

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

COMITE de PILOTAGE du 19 mars 2009 Compte-rendu

La réunion a débuté à 20 h10 et s'est terminée à 22 h 35

Présents : Dr Binder, Mr Blancato, Dr Caron, Dr Clauzet, Mr Designe, Dr Fasseur, Mr Gestin, Mr Lautard, Dr Lebigre, Dr Lecroart, Mr Morillon, Dr Sorbé, Mme Tillier, Dr Vasse.

Excusés : Dr Balima, Mr Bassofin, Dr Terrier, Mr Reguillet

Les décisions sont soulignées

Recommandations de l'audit

La séance a été consacrée essentiellement à l'analyse de l'audit pratiqué par la société CEMKA-EVAL.

- Le coordinateur a présenté les principales conclusions que l'on peut trouver dans le document ci-dessous : "Audit Icares Essentiel"
- Sont passés en revue systématiquement tous les points forts et les points à améliorer déclinés par l'évaluateur ainsi que ses recommandations. Le document est distribué.
- Les points à améliorer et les recommandations sont discutés et des décisions sont prises.
- Le comité prend acte de la plus value évidente des séances de psychologues et discute de son extension et des situations où les patients ne se rendent pas aux séances. Il décide
 - de ne pas aller au delà des 12 séances même à titre exceptionnel
 - de ne pas faire pour l'instant les inclusions par les psychologues tout en actant que la question se pose en certaines circonstances (psychologues en institution par exemple)
 - aucune décision n'est prise à propos des patients ne suivant pas les séances
- Le comité discute des possibilités d'extension géographique et de la mobilisation trop limitée des médecins libéraux. Les propositions sont cependant bridées par une limitation des moyens financiers.
- Il décide:
 - de travailler à mobiliser quelques médecins supplémentaires sur La rochelle
 - de revoir comment mieux s'organiser avec les quelques médecins de Royan et l'Hôpital (Dr Mottaz)
 - de rester sur une dissociation Saujon- Royan
 - que les nouveaux médecins soient rencontrés individuellement ou en petit groupes locaux par une démarche spécifique envers eux
 - que les différentes structures en lien avec le réseau et sollicitées par des médecins pour des problèmes difficiles informent ces médecins des possibilités de soutiens individuels par le réseau.
 - de reprendre les liens avec le médecin hospitalier Dr Gangnier à St Jean d'Angély (CAA)
 - de faire lien avec le CAA de Jonzac, Dr Tétaud
 - A propos des données d'évaluation TALOS : la commission évaluation travaillera à une extractibilité des données pouvant sortir des profils de patients selon différents types d'analyse utiles à décider.
 - Il est critiqué le fait que l'assurance maladie ne mette pas en évidence d'amélioration économique avant/après inclusion car cette donnée ne dit rien de l'amélioration psychologique ou relationnelle des personnes.
 - Le comité recommande une meilleure participation des pharmaciens aux réunions de synthèse
 - Les critiques par rapport à la faiblesse de l'investissement social sont abordées dans le point suivant

Liens avec RESAA17

- Le coordinateur a présenté le premier rapport sur les orientations des réseaux addiction en Poitou Charente dont il est rédacteur avec le Dr Chavagnat (Poitiers) à la demande du préfet de région dans le cadre de la déclinaison du plan Addiction. Le document est distribué (et ci-dessous). Dans ce cadre le projet de réseau RESAA17 est évoqué. Le Dr Fasseur développe tout l'intérêt à ce que ce réseau voit le jour, il en évoque les aspects très complémentaires et enracinés dans une pratique ancienne et large au niveau des partenaires. Le comité décide d'attendre la réponse que la tutelle fera au réseau RESAA 17 pour envisager de formaliser des liens opérationnels plus construits avec RESAA17. En effet la large implication sociale de ce réseau résoudrait utilement le déficit d'investissement d'Icares noté par l'audit dans ce domaine.

Formations

- La formation de septembre sur la violence avec le Dr Coutenceau est débattue. On s'oriente plutôt vers un rassemblement des moyens sur le Palais des Congrès de Rochefort bien qu'un éclatement des lieux ne manquerait pas d'intérêt. Il est proposé de remplacer l'UDAF (qui s'est retirée du partenariat) par l'ADPP.

