

Compte-rendu de l'Assemblée Générale Ordinaire du 3 juin 2014

Présents : Dr Binder (MG, coordinateur du RAP), Mr Chavant (CRPV – CHU Poitiers en représentant Mme Perault-Pochat), Dr Chavagnat (Président de ARIA), Mme Drapt (secrétaire ARIA), Mr Gestin (trésorier de ARIA), Mr Grangereau (cabinet comptable), Mr Lafon (Commissaire aux comptes), Mr Le Padellec (membre de ARIA), Dr Morisot (Vice-présidente de ARIA), Mr Pouclet (membre de ARIA), Dr Sorbé (secrétaire adjoint ARIA), Mme Tillier (membre du CA de ARIA), Mr Thibaud (DSP).

Excusés : Dr Audier, Mme Baudreuille, Mr Gilbert, Dr Laurent, Mr Legrand, Mme Seignobos, Dr Tilly.

Le Président Chavagnat ouvre l'Assemblée Générale à 19h30

Rapport moral du Président

Présentation du rapport moral par le Président (ci-annexé)

Mis au vote, le rapport moral du Président est adopté à l'unanimité

Rapport financier

Présentation du rapport financier par le trésorier (ci-annexé) :

228 074 euro de recettes

177 259 euro de compte charge

50 815 euro d'excédent affecté en prévision du recrutement du DSP

Mis au vote, le rapport du trésorier est adopté à l'unanimité

Rapports du commissaire au compte

Le Commissaire aux Comptes certifie la conformité des comptes de l'association.

La vérification spécifique ne donne pas lieu à commentaires ; la comptabilité ne comporte pas d'anomalie et sa tenue est régulière.

L'examen du rapport spécial des conventions (principes de la loi de 2002) entre l'administration et l'association sur les sommes versées aux membres du conseil d'administration ne relève aucune irrégularité et est conforme aux dispositions spécifiques.

Mis au vote, le rapport du Commissaire aux Comptes est accepté à l'unanimité.

Mis au vote le rapport Spécial du Commissaire aux Comptes est accepté à l'unanimité

Affectation du résultat

Par vote, à l'unanimité, l'Assemblée Générale valide : affectation du résultat au «Report à nouveau» pour l'embauche d'un DSP.

Approbaton des comptes 2013 et quitus

Quitus est donné aux dirigeants par vote à l'unanimité.

Transfert des fonds ICARES vers ARIA

À la demande de l'A.R.S. ce transfert doit être opéré.

Le document qui permet de formaliser cette opération est porté *in extenso* en annexe du présent compte-rendu.

Il est validé à l'unanimité du vote par l'Assemblée Générale.

Le document est signé par le Président.

Rapport d'activité du réseau

Le Dr. Philippe Binder présente l'activité du réseau en 2013 notamment avec la présentation des résultats des données TALOS. Rapport porté *in extenso* en annexe.

S'ensuit une longue discussion avec la salle

Mis au vote, le rapport d'activité est adopté à l'unanimité

Démission d'un membre du CA

L'AG prend acte de la démission du Dr Tilly de sa fonction de membre du Conseil d'Administration.

Questions diverses

Sont évoqués :

- les futures régions et les futures ARS
- le Baclofène, notamment par une présentation d'un représentant du Centre de Pharmacovigilance, du recueil de données des effets indésirables du Baclofène

21h 30 fin des débats et clôture de L'AG

RAPPORT MORAL 2013

L'association ARIA a été constituée le 12 février 2013, pour gérer le nouveau réseau régional : RAP, qui succède au réseau départemental ICARES, dont le champ d'action était uniquement la Charente Maritime. Le RAP est une continuité de ICARES.

Une baisse d'activité en 2013, conjoncturelle avec une restriction budgétaire, n'a pas empêché les Groupes Ressources Addictions Locaux (GRAL) de continuer à fonctionner.

Le travail s'est structuré autour de la mise en place des commissions qui ont permis la réalisation d'actions tel que le Théâtre Forum, la journée du réseau et le développement des liens entre GRAL et CSAPA.

En février ont été mises en place des bases de fonctionnement du Réseau Addictions Poitou-Charentes (RAP) avec l'élaboration d'un règlement intérieur et d'une charte.

L'année 2013 a vu le renforcement des liens avec l'ANPAA, le renforcement des stratégies de développement des GRAL, notamment en Charente avec un gros travail sur le projet d'embauche d'un Délégué de Santé Publique qui s'est concrétisé début 2014.

