

I.C.A.R.E.S.

COMITE DE PILOTAGE du 01 10 2009
Compte-rendu rédigé par le Dr Binder - Coordinateur

Présents : Dr Clauzet, Dr Binder, Mr Designe, Mr Gilbert, Dr Fasseur, Mr Lautard, Dr Lecroart, Mr Morillon, Mr Reguillet, Mme Tillier, Dr Vasse.

Excusés : Mr Bassofin (représenté par Mme Tillier), Mr Blancato, Mr Gestin, Dr Terrier

STATUT DU COMITE DE PILOTAGE

Il est débattu d'abord de la modification du statut du comité de pilotage.

En effet les fonctions d'administrateurs de l'association sont souvent redondantes avec celles du comité. D'autre part les administrateurs se font rares et le président et le trésorier désirent qu'un renouvellement de leur poste soit maintenant assuré. La situation administrative et financière étant particulièrement saine, ils acceptent de prolonger jusqu'au 1^o janvier leur mandat.

Nous sommes confrontés à la problématique générale bien connue des associations : peu d'administrateurs associatifs motivés pour le bénévolat et les préoccupations de gestion. Cette situation se rajoute à une administration de tutelle en pleine mutation et qui a tendance à vouloir fusionner les petites unités.

ICARES étant un réseau multidisciplinaire, il semblerait logique que les partenaires en deviennent les administrateurs. Cependant il faut veiller à ce que les membres du bureau au moins ne puissent être juge et partie et donc ne soient pas des bénéficiaires financiers directs.

RELAIS 17 gère cependant un autre service que ICARES. Ce conseil aurait donc aussi à s'occuper de ADOC. Sur ce point deux solutions peuvent être envisagées :

- soit que ce comité devenu administrateur accepte cette orientation plutôt prévention et soins primaires,
- soit que le groupe de recherche ADOC, quasi exclusivement composé de médecins se transfère sur une autre association (la plus à même me semblerait être le COGEMS collègue des généralistes enseignants du Poitou-Charentes) à dimension régionale avec un volet recherche)

COURRIER URCAM-ARH

Avec l'incitation de l'ARH-URCAM de devenir régional la situation devient encore moins simple et le passage en administration ARS rajoute encore à la complexité. Le terrain n'a donc jamais été aussi mouvant. Dans un courrier reçu ce jour (seulement, malgré une promesse de fin juillet !), les principes retenus sont :

- un niveau régional :
 - o organiser les formations auprès des réseaux locaux pour améliorer les pratiques professionnelles
 - o harmoniser les protocoles en matière de prévention - prise en charge et suivi
- au niveau local :
 - o des professionnels de proximité qui bénéficieront de l'expertise addicto sans avoir besoin d'adhérer à une structure fléchée "addictologie"
- commencer sur un territoire sur lequel les résultats seraient évaluables.

La lecture du document reçu soulève plus de questions que de réponses. Autant il est aisé de concevoir des formations communes, autant il est difficile de comprendre le lien avec les équipes de terrain. La seule certitude est que ce réseau serait au service des réseaux populationnels, mais ceux-ci sont encore mal définis et supportés essentiellement par les réseaux géronto.

Une seconde question pas facile est celle de la structure support d'un réseau régional.

- Une extension d'ICARES à la région ? c'est peu envisageable et risque d'être mal accepté.
- Une nouvelle association régionale à laquelle ICARES ou RELAIS 17 adhérerait ? C'est à étudier. Savoir que cette piste a la préférence de l'ARS
- Une autre piste sérieuse est le Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale : GCSMS. Il se réduit à une assemblée générale annuelle unique qui élit un administrateur pour 3 ans. Celui-ci est isolé et bénévole (mais peut recevoir des indemnités). Il prend les décisions et peut recruter soit en direct soit par convention (mais pas de possibilité de détacher du personnel). L'AG est souveraine, ses adhérents se rassemblent sur une charte qui définit un projet mobilisateur. Elle est composée soit d'institutions soit de personnes. ICARES adhérerait en tant que service ou association et réseau du Dr Chavagnat (dont la structure est hospitalière) de même.

En conclusion, avec un tel niveau d'incertitude la première chose à éviter est de prendre des décisions trop rapides et irréversibles.

Le timing décide. Les échéances sont les suivantes :

- arrivée du nouveau directeur de l'ARS nommé hier : François Emmanuel BLANC
- fin décembre : présentation du projet REGION ADDICTION
- fin décembre : réponse de WYETH sur le dossier SLAM (adolescent)

La RENCONTRE AVEC LA FEDERATION DES RESEAUX

Il est rapporté la rencontre de la fédération des réseaux. Cette participation réalisée par Binder et Clauzet a pu conclure les éléments suivants :

- la présence d'ICARES à cette fédération est indispensable afin de suivre le mouvement d'ensemble
- laisser les réseaux « géronto » préciser leur fonction populationnelle
- se rapprocher du réseau Atlantique pour des problématiques communes de fonctionnement régional et de lien avec les réseaux de proximité
- ne pas trop développer le logiciel TALOS car il faudra qu'il soit compatible avec les listings de professionnels et les inclusions patients.

TABLEAU DE BORD

Le tableau de bord est analysé, poste par poste.

Le déroulé 2009 est tout à fait conforme aux prévisions surtout en terme de réunions.

Cependant, les postes d'inclusions patient, et de prestations dérogatoires psychologues vont dépasser les prévisions. Malgré tout, grâce à des économies sur d'autres postes, le budget est , en date du 1^o octobre, en dessous des prévisions. La situation est donc particulièrement saine.

	Réunions		commissions			Synthèses	Actions	Bilans	Adhésions	Actes	adhér	budget	
	pilotage	Form°	Formation	Evaluation	Synthèse	médecin	locales	prévention	TALOS	patients	psy	pro	
prévu	2	3	6	2	4	3	38	18	260	100	500		217 927
fait	2	3	6	2	4	4	28	9	286	133	471	12	137 437
	Fin décembre						Au 1er octobre						