Site

- Le comité de pilotage approuve la nouvelle formule d'information par mail appelée : "à la une..." qui ne paraîtra que lorsqu'une information est utile.

Calendrier

- Le calendrier des différentes commissions est abordé afin d'aboutir rapidement à des dates définitives jusqu'à la fin de l'année.

PROCHAINE REUNION :

**1^{er} octobre 2009
20 h 00**

Evaluation externe du Réseau ICARES

Rapport Final – Version Février 2009

*

EXTRAITS ESSENTIELS

*

5.1.4 Impact sur la consommation de soins des patients / Parcours de soins

L'analyse des données transmises par l'Assurance Maladie ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative entre les comportements des patients avant et après leur entrée dans le réseau :

- En termes de nomadisme médical et de pharmacie : nombre de médecins généralistes consultés et de pharmacies ayant délivré des produits non statistiquement différents. Le nombre de médecins spécialistes vus est légèrement supérieur après l'entrée dans le réseau (mais différence non significative $p=0,1$).

- Ni en termes de nombre moyen de consultations médicales qui reste relativement stable (6,1 versus 5,8 pour les généralistes et 0,48 versus 0,7 pour les spécialistes). Le descriptif porte sur 63 patients, âgés en moyenne de 37,56 ans (min= 20 ; max=68 ans). 67% sont des hommes. 22% sont en ALD.

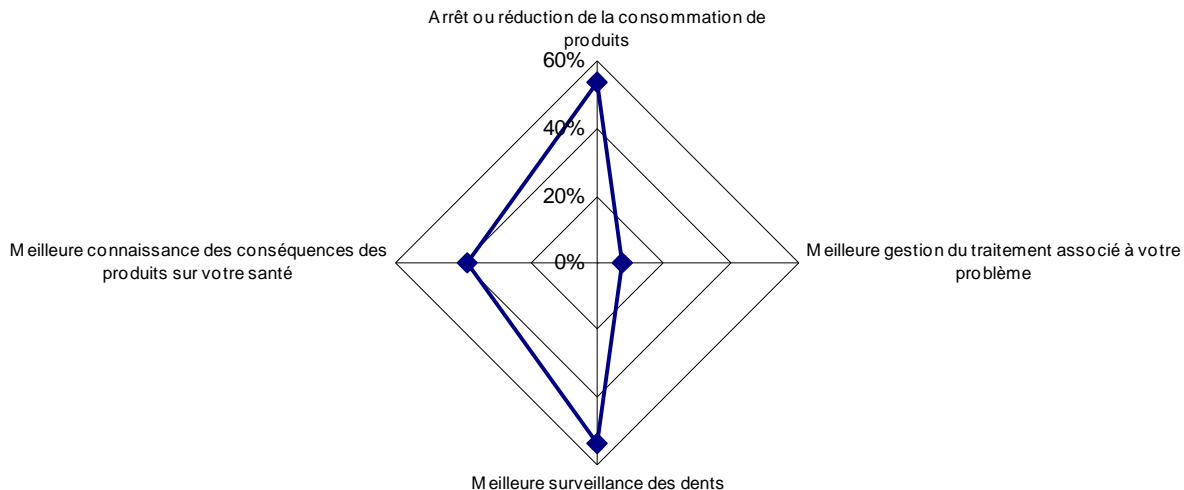
Toutefois, cette analyse porte sur peu de patients et sur des délais très courts (6 mois avant – 6 mois après inclusion). Il conviendrait de renouveler cette analyse sur un nombre plus important de patients et sur une durée d'observation plus longue, éventuellement avec une comparaison à un groupe témoin.

Tableau 1 : Nombre de consultations et de médecins ou pharmacies consultés sur 6 mois avant et 6 mois après l'inclusion dans le réseau (source : Données Assurance Maladie)

	6 mois avant la prise en charge par le réseau	6 mois Après la prise en charge par le réseau	P*
Consultations chez le généraliste			
Moyenne (ET)	6,1 (6,3)	5,8 (6,5)	0.5547
Médiane (Min-Max)	5 (0-31)	4 (0-26)	
Nombre de généralistes consultés			
Moyenne (ET)	1,49 (1)	1,27 (0,9)	0.1944
Médiane (Min-Max)	1 (0-5)	1 (0-4)	
Consultations chez le spécialiste			
Moyenne (ET)	0,48 (1,1)	0,7 (1,2)	0.1158
Médiane (Min-Max)	0 (0-6)	0 (0-4)	
Nombre de spécialistes consultés			
Moyenne (ET)	0,37 (0,8)	0,49 (0,7)	0.1311
Médiane (Min-Max)	0 (0-3)	0 (0-2)	
Nombre de pharmacies			
Moyenne (ET)	1,5 (1,2)	1,57 (1,4)	0.8807
Médiane (Min-Max)	1 (0-5)	1 (0-7)	

