

Assemblée générale CoRoMA

13 septembre 2016

Aula des Jeunes-Rives, Université de Neuchâtel

Procès-verbal décisionnel

Présent(e)s : Yara Barrense-Dias, Hatem Ben Yahia, Messaoud Benmebarek, Jacques Besson, Barbara Broers, Danielle Charmillot, Jaroslaw Albert Lipiec, Anne Pelet, George M. Riesen, Stéphane Rothen, Jean-Félix Savary, Gabriel Thorens, Nevena Vlajic, Antoine Wildhaber, Daniele Zullino

Excusé(e)s : Joachim Anders, Guido Biscontin, Stéphane Bonvin, Michel Bouquin, Isabelle Gothuey, Jean-Marie Jordan, Ghazi Kardous, André Kuntz, Roger Maeder, Rita Manghi, Louise Penzenstadler, Viviane Prats, Catherine Ritter, René Zaslowsky, Coralie Zumwald

Présidence : Olivier Simon

Secrétariat : Ingrid Vogel

1. Accueil / approbation du PV de l'AG du 12.03.2015 / approbation de l'ODJ

- 1.1. Le PV de l'AG du 12.03.2015 est approuvé par la majorité des présents (cf. document annexé à l'OJ).
- 1.2. L'ordre du jour est adopté par la majorité des présents.

2. G. Thorens et J. Riesen sont nommés scrutateurs.

3. Rapport de la Présidence et du Comité : « Appui logistique scientifique – contrat intérimaire – période du 1^{er} octobre 2015 au 30 septembre 2016 » (cf. annexe)

4. Rapport du Groupe de travail « Avenir CoRoMA » (cf. annexe)