Le RAP a développé les formations et les liens avec les pharmaciens et les psychologues.

Le recueil de données TALOS est en cours d'adaptation.

Enfin, ARIA multiplie les contacts avec l'ARS à travers notamment le dialogue de gestion qui a abouti à une augmentation de la subvention 2014.

Jean-Jacques CHAVAGNAT
Président

RAPPORT FINANCIER EXERCICE 2013

Présentation des comptes de l'exercice 2013 ARIA Poitou-Charentes (Association Régionale des Intervenants en Addictologie Poitou- charentes)

Le compte produit d'exploitation se décompose ainsi :

246€ production vendue, 18 238€ reprise sur provision, 140€ cotisations, 1 116€ autres produits financiers
208 334€ subventions d'exploitations

soit un total de 228 074€

Le compte charges d'exploitation se décompose ainsi :

1 332€ autres achats non stockés
72 230€ charges externes
340€ impôts et taxes
71 436€ salaires traitements
31 611€ charges sociales
310€ total dotations amortissements
1€ autres charges
soit un total de 177 259€

Le résultat de l'année 2013 se traduit par un excédent de 50 815€.

RAPPORT D'ACTIVITÉ

R. A. P. : Réseau Addictions Poitou-Charentes

2013

ICARES : 1^{er} janvier 2013 – 28 février 2013

RAP : 1^{er} mars 2013 – 31 décembre 2013

Le bilan est celui de la 1^o année de l'association.

Il décrit la reprise de l'activité réseau de l'association Relais 17 : le réseau ICARES est devenu le réseau RAP.

Les données

Description de la population prise en charge :

Données (Icares)- (Rap)
 Nombre de patients nouvellement inclus (10) (79)
 File active (9) (215)

Période RAP

Répartition de la file active par tranche d'âge	Nombre de patients	%
Moins de 25 ans	10	4,65%
25-44 ans	136	63,26%
45-59 ans	61	28,37%
60-74 ans	8	3,72%
75-84 ans	0	0,00%
Plus de 85 ans	0	0,00%
Total	215	100,00%

Période RAP

Répartition de la file active par département	Nombre de patients	%
16	1	0,47%
17	177	82,33%
79	37	17,21%
86	0	0,00%
		0,00%
Total	215	100,00%

Analyse de l'évolution de la file active 2013, logiciel Talos (insertion/relations/addiction/santé).

La file active de 2013 a été cette année encore particulière car il y a eu très peu d'inclusion dans les 2 premiers mois en raison de la préparation au Réseau Régional RAP.

Les données affichées sont des pourcentages issus du traitement des derniers bilans enregistrés au cours de l'année citée sans tenir compte de l'ancienneté du suivi. Les 224 sont ceux pris en charge toute l'année 2013.

PROFIL PATIENT	2012	2013	variation
Nombre de derniers bilans de chaque patient vu dans l'année	n=256	n =224	
	%	%	
hommes	85	82	
CMU	36	35	
ALD	12	35	augmentation
Sans aucun emploi	42	53	dégradation
Vivent sans conjoint	58	59	
Anxieux	67	65	
Dépressifs	39	29	amélioration
Ressentent de la défiance (1+2)	24	35	dégradation
A consommé opiacés dans l'année (1à7)	24	25	
A consommé cocaïne dans l'année (1à7)	15	12	
A consommé cannabis dans l'année (1à7)	55	53	
Boit de l'alcool tous les jours (1à3)	33	18	amélioration
A eu des ivresses récentes (moins de 3 mois) (1à4)	24	41	dégradation
Consomme du tabac tous les jours	79	88	
Ont injecté dans l'année (1à7)	9	6	
Ont un traitement de Méthadone en cours	15	24	augmentation
Ont un traitement de Buprénorphine en cours	30	18	diminution
Inclus pour baisser Alcool	36	47	augmentation
Inclus pour baisser Opiacés	36	18	diminution
Inclus pour cesser Substitut°	9	6	
N'est pas satisfait de sa santé physique (1+2)	45	29	amélioration
Soins dentaires nécessaires mais non faits	30	29	
A déjà fait une sérologie VIH	88	82	

a vu un groupe d'entraide au moins une fois	12	6	diminution
Ont un suivi psy en cours (<6 mois)	64	41	dégradation
Estimation de son état psychologique (7à9/9)	42	53	amélioration
Satisfaction de la prise en charge en cours (7à9/9)	64	76	amélioration

Nous pouvons noter une évolution entre 2012 et 2013 :

Les patients sont davantage sans emploi, moins nombreux à ressentir la confiance d'autrui mais moins dépressifs.