* test de Wilcoxon sur séries appariées

Graphique 1 : Opinion des patients sur l'impact du réseau sur leurs habitudes



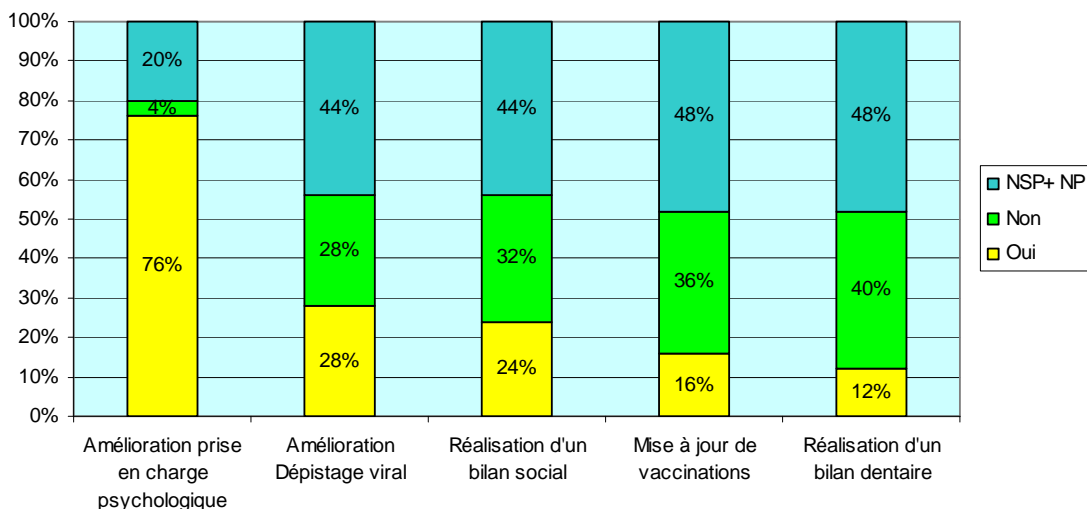
Niveau de satisfaction générale

- Les patients ont attribué une note moyenne de **7,87 /10** à leur prise en charge dans le cadre du réseau (+/- 1.36 ; Min= 6 ; Max=10), (médiane = 8).
- 73.3% des patients recommanderaient le réseau à des proches qui en auraient besoin.

5.1.6. Point de vue des professionnels sur l'impact du réseau sur la prise en charge des patients et leurs comportements

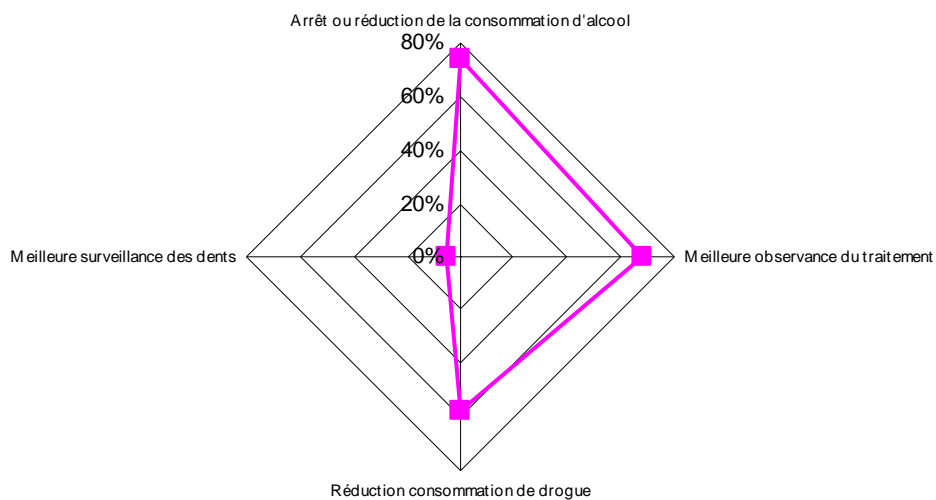
48% des professionnels déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patients du réseau (7 MG et 5 psychologues). Les principales difficultés évoquées par les professionnels sont principalement dues au type des patients : « *manque de motivation des patients, passivité* » (50% des professionnels), « *difficile d'assurer un suivi régulier* » (41%). Les autres raisons sont plus anecdotiques, mais on retrouve « *le manque d'outils et de protocoles* » (16%) et « *des problèmes informatiques pour accéder à TALOS* » (16%). Selon les professionnels, l'impact principal du réseau pour les patients est l'amélioration de la prise en charge psychologique (76% des professionnels le précisent). Viennent secondairement l'amélioration du dépistage viral (26%) et la réalisation d'un bilan social (24%).

