

**RÉSEAUX ET ASSUÉTUDES
TOUTE UNE HISTOIRE !**
L'exemple du réseau Alto

PLAN

1. Le contexte : des années 60' à aujourd'hui
2. Le réseau Alto : quoi ? Pour qui ? Pourquoi ? Comment ?
3. Réseaux en assuétudes : caractéristiques, prérequis, forces et limites
4. Conclusion



LE CONTEXTE
Des années 60' à aujourd'hui

UN PEU D'HISTOIRE...

- Années 60'-70' :
 - « drogue »
 - Mise en garde des MG
 - // USA (1965) : clinique des UD (méthadone)
- Fin des années 70' :
 - « Addiction »
 - *L'être humain est un être de dépendance*

UN PEU D'HISTOIRE...

- Années 80' :
 - Épidémie d'héroïnomanie
 - Traitements institutionnels : sevrage médicamenteux (hôpitaux psy) et sevrage-bloc (CT et prison)
 - 1^{er} centres résidentiels d'abord et ambulatoires ensuite, mais coûts élevés et capacité de prise en charge limitée
 - ReCN Méthadone :
 - Belgique : non
 - Pays anglo-saxons : oui
 - MG + méthadone = entretien de la toxicomanie

UN PEU D'HISTOIRE...

- Fin des années 80' :
 - Répression/incarcération des UD
 - *L'UD est un malade*
 - Message de prévention
 - Logique du contre, guerre contre la drogue
 - ↳ **Dramatisation de l'usage de drogues**
 - ↳ **Débat focalisé sur les produits**
- 1989 : Citadelle

UN PEU D'HISTOIRE...

- Années 90' :
 - Réactions des autorités sanitaires belges face aux problèmes sanitaires et sécuritaires :
 - Développement de la prise en charge ambulatoire des UD
 - Programme global de prévention des dommages liés à la toxicomanie (CF – Alto)
 - Débat sur les traitements de substitution :
 - 1992 : tolérance des traitements
 - 1995 : validation méthadone (loi en 2002)
 - 2003 : buprénorphine
 - 1995 : Le Phare
 - Intégration de la vision médical dans le champ psychosocial

UN PEU D'HISTOIRE...

- Fin des années 90' :
 - Recherche sur les mécanismes de la dépendance
 - Prise en charge ➡ Accompagnement
 - Développement de la pluridisciplinarité
 - Notion d'accompagnement sur le long terme
 - Illustration des circuits de soins des UD
 - Médecine de 1^{ère} ligne :
 - Coût réduit
 - Proximité
 - Vision globale
 - Nécessité d'intégrer le MG dans un réseau

UN PEU D'HISTOIRE...

- 21^{ème} siècle :
 - Évolution thérapeutique : vision globale et holistique
 - 2006 : AR traitements substitutifs (pas d'application)
 - 2007 :
 - 60% UD sur 10% des MG prescripteurs
 - 1200 MG prescripteurs en Wallonie, 300 à BXL
 - Coût prise en charge en soins primaires 10 fois < à soins spécialisés
 - Un UD peut trouver un MG dans un rayon de 5-10km
 - Difficultés éprouvées dans l'accompagnement des UD

↳ **Modèle des assuétudes**

ALTO DANS L'HISTOIRE

- Début des années 90' : Alto-SSMG
 - Groupes de MG à Namur, Mons, Liège, Charleroi...
 - CF ➡ SSMG
 - Recensement des pratiques, contacts, ...
 - Mise en place des groupes locaux
- 1992 : projet d'information et de formation
 - Information scientifique
 - Évaluation des besoins locaux
 - Réunions de formation, échanges de points de vue...
- 1994 : 1^{er} programme de formation Alto
- 1997 : CF ➡ RW (perte de BXL)
- 2012 : Alto asbl

FORMALISATION D'ALTO

- Constat :
 - Contexte historique
 - Volonté citoyenne ET politique
 - Dynamique de la MG
- Réponses :
 - Concertation
 - Formation
 - Intervention

↳ **Alto**

LE RÉSEAU ALTO

Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? Quoi ?

