-fondé par la circulaire du 4 juin 1991. Ce retard, qui peut paraître impressionnant, des textes réglementaires par rapport à la réalité de terrain, trouve son explication dans le fait que toutes ces initiatives étaient le fait de bricolages locaux reposant essentiellement sur le bénévolat des professionnels impliqués. Pendant des années, ils ont

Un passé récent, un présent, une évolution de l'organisation des soins dans le champ des addictions

Jusque dans les années 60, il était admis que le médecin qui s'installait avait appris tout ce dont il aurait besoin pendant ses études, l'expérience venant combler les lacunes de sa formation initiale. L'accélération consi-

dérable de la recherche a changé la donne (nouvelles thérapeutiques, techniques de diagnostic biologique ou radiologique...) ainsi que l'apparition de nouvelles pathologies (légionellose, sida, virose à Ebola...).

fonctionné grâce à des arrangements personnels, la Mairie ou l'hôpital prêtant une salle, ou mettant à disposition à temps partiel du personnel.

Il a donc fallu attendre assez longtemps pour que le recrutement de personnel à temps plein, le réseau prenant de l'ampleur, devienne inéluctable, nécessitant des ressources qui ne pouvaient venir des seuls professionnels impliqués. C'est alors que les réseaux ont adopté en général un statut d'association loi de 1901 qui leur permettait la recherche de subventions auprès des Mairies, du Conseil général, DDASS... etc. L'administration continuait cependant à ignorer l'existence même des réseaux.

Il est intéressant de constater qu'à l'origine de la circulaire de 1991, avec le développement du sida, il a fallu la mobilisation d'une association de patients qui bénéficiait à la fois de l'énergie et de l'influence nécessaires (AIDES) pour peser sur l'administration. À l'époque, la durée de vie d'un patient commençant à présenter des infections opportunistes n'excédait pas six mois, et les séjours hospitaliers étaient nombreux. Le retentissement social était considérable.

Or, à la sortie des services hospitaliers spécialisés qui les accueillaient, ces patients rencontraient un vide sidéral, sauf dans les banlieues où s'étaient spontanément déve-

loppés des réseaux de soins à partir d'autres thématiques (précarité ou toxicomanie). Ces réseaux, existant en général depuis plusieurs années, servirent donc de modèle aux premiers réseaux Ville-hôpital créés par la circulaire du 4 juin 1991 qui ouvrit ainsi une première brèche de transversalité dans l'organisation de notre système de soins.

L'expérience semblant concluante, deux ans plus tard, la circulaire du 7 Mars 1994 créait d'autres réseaux ville-hôpital, cette fois pour la prise en charge des toxicomanes, suivie ensuite de l'officialisation d'autres réseaux pour des populations ou des pathologies spécifiques. On notera que, même si ces textes sont cohérents entre eux, employant les mêmes termes pour désigner les mêmes choses dans un fonctionnement comparable, le fait de recréer une catégorisation artificielle, par pathologie, plutôt que auparavant par type d'établissements ou catégorie professionnelle, fut un nouveau facteur de cloisonnement, notamment en matière de gestion administrative et financière.

Ces circulaires, n'ayant donc aucun poids ni législatif ni réglementaire, n'abordaient qu'un nombre très limité des thèmes des réseaux, mais les premières d'entre elles prévoyaient des mesures financières non négligeables ainsi que, logiquement, des restrictions de liberté dans un souci d'amélioration des pratiques et de leur évaluation.

Le cadre légal et financier

Le cadre des réseaux de santé a été modifié en profondeur par la Loi du 4 mars 2002 (cf. encadré).

Aujourd'hui, dans l'attente des évolutions prévues par cette loi, plusieurs types de réseaux existent :

• **Les réseaux ville-hôpital toxicomanie** financés grâce à des subventions DDASS dans l'application de la circulaire de 7 mars 1994 (chapitre 47-15-40). Ils sont au nombre de 67 et sont tous organisés en association loi 1901.

Deux modalités de fonctionnement sont possibles pour ces réseaux :

• les réseaux ayant obtenu un mi-temps de coordinateur (à noter, certains de ces mi-temps sont liés à la circulaire du 4 juin 1991 et ont donc une orientation initiale *sida*, d'autres à la circulaire de 1994 qui concerne la toxicomanie).

• les réseaux ayant une subvention annuelle (DDASS essentiellement) référée à une action.

Les conditions de fonctionnement de ces deux types de réseaux sont bien sûr différentes et la permanence d'un professionnel animateur donne une visibilité et une activité plus claire à la première catégorie.

• **les réseaux alcool** développés à partir de la circulaire du 19 novembre 1996. Ils sont au nombre de 26 et ont le plus souvent gardé un axe hospitalier fort et se sont souvent adossés aux équipes de liaison en alcoologie.

• **Les réseaux de santé, ou de proximité, ou encore les associations polyvalentes de professionnels.** La plupart sont structurés en associations, mais des regroupements informels existent. Dans ce cadre se situent aussi des réseaux *antenne* ou *annexe* ou *membre* d'une structure ou institution qui occupe le devant de la scène : centre spécialisé, comité local de prévention...

Les budgets de ce type de réseaux ouverts et polyvalents, souvent de taille modeste,

La Loi du 4 mars 2002

Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4o du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Art. L. 6321-2. - Régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L. 6321-1.

Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf :

- celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ;

- celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs.

Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre.

Un premier décret d'application de la loi du 4 Mars 2002 est sorti le 25 octobre 2002

sont d'origine variable, relevant de la DDASS, de la DDJS, de la Mission Ville ou des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), de l'industrie pharmaceutique, de mises à disposition d'établissements de santé...

- Les ordonnances du 24 avril 1996 ont mis en place des structures expérimentales nommées **filières et réseaux**. Leurs promoteurs doivent soumettre leurs projets à un conseil d'orientation des filières et réseaux, COFRES, présidée par Mr. Soubie dont le nom sera retenu pour définir ce type de réseaux. En matière d'addictions, les réseaux *Soubie* se résument à un réseau alcool situé en Auvergne et à un réseau toxicomanie dans la région lyonnaise. Le montage de ce type de réseau était trop lourd et est actuellement abandonné.
- Enfin, un texte majeur concernant les réseaux est la circulaire du 25 novembre 1999 relative *aux réseaux de soins n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux*, qui n'a jamais été réellement appliquée.

Quels financements pour les réseaux ?

Le financement est évidemment un problème essentiel des réseaux. Jusqu'à présent plusieurs possibilités existaient :

- des financements d'État, grâce à des crédits en application des différentes circulaires qui ouvraient la possibilité dans une approche par pathologie, technique, ou population (crédits limités, non pérennes, conditions strictes)
- le financement en application de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, pour les professionnels de santé exerçant en ville de recourir pour des activités non rémunérées par le paiement à l'acte (de leur travail en réseau), et le financement prévu par le FAQVS-fonds d'aide à la qualité des soins en ville (décret du 12 novembre 1999).

Le comité national de gestion et les comités régionaux sont placés au sein des URCAM. Ce fond, établi initialement à 500 millions de francs par an, est prévu pour être attribué à des libéraux, pour un certain nombre d'actions tendant à *améliorer la qualité des soins, les pratiques professionnelles et leur évaluation, à la mise en place de formes coordonnées de prise en charge et notamment de réseaux de soins*. Les dépenses d'équipement, d'études, de recherche, de fonctionnement peuvent être prises en compte.

Certains réseaux ont franchi ce pas, d'autres non, ce qui rend compte d'une différence dans l'organisation ou le potentiel de

développement. Ses avantages sont d'être une nouvelle étape de reconnaissance avec un volet économique, et la possibilité de regrouper des professionnels sur des objectifs communs. Mais la lourdeur des procédures et le clivage hôpital/ville restent intacts.

Désormais, avec l'article 36 de la Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001, relative au financement sécurité sociale 2002, a été créée une dotation nationale de développement des réseaux au sein de l'objectif national de l'assurance maladie, dont le montant fait l'objet d'un arrêté ministériel annuel. C'est la *cinquième enveloppe* (22,9 millions d'euros pour 2002).

Cette enveloppe nationale est répartie régionalement. Il appartient au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et au directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie de répartir les financements *dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé*. Dans ce cadre, il est possible de déroger aux règles de financement, en instaurant notamment une forfaitisation qui peut être versée directement aux professionnels de santé concernés, ou le cas échéant, à la structure gestionnaire du réseau. Un décret d'application est en attente pour préciser ce dispositif.

Les éléments suivants devraient être appréciés pour l'attribution de financements :

- La réponse apportée par le réseau de santé aux priorités pluriannuelles de santé publique, notamment les programmes de santé ;
- Son intérêt médical, économique et social, au regard de l'organisation, de la

coordination, de la qualité et de la continuité des soins ;

- Les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation ;
- L'organisation et le plan de financement du réseau, les conditions de prise en charge financière des prestations ;
- La justification des dérogations tarifaires demandées.

Les réseaux peuvent être mono thématiques (rester fidèles à la toxicomanie, à la dépendance à l'alcool, aux *addictions*), ou évoluer vers des réseaux multi thématiques *de santé* (comme le préconise la circulaire du 25 novembre 1999 ou la Loi du 4 mars 2002).

La grande majorité des réseaux rencontrés encore aujourd'hui sont des associations loi 1901, mono thématiques, relevant de la circulaire de 1994, et bénéficiant de financements diversifiés et peu importants (le plus souvent inférieurs à 35 000 Euros annuels).

Quelle personnalité morale ?

Différentes possibilités permettent à un réseau d'exister en tant que *personne morale*, lui donnant une place d'interlocuteur administratif et financier.

La première possibilité, toujours actuelle, est celle d'un regroupement tacite, de type *amicale*, où les réunions et les courriers fondent l'existence d'un réseau sans statut officiel.

Une deuxième possibilité est la signature d'une convention, habituellement entre l'hôpital

Les nouveaux décrets d'application de la loi du 4 mars 2002

Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 (JO du 27 octobre, p.17 849) relatif au financement des réseaux et modifiant le code de la sécurité sociale

Ce décret précise les conditions de financement des réseaux dont les conventions sont conclues avec les directeurs de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Les réseaux doivent prendre en compte les priorités pluriannuelles de santé publique, les orientations des SROS et des PRAPS et répondre à des critères de qualité. L'ARH et l'URCAM prépareront une synthèse régionale annuelle à partir des rapports d'activité et des évaluations.

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 (JO du 18 décembre, p.20 933) relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

Il est rappelé que chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Les conditions de libre choix des soins et de l'information des usagers doivent être garanties, une charte du réseau définit ses engagements et ceux de ses membres. Une convention constitutive est signée par les promoteurs du réseau au moment de sa création et précise son fonctionnement et son organisation. Tous les trois ans un rapport d'évaluation est réalisé.

Ces deux décrets sont consultables sur le site www.legifrance.gouv.fr

La CNR (Convention Nationale des Réseaux) a fait part de ses critiques par rapport à ces décrets d'application par l'intermédiaire d'un communiqué de presse en craignant que dans de nombreuses régions les ARH et les URCAM n'imposent une vision des réseaux exclusivement au service de la politique régionale de distribution de soins.

Texte consultable sur le site www.cnr.asso.fr/editorial/

(le plus souvent un service), représenté par son directeur, et un regroupement de libéraux, ou entre plusieurs partenaires locaux (la DDASS, le Conseil Général, une municipalité, etc.). La visibilité et la reconnaissance sont ici acquises par la personnalité morale de chacun des membres, mais la *direction* du système et la gestion de son financement ne sont pas simples.

La troisième possibilité, la plus classique, est la constitution d'une association loi de 1901 entre les différents partenaires, qui peuvent être des personnes physiques ou des personnes morales éventuellement réparties en collèges selon un montage plus ou moins complexe. L'association est une interface simple, lisible, avec une responsabilité identifiée (le bureau). Ses statuts, son règlement intérieur... doivent être mûrement réfléchis pour éviter des dérives budgétaires et permettre une évolution en fonction des besoins locaux ou des orientations légales : ainsi, le FAQSV n'est attribué qu'à des associations de libéraux.