Leurs consommations sont semblables hormis la proportion de suivi pour l'alcool, nettement plus fréquente. Augmentation majeure du nombre des personnes ayant eu des ivresses récentes (moins de 3 mois) mais diminution des personnes buvant de l'alcool au quotidien.

Baisse des demandes de diminution des opiacés. On remarque un basculement de la substitution opiacée sur la méthadone au dépend de la Buprénorphine.

Le suivi psy en cours est moins fréquent mais nous avons volontairement freiné cette possibilité pour des raisons d'économies.

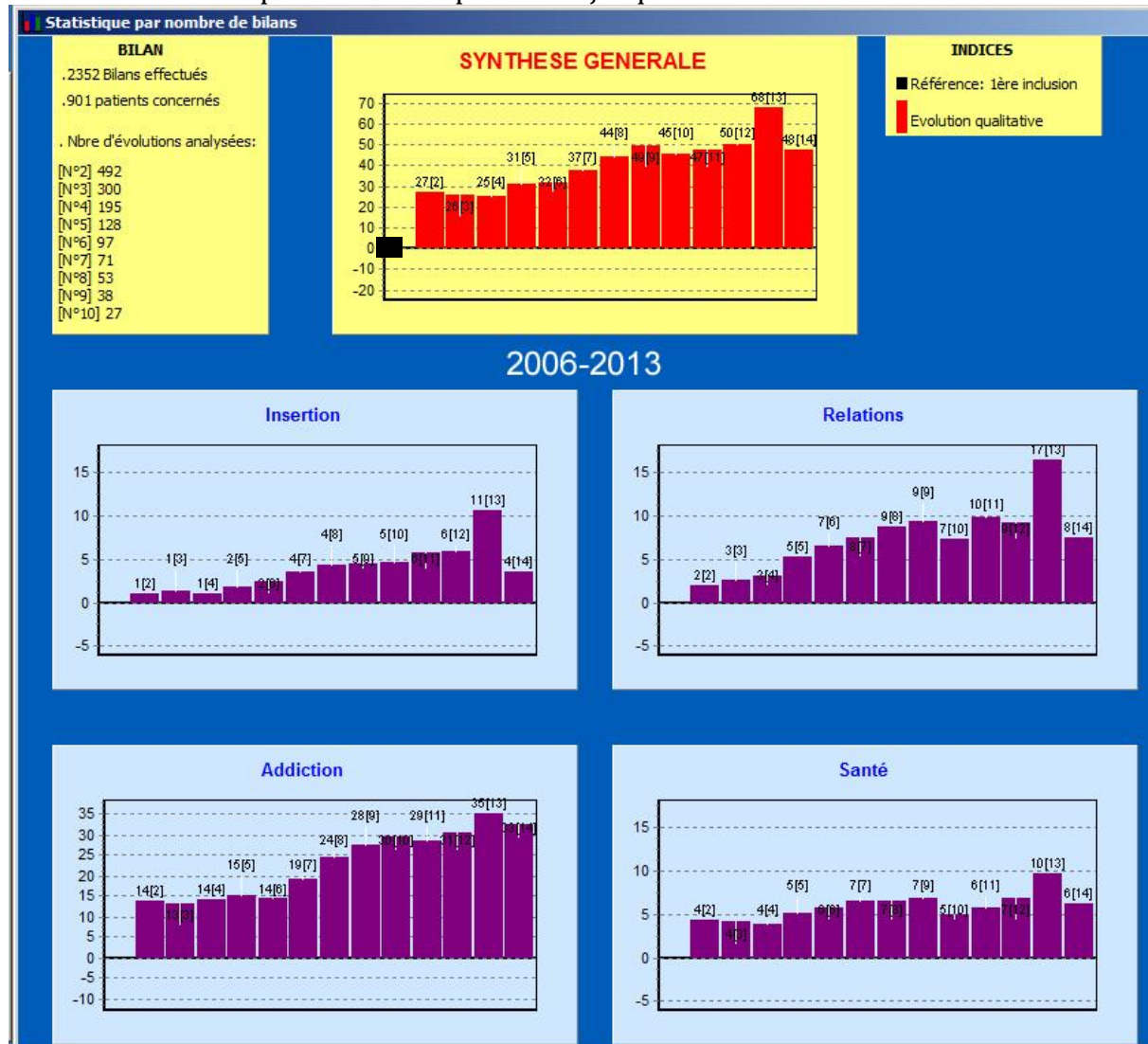
Les indices très positifs d'états psychologiques et de satisfaction de la prise en charge ont augmenté.