Graphique 2 : Opinion des Professionnels sur l'impact du réseau



Les professionnels estiment à 75% que le réseau a permis aux patients l'arrêt ou la réduction de leur consommation d'alcool. Pour 68% des professionnels, il a permis aux patients de mieux observer son traitement et l'arrêt ou la réduction de la consommation de drogues (58%).

Graphique 3 : Opinion des Professionnels sur l'impact du réseau sur les comportements des patients



Au total, les professionnels estiment que le réseau :

- Améliore la globalité de la prise en charge des patients : 84% des professionnels ;
- Améliore l'insertion sociale des patients : 68%.

5.3 Synthèse qualité de la prise en charge et impact sur les pratiques professionnelles

5.3.1 Les constats

	Points forts	Points à améliorer
File active	Respect des critères d'inclusion Patients relativement jeunes	Difficile à caractériser dans le cadre de l'évaluation (données TALOS).
Continuité et qualité de la prise en charge	Patients satisfaits vis-à-vis des prestations du réseau : relation avec les professionnels, séances de suivi psychologique. Besoins pris en compte Note globale 7,87/10. Inclusion dans le réseau principalement par les MG Suivi réalisé par le médecin du patient – tous les patients ont un bilan initial – Suivi psychologique effectif et apprécié	Base de données difficile à utiliser Prestation « Dentiste » pas utilisée 5 médecins très actifs (plus de 15 inclusions). « Noyau Dur » du réseau
Impacts du réseau pour les patients (comportement et état de santé)	Amélioration du volet Addiction : Arrêt ou réduction de la consommation du produit pour 50% des patients – Observé également par les professionnels Amélioration de l'état de santé (91% des patients) et de la qualité de vie (83% des patients)	TALOS difficilement exploitable statistiquement – Pas de croisements statistiques possibles en l'état Données Assurance Maladie ne mettent pas en évidence de changement de comportement (nomadisme médical notamment) avant / après inclusion (mais analyse limitée).
Impact sur les pratiques professionnelles	Professionnels estiment que le réseau améliore la prise en charge des patients, la pluridisciplinarité, la prise en charge psychologique. Bonne communication entre les professionnels de santé d'un patient	Type de patients difficiles à prendre en charge (manque de motivation, passivité). Professionnels investis depuis longtemps dans la prise en charge des patients avec addictions, évolution des pratiques difficiles à mettre en évidence (professionnels déjà spécialisés). « Spécialisation en Addiction » Le relatif faible nombre de professionnels dans le réseau limite les échanges

5.3.2 Les recommandations

- Les recommandations vont dans le sens d'une meilleure couverture du territoire, par des relais actifs. Il conviendra donc de réactiver les correspondants locaux, d'élargir les partenariats avec des acteurs tels que les pharmaciens qui peuvent dispenser de l'information et orienter vers le réseau ;
- Afin d'améliorer le dépistage, il pourrait également être réalisé des formations auprès de l'ensemble des médecins généralistes du département sur le repérage précoce et l'intervention brève (méthode RPIB). Cette action pourrait être menée en partenariat avec la CPAM du département.
- Poursuivre le recrutement de médecins qui incluent des patients.
- Les partenariats hospitaliers existent mais doivent être renforcés.
- Renforcer le volet Evaluation. Le réseau a travaillé dans le cadre de FFA (en 2008) à l'élaboration d'une liste d'indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte d'objectifs transversaux aux réseaux addictions. Certains de ces indicateurs sont applicables à ICARES mais nécessitent une modification du logiciel TALOS.