Un quatrième scénario est la création d'une structure transversale, de montage juridique plus complexe, associant l'administration, les caisses de sécurité sociale, l'hôpital et les libéraux directement ou plutôt leurs représentants. Plusieurs formes sont possibles :

- **les GIP** (groupements d'intérêt public) qui associent des personnes de droit public et des entreprises ou autres personnes privées pour la poursuite d'objectifs communs ;
- **les GIE** (groupements d'intérêt économique) constituent des personnes morales de droit privé dans un cadre intermédiaire entre celui de l'association et celui de la société
- **les GIs** (groupements d'intérêt sanitaire) préconisés fin 1995 par le Haut Conseil de la Réforme Hospitalière, *permettant de faciliter les coopérations entre professionnels de santé de statuts différents et permettant l'évaluation médicale et économique... des activités médicales réalisées ainsi en réseau.*

Et enfin, un cadre de réseau coopératif de santé est prévu par la Loi du 4 mars 2002 ; il doit être exploré. Leur nature et leurs missions ne sont pas définies : s'agit-il de quasi-établissements de soins ou de structures à vocation plus large (médico-social ou social).

De plus la structuration juridique prévue relève de sociétés à capital variable (SARL, SA...), ce qui semble exclure la participation d'établissements publics. En définitive, le choix d'une structure juridique reste encore très ouvert.

L'agrément des réseaux

Toute structure se dénommant *réseau* peut prétendre, a priori, à une reconnaissance et à une subvention de l'État ou d'autres partenaires, ce qui implique une phase d'agrément et une évaluation. Dans les faits, les réseaux les plus visibles, les plus *lourds*, présentent une infrastructure aisée à *agréer* mais dont l'action est parfois éloignée du terrain. Par ailleurs, le système d'agrément incite à multiplier les structures (dans le cadre de mesures nouvelles), et tend à oublier l'existant, voire les réseaux informels dont l'action de fond est plus difficile à quantifier.

Les pouvoirs publics ont mis en place des *commissions d'agrément* :

- COFRES (Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux) (commission Soubie) dans les suites des ordonnances Juppé ; elle est supprimée.
- ou, dans le cadre du FAQSV, une institution mixte regroupant des interlocuteurs d'État, de caisses et de professionnels, au niveau régional. Le dossier établi par un groupe de travail ARH-URCAM-URML est un exemple de ce que les réseaux auront à produire pour être reconnus.
- Et enfin un *jury ARH-URCAM* dans le cadre de la Loi du 4 mars 2002.

L'agrément des réseaux a en fait un aspect local, un aspect régional, un aspect national. C'est l'étape régionale qui devrait être déterminante.

En effet, la *régionalisation de la santé* est une des questions posées par les réseaux : les structures régionales de santé sont nées après le vote de la loi de décentralisation en 1982 et plusieurs institutions ont émergé dans les années 90. Ainsi **les SROS** (depuis 1994) prévoient que dans 24 régions, l'offre de soins doit être organisée en niveaux et les réseaux doivent être développés. Le SROS propose d'organiser les réseaux régionaux, *afin d'améliorer la prise en charge et de maintenir une offre de soins de proximité* : 255 à 270 réseaux correspondent aux priorités régionales retenues, mais peu sont des réseaux *addictions*.

D'autres structures régionales existent : des instances d'expertise, d'analyse et de liaison comme **les CROSS** (comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale), ou des organismes de santé publique en charge d'études épidémiologiques tels que **les ORS** (observatoires régionaux de santé). **Les DRASS** ont un rôle central, et elles ont mis en place en 1996 les conférences régionales de santé prévues par les ordonnances.

Il existe aussi des instances de concertation, de décision et de gestion du système de santé : **les URCAM** (unions régionales

des caisses d'assurance maladie), mais aussi **les URML** (unions régionales de médecins libéraux) créées par les mêmes ordonnances. La création **des ARH** (Agences Régionales de l'Hospitalisation) suite aux ordonnances *Juppé* a été d'une importance capitale dans la coordination de l'offre de soins hospitaliers.

Le financement relève ainsi de plusieurs sources qui se partagent, de façon parfois contradictoire ou tout simplement peu visible, deux objectifs simples et prioritaires au niveau d'une région : évaluer les besoins, mieux organiser l'offre de soins.

La transformation des ARH en Agences Régionales de Santé (ARS) apporterait pour beaucoup une meilleure intervention sur de carte sanitaire et la répartition public-privé dans l'offre de soins, l'amélioration des relations entre prévention et soins, le pouvoir de proposition en matière de démographie médicale, et le développement de relations fonctionnelles comme celles mises en place par les réseaux.

Dans la modification de la loi de 1975 relative aux institutions médico-sociales (loi du 2 janvier 2002), des schémas régionaux d'addictologie sont prévus, permettant une planification et une coordination des structures. Les réseaux *addictions* devront s'intégrer à ces schémas. Toujours sur le plan régional, une articulation est déjà possible entre les SROS et les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Enfin, il existe 11 programmes régionaux de santé en France concernant l'alcool, dont la modification en programmes régionaux sur les addictions est engagée.

La création d'un réseau *addictions* de proximité se réalise à partir d'un initiateur et d'un besoin local, mettant en mouvement un investissement de proche en proche.

La DDASS ou le chef de projet départemental *MILDT* doit être en mesure de participer au démarrage du réseau, si des initiateurs libéraux, et au moins une structure spécialisée et un service de l'hôpital sont clairement nommés, et qu'un besoin au niveau de la population est identifié.

Différentes situations se rencontrent sur le terrain :

- **Réseau à créer *ex-nihilo*** : dans ce cas, l'administration, confrontée aux besoins de la population, doit initier une rencontre avec des professionnels qui seront incités à s'organiser.
- **Réseau existant** désirant poursuivre avec une spécificité *alcool* ou *toxicomanie* et fonctionnant de façon harmonieuse répondant à des besoins de la population. Il n'est pas souhaitable dans ce cas d'imposer un rapprochement ou un élargissement obligatoire à toutes les addictions.

Cependant, le chef de projet ou la DDASS devront veiller à la cohérence des actions départementales et à une répartition adaptée des financements publics, en évitant en particulier une concurrence préjudiciable.

- **Réseau addictions** : sa création fait suite à une évaluation des besoins de la population et à une demande des professionnels en place, souvent déjà organisés en réseau.

Cette mise en place doit correspondre aux orientations départementales et régionales et ne pas se concevoir au détriment de structu-

res fonctionnant efficacement sur le même secteur. La réunion de médecins généralistes intéressés par les addictions, auxquels s'associent l'hôpital et les centres spécialisés locaux, est la base de ce type de réseau et le financement FAQSV y est opérant.

- **Réseau polyvalent pluri-thématique**, intégrant les addictions dans ses actions.

Si, au début en particulier, le réseau organise simplement des réunions, un budget limité de démarrage est suffisant (s'adresser alors aux DDASS ou aux Chefs de Projets).

Si une coordination active est organisée, impliquant des liens rapprochés avec le secteur social, les CSST, CCAA (CSAPA), l'hôpital, un mi-temps de coordinateur salarié est à prévoir. Les circulaires déjà existantes doivent être appliquées et ce mi-temps peut être financé par la DGS ou la DHOS. Le FAQSV et les derniers textes parus en 2002 offrent aussi une possibilité de financement.

Trois difficultés sont à reconnaître : maintenir l'action dans le temps, acquérir une compétence administrative pour l'élaboration et le suivi du dossier, effectuer une évaluation.

Le rôle de l'association GT (médecine générale et conduites addictives)

Voici 14 ans que l'association GT maintient une réflexion et une action continue au sein de la médecine générale sur la difficile question des addictions. À l'écart des grandes déclarations, nous avons maintenu le souci de concevoir des bonnes pratiques et de relier les médecins entre eux puis avec les autres professionnels du soin (pharmacien) et de la prise en charge (services psychiatriques et sociaux). La philosophie générale de GT a toujours été d'aborder le patient soumis à une addiction dans sa globalité et sa spécificité : *Si le toxicomane n'est pas un patient comme un autre, il reste, comme les autres, un patient.*

Entre-temps la question des addictions continue d'évoluer. Pour les acteurs de la santé, de nouveaux choix ne manqueront pas de se présenter : L'évolution des pratiques substitutives avec son cortège de réussites et de dérapages, la montée des consommations à risques précoces qui met davantage en lumière la nécessité d'intervenir en prévention, les polytoxicomanies et les nouveaux produits pour lesquels on ne dispose pas de substance de substitution.

Avec cette nécessité d'adaptation permanente, nous tenons à affirmer à quel point il est essentiel de préserver le lien entre les différentes substances addictives et de maintenir l'alcool au sein de cette préoccupation commune quelles qu'en soient les difficultés.

Dans le même temps nous sommes vigilants sur la place qui sera confiée ou prise par le médecin généraliste dans la mise en œuvre de la politique de santé publique. En raison d'un manque de moyen, des choix seront à faire : soit travailler à motiver le plus grand nombre, soit faire avec une minorité agissante travaillant dans des équipes pluridisciplinaires.

Tout ce travail, commencé à partir de la toxicomanie aux opiacés s'est jusqu'à maintenant effectué de façon bénévole. Il était temps de professionnaliser cette action pour lui donner ampleur et avenir. 2003 sera une année décisive avec la création d'un Pôle Ressource National (PRN).

La finalité du projet PRN est d'améliorer les soins concernant les addictions hors des institutions. Il s'agit de faire progresser la qualité des traitements et du soutien relationnel instaurés grâce à la continuité et de la coordination des soins, de diminuer l'isolement du praticien par un meilleur lien entre les médecins à l'échelle nationale et avec les autres professionnels plus localement.

En effet, un vaste ensemble d'observations montre qu'en matière d'addictions, le généraliste,

mais aussi le pharmacien ont un rôle majeur à jouer en même temps que les partenaires institutionnels. La plupart sont demandeurs de solutions, de connaissance, de partage d'expérience et d'éclairage éthique mais l'indisponibilité et l'individualisme, entre autres, font obstacle à des mises en œuvre d'envergure.

Les expériences ont montré que l'accompagnement au long cours est plus utile qu'une formation ponctuelle même très performante. Cet accompagnement nécessite cependant que le médecin puisse à tout moment être en lien avec un confrère ayant une expérience en la matière tant pour recevoir des informations que pour évaluer ses choix de prise en charge. Cet accompagnement doit pouvoir être, d'une part, occasionnel par des réunions sur le plan local (dans une organisation loco-régionale) et d'autre part disponible à tout instant par un mode de transmission immédiat, téléphonique ou par internet. (grâce à une organisation nationale).

Cet accompagnement ne peut se développer que par la création de référentiels et d'innovations adaptés à la médecine générale. Mais, comme le dit le rapport 2000 du HCSP (Haut Comité de Santé Publique) : *Dans ce domaine, le savoir ne vient plus 'd'en haut', mais des échanges, des rencontres et des concertations entre les intéressés : les professionnels de toutes disciplines.* Enfin, toute une activité améliorant la mise en lien des généralistes avec les pharmaciens et les psychiatres doit être favorisée au niveau local par un soutien national.

L'essentiel des moyens consistera à organiser un système d'information et de communication et diffuser des outils de sensibilisation et de formation.

Le premier axe du PRN prévoit de développer trois objectifs :

- Le premier objectif est de répondre à toute demande en matière de soin, de prévention ou de savoir et de mettre à disposition un vaste répertoire d'adresses utiles déjà utilisé bénévolement au sein de GT.

Pour ce faire le PRN mettra à disposition un pôle national joignable en permanence par téléphone ou internet. Ce service sera essentiellement utile aux praticiens ou professionnels, généralistes, pharmaciens, psychiatres isolés ou sans réseau, et mettra en contact, autant que faire se peut, l'appelant avec des réseaux de proximité.

- Le second objectif est d'apporter un soutien à ceux qui ont des difficultés à s'organiser. Pour cela le PRN détachera un permanent salarié ou un médecin missionné qui se rendra sur le terrain pour un soutien rapproché. Il aidera les professionnels à concevoir ou monter des

projets mais ne financera ni ne gèrera bien entendu ces projets. Son rôle se limitera à la promotion et à la transmission des expériences des autres réseaux ou professionnels et au conseil technique.