Au total, la file active 2013 montre des prises en charge ressenties plus positivement et qui concernent plus les ivresses à l'alcool chez un public plus précaire physiquement et socialement que l'an dernier.

Tableau des évolutions semestrielles

Le tableau est créé à partir de 64 questions qui déterminent des indices se référant tous au 1° bilan d'inclusion (carré noir). Les barres vers le haut traduisent une évolution positive, les barres vers le bas une évolution négative. La synthèse générale, en rouge, est la somme de tous les indices calculés avec leurs poids spécifiques, les analyses en bleu sont des répartitions d'indices selon les thèmes affichés. Les chiffres n'ont aucune valeur en soi, ils indiquent seulement une différence par rapport au précédent.

Tableau de tous les patients vus depuis 2006 jusqu'au 31 décembre 2013



Ce tableau récapitule l'ensemble des évolutions semestrielles de tous les patients (n=901) qui ont été inclus dans le réseau depuis 2006. Il n'y a pas vraiment de changement par rapport à l'an dernier. Il montre une évolution qualitative certaine qui progresse en deux paliers : le premier se situe dans les 6 premiers mois avec des bénéfiques essentiellement dans les indices d'addiction et de santé. Le second palier est à la 3^e année avec un bénéfice surtout dans les indices d'addiction et, à un moindre degré, d'insertion. Les améliorations sur les relations se développent surtout à la 2^e année.

Une analyse spécifique a été confiée à un expert de santé publique, on en retient :

- Les indicateurs sont de bonne qualité : précis et cohérents au fil du temps.
- Les patients qui interrompent le suivi après le 1^{er} bilan sont plus dépendants de l'alcool et dans des problématiques plus lourdes que ceux qui adhèrent au suivi.
- Globalement, la gravité initiale ne prédit pas la durée de suivi dans le réseau. Mais, à la différence des dépendants à l'alcool exclusifs, les profils initiaux les plus sévères pour les opiacés et le cannabis, et en moindre mesure pour les co-addictions avec l'alcool, sont ceux qui sont suivis le plus longtemps.
- Les indices de satisfaction progressent beaucoup mieux que les indices de consommation ou de dépendance qui évoluent peu.
- La durée du suivi améliore les indicateurs mais de façon différente selon les registres : la satisfaction de la situation sociale progresse mais stagne rapidement en plateau
 - La satisfaction du relationnel progresse avec le temps mais démarre lentement
 - Le niveau de dépendance diminue avec le temps dès le 2^{ème} bilan

- La santé s'améliore en général mais le démarrage est tardif
- Trois aspects présentent une amélioration solide précoce et constante : les soins dentaires, le sentiment de prise en charge et surtout : l'état psychologique.
- L'étude spécifique des patients suivis par un psychologue montre que d'une façon générale, les médecins prescrivent les séances de psychologues aux patients ayant un indice de dépendance plus élevé. Par rapport aux autres suivis dans le réseau mais sans psychologue, ceux qui ont un suivi psychologique :
 - améliorent leur satisfaction de leur situation sociale
 - baissent leur consommations d'opiacés et de tabac
 - diminuent leur fréquence d'ivresses, mais au prix d'une augmentation d'alcool
 - améliorent fortement leur observance de leur traitement médicamenteux y compris substitutif.
 - améliorent fortement leur observance aux soins dentaires
 - ressentent une prise en charge globale meilleure

Les professionnels adhérant au réseau : n= 130

Médecins généralistes libéraux : 78 Médecins spécialistes hospitaliers : 10 Pharmaciens : 26	Psychiatre : 3 psychologues: 46 Pro divers de santé: 13 (conseil conjug/ med scolaire, du travail, diététicien	autres profess hors santé: 13 (coordinateurs, agents de prévention, associatifs, sophrologue, anthropologue
--	---	--

Le nombre d'adhérents ne reflète pas l'activité des adhérents car un petit nombre est actif et un plus grand nombre a une faible activité

Étude de la réalisation du prévisionnel

2013	Formations	Commissions permanentes	Synthèses locales	Bilans TALOS	Adhés° Patients	Adhésions Pro	Actes psycho	dépenses	subvention
Prévisionnel	3	8	64	320	180	35	730	216 340 €	
réel	2	4	42	188	85	30	408	177 259 €	208 334 €

Nous sommes restés en deçà du prévisionnel en raison de l'inertie des professionnels à redémarrer. Mais l'économie générée a permis l'embauche du DSP.