6 Analyse budgétaire

6.1 Les Recettes

97% des recettes du réseau sont assurées par le FIQCS. Le réseau fait appel et a obtenu des financements complémentaires auprès de Laboratoires notamment. Ces financements restent cependant ponctuels et moindres que le financement FIQCS.

Tableau 2 : Sources de financement du réseau durant les 3 années de fonctionnement dans le cadre de la DRDR et du FIQCS

Sources de financement	2006	2007	2008	Total
DRDR FIQCS	122 000,00 €	122 000,00 €	149 217,00 €*	393 217,00 €
Interventions Payantes	1 993,69 €	704,00 €	1 071,76€	3 769,45 €
Subventions Laboratoires	1 250,00 €	300,00 €		1 550,00 €
Participation Formations	0,00 €	2 755,00 €	2 880,00€	5 635,00 €
Remboursement Formations reçues	0,00 €	1 046,50 €		1 046,50 €
TOTAL	125 243,69 €	126 805,50 €	153 168,76 €	405 217,95 €

* En octobre 2008, perçu acompte de 49 739 € pour 2008

Une procédure de contrôle budgétaire a été établie. Elle précise les étapes de la validation des comptes jusqu'au paiement par la MRS. Par rapport au budget annuel accordé par le FIQCS, un budget mensuel est établi et regroupe les frais de fonctionnement, ainsi que tous les honoraires versés sur le mois concerné ; le solde apparaît donc à chaque fin de mois. Il est examiné chaque mois par le Coordinateur et comparé aux prévisions. Il est envoyé aussi par mail au Trésorier. Tous les 3 mois, le comptable envoie à la MRS ainsi qu'au FIQCS un état des dépenses trimestrielles. A partir de ces données, la MRS décide ou pas de verser l'acompte suivant. Le tableau de bord mensuel des dépenses permet de réagir immédiatement en cas de difficulté. Toutes les factures sont visées par le comptable. La gestion des fonds est donc transparente et de qualité.

6.3. Synthèse et recommandations concernant l'évaluation médico-économique

6.3.1 Les constats

	Points Forts	Points à améliorer
Dépenses générées par l'activité en réseau	Bonne gestion – volonté de transparence de l'utilisation des fonds ; Equilibre entre les dépenses et les recettes. Dépenses (activités) basées sur les recettes.	
Coût du réseau par patient	1 530 € par patient dont 310 € par patient pour les rémunérations spécifiques Pas de comparaisons disponibles avec d'autres réseaux de la même thématique.	
Evaluation médico-économique	Données de l'Assurance Maladie analysées Montant moyen des consommations de soins des patients dans le réseau sur 6 mois évalué à 1790€ avant l'entrée dans le réseau et à 1810 € après l'entrée dans le réseau. Pas de comparaison disponible Pas de différence avant – après l'entrée dans le réseau pour les consommations de soins ou les comportements (nomadisme).	

6.3.2 Les recommandations

- Poursuivre la gestion rigoureuse des fonds et des dépenses.
- Ré évaluer l'impact du réseau sur les consommations de soins sur le long terme. L'analyse réalisée sur 6 mois suivant l'inclusion reste restrictive. Les résultats méritent d'être confirmés et étudiés sur une période plus longue.

Ce document présente les résultats de l'évaluation externe du réseau ICARES réalisée dans le cadre d'une mission mutualisée avec 3 autres réseaux de thématiques différentes. Cette évaluation externe intervient 3 années après le financement du réseau par la DRDR et le FIQCS. Cette configuration engendre une difficulté majeure liée à la disponibilité et la qualité des informations et données nécessaires à l'évaluation. Il s'agit donc d'une contrainte qui peut en limiter les objectifs, mais permet de porter un jugement sur le système d'information mis en œuvre par le réseau. L'évaluation externe ainsi réalisée sur la période Septembre 2008- février 2009a permis de dresser de nombreux constats. On retiendra que :

Au total,

Le réseau a atteint une partie de ses objectifs puisqu'il propose de nouvelles prestations de soins, à travers les séances de suivi psychologique notamment.

Ces séances sont bien acceptées par les patients et les professionnels (réelle plus-value).

Le réseau apporte aux professionnels formés à la thématique, les conditions d'un suivi de patients relativement lourds.