- Le troisième objectif est issu du travail de recueil de liens qui permettra un repérage d'ensemble des besoins. Le PRN les recueillera et les fera connaître dans les organismes professionnels mais aussi dans les instances administratives. Dans ce cadre, le PRN prendra en charge les frais de mission d'un professionnel chargé de représenter un dossier dans telle ou telle instance administrative (ces rôles étant assurés actuellement bénévolement). Réciproquement il proposera d'assurer la diffusion des informations des instances administratives au plus près du terrain quand cela est utile ou nécessaire.

Le second axe du PRN proposera une série d'objectifs visant à concevoir, réaliser et diffuser des outils, documents, et référentiels, ou guides de bonne pratique, ainsi que des modules de formation pour l'ensemble des médecins, pharmaciens et psychiatres. Pour atteindre ces objectifs, GT, qui part d'une riche expérience, développera et potentialisera les capacités existantes en s'appuyant sur des personnes ou des groupes déjà organisés, voire sur des sites opérationnels avec une forte vitalité. Parmi les moyens mis en œuvre, le PRN pourra prendre à sa charge la diffusion au plan national de documents déjà finalisés au niveau local. Dans cette situation le PRN vérifiera la qualité du document produit et les ressources prévues pour sa diffusion. Dans un second temps, il passera une convention avec l'organisme local pour assurer la diffusion de son travail.

Cet ensemble de tâches sera assorti d'une évaluation précise réalisée en continue par un organisme indépendant. Si l'essentiel du financement est assuré par la CNAM, la MILDT a tenu à y participer montrant ainsi l'intérêt qu'elle porte à ce projet. GT espère bien ouvrir ce service en 2003. Nous ferons le maximum pour cela.

L'activité de GT ne se réduit pas à la création de ce projet, l'association vient entre autre de tenir son 15^e Colloque, intitulé : *quand le cannabis fait problème* dont les actes seront disponibles en 2003. Elle crée des ouvrages, des formations et assure au quotidien des liens pour les praticiens. L'association soutient aussi ceux qui montent des groupes ou des réseaux locaux. Tout ce travail sera bientôt potentialisé par le futur pôle national.

Philippe Binder, Président de GT
2 bis rue de l'église - 17430 Lussant

Les réseaux dans la réalité

L'expérience de ces 10 dernières années permet de mettre en évidence des règles de survie et de développement des réseaux :

La première de ces règles est **qu'un initiateur motivé est indispensable**, un *père fondateur* qui aura suffisamment d'énergie pour tenir le réseau à bout de bras pendant plusieurs années, même si certains d'entre eux courent le risque de devenir une sorte de *gourous*. Le rôle principal de cet initiateur motivé sera de susciter parmi les professionnels de terrain un nombre suffisant de volontaires pour que le réseau prenne forme : le travail qui leur sera demandé consistera en effet à mettre en œuvre des pratiques qui ne font, jusqu'à présent, l'objet d'aucun financement. Un tel défi n'a de chance d'être relevé que si le père du réseau a une réelle légitimité à le faire.

La seconde règle est qu'un réseau repose sur **le volontariat de ses membres**, et non sur la contrainte qui incite à inventer des voies de traverse permettant d'en éviter les obligations. C'est évidemment un facteur d'incertitude, car on ne peut planifier le nombre ou même l'orientation professionnelle de ceux qui se porteront volontaires ou le resteront. On constate également que les réseaux bâtis sur un mode hiérarchique (comme c'est habituellement le cas de ceux issus de l'hôpital) ou dans un esprit de concurrence sont en difficulté : c'est la complémentarité des compétences qui donne sa valeur au fonctionnement en réseau, et toute atteinte à ce principe décourage très rapidement les bonnes volontés.

Cependant ces principes sont modifiés par les textes récents. Une nouvelle organisation des soins, initiée par l'administration, peut donner, de fait, une place à des professionnels non volontaires dans les réseaux et leur permettre de sortir ainsi de ce qui s'apparente à du militantisme, et à la lassitude qui est souvent associée.

De même, est indispensable **la légitimation du réseau** par au moins une institution à niveau local (l'hôpital, la mairie, le conseil général, la DDASS, plus rarement la caisse locale ou une mutuelle...).

Enfin, il apparaît que la règle peut-être la plus importante est le souci de permettre à tout moment à n'importe lequel des membres du réseau d'apporter sa pierre à l'édifice, en suggérant des aménagements résultant de ses propres constatations (*capacité permanente d'initiative*).

Lors de rencontres avec les acteurs de réseaux, on note des points faibles ou des pièges :

- Peu de médecins sont présents dans les formations organisées par le réseau : elles *tourment en rond*.

- La plupart des toxicomanes sont vus par quelques médecins. La substitution *lisse* et démobilise les médecins *périphériques* du réseau.

- les capacités d'intervention d'un réseau sont limitées lorsqu'il s'agit de *contrôler* les prescripteurs abusifs (plus de 150 toxicomanes par mois, par exemple, avec des consultations très courtes), ou pour mobiliser certains CSST ou Centres Hospitaliers repliés sur des positions de rejet.

- *Pourquoi travailler en réseau ? J'ai suffisamment de patients, ça va bien.*

- Les médecins se désengagent : ils sont sollicités par des problèmes beaucoup plus fréquents (les pathologies des personnes âgées...) ou sont en situation de *burn-out*. Trop d'exigences, de toutes parts, des Pouvoirs Publics en particulier, davantage de pression des patients, moins de reconnaissance, de temps, de bénéfice.

- Des fortes personnalités portent le réseau à bout de bras... Ailleurs, des conflits de pouvoir et d'intérêt bloquent le développement de toutes les formes de coopération : la seule question est de savoir qui va bénéficier de la *bouffée d'oxygène* que représentent de nouvelles subventions.

- *Le réseau existe, que pourrait-on en faire ?*

- **La prise en compte de la dépendance au tabac** offre un nouveau rôle aux professionnels. Pour les pharmaciens, les différences sur les marges des substituts nicotiques (les prix variant du simple au double), la présence ou non d'un conseil clinique, font que le patient fait jouer la concurrence. La cohérence des soins que permet le réseau est un critère de qualité que le patient doit apprendre à utiliser.

Connaissance des réseaux actuels

Quantitativement et qualitativement, la connaissance des réseaux est très imprécise. Historiquement et sur le plan budgétaire, les réseaux *toxicomanies* sont plus anciens et souvent plus visibles que les réseaux *alcool*. Les réseaux déjà intitulés *addictions* étaient encore rares fin 2001. La prise en charge de la dépendance tabagique n'a pas donné lieu à la création de réseaux formalisés.

Les sources de recensement sont :

- les réseaux financés par la DGS et/ou la DHOS

- les réseaux adhérents ou connus par la CNR et GT (association généralistes et conduites addictives)

- les réseaux connus par l'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) et l'ANPA (Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme)

- les réseaux présents dans la base de données du numéro vert DATIS (Drogues Alcool Tabac Info Service)

Le recensement ne met pas en évidence l'activité réelle des réseaux et leurs perspectives de développement, en particulier lorsqu'ils sont initialement identifiés *toxicomanie*.

Le suivi des réseaux en activité, quel que soit leur mode de financement, devrait être assuré par la DHOS, sous forme d'un Observatoire par exemple.

164 réseaux *dans le domaine des addictions* ont été recensés au 31/12/2000 (Rapport MILDT/DGS/DHOS)

Quantitativement, l'approche est donc possible, sans être précise. Qualitativement, différents *types d'interventions et d'organisation* peuvent être repérés.

Leur représentativité et leur mode effectif de travail sont pratiquement impossibles à déterminer.

En première constatation, le nombre de médecins par réseau est limité : en moyenne de 4 à 10 médecins généralistes réellement investis.

Le nombre de patients suivis n'a pu être estimé pour les réseaux alcool, et est évalué dans une fourchette large pour les réseaux toxicomanie : de 30 à 200 patients sont vus en ville dans le cadre d'un réseau, cette estimation étant variable essentiellement en fonction de la région et de l'ancienneté

Les principales missions des réseaux

- Permettre une mise à jour des connaissances de façon homogène et active entre les différents acteurs,

- Faciliter l'accès aux soins et coordonner ces différents acteurs pour améliorer la réponse proposée à un patient, dans son *itinéraire* éventuellement avec un dossier commun,

- Accueillir une personne, évaluer sa situation, et proposer un traitement et/ou un accompagnement, de façon pluridisciplinaire, en prenant en compte sa globalité médico-psycho-sociale,

- Développer des actions de prévention, de réduction des risques, et d'éducation pour la santé, dans une perspective de santé publique,

- Dans le domaine des dépendances aux substances psychoactives en particulier, respecter des règles éthiques et de confidentialité.

militante du réseau. Il est impossible de faire un rapport entre le budget du réseau et le nombre de patients suivis.

Les facteurs de réussite : un dynamisme et un recrutement militants

L'implication des médecins généralistes s'est faite principalement à partir de 1995-1996, lorsque des toxicomanes sont venus demander des traitements de substitution. Ne pas les accepter était un choix possible, mais ceux qui se sont lancés dans ce travail se sont retrouvés *en réseau* et ont partagé *beaucoup de plaisir* autour de ce nouveau défi.

Ils ont ensuite découvert la *transversalité* en rencontrant les travailleurs sociaux, les pharmaciens. C'est donc une certaine conception de la médecine qui s'est exprimée avec *le patient au centre* et certains médecins se sont sentis très motivés pour agir, bien que non préparés par leur formation (tant initiale que continue) à ce type de travail sur la *relation*.

Au désir de faire de certains médecins, répond le peu de mobilisation de la plupart des autres : le rejet des *toxicomanes*, la sous-estimation de l'alcoolodépendance ou de la tabacodépendance, le peu d'intérêt pour la santé publique, et enfin le refus de tout investissement supplémentaire, en sont les causes principales.

Examinons rapidement la problématique de cet engagement *militant*.

- Du fait de leur expérience les réseaux actuels pourraient être accusés de *décourager* l'investissement de nouveaux confrères, qui se déchargeraient alors, assez logiquement, de patients difficiles sur certains confrères aînés. Une promotion intelligente des réseaux devrait permettre de partager aussi le doute, et donc l'importance de l'objectif d'être *plusieurs*.

- *Ce qui soigne les patients, c'est l'empathie, et un réseau permet plus facilement de trouver un soignant adapté lorsqu'un médecin "bloque"*.

- Les réseaux pourraient participer à la rédaction d'un *outil/recette* de la relation avec un toxicomane : ce qu'il ne faut pas faire/ce qu'on peut faire/ce qu'on peut ne pas faire.

- Il est très important d'avoir du temps et des moyens pour rencontrer les confrères et partager ses idées, ses doutes, et ce d'autant plus qu'on ne veut pas être considéré comme un spécialiste vers lequel les usagers sont systématiquement renvoyés. L'engagement des autres médecins dans un réseau permet à chacun de garder sa place.

- La revalorisation du paiement à l'acte (quelle que soit la pathologie ou la personne consultante) ou une modification tarifaire à base forfaitaire seraient des gestes forts permettant de prendre du temps pour ces patients difficiles.

- *Un réseau peut marcher s'il existe un mi-temps de médecin de santé publique pour le conduire*. Les réseaux mieux financés sont mieux organisés.

- L'engagement des médecins généralistes ? Il doit y avoir des signaux abondants dans la salle d'attente pour l'accueil de tous les patients dans le cabinet, pour les mettre à l'aise et favoriser l'abord de la problématique.

- Les réseaux doivent avoir un objectif géographique concentrique : qui fait quoi à partir de l'accompagnement de proximité. *On agrège autour de nous* : l'accueil enclenche une dynamique pour de nouveaux patients.

- Il faut essayer de faire admettre que les patients alcooliques sont *comme les autres* : ils reflètent la population générale (tous métiers, tous niveaux), ils ont une pathologie organique, ils reviennent (c'est une clientèle). L'alcool crée du lien, mais la médecine globale aussi.

- Une consultation alcool requiert 25 à 45 minutes : *plus on en fait, plus les revenus baissent*. Reconnaître la qualité d'alcoolologue ou de *référént addictions* pourrait être associé à un dépassement tarifaire. Celui-ci ne manque pas de pièges : quelle définition ?

quelle validation ? quel contrôle ? quelles limites ? Doit-il s'appliquer à d'autres pathologies ou comportements ? Cependant, ce type d'acte, peut induire une *désignation* voire une stigmatisation du consultant et du soignant qui l'accueille.