Analyse de l'activité de l'année

L'année 2013 a été bouleversée par la clôture de l'activité du réseau ICARES le 28-02-2013 et la création de l'association ARIA le 01-03-2013 puis du réseau RAP.

L'association est devenue régionale. Elle est dirigée par un conseil d'administration dont la composition est particulièrement équilibrée entre les différentes professions intervenant dans l'addictologie: deux praticiens hospitaliers addictologues, deux médecins généralistes, un pharmacien, deux psychologues, un libéral et un institutionnel, un représentant d'association d'entraide, un directeur d'établissement spécialisé, un cadre de santé, et un coordinateur territorial.

Le territoire de travail du réseau est devenu régional avec une priorité donnée à la Charente. Ce bouleversement a perturbé évidemment le fonctionnement du réseau. Il a fallu mettre en place de nouvelles procédures et surtout expliquer longuement aux membres et aux partenaires cette transformation. L'inertie étant importante en ce domaine, la remobilisation du réseau a pris du temps

comme nous l'avions annoncé dans le rapport 2012. Une enquête auprès de nos adhérents a mis en évidence des transformations dans la conception du travail en réseau. Outre les perturbations conjoncturelles favorisant le désinvestissement, la dynamique « réseau » en termes de santé s'éloigne de la culture du soin libéral qui privilégie la proximité matérielle en maison de santé et la spécialisation de chacun. Les CSAPA semblent peu intéressés par la dynamique réseau avec le libéral mis à part « avoir des correspondants ». Certains évoquent la trop grande différence d'approche entre les institutionnels et les libéraux. D'autres ont toujours une méfiance envers les libéraux et la balance des finances. Le montage d'un réseau en addiction est un processus très lent dans lequel les relations directes avec les intervenants et l'animation constante sont capitales. En effet, en l'absence d'un consensus commun clair (à la différence du diabète ou du cancer par ex) il est nécessaire de développer un apprivoisement mutuel remis en cause à chaque changement de personne. L'addiction est un objet de soin où la dimension « technique » est faible au regard du « relationnel ».

C'est pourquoi, les adhésions et les inclusions ont été moins nombreuses et la subvention n'a pas été totalement utilisée. Par ailleurs, il est apparu que l'ampleur de la tâche nécessitait d'envisager de nouveau l'embauche d'un Délégué de Santé Publique. Cette préoccupation nous a poussés à constituer à la fin de l'année une réserve à dédier en 2014 pour les charges liées à l'exercice du DSP.

A la différence des Deux-Sèvres, nous n'avons pas trouvé en Charente de liens préexistants pouvant constituer rapidement un réseau formalisé. Il a donc été nécessaire de commencer à tisser des liens. Les contacts ont été pris avec les différentes structures prenant en charge les problèmes d'addiction. Cependant, dans ce département, il faut faire avec un cloisonnement important entre les structures travaillant auprès des patients ayant un problème d'alcool et celles travaillant auprès des patients ayant un problème de consommations illicites.

Un travail d'enquête postale auprès de tous les médecins généralistes de la Charente a permis d'avoir un retour de 50% des praticiens installés en libéral, de comparer avec les données des Deux-Sèvres et d'asseoir les choix de messages sur leurs représentations.

Comme prévu nous nous sommes concentrés sur le bassin de Cognac. Grâce à une soirée animée par le théâtre Barocco nous avons constitué un premier noyau et progressivement un GRAL a pu y émerger avec une dizaine de professionnels.

Le lien avec les CSAPA a pu se concrétiser par des rencontres individuelles puis une rencontre avec le CA de leur association régionale.

Comme de plus en plus de médecins adhérents ne peuvent utiliser le logiciel TALOS à cause de sa non compatibilité avec les appareils Macintosh, comme les critères addictions ont été modifiés en 2013 au niveau international (DSM5) et comme il apparaît que le Plan Personnalisé de Soins est quasi inexistant de l'évaluation TALOS, une refonte théorique du logiciel a été engagée et terminée fin 2013. L'année 2014 en verra son déploiement sur Internet.

L'année 2013 a été une période de transition, 2014 sera une année de développement.