Il favorise l'échange d'informations entre les différents intervenants d'un même patient et permet aux professionnels d'un même territoire de se connaître et se rencontrer (formations et réunions de synthèse).

Les formations proposées sont appréciées.

On note cependant que le rythme d'adhésions de professionnels diminue (les nouvelles adhésions sont moins nombreuses en 2008), que le réseau ne couvre pas l'ensemble du territoire même s'il a mis en œuvre une logique de « décentralisation » /

« délocalisation » notamment avec les réunions de synthèse sur différents sites du département (6 sites) animées par des acteurs locaux.

Par ailleurs, une grande partie de l'activité est concentrée sur un nombre de professionnels restreint (noyau dur de 5 médecins généralistes) qui prennent en charge et suivent près de 50% des patients).

Il s'agit là d'une des principales limites du réseau : on assiste à une spécialisation de quelques médecins généralistes prêts à s'impliquer dans la prise en charge de patients « complexes, stigmatisés ». Le réseau aura certainement du mal à recruter d'autres médecins généralistes sur le département. Des modalités de soutien à ces professionnels (autres que le réseau) devront peut-être être envisagées (dépassement d'honoraires, forfait annule de prise en charge proposés aux médecins prenant en charge des patients souffrant d'addiction...).

Les partenariats vers le secteur social doivent être étoffés et les relations ville-hôpital doivent être renforcées.

Enfin le système d'information même s'il reste performant et apprécié par les professionnels pour leur pratique courante, n'est pas prévu pour une utilisation statistique extérieure ('évaluation'). Il conviendra dans l'avenir de confirmer les résultats de l'évaluation et notamment à travers les données de l'Assurance Maladie (en constituant un groupe témoin).

Enfin, les dépenses du réseau restent dans le cadre du budget attribué.

La gestion des dépenses est transparente.

L'ensemble des données ainsi analysées par réseau ont été synthétisées et une cotation (Score A à D) a été fournie pour chaque champ obligatoire de la grille d'analyse, ainsi qu'une appréciation générale, conformément à la circulaire DHOS du 2 mars 2007 :

La cotation suivante sera utilisée pour les 4 volets de l'évaluation :

A - satisfait aux exigences de l'évaluation

B - satisfait en grande partie aux exigences de l'évaluation

C - satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation

D - ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation

Nom organisme évaluateur	Date évaluation	Organisation et fonctionnement du réseau				Participation et intégration des acteurs				Prise en charge patient par les acteurs et impact sur les pratiques professionnelles				Evolution médico- économique coût/résultats				Evaluation globale du réseau			
		A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
CEMKA- EVAL	Période de Novembre 2008 à Février 2009		X					X				X				X				X	

SCHEMA REGIONAL ADDICTION

Rédacteurs :
BINDER - CHAVAGNAT

"Objectifs : mieux définir la place des réseaux dans le champ des addictions.

- 1. Faire un état des lieux sur la place des réseaux dans le champ des addictions dans notre région,*
- 2. Définir les besoins de notre région, les objectifs de la mise en place d'un ou de plusieurs réseaux dans le champ des addictions*
- 3. Proposer les modalités pratiques nécessaire au fonctionnement de ceux-ci.*
- 4. définir les modalités d'évaluation de ces réseaux."*

1 - ETAT DES LIEUX

"Faire un état des lieux sur la place des réseaux dans le champ des addictions dans notre région,"

La réunion du 9 février a permis de faire un état des lieux assez complet :

- **16**

En Charente, il existe une charte de partenariat institutionnelle ANPAA-AGORA et des initiatives locales, mais on n'observe pas actuellement de dynamique associant les libéraux-institutions que ce soit sur le versant alcool ou toxicomanies illicites.

- **17**

En Charente-Maritime existe depuis 3 ans le réseau de santé ICARES financé par le FIQCS. Il est issu du libéral et de la toxicomanie et a rejoint les institutions. Les inclusions actuelles sont moitié toxicomanie moitié alcool. Prestations dérogatoires de psychologues libéraux. Système d'évaluation.

Le projet du réseau RESAA 17 doit être soumis au FIQCS en 2009. Issu de la prise en charge alcool, il développe un partenariat original inter-institutionnel et au-delà avec les services sociaux, le monde du travail et les libéraux.