- *L'addictologie est davantage une technique de la relation qu'une usine à savoir. Les addictions nous amènent à travailler sur la durée*.

- Le réseau (*mon travail*) fait faire des économies aux pouvoirs publics : les prescriptions sont plus justes, mieux adaptées, évitant des traitements systématiques coûteux. Chaque acteur doit y trouver son compte, formation, référent payé par forfait, soirées rémunérées.

- Les médecins sont, en matière d'addictions, dans une ambivalence difficile à vivre. Ils sont à la fois porteurs de concepts de santé : ils engagent au sevrage pour le tabac ou l'alcool, parlent de réduction des risques ; par ailleurs, mais en tant que citoyens, ils sont souvent proches des opinions *standards* classant les produits davantage en terme d'image sociale qu'en matière de dangerosité.

- Le nomadisme des patients est aussi évoqué, et le rôle que peuvent avoir des réseaux et leurs outils. Mais, bien au-delà des toxicomanes, c'est le système de santé qui est interrogé avec la possibilité pour tout malade de consulter de nombreux médecins et d'utiliser les médicaments à sa convenance...

Comment créer un réseau et le faire vivre ?

On peut décrire une certaine logique dans le développement et la vie des réseaux :

- Aucun réseau ne s'est avéré opérationnel en moins d'un an et demi à deux ans, temps indispensable pour que des professionnels d'horizons divers apprennent à se connaître, à acquérir un langage commun, à définir avec précision leurs champs respectifs et des objectifs clairs et précis.

- Puis, arrivés à un *optimum curatif*, les professionnels du soin, désirent gagner en efficacité en intervenant plus en amont par la prévention.

- Encore quelques années et le constat d'une réalité plus large leur donne envie d'étendre à d'autres individus qu'à leurs *clients* les bénéfices de l'action du réseau. Les propositions qu'ils font alors à la municipalité ou au Conseil général correspondent à des actions de santé publique locale.

Dans le même temps, la nécessité de prouver aux décideurs l'intérêt des actions menées l'incite à évaluer l'action du réseau.

La place des usagers

Lorsqu'à un moment de son évolution, le réseau fait participer les clients/patients/usagers/citoyens à la réflexion sur son développement, il apparaît que c'est une dimension importante qui amène un enrichissement considérable. Se pose évidemment alors la question difficile de leur représentation (élus, associations...) et des moyens que l'on se donne pour qu'ils dépassent leur propre personne. Comment faire en sorte que, acquérant progressivement le jargon et la logique des professionnels du réseau, ils ne *décrochent* pas de la population qu'ils sont censés représenter ? Comment rester conscient de l'apparition dans la population de nouveaux besoins ?

Pour les associations d'usagers, un réseau regroupe essentiellement des professionnels compétents et complémentaires d'un côté, des structures hyper-spécialisées de l'autre.

Les bénévoles (et/ou usagers et/ou ex-usagers) peuvent permettre aux jeunes professionnels de *choper des astuces*. Ils assurent aussi le drainage, témoignent de la connaissance du vécu quotidien des malades.

Au-delà des usagers, se pose la question des liens du réseau avec la population. Les moments et les outils d'information sont importants : la documentation présente dans les CIRDD est un moyen particulièrement utile de communication et de partage.

Des outils et une méthode indispensables à la "qualité" dans un réseau

Les réseaux ayant été créés pour résoudre un problème auquel un professionnel isolé était incapable de répondre, la formation est l'outil privilégié qui intervient en premier. Il s'agit évidemment dans un premier temps de recourir à une formation technique. Puis envisager des formations transversales, pluridisciplinaires : lorsqu'est intervenue la substitution à la buprénorphine, les médecins devaient pouvoir situer l'action possible du pharmacien d'officine par rapport à celle du pharmacien hospitalier, tous voulaient savoir comment s'articulaient les prises en charge par la sécurité sociale, etc.

La communication est à la base du réseau, elle comporte trois dimensions :

- La première est la communication entre les professionnels membres du réseau : elle suppose la mise à profit de tous les moyens possibles (courrier, téléphone, fax, et maintenant progressivement informatique) avec l'élaboration d'un certain nombre d'outils propres au réseau (annuaire, fiches de communication, protocoles de liaison, registres...)

- La seconde est la communication du réseau avec le public, en opposition aux professionnels qui considèrent que les clients ne se préoccupent pas de savoir quelle organisation permet une amélioration de la qualité des soins...

- La troisième est la communication avec les diverses institutions environnantes : il est très important de prévoir d'emblée une politique de communication à l'égard de toutes les institutions avoisinantes (hôpital, secteur psychiatrique, municipalités, conseil général, caisses d'assurance maladie, éventuellement mutuelle ou entreprise locale...) de façon à éviter une désynchronisation et permettre des cofinancements.

Dès la première circulaire de 1991, la coordination a été considérée comme le principal poste de dépenses de fonctionnement d'un réseau. En effet, lorsque cette tâche devient trop lourde pour que l'initiateur du réseau puisse continuer à l'assumer seul en

sus de son propre travail, le réseau envisage habituellement de recruter à temps partiel quelqu'un qui puisse remplir ce rôle. La fonction de coordination est complexe et recouvre en fait toute une série de fonctions qui peuvent être assurées par des professionnels divers, selon l'orientation particulière du réseau :

- la régulation des patients dans le réseau
- la communication...
- l'organisation des formations des divers types de professionnels
- la coordination des pratiques des divers professionnels du réseau (dont dossier médical commun, protocoles de soins...)
- la réflexion stratégique sur l'avenir du réseau (convient-il de l'étendre à d'autres pathologies ? d'y admettre d'autres types de professionnels ? d'élargir son territoire ? de rechercher de nouveaux financements ?) est trop souvent l'apanage du père fondateur. Il importe de poser la question de savoir s'il ne serait pas préférable de constituer un Comité de pilotage...
- la coordination de toutes les activités liées aux relations avec les institutions partenaires.

Ainsi la fonction de coordination est multiple, variable selon le type de réseau, la personnalité et le statut du coordinateur : *échanger, former, se soutenir, trouver des idées, impliquer les personnes dans leurs projets de soins...* Le travail d'animation du réseau se heurte à de multiples résistances ou difficultés, tels que les problèmes d'horaires tout simplement.

Statutairement, les circulaires de 1991 pour le VIH et de 1994 pour la toxicomanie ont permis la création de postes de praticien hospitalier à temps partiel. Véritable encouragement pour le travail en réseau, offrant un potentiel de travail important, le budget accordé a cependant été le plus souvent attribué à l'hôpital du secteur. De fait, le nombre de postes de coordinateurs, actuellement financé pour les réseaux addictions est mal connu. L'idée d'une professionnalisation, d'une pérennisation et d'une sécurisation de ce type de poste, a été tempérée par la méfiance des libéraux qui se sont sentis dépossédés d'une reconnaissance budgétaire et par une utilisation parfois non conforme à leur destination initiale de ces budgets par l'administration hospitalière locale.

Par ailleurs, la coordination par un médecin n'est pas nécessairement adaptée aux besoins locaux : une assistante sociale semble préférable dans un réseau précarité. Il existe donc une grande variété de coordinateurs. Médecin ou non, généralistes ou de santé publique, en charge directe de malades ou non, sont les trois principales catégories. Le coordinateur doit connaître

la région, les acteurs de santé, et les partenaires administratifs.

Un diplôme de coordinateur existe depuis cette année (DESS sur l'université Aix-Marseille) et la reconnaissance universitaire concourt à la reconnaissance générale de ce mode de travail.

Assez récemment, l'informatique s'est glissée au cœur du débat des réseaux par deux entrées : - quelle utilisation du courrier électronique ? - doit-on créer un site Internet ? Les avantages théoriques de ces outils sont évidents. Le principal problème aujourd'hui est encore le nombre limité de professionnels accédant régulièrement à une adresse Internet.

Le dossier commun représente également un défi majeur. Que ce soit par l'intermédiaire d'Internet ou d'un logiciel commun et communiquant, le premier problème est celui de la sécurité en terme d'accès et de fiabilité. Le deuxième problème est celui de la motivation des professionnels à utiliser l'outil informatique pour le suivi de leurs patients. Le troisième est d'imaginer un outil qui soit compatible avec les systèmes logiciels existants

Ce système permettrait un meilleur suivi, une limitation du nombre d'exams, une plus grande sécurité dans la prise en charge, une homogénéisation des lieux de suivi pour une qualité égale.

D'autres questions voient le jour : la future carte santé magnétique serait-elle capable de jouer ce lien entre professionnels, permettant informations mais surtout mise à jour simple et répétée ? Comment assurer cette démarche au domicile même du patient ? Enfin, dans la pléthore d'offre de logiciels, de systèmes de transmission, d'Inter / d'Intra / d'Extra -nets, comment un professionnel va-t-il faire ses choix : privilégier le réseau ? son syndicat ? la Caisse de Sécurité Sociale ? un opérateur privé ? Cette question est en suspens...

Une idée largement véhiculée dans le cadre des réseaux est que le dossier médical unique serait le seul témoin véritable d'une organisation en réseau, et que l'informatique serait le support idéal pour assurer un tel échange d'informations entre partenaires.

Il est essentiel, pour aborder ce problème, de bien distinguer ce qui est de l'information à propos du patient, de l'information nécessaire pour évaluer l'activité d'un réseau, et enfin, des informations utiles aux partenaires du réseau dans l'exercice de leur pratique. Les trois questions sont souvent volontiers et abusivement liées et traitées selon un modèle centré par le support (modèle informatique) plutôt que par le patient (modèle médical)...

Réflexions sur les aspects théoriques et pratiques des réseaux

Une charte de réseau

Elle peut décrire de manière précise les grands objectifs du réseau, ses moyens et ses modalités d'intervention, elle définit systématiquement les options éthiques, les droits et devoirs des membres adhérents.

Son principe est accepté par la grande majorité des réseaux rencontrés, mais sa rédaction, sa signature et son application effective sont (actuellement) encore rares.

Nous citerons en exemple, une charte ouverte, inspirée d'un projet de la Coordination Nationale des Réseaux et de plusieurs autres chartes locales ou régionales, qui aborde les engagements dans différents champs

La signature de la charte, effective, au même titre que l'adhésion, traduit la participation au réseau. Elle ne doit cependant pas être considérée comme un *contrat de travail* ou un cadre légal restrictif susceptible de

donner lieu à des sanctions en cas de non-respect. Elle est *simplement* garante de la réflexion qui a réuni les professionnels et de la qualité voulue, travaillée, afin d'améliorer systématiquement la prise en charge des patients.

Plus simplement, une fiche d'information *patient* pourrait être proposée, en miroir d'une fiche d'engagement (au sens de la charte) du professionnel.

La formation

Exiger une compétence du soignant n'était pas historiquement un élément fondateur des réseaux : l'investissement personnel était souvent la preuve de l'approfondissement des savoirs et permettait bien souvent d'offrir des soins de qualité. Aujourd'hui, la compétence est un élément incontournable de réponse aux (compréhensibles) exigences du patient, des Pouvoirs Publics, mais aussi des pairs.

Mais quel degré de compétence reconnaît-on au médecin de ville et au non-spécialiste ? Quelles exigences de formation a-t-on à son égard ?

La réforme des études médicales, annoncée, pourrait permettre de modifier cette situation et de mieux préparer les futurs médecins à cette interactivité qui fonde les réseaux. Il faut relever dans l'arrêté du 29 mars 2001, relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, fixant les thèmes devant faire l'objet de séminaires : à compter de l'année universitaire 2001-2002, le thème d'enseignement *addictions et conduites dopantes* est jugé prioritaire.