LES OBJECTIFS D'ALTO

Aider les personnes et changer les mentalités

- Alternative du *Pour* centrée sur le patient
 - Privilégier la 1^{ère} ligne de soins et l'intégrer dans la pluridisciplinarité
- Prise en charge des UD dans la 1^{ère} ligne de soins
 - Développer les compétences des MG
 - Créer des groupes de concertation pluridisciplinaires
 - Solliciter le secteur
- Soutenir et accompagner les MG

↳ **Elaboration d'un modèle d'accompagnement des UD par les MG**

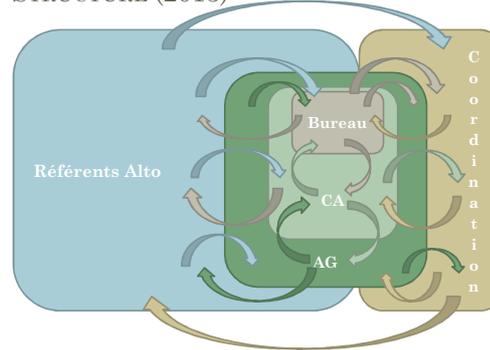
PUBLIC-CIBLE ET TERRITOIRE

- Public :
 - Au départ : MG seuls :
 - Communication facilitée et liberté d'expression entre pairs
 - Impulsion politique
 - Aujourd'hui : ouverture à la pluridisciplinarité :
 - Changement des mentalités
 - *L'accompagnement est pluriel*
 - Volonté politique
- Territoire :
 - Au départ : CF
 - Aujourd'hui : Wallonie

MOYENS MIS EN ŒUVRE

- Formation de base
- Groupes locaux :
 - Concertation
 - Formation continue
 - Intersession clinique
 - Accompagnement des MG
- Représentation extérieure
- Recherche et communication
- Interpellation et lobbying
- Structure d'organisation

STRUCTURE (2013)



STRUCTURE (2013)

- Référénts locaux (19)
 - Groupes locaux : concertation, formation, intersession
 - Accompagnement des MG
 - Représentation
- AG
 - Validation
 - Garante de l'association
- Bureau :
 - Soutien à la gestion administrative et financière
 - Facilitateur de la prise de décision

STRUCTURE (2013)

- CA
 - Analyse des demandes et suivi des activités
 - Concertation et réflexion
 - « Auto »formation
 - Suggestions et recommandations
 - Représentation
- Coordination
 - Facilitateur du travail en réseau
 - Mise en œuvre des actions
 - Représentation

↳ **ALTO = Réseau de concertation et d'actions**

UN SOUCI DE QUALITÉ

- Langage et objectifs communs
- Outil d'évaluation des activités commun
- Adaptation des activités aux attentes et besoins
- Outils de planification, d'exécution et de suivi
- Prise en considération de la littérature et de l'actualité du secteur
- Concertation intra et inter réseaux

↳ Alto = Réseau cohérent et efficient

DES VALEURS COMMUNES : LA CHARTE

- Mouvement Alto :
 - MG accompagnant des UD
 - En réponse à un besoin
- Pratique médicale :
 - Ethique et déontologie
 - Développement des compétences et des connaissances
 - Respect de soi et d'autrui, relation thérapeutique
 - Accompagnement global, pluridisciplinarité
- Dans la société :
 - Témoin du symptôme, ouvert aux témoignages
 - Accompagnement

↳ Alto = Réseau engagé, centré sur la personne

PARTICULARITÉS

- Réseau peu hiérarchisé, autogéré collectivement
- Réseau souple et participatif
- Réseau de MG en personne physique + coordinatrice
- Réseau ouvert aux autres niveaux d'intervention et d'expertise du secteur
- Réseau centré sur les besoins des MG en vue de répondre aux besoins des UD
- Réseau interconnecté
- Bottom-Up : de la base médicale vers le politique

AVANTAGES

- Passer d'une approche segmentée à une approche globale des besoins des personnes
- Dédramatiser l'usage de drogues
- Connaître l'environnement institutionnel et associatif
- Ajuster l'intervention au contexte
- Confronter les points de vue
- Développer les connaissances et les compétences
- Élargir le champ d'intervention
- Rompre l'isolement
- Éviter l'évitement ou la déviance de la pratique

↳ Adaptation au circuit de soins des UD

LIMITES

- Non application de l'AR de 2006
- Charge de travail
- Disponibilité horaire
- Pénurie actuelle de MG
- Moyens financiers
- Motivation et implication personnelle
- Contexte administratif et social
- Volontariat
- Frontières d'Alto : qui en est ?