- **79**

Dans les Deux-sèvres existent 2 pôles distincts de liens libéraux-institutions. Au Sud à Niort et au Nord reliant plusieurs localités. Ce sont des libéraux reliés aux centres par leur présence en vacation : A Niort avec le CSST et au nord avec le centre d'accueil et de soins pour toxicomane de l'hôpital. Une association de libéraux les relie actuellement.

- **86**

Dans la Vienne, les préoccupation Alcool et toxicomanie semblent séparées. Le réseau de santé Alcool 86 financé par la MRS est encore récent. Les contacts avec les médecins libéraux sont nombreux et une formalisation est en cours.

Sur l'agglomération de Poitiers, en ce qui concerne la toxicomanie illicite, il n'existe pas de dynamique de lien libéraux-Tourniquet, il y aurait même un déchargement massif des médecins sur ce centre.

2 - LES BESOINS

"Définir les besoins de notre région, les objectifs de la mise en place d'un ou de plusieurs réseaux dans le champ des addictions."

Les principes

En addictologie le besoin est de faire du lien, la nécessité est de le formaliser.

La priorité actuelle est de tisser un partenariat hôpital- institutions spécialisées –libéraux, sans oublier les liens avec les associations de patient. C'est la proposition des réseaux.

Dans notre région, tout projet de développement des réseaux doit tenir compte de la géographie et de l'histoire.

La géographie dicte de concevoir une organisation des réseaux à l'échelle départementale tant la répartition de l'habitat et des phénomènes d'addiction sont différents entre les 4 départements.

L'histoire du développement des structures spécialisées et de la mobilisation des libéraux accentue cette observation. Ici la carence institutionnelle a fait bouger très tôt le monde libéral, et là l'ancienneté et le développement d'une structure spécialisée ont plus incité les libéraux au déchargement sur la structure

qu'à leur mobilisation. Enfin, les histoires associatives locales avec leurs partenariats déjà constitués sont d'autre part à considérer.

Les besoins par département

- **16.**

En l'absence de dynamique repérée de réseau, la première nécessité est de formaliser davantage de liens inter institutionnels et de réaliser un repérage des possibilités en libéral. C'est une démarche qui serait plutôt à confier aux CSAPA. Pour explorer le versant libéral, un contact et des propositions pourraient être transmises aux médecins qui s'étaient autrefois investis dans la tentative de réseau du Dr Sevestre.

- **17.**

Le réseau ICARES vient d'être audité, ses conclusions après 3 ans peuvent être consultées : son développement est à soutenir.

Après une longue gestation, le projet RESAA 17 est très avancé. Il correspond à des besoins qui sont peu ou pas couverts par le réseau ICARES. Des formations leurs sont d'ailleurs actuellement commune. Ce projet est donc à financer.

La dynamique de réseau est ancienne dans ce département, elle a besoin essentiellement d'en dessiner progressivement les contours.

- **79.**

Il existe de réelles possibilités d'interface institution-libéraux sur les pôles Nord et Sud qui ne demandent qu'à être développées. On peut envisager une réactivation de l'association des libéraux "Deux-Sèvres Toxicomanie" avec une mobilisation de psychologues libéraux qui devrait être simple dans le cadre de prestations dérogatoires. Un dépôt de dossier FIQCS doit être envisagé. Pour cela, un soutien voire une assistance du réseau Icares du 17 pourrait être mise en place, une partie de ses outils opérationnels pourraient y être adaptés.

- **86.**

Le réseau Alcool 86 est opérationnel, c'est la dimension le lien avec la médecine de ville qui est à formaliser. Il est cependant centré sur l'alcool, or les besoins se situent plus au niveau des prises en charges des toxicomanies illicites. Un premier travail de repérage des libéraux investis dans les traitements de substitution sur l'agglomération de Poitiers est à mener par un travail associant le Tourniquet et les médecins libéraux les plus impliqués, notamment le Dr F.BIRAULT.

3 – MODALITES PRATIQUES

"Proposer les modalités pratiques nécessaire au fonctionnement de ceux-ci"

On voit bien qu'en certains sites, des possibilités d'interventions de soutiens aux regroupements des libéraux peuvent être développées rapidement. L'expérience et les ressources humaines existent, mais ce travail de préparation et de soutien ne pourra se faire sans financement. C'est la première modalité nécessaire.