En intégrant la nécessité d'une coordination avec les autres de formation (dont les EPU locales) et les problèmes de financements, plusieurs systèmes sont actuellement utilisables par les réseaux :

- **Les séminaires de formation continue officielle**, en sachant que le système agréé pour la médecine libérale est encore en chantier ; à noter, la mise en place d'une formation professionnelle conventionnelle dès 2001 avec une indemnisation : 13 thèmes étaient retenus pour 2001, 7 prioritaires dont : *les outils du médecin référent pour la coordination et la continuité des soins (avec travail sur un document médical de synthèse et éléments transmissibles et implication dans des réseaux de prise en charge médicale) et utilisation au quotidien des services de la microinformatique en réseau.*
- La participation à **des séminaires spécifiques et des congrès spécifiques** en sachant que le professionnel devra en rendre compte pour le bénéfice des différents partenaires.
- **Les rencontres mensuelles entre hospitaliers et libéraux** selon le mécanisme des *staffs*

Les formations proposées par les réseaux doivent être comptabilisées et apporter aux professionnels une validation officielle.

Il faut d'ailleurs observer que certains réseaux ont décidé de financer sur leur propre budget le manque à gagner des libéraux lorsqu'ils participent à des formations.

D'autres modalités de formation sont possibles :
- vacations à l'hôpital de médecins généralistes,
- formations de volontaires associatifs,
- recherche en commun (mise en place d'une étude épidémiologique, protocole...).

Pour les médecins, l'obtention de diplômes ou d'attestation universitaire dans certains champs de la médecine est possible sans être obligatoire, et l'enseignement post-universitaire assuré par les réseaux ou les associations traditionnelles, assure donc l'essentiel de la mise à niveau des savoirs.

Un exemple de charte

- La personne malade est au centre des préoccupations des professionnels et doit pouvoir accéder à des soins de qualité sans discrimination.
- La personne malade est respectée dans ses croyances, sa culture, ses choix philosophiques, politiques et religieux, sa sexualité, ses choix de vie. Elle est et reste citoyenne au-delà de la maladie.
- Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informée que celui-ci ne travaille pas seul. Une orientation ce sera possible qu'après information complète et accord du patient.
- Le travail en réseau doit garantir la confidentialité des éléments la concernant.
- La personne malade est libre de ses choix. Le réseau n'a pas pour objet d'imposer un parcours spécifique.
- La situation administrative d'une personne malade ne peut être prétexte à un refus de prise en charge.
- La finalité du Réseau n'a pas pour objet la résolution des problèmes des soignants, mais est la garantie d'un accès à des soins de qualité, et la lutte contre l'exclusion sociale pour les personnes malades.
- Le réseau ne gère pas une maladie. Il offre à la personne la diversité des compétences des acteurs du réseau.
- Il n'y a pas de hiérarchie dans le réseau, et le décloisonnement se traduit par des pratiques pluridisciplinaires.
- Le réseau réunit des professionnels libéraux et des professionnels du secteur privé et public, et tous les professionnels du champ médico-social qui veulent coordonner leurs actions. Il ne dissocie pas le médical et le social.

- Il garantit son autonomie et sa démocratie (association loi 1901), et recherche des financements divers, publics et privés.
- Il naît de la volonté de ses acteurs et se construit dans le partenariat, avec tous ceux qui ont pour mission la santé et la protection sociale de la population
- Il développe une action de proximité. Structure souple, adaptable aux spécificités des populations qu'il rencontre.
- Il participe à des actions de santé publique.
- Il doit pouvoir être évalué par les pouvoirs publics après accord sur les modalités de cette évaluation.
- La coordination des savoir-faire des professionnels travaillant en réseau doit permettre d'aborder la souffrance de la personne dans sa dimension médico-psycho-sociale.

Travailler en réseau :

- c'est apprendre à connaître et à utiliser le savoir-faire des différents professionnels sans investir leurs champs.
- c'est guider la personne malade vers celui ou celle la plus compétente pour résoudre le problème identifié et ce, dans le respect du secret professionnel.
- c'est se former ensemble, partager son expérience, confronter ses pratiques, accepter de modifier sa pratique professionnelle pour l'adapter à la réalité des situations rencontrées.
- c'est accepter l'évaluation de ses pratiques.
- c'est concourir à décloisonner le système médico-social et construire une approche communautaire de la santé dans sa dimension médicale, psychologique et sociale.
- c'est lutter contre les discriminations, les mécanismes et stigmatisations qui conduisent à l'exclusion.

Des DU ou DIU sont organisés partout en France, sans que leur qualité soit évaluée, et un DESC d'addictologie, permettant l'acquisition de compétences spécifiques, intégrant la description du travail en réseau, a été ouvert au niveau national. Réservé aux spécialistes, le DESC ne permet pas à des médecins généralistes de s'inscrire. Cette situation, liée à la définition même de ce diplôme, n'est pas propre aux addictions ; une modification des textes de l'enseignement supérieur est prévue, et des mesures transitoires devraient être mises en place afin d'ouvrir ce type de diplôme et cette reconnaissance à des *non-spécialistes*.

Dans un réseau mono thématique *alcool* ou *toxicomanie*, une formation continue classique des médecins ou des pharmaciens est simple à organiser. Malheureusement, certains réseaux ont 10 ans d'ancienneté, et un essoufflement dans l'organisation de soirées sur de nouveaux thèmes, et donc une démobilité dans le nombre de professionnels présents est constaté.

Les risques sont :

- que la formation ou les rencontres représentent l'essentiel de l'activité du réseau, ce qui est réducteur ;
- que la distance soit grande entre la formation théorique et le travail sur le terrain, en particulier lorsque la pathologie étudiée est peu fréquente (toxicomanie à l'héroïne dans certaines régions) ;
- qu'une orientation prépondérante vers telle ou telle profession, laisse au bord de la formation les autres acteurs de la prise en charge.

La dimension pluri-professionnelle du réseau

L'égalité des acteurs est fondatrice des réseaux et protège contre une organisation des circuits où certains seraient trieurs-fournisseurs et d'autres thérapeutes. Chacun veut *pouvoir offrir plus que sa compétence personnelle*.

Un réseau associe des acteurs dans une forme de *complicité* que nous entendons comme une reconnaissance positive mutuelle.

C'est un point fondateur et spécifique des réseaux, qui les différencie des autres formes d'organisations professionnelles, le plus souvent basées sur une reconnaissance par les pairs, ou une sélection par le statut. Ces rapprochements ne sont pas naturels. Le plus souvent, les liens personnels et l'engagement individuel ont permis un travail hors statut. Demain, il s'agit bien pour chacun de s'inscrire avec ses compétences, dans le respect de l'autre, sa position, son opinion.

La place du médecin traitant est importante. Un autre médecin n'intervient que si le

patient n'a pas de référent habituel, ou pour faire la jonction lors d'un événement imprévu, ou encore lorsque la pathologie en cause nécessite, avec l'accord du médecin traitant, une intervention plus spécifique ou plus technique. Les usagers de drogues illicites tendent à favoriser ce type d'interventions spécialisées (*dans un réseau, on sait prescrire du Subutex (r)*) avec parfois pour inconvénient le désengagement des médecins de famille au profit d'un confrère reconnu.

Dans les centres spécialisés, des équipes se sont spontanément engagées dans ce travail, nommant parfois un *référent ville* au sein du service, disponible pour répondre aux besoins des professionnels de ville, ou participant activement à la mise en place d'une coordination active avec les libéraux.

À l'hôpital, pour les praticiens hospitaliers, la mise en place de deux demi-journées *d'activité d'intérêt général*, leur permet d'effectuer -en théorie- un travail en réseaux. Des difficultés persistent cependant : trop lente évolution des mentalités, impossibilité de remplacement du médecin absent. Les infirmières, dont l'activité technique s'intensifie, n'ont-elles statutairement aucune possibilité de travailler en réseau, de faire de la prévention, tant à l'intérieur (problèmes de temps pour l'accomplissement des tâches), qu'à l'extérieur. La mise en place des équipes de liaison, donnant souvent une place équilibrée aux différents professionnels qui la composent, participe à cette ouverture.

Cependant, les directions des établissements sont de plus en plus sensibles à ce type d'activités : certes, la possibilité de financement annexe ou l'acquisition d'atouts pour l'accréditation sont des facteurs facilitant, mais il existe par ailleurs l'émergence d'une vraie culture de la coopération chez certains directeurs.

Dans une autre logique, il est possible de favoriser les liens et la coordination en proposant à des médecins de ville des vacances à l'hôpital ou dans les structures : participation à des équipes de liaison, ou consultation dans des Centres Spécialisés. Le statut d'attaché offre beaucoup de souplesse mais est insatisfaisant : rémunération insuffisante, manque de bénéfice pour la structure car l'implication du médecin est souvent insuffisante. Ces vacances permettent cependant aux différents intervenants de mieux se connaître : la méconnaissance est souvent désignée comme le principal facteur limitant les relations entre les professionnels.

Dans un réseau, chaque professionnel reste responsable de ses actes, dans le respect de son exercice propre, de sa nomenclature et

de sa déontologie. Le principe d'indépendance des praticiens dans un réseau a ainsi été rappelé par un arrêt du Conseil d'État du 27 avril 1998.

Quelques points méritent d'être soulignés :

- Les protocoles de soins proposés par le réseau doivent être en accord avec les données les plus récentes de la science.
- Le coordinateur a un statut particulier, puisqu'il gère des situations de personnes, sans être directement le soignant. Chaque orientation devra donc être expliquée à la personne, et c'est le professionnel *praticien de soins* qui est le responsable de la thérapie proposée.

Des modalités de travail autour des patients

Il ne s'agit pas seulement de la question de l'ouverture des droits mais bien de tout l'environnement qui caractérise la santé. L'acquisition d'un logement stable, ou le maintien dans celui-ci, est un préalable. Des revenus minimums doivent pouvoir être assurés pour une alimentation et une hygiène satisfaisante.

Des textes récents (mettant en place les PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes démunies) valident ce concept d'intervention des réseaux en matière de précarité, et offrent des possibilités de financement aux professionnels de santé qui s'investiraient dans ce champ.

Dans une prise en charge globale, la prévention, l'éducation à la santé ou l'éducation du patient doivent tout naturellement trouver leur place dans les activités d'un réseau de santé. L'acte éducatif est à valoriser et peut représenter une consultation en elle-même.

L'intérêt immédiat de ces interventions est évident, permettant en particulier une meilleure compréhension de la maladie et une meilleure observance. Cette capacité d'éducation est un moment important à intégrer dans la formation des médecins généralistes au même titre que la prévention.

Ces différentes réflexions mettent donc en évidence le rôle social des réseaux. Les professionnels qui s'inscrivent dans cette pratique, en particulier dans le champ des addictions, ne peuvent se limiter à un simple travail de consultation-prescription.

Par ailleurs, les professionnels rappellent que l'abord de la toxicomanie se différencie de celle de la *dépendance alcool-tabac*. On peut concevoir qu'un nombre restreint de médecins, travaillant en réseau, puisse s'occuper de toxicomanes. L'alcool et le tabac impliquent une mobilisation large des acteurs de santé : le nombre de personnes

présentant un usage nocif ou une dépendance est très important, et les conséquences des consommations impliquent la mise en jeu de nombreuses spécialités.

Cette organisation loco-régionale demande des efforts de *relations opérationnelles méritoires*.

La souffrance des soignants : groupes de parole

Le réseau peut être important pour les professionnels lorsqu'il offre un *nouvel* accompagnement de la pratique. Ainsi, la solitude, le manque de soutien, l'usure professionnelle, la nécessité d'un ressourcement, sont très présents pour les soignants de ville. La mise en place d'accompagnement des soignants a semblé logique dans certains réseaux, avec la mise en place de groupes de paroles, ou de rencontres pluri-professionnelles pour évoquer des difficultés personnelles.

Ce type de travail permet :

- le repérage des éléments psychologiques et relationnels, de la place des émotions dans la relation de soin ;
- une certaine prise de recul du professionnel pour une meilleure gestion de la relation, lui donnant des clés pour le développement de techniques relationnelles qui facilitent la protection psychologique, avec une meilleure connaissance de ses limites personnelles et de sa mission.

Une des missions possibles de ces groupes est de travailler sur *l'échec*. La toxicomanie, l'alcoolisme faisaient partie des premiers investissements des réseaux dans ce champ... Malgré les protocoles, les médicaments, le travail en équipe, *l'échappement* d'un patient est difficile à vivre.