RÉSEAUX EN ASSUÉTUDES

Caractéristiques, pré-requis, forces et limites

CARACTÉRISTIQUES

- ReCN de l'utilité de mise en commun d'infos et de compétences venants d'intervenants distincts autour d'une même problématique
- Officialisation du choix des intervenants de travailler ensemble pour optimiser les moyens disponibles sur l'entité
- Dimension informelle
- Solidarité
- Liberté d'engagement et autonomie
- Rapports égalitaires et dimension horizontale
- Transversalité des démarches

PRÉ-REQUIS

- Réponse à un besoin dans un contexte
- Cadre de fonctionnement :
 - Géographique: où ?
 - Professionnel : qui ?
 - Relationnel : comment ?
- Outils et langage communs :
 - Charte
 - Objectifs
 - Evaluation
- Souplesse
- Coordination
- Modes de communication adaptés et efficaces

RISQUES ET POINTS DE VIGILANCE

- Contrôle social pouvant générer un quadrillage à l'encontre des libertés individuelles
 - ➔ Evaluation
- Développement de logiques centrifuges et sélectivité des membres
 - ➔ Ouverture d'esprit
- Personnalisation
 - ➔ Entretien de la motivation
- « Colonisation »
 - ➔ Structure peu voire pas hiérarchisée
- Autolégitimation et risques de concurrence
 - ➔ Cadre éthique et déontologique

AVANTAGES

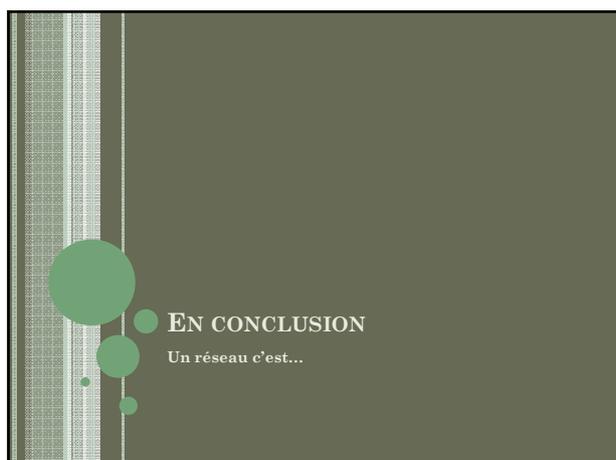
- Dédramatiser l'usage de drogues
- Améliorer les prises en charge
- Éviter l'isolement
- Éviter le burn out ou la déviance de la pratique
- Présenter des alternatives, trouver des solutions
- Partager, échanger, confronter des points de vue
- Développer des compétences et des connaissances

LIMITES

- Caractère chronophage
- Confidentialité
- Inégalités d'investissement
- Concurrence
- Labilité
- Dimension informelle des relations
- Frontières du réseau

LES RÉSEAUX SUR LE TERRITOIRE

- PFCSM
 - Fédéral
 - Quid projet pilote coordination assuétudes
- Réseaux d'aide et de soins
 - Région wallonne (décret 2009)
 - Cadastre, concertation, appui aux services, intervention, ...
- CLPS ?
 - Communauté française
 - Quid PAA
- Autres réseaux : Alto, WaB, Citadelle, cercles de MG, ...
- Réseaux d'UD et de proches : Gepta, AA, ...



EN CONCLUSION
Un réseau c'est...

LE RÉSEAU...

- ... ouvre des possibilités d'ajustement et de mise en cohérence que la simple juxtaposition des fonctions complémentaires s'avère insuffisante à assurer
- ... permet une coopération étroite entre les différents acteurs tout en maintenant la spécificité de leurs approches respectives



FIN
Merci de votre attention !