Point de vue de la CNR

Le **réseau de santé** est *naturellement* adapté à la lutte contre les addictions. Affirmer cela c'est d'abord vouloir sortir des conflits de territoires qui n'ont pas de sens pour les professionnels, personnes malades, bénévoles, qui travaillent au quotidien contre toutes les formes d'addictions. Le système de santé est à construire, alors ne nous laissons pas imposer des débats, des conflits, qui sont principalement générés par l'inadaptation du dit système aux réalités des personnes ayant des comportements addictifs. Les frontières entre les dispositifs de lutte contre l'alcool, le tabac, les drogues illicites.. sont à redessiner, mais pas dans la logique des institutions, mais dans l'intérêt des personnes concernées.

Le **réseau de santé** est un outil adapté pour accompagner les personnes malades d'addictions et pour mobiliser les savoirs faire et savoirs être de tous ceux qui tentent d'apporter des réponses à ce problème de santé publique. Pourquoi ?

Par son approche médico-psycho-sociale il pose d'emblée la problématique de l'addiction dans sa globalité. Le recours à l'utilisation de substances addictives n'est pas un problème médical, c'est un problème de santé. Nous avons bien vu dans les réseaux dit *toxicomanie* comment les actions de préventions du risque de contaminations virales, comment les traitements de substitution, comment l'action sociale en direction des personnes les plus exposées, constituaient un tout qui donnait sa cohérence à l'action globale.

Par la place qu'il tente de donner à la personne malade, le réseau est en permanence à la recherche de solutions pour les problèmes exprimés par ces personnes. Mais comment avoir la prétention de faire ce diagnostic sans la participation active des plus concernés ? Tous les réseaux qui s'inscrivent dans la durée sont contraints de faire réellement le lien entre professionnels et personnes concernées. Ce n'est pas un hasard si nous retrouvons la même dynamique dans les réseaux *alcool*.

Par la coordination entre les actions de prévention, d'éducation, de traitement, le réseau propose des solutions qui visent à être efficaces : c'est à dire adaptées aux besoins, mais aussi et surtout à permettre à la personne d'être acteur de sa santé. Pour arriver à cela il faut être en capacité de modifier les représentations que nous avons de part de d'autre sur les addictions et sur les personnes ayant recours à l'usage de produits entraînant une dépendance physique, psychique, ou sociale.

Il n'est plus acceptable que pour la majorité des médecins, l'alcoolisme devienne un problème quand la personne arrive au stade des complications organiques. Mais on demande ici au professionnel médical d'agir en amont de la dégradation organique, alors que tout le système le pousse à faire le contraire. Chacun doit jouer son rôle et enrichir sa compétence pour agir sur la causalité de la maladie. La complexité de l'addiction ne peut pas se résoudre en mobilisant les seules compétences d'une catégorie professionnelle. C'est l'ensemble des acteurs situés sur l'itinéraire de vie d'une personne malade qui ont besoin de coordonner leurs actions, de se former ensemble pour apprendre à se connaître, à savoir qui fait quoi.

Nous sommes donc bien ici dans les changements de pratiques professionnelles, étape indispensable pour construire une réponse de santé aux problèmes des addictions. Le réseau de santé est avant tout un lieu de modification des pratiques professionnelles qui se re-construisent dans des rapports non hiérarchiques où la compétence de chacun à intrinsèquement la même valeur.

Le **réseau de santé** à vocation de lutter contre toutes les pathologies organiques, psychologiques et sociales. Sa thématique d'action doit s'inscrire dans sa logique d'intervention pluriprofessionnelle, elle doit endosser ses valeurs, sa culture. Ce n'est pas un hasard si le travail en réseau est au cœur de l'action entreprise pour apporter des réponses aux

L'évaluation

L'**évaluation** apparaît comme l'outil majeur du développement d'un réseau et de sa fidélité à une démarche d'amélioration de la qualité, non pas en tant qu'instrument de contrôle ou d'inspection, mais comme outil privilégié de maîtrise de la démarche.

Parfois, des recherches dans le cadre de l'INSERM ou d'un département de santé publique universitaire, ou encore une équipe extérieure, ont travaillé sur un secteur ou sur une population dans un champ où intervenait un réseau... sans même le savoir.

Faisant découvrir à celui-ci la place de son action dans la vie des gens, elle lui ouvre des horizons et lui permet de se poser de bonnes questions : Quels sont au juste les objectifs que s'est donnés le réseau, non seulement globalement, mais aussi sur un mode plus opérationnel, à terme beaucoup plus court de six mois ou un an ? Ces

objectifs visent-ils un mieux pour la population, ou pour les professionnels ? Le réseau s'est-il posé la question de savoir comment s'assurer qu'il n'en laissait pas tomber une grande part en cours de route ? Quels critères, et partant, quels indicateurs, s'est-il donnés pour savoir dans quelle mesure ces objectifs sont atteints au terme fixé ? Comment analyser les dérives ou les échecs ?

Les difficultés théoriques et techniques de l'évaluation ne sont pas encore surmontées. Certification, certification périodique, *evidence based medicine*, formation continue, tous les éléments sont réunis pour que l'évaluation s'étende en médecine. La mise en place de cette évaluation des professionnels serait un élément important de développement des réseaux. Cependant, l'évaluation des pratiques en réseau passe davantage par l'analyse des stratégies de



(Coordination Nationale des Réseaux)

personnes ayant des comportements addictifs. Cela ne veut pas dire uniformisation d'une réponse standardisée bien au contraire, cela veut dire que pour chaque situation le réseau se donne comme projet de trouver une réponse communautaire et professionnelle adaptée. Bien sur que cela dérange puisque le réseau re-visite le système de santé du point de vue des problèmes de santé des personnes et non pas des problèmes des institutions.

Mais n'oublions pas qu'au plus fort de l'explosion de la toxico-manie, des milliers de professionnels des champs sociaux, psychologiques, ont osé innover, sortir de la pensée dominante pour inventer des réponses plus adaptées. Les réseaux ont apporté leurs contributions à ces changements de pratiques. Nos faiblesses sont connues : nous sommes toujours à la marge du système de distribution des soins, et vécus comme lieux d'expérimentations avec tout ce que cela peut révéler comme fragilités constitutives.

La dispersion de l'action des réseaux (si peu impliqués au niveau local dans le débat sur la réforme du système de santé) fait qu'ils perçoivent difficilement l'importance de s'organiser au niveau régional voire départemental. Toujours le nez dans le guidon, ils ne mesurent pas assez l'importance d'une approche collective des problèmes de santé.

L'absence d'une authentique politique de santé publique nous pénalise en réduisant toujours la santé au médical et en dénigrant l'action sociale et psychologique. La prévention, l'éducation sanitaire, la santé communautaire, qui constituent des impacts forts de l'action des réseaux de santé sont et restent marginaux.

La carence d'une réflexion politique sur cette question laisse aux corporatismes un place trop importante et réduit voire occulte la dimension citoyenne de la santé.

Pourtant, l'existence même de la CNR, avec ses 160 réseaux adhérents, constitue une

force pour les réseaux de santé car nous avons acquis une légitimité, une visibilité et une reconnaissance qui ne peuvent pas être gommées. Nous avons gagné la reconnaissance de différentes institutions : les mutuelles, l'ANAES, les chercheurs de plusieurs domaines : santé publique, sociologie, économie de la santé... les associations de consommateurs, les associations de malades, le GIP ESTHER, le GIP CPS...

Nous sommes les seuls à avoir entrepris un travail de fond sur la qualité des soins, l'évaluation, la communication au sein des réseaux. Même si ces travaux n'ont pas encore abouti, il faut savoir qu'ils suscitent de plus en plus d'intérêt au sein des organisations professionnelles.

Nous avons énoncé une charte et un projet clair qui servent de référence et constituent un ensemble de valeurs au service d'une culture et de pratiques qui ne sont plus absentes du débat public.

Sur le plan pratique, un de nos projets est d'aider les réseaux, d'une part, à vérifier si les dossiers demandés par les financeurs sont conformes à la loi et d'autre part, aider les réseaux à construire ces dossiers en intégrant l'essentiel du cahier des charges qui peut leur être demandé par les institutions. Il faut en plus mesurer le sens et les enjeux qui se cachent derrière chacune de ces charges. Le chacun pour soi est ici contre-productif. Nous devons dans chaque région et chaque département mutualiser nos compétences et nos savoirs-faire. N'ayons pas l'illusion que se sont les cabinets de conseils et d'audits qui pourront véritablement nous aider : comptons sur nos forces !

Didier Ménard, Président de la Coordination Nationale des Réseaux (CNR)
18 rue d'Hauteville 75010 Paris
Tél. 01 44 83 08 06 www.cnr.asso.fr

changement que par une simple évaluation des compétences ou des résultats.

La première question est donc de déterminer des indicateurs pertinents et faciles à utiliser, pour la médecine de ville et pour l'hôpital, ou tout simplement spécifiques aux réseaux. Certains parlent d'outils opérationnels.

Un autre élément est le risque pour un réseau engagé dans l'évaluation de s'adjoindre de nouveaux outils, de nouveaux collaborateurs pour répondre aux questions, et d'être engagé dans une spirale d'augmentation de taille et de budget.

Plusieurs réseaux ont fait réaliser une évaluation externe de leur fonctionnement. Les outils existent et ce travail est réalisable mais le budget minimum pour la mise en place d'une évaluation est estimé à 50 000 Euros.

Plusieurs modèles d'évaluations externes sont disponibles. Nous citerons celui prévu par la circulaire du 25 novembre 1999, le travail du groupe IMAGE/CREDES/CNR, et enfin les travaux de l'ANAES.

En conclusion

Beaucoup admettent l'essoufflement actuel des réseaux, à ce doute est pourtant associé un désir de développer ce mode de travail. La taille du réseau est source de difficulté : trop petit, son action est limitée et repose sur l'engagement de quelques-uns, trop important, il s'institutionnalise et fonctionne beaucoup pour lui-même.

Ainsi, certains signalent que la priorité est le respect des besoins de la population, et rappellent que les premiers réseaux ont une expérience et un savoir-faire dont il faut tenir compte. C'est l'importance de la capitalisation de l'expérience à partir des initiatives locales, qui ont fait naître ici ou là, de nouvelles pratiques sanitaires et sociales. C'est à partir du terrain et du quotidien de la rencontre entre des professionnels de santé et des habitants avec la prise en compte des besoins de la population, que peuvent se formaliser d'authentiques réalisations de réseaux.

Cette capitalisation-succession est aussi justifiée par la crainte de l'épuisement des

premiers acteurs et donc des questions du renouvellement, c'est pourquoi une professionnalisation des réseaux semble nécessaire.

La poursuite du travail implique des moyens. Les perspectives professionnelles et financières des réseaux sont très incertaines. Les budgets relèvent du bricolage, de l'organisation de ponts avec des financements *glissants*. De même, les budgets de fonctionnements sont difficiles à obtenir, et il faut privilégier des actions qui sont peu utiles mais mieux financées. Enfin, le retard à l'obtention des subventions (les budgets de l'année en cours sont crédités en novembre ou décembre) est très anxieux et déstabilisant sur le plan de la comptabilité.

Les moyens ne peuvent être obtenus qu'après des moments *douloureux*: temps, énergie, sensation de non-compétence pour la rédaction des dossiers, impression d'un combat inégal contre l'administration supposée préférer des réseaux de type *filières* (c'est-à-dire une nouvelle organisation des soins proposée dans un but de maîtrise des dépenses de santé).

Il s'agit aussi, pour qu'un réseau fonctionne de *prendre un bâton de pèlerin* pour aller à la rencontre des professionnels. La création de cette équipe nécessite des interrelations locales harmonieuses, une coordination... et une évolution des médecins libéraux ayant à accepter cette collaboration.

Dans ce cadre, l'embauche d'un (e) visiteur (teuse) de santé publique a déjà été utilisée avec un réel intérêt. Ce (tte) médiateur(trice) de santé, est chargé de prendre rendez-vous avec tous les médecins du secteur pour leur présenter le réseau, les outils locaux d'aide à la pratique, proposer des documents d'informations ciblés, mais aussi recueillir des informations sur la pathologie concernée, des alertes, des pistes de recherche. Ce nouveau métier implique une personne *relais* particulièrement motivée.

Malgré toutes ces difficultés, et pour répondre justement aux mouvements et aux besoins de la population, la question des réseaux est plus que jamais d'actualité et ses objectifs participent de façon majeure à l'amélioration quantitative et qualitative de la prise en charge des usagers de substances psychoactives. La Loi du 4 mars leur donne enfin une visibilité. Mais les professionnels doivent être attentifs aux modalités d'application de cette Loi : dans le champ des addictions, rares sont les infrastructures à même de *monter* des dossiers complexes.

C'est par l'intermédiaire de réseaux nationaux, que les professionnels en addictologie pourront acquérir les clés des réseaux de demain.

Bibliographie de l'auteur

ADSP (Actualité et dossier en santé publique) n°32 - septembre 2000

Afchain J. - *S'embarrasser et non se débarrasser du toxicomane* - La Revue du Praticien MG n°285 du 6 février 1995

ASUD-Journal n°19 - Été 2000

Bakis H. *Les réseaux et leurs enjeux sociaux*. Paris : PUF Que sais-je ? 1995

Bilan des comités de suivi départementaux des traitements de substitution. Exercice 1998. Paris, Ministère Emploi Solidarité, 2000, 40 p., tabl.

Boisseau Dr., Carpentier Dr. - *La Toxicomanie en médecine générale - Bilan et analyses concernant 773 consultants*, 1992

Coruble G. *Comment santé devient citoyenneté*. TLM 1997 ; 29 : 29-31.

Compte rendu du Comité de Pilotage : *évaluation des réseaux* (Alès, 2000)

De Ducla Dr. - *Suivi de patients pharmacodépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir des réseaux de soins* Annales de Médecine Interne - Vol. 151 Avril 2000

DGS/SP3 ; Direction Générale de la Santé *Étude des réseaux Toxicomanie-ville-hôpital 1995*. Paris, Min. du Travail et des affaires sociales, 1996, 54p.

EVAL - *Comment le MG perçoit-il sa place dans le traitement de la toxicomanie?* - La Revue du Praticien MG - n°259 du 23 mai 1994

Evin Claude - *Assurance-maladie, médecine libérale: deux chantiers à ouvrir*. Le Monde 3/11/2000

Faïms de Siècle - Actes du XII^e Colloque National GT - Paris 1999

Fassin D. *Les réseaux ville-hôpital, agitateurs depuis 1985. Une approche localiste de la prise en charge des malades du sida*. Prévenir 1994 ; 27 : 117-24.

Gagnon A., Robinet S., Bronner C., Parquet P. J. *Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux* - La Revue du Praticien - n°509 2/10/2000

Gossop et al. - *Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study*. British Journal of General Practice, 1999 49: 31-34

Hardy-Baylé M C, Bronnec C. *Le Réseau Santé Mentale Yvelines Sud*. Le carnet psy 2000 ; 52 : 27-41.

Impact Médecin Hebdo - Dossier *Réseaux de soins : une utilité qui reste à prouver*. n°522, 16/2/2001

La maladie alcoolique : le réseau d'aide et de proximité - n°112 - Juin 1997 - La revue Alcool Assistance-Croix d'Or

Larcher P. - *Réseau : un exemple de réseau communautaire informel*. In : La santé communautaire : concepts / actions / formation. Paris : Centre international de l'Enfance, 1990 : 173-75.

Larcher P., Poloméni P. - *La santé en réseaux : objectifs et stratégies dans une collaboration ville-hôpital* - Masson ; 2001 - 208 pages

Larcher P. - *Réseau : un exemple de réseau communautaire informel*. In : La santé communautaire : concepts / actions / formation. Paris : Centre international de l'Enfance, 1990 : 173-75.

Launois R J, Majnoni d'Intignano B, Rodwin V. G, Stephan J. C. - *Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : proposition pour une réforme profonde du système de santé*. In : Rev fr aff soc 1985 ; 1.

Launois R. *Les réseaux de soins coordonnés, une autre idée du libre choix*. In : Institut La Boétie Éd. *Des remèdes pour la santé - pour une nouvelle politique économique de la médecine*. Paris : Masson : 78-84. 1992

Le Flyer, bulletin de liaison édité par les laboratoires du Dr. E. Bouchara - n°1-2-3

Le Journal du sida n°128 - septembre-octobre 2000

Les réseaux : la médecine de demain. Bulletin de l'Ordre des Médecins février 2000 ; 3

Les Réseaux de Santé - Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste - Revue Prévenir. 1994 ; 27

Les réseaux de structures intervenant dans le champ des substances psychoactives en Ile-de-France - Partenariat, objectifs, difficultés, recensement - CRIPS 2000

Magnier A. M, Caron B. *Médecins généralistes : acteurs de santé publique?* Paris : CFES, 1996. Coll. Séminaires - CFES / SFTG

Mots à Maux - n°125 - Septembre 2000

La revue Alcool Assistance-Croix d'Or

Neuschwander C. - *L'acteur et le changement, essai sur les réseaux*. Éd. du Seuil. Dossier *Les Réseaux*. Pratiques 1995 ; 40.

Padieu R. - *Problèmes méthodologiques : comment saisir les situations échappant aux institutions ?* In : Santé, Précarité & Précarisation.

Patte D., Marchand Buttin F., Tran B., Brodin M. - *Évaluation des coordinations sanitaires et sociales de l'Oise 1995-1996*. Paris : Faculté de Médecine Xavier Bichat, 1996.

Poloméni P. - *Rapport Réseaux Addictions (MILDT/DGS/DHOS - 2002)*

Principes d'évaluation des réseaux de santé. ANAES, Service évaluation en santé, Paris, 1999.

Projet Réseau Addictions Précarité - Champagne Ardennes - Novembre 2000

Psychotropes - *Influences* - Vol 5, n°4, 1999

Rapport annuel GT 59/62 - 1999

Rapport sur les aspects semblables et les aspects spécifiques des différentes addictions (RASCAS) Groupe de travail MILDT, 2001

Rapport d'un séminaire. Paris : INSERM , 1998 : 36-47.

Recherche en médecine générale (Revue prat. mg- tome 14, n°500 du 15 mai 2000), *Boire moins: les généralistes peuvent-ils intervenir de manière précoce?* Jean-Yves Chambonnet, Géraldine Airiau... Nantes

Repérage précoce des pratiques addictives à l'hôpital - Rapport de Mme le Dr Tobelem à Mme Gillot, Secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, mai 2000

Toxicomanie: des généralistes qui se cherchent (création de GT) - Le Généraliste - n°1059 17 février 1989

Van Brussel et al. - *Methadone treatment by general practitioners in Amsterdam* - Bulletin of NY Academie of Medicine, 72, 2:348-358

Viles H. *Le groupe santé-citoyenneté du réseau Créteil-solidarité*. ADSP 1998 ; 24 : 27

Concept, fondements et historique

AFCHAIN J. - **Toxicomanes et réseau ville-hôpital-toxicomanies**. *Perspect. Psy*, 1997, 36, (2), 102-107.
Document Toxibase n° 802316

AUST J. - **Toxicomanie et réseaux d'action publique**. Mémoire de Maîtrise de Science Politique, Université Jean Moulin Lyon III, 1999, 122 p.
Document Toxibase n° 700464

BOURDILLON F. - **Évolution du système de soins: les réseaux ville-hôpital: principaux facteurs de changements**. *Connexions*, 1995, 66, 75-83.
Document Toxibase n° 802217

CHARVET-PROTAT S. ; CASTRA L. ; GALLAND A. ; BERTON-ZWARTJES H. ; GROS C. ; PIQUANT-MAHDI F. - **Réseaux de soins : vers le développement d'une nouvelle logique pour l'organisation de l'offre de santé ?**. *Perspectives Sanitaires et Sociales*, 2001, 155, 13-31.
Document Toxibase n° 206175

CHOSSEGROS P. - **La crise du système de soin, une opportunité pour les réseaux**. *THS La Revue des Addictions*, 1999, 1, (4), 37-40.
Document Toxibase n° 700452

COPPEL A. - **Réseaux de professionnels de santé**. *Les cahiers Plein Sud*, 1993, (1), 27-31.
Document Toxibase n° 101338

DEPAGNE L. - **Les raisons du réseau. La personne toxicomane et les professionnels**. *Mém. DEASS, Lille, IRTS*, 1997, 55p.
Document Toxibase n° 1000386

FHIMA A. - **La circulaire relative aux réseaux, le décret concernant le fond d'amélioration de la qualité des soins en ville : des étapes clés dans l'évolution du système de soin**. *THS La Revue des Addictions*, 2000, 2, (5), 331-332.
Document Toxibase n° 700479

GERVAISOT J.-P. - **La prise en charge d'un toxicomane : de réseau à réseau**. Publié sur Internet : <http://www.intermedic.org/stethonet/fmc/toxicol.htm>, Intermedic, 1999, 4 p.
Document Toxibase n° 102181

GLORION B. ; PARROT J. - **Protocole de prise en charge des toxicomanes: réseau ville-hôpital**. *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, 1995, 3, 5.
Document Toxibase n° 801615

HACHET P. - **Toxicomanie : la nécessité du travail en réseau articulé**. *Panorama du médecin*, 1994, (4003), 1 p.
Document Toxibase n° 203424

HACHET P. - **Partenariat versus dépendance : le travail en réseau dans l'aide aux toxicomanes**. *Études Psychanalytiques*, 2000, (4), 85-93.
Document Toxibase n° 205610

HACHET P. ; FORZY J. - **Les modalités de fonctionnement d'un réseau pluri-institutionnel : la prévention des toxicomanies**. *Interventions*, 1995, (49), 17-21.
Document Toxibase n° 203318

HAUTEFEUILLE M. - **Une éthique pour un travail en réseau**. In : Yahyaoui A. Dir., *Toxicomanie et pratiques sociales*, p. 113-116, Grenoble, APPAM / La Pensée sauvage, 1992.
Document Toxibase n° 502155

Biblio plus Toxibase

LARCHER P. - **Quelle politique pour les réseaux?** THS La Revue des Addictions, 1999, (2), 32-34.
Document Toxibase n° 700387

LARCHER P. ; POLOMENI P. - **La santé en réseaux. Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital.** Paris, Masson, 2001, (Objectifs en management hospitalier), 185 p.
Document Toxibase n° 403721

MARADEIX B. - **L'alcoologie en réseau.** Santé Mentale, 1998, (32), 28-29.
Document Toxibase n° 1000515

MENARD D. - **Ambitieux, utopique, passionné.. Le projet des réseaux a encore de nombreux obstacles à franchir.** THS La Revue des Addictions, 1999, (1), 66-69.
Document Toxibase n° 700365

NACACHE L. - **La pratique de la substitution et le réseau Ville-Hôpital.** Lyon, Hôpital Édouard Hériot, 1998, 18 p.
Document Toxibase n° 700313

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS - Spécial toxicomanie. Bulletin de l'Ordre des Médecins, 1995, 9, 1-11.
Document Toxibase n° 801796

PLANCHE R. ; MARADEIX B. ; REYNAUD M. - **Mise en place d'un réseau de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool.** Annales de Psychiatrie, 1999, 14, (3), 207-213.
Document Toxibase n° 1100553

PLURALIS - **Toxicomanie - Sida : pratiques de réseaux et collaborations nécessaires.** Deuxième rencontre Pluralis avril 1989, Paris, Pluralis, 1990, 46 p.
Document Toxibase n° 800532

REYNAUD M. - **Les réseaux et les liens avec les autres addictions.** In : 2^e conférence de consensus Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage, SFA, ANAES, MILDT, Paris, 7 et 8 mars 2001, Alcoologie et Addictologie, 2001, 23, (2), 249-256.
Document Toxibase n° 205743

VIGNAU J. - **Réseaux, filières.** L'information psychiatrique, 1999, 15, (1), 41-43.
Document Toxibase n° 1000434

*** - **Médecins de ville et d'hôpital pour un suivi commun des personnes vivant avec le VIH.** Synaopsis, Bull. Pluralis: Toxicomanie et sida 1991, (3), 5 p.
Document Toxibase n° 302022

*** - **Toxicomanie et pratiques de réseau.** Troisièmes rencontres de l'USID., Unité de Recherches et de Formation sur les Drogues, Centre Hospitalier de Douai, Douai, Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Croix Rouge, 24 septembre 1998, Douai, USID., 1999, 37 p.
Document Toxibase n° 403235

Pratiques et expériences

ANNE-DERVAUX V. ; LE DONNE K. - **Le Subutex° en pratique : de la nécessité du travail en réseau.** Thèse de Pharmacie, Univ. Lille 2, 1997, 90 p.
Document Toxibase n° 101790

APARTS - **Actes du Colloque Anniversaire, Samedi 28 novembre 1992.** Paris, APARTS, 1993, 89p.
Document Toxibase n° 302329

BERTHELIER R. ; PANIGADA F. - **Quand le réseau existe.** L'information psychiatrique, 1999, 15, (1), 52-55.
Document Toxibase n° 1000437

BERTHELIER R. ; VIGNAU J. ; LAGADEC G. ; CARPENTIER M. - **Toxicomanes et réseau de prise en charge.** Information Psychiatrique (L'), 2001, 77, (10), 1003-1011.
Document Toxibase n° 1100971

BONIN B. ; MAGNIN C. ; BOITEUX J. ; VANDEL P. ; SIMONIN J. ; SECHTER D. ; BIZOUARD P. - **Traitement substitutif par buprénorphine et travail en réseau.** Annales de Psychiatrie, 1999, 14, (2), 121-126.
Document Toxibase n° 1100501

COORDINATION DES RÉSEAUX VILLE-HÔPITAL - **Annuaire.** Livre des abstracts Le Kremlin Bicêtre, Coordination Nationale des Réseaux, 1997, 100 p.
Document Toxibase n° 303861

CRIPS-IDF - **Les réseaux de structures intervenant dans le champ des substances psychoactives en Ile-de-France : partenariat, objectifs, difficultés rencontrées.** Paris, CRIPS Ile-de-France, 2000, 55 p., ann., tabl.
Document Toxibase n° 505188

DELILE J. M. - **Besoins psychosociaux des patients sous traitement de substitution. L'expérience du réseau ville-hôpital pour la toxicomanie de Gironde.** Revue du Praticien (La), 2000, 14, (492), 501-510.
Document Toxibase n° 803144

DENTAN A. ; ZIEGLER G. - **Toxicomanie : du travail en réseau dans une approche multidisciplinaire.** Médecine et Hygiène, 1996, 54, 690-693.
Document Toxibase n° 302883

GELDOF S. - **Un travail de réseau.** Communication au XIII^{es} journées de Reims, Association du CAST, 34 déc., 1994, 11 p.
Document Toxibase n° 401927

JACQUES C. - **La charte.** Bulletin de Liaison du Réseau ALTO, 1999, (8), 2-5.
Document Toxibase n° 403085

MARADEIX B. ; REYNAUD M. ; PLANCHE R. - **Réseau de soin expérimental sur le département du Puy-de-Dôme pour les patients en difficulté avec l'alcool.** Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (La), 1999, (29), 73-75.
Document Toxibase n° 1100769

MARCE F. ; MULLER I. ; LAUBY N. - **Le travail en réseau : contacts tous azimuts - l'avant et l'après de la conversation téléphonique.** Observations Témoignages, 1993, (3), 28-29.
Document Toxibase n° 700156

MUNOZ-RIVERO M. - **L'addictologie : du concept à la mise en place d'un réseau, l'exemple rennais.** Mémoire ENSP de Médecin Inspecteur de Santé Publique, ENSP, 2001, 70 p., ill.
Document Toxibase n° 206027

TOUZEAU D. - **Toxicomanie, Sida : un réseau de professionnels et de bénévoles pour prévenir l'exclusion.** In : Les réseaux de santé, revue Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, 1994, (27), p. 113-115.
Document Toxibase n° 900282

*** - **Assises régionales des réseaux ville-hôpital SIDA-toxicomanie de la France-Nord.** Actes,

14 octobre 1995. Fac. Méd. Paris Sud, Hôpital du Kremlin Bicêtre, 1996, 49 p.
Document Toxibase n° 101528

*** - **1^{er} colloque d'alcoologie Lipha-Santé : qualité des soins en alcoologie.** Alcoologie, 1999, 21, (Numéro spécial, Décembre), 2-58.
Document Toxibase n° 205204

Évaluation (s)

ANAES ; CHARVET-PROTAT S. ; FALCOFF H. ; JARLIER A. ; LAIRY G. - **Principes d'évaluation des réseaux de santé.** ANAES, Service évaluation économique, évaluation en secteur libéral, évaluation en établissements de santé, Juin 1999, 133 p. Disponible sur internet à l'adresse <http://www.anaes.fr> rubrique Publications

ANAES ; LE BŒUF D. ; MATILLON Y. ; LACHENAYE-LLANAS C. - **Évaluation des réseaux de soins, bilan de l'existant et cadre méthodologique.** ANAES, Mission Évaluation Réseaux de Soins, Octobre 2001, 63 p. Disponible sur internet à l'adresse <http://www.anaes.fr> rubrique Presse / Communiqués

ASSOCIATION GÉNÉRALISTES ET TOXICOMANIES 51 ; CORTIAL J.-P. ; COQUS J. -C. ; DEPILOY D. ; ROUA P. ; VERRIELLE J. - **Le médecin et le toxicomane : qu'a changé le Subutex ?** Réflexions autour d'une pratique en réseau. Un bilan contrasté. Rapport réalisé par G&T 51 à la demande du Comité de Suivi des Traitements de Substitution du Département de la Marne présidé par le Médecin Inspecteur de la DDASS, Reims, Assoc. G et T 51, 1997, 27 p. + ann.
Document Toxibase n° 402893

CAPRIOLI A. - **Évaluation du réseau ville-hôpital toxicomanie dans le département de la Savoie.** Mémoire Médecin Inspecteur Santé Publique, Rennes, ENSP, 1997, 112 p.
Document Toxibase n° 504281

CHARPAK Y. ; NORRY F. - **Identification et estimation de l'activité du réseau de prise en charge des toxicomanes dans un département français.** Cahiers Santé, 1992, (2), 335-343.
Document Toxibase n° 303097

CLOOS D. - **Réseau ville-hôpital : réflexions et évaluations dans le département de l'Aube.** Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Reims, Faculté de Médecine, 1997, 119 p.
Document Toxibase n° 403499

DE DUCLA M. ; GAGNON A. ; MUCCHIELLI A. ; ROBINET S. ; VELLAY A. - **Suivi de patients pharmacodépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir de réseaux de soins. Étude rétrospective nationale. Expérience de médecins généralistes français.** Annales de Médecine Interne, 2000, 151, (Supp. A), A27-A32.
Document Toxibase n° 504949

DELCAMBRE J.-M. - **Évaluation de la notion de toxicomanie et utilisation du réseau ville-hôpital toxicomanie. Enquête auprès des Médecins Généralistes du Douaisis (Nord).** Thèse de Doctorat en Médecine, Univ. Lille 2, Fac. Méd. H. Warembourg, 1999, 53 p., tabl., ann.
Document Toxibase n° 102096

DGS/SP3 ; Direction Générale de la Santé - **Étude des réseaux Toxicomanie-ville-hôpital 1995.** Paris, Min. du Travail et des affaires sociales, 1996, 54p.
Document Toxibase n° 303320

Textes de références en matière de réseaux

- Loi financement sécurité sociale 2002
- Loi du 4 mars 2002
- Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code
- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville
- Décret du 25 octobre 2002
- Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)
- Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L. 712-3-2 du code de la santé publique)
- Article 73 de la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville/hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH
- Circulaires DGS n° 74bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1^{er} décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité
- Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n° 93-72 du 9 novembre 1993
- Circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C
- Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool
- Circulaire DH/EO/97 n° 97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements
- Circulaire DGS n° 97/366 du 23 mai 1997 relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes
- Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté
- Circulaire DGS/DH n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de PRAPS : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- Circulaire DGS/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins en diabétologie
- Circulaire DGS/DH n° 99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C
- Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux
- Circulaire du 8 septembre 2000 relative aux équipes de liaison.

suite Biblio plus

GAGNON A. ; ROBINET S. ; BRONNER C. ; PARQUET P. J. - **Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. Analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes.** Revue du Praticien (La). Médecine Générale, 2000, 14, (509), 1627-1635.

Document Toxibase n° 803384

GAINET J. M. ; CHOLLEY D. ; WEILL G. - **Un réseau de soins évalue les résultats d'un programme de substitution par buprénorphine-haut-dosage.** Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2000, (1), 15-20.

Document Toxibase n° 403443

GIRE D. - **Opportunité des réseaux de soins dans la prise en charge de la pathologie liée à l'alcool. A propos d'une enquête auprès des médecins généralistes de Savoie.** Thèse de Doctorat en Médecine, N°5006, Univ. J. Fourier, Fac. Méd. Grenoble, 2000, 90 p., ann., fig., tabl.

Document Toxibase n° 102108

Le généraliste en particulier...

BLOCH J. ; NORRY-GUILLOU F. ; MONAQUE C. ; CHARPAK Y. - **Place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes.** Paris, Éval, 1996, 39 p. (+ annexes).

Document Toxibase n° 900301

CARPENTIER J. - **Faire face à la toxicomanie en médecine générale.** Prescrire (La Revue), 1994, 14, (140), 315-319.

Document Toxibase n° 101257

CHARPAK Y. ; NORRY F. ; BARBOT J. - **La prise en charge des toxicomanes (héroïnomanes) par les médecins généralistes.** Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 1994, 42, 224-234.

Document Toxibase n° 101222

CLAUZET P.C. ; COQUS J.C. ; BINDER P. - **Médecins généralistes et toxicomanies, qu'en attendre?.** Revue documentaire Toxibase, 3, 1994, 3ème trim., 1-15.

Document Toxibase n° 203108

COQUS J. C. ; CORTIAL J. P. ; DEPINOY D. ; ROUA P. ; VERRIELLE J. - **La prise en charge des toxicomanes par le médecin généraliste.** Reims, GT 51, 1996, 31p.

Document Toxibase n° 402369

NORRY-GUILLOU F. ; BLOCH J. ; MONAQUE C. ; CHARPAK Y. - **Les médecins généralistes face aux toxicomanes en 1995.** Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies 1997, 3, (1), 71-94.

Document Toxibase n° 1100209

OFDT ; ÉVAL ; ÉVALUATION MÉDICALE MÉDICO-SOCIALE SANTÉ PUBLIQUE - **Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98.** Paris, ÉVAL, 1998, 50 p.

Document Toxibase n° 900694

*** - **Toxicomanie - Généralistes en première ligne.** Sud-Ouest Médecine, 1993, (17), 7-9.

Document Toxibase n° 101258

Généralistes et toxicomanie : colloques nationaux

Actes I (1989) : **Réalités réflexion avenir**

Actes II (1989) : **Êtres et actes**

Actes III (1990) : **Vous avez dit, relais... Partenariat... ?**

Actes IV (1991) : **Quels Changements**

Actes V (1992) : **Substitut social... Substitution médicale... ?**

Actes VI (1993) : **Les réseaux : pluriels et singuliers**
Document Toxibase n°401545

Actes VII (1994) : **Médecins - citoyens**
Document Toxibase n°203295

Actes VIII (1995) : **Quels sens, quels liens ?**
Document Toxibase n°203801

Actes IX (1996) : **S'entendre ou s'écouter ?**
Document Toxibase n°1000183

Actes X (1997) : **Adolescences et prise de risques**
Document Toxibase n°101727

Actes XI (1998) : **Places faites et places prises en prévention**
Document Toxibase n°700377

Actes XII (1999) : **Faims de siècle - Des drogues pour l'antalgie, l'adaptation, la performance**
Document Toxibase n°102131

(2000) pas de parution

Actes XIV (2001) : **Addictions et partage d'informations,**
Document Toxibase n°403856

Actes XV (2002) : **Quand le cannabis fait problème** (disponible à partir de Juin 2003)

Renseignements : Association Nationale Médecine Générale et Conduites Addictives, 2 bis rue de L'Église, 17430 LUSSANT tél/fax : 05.46.84.47.78, mail : gtnat@club-internet.fr

Sélection préparée par Sandrine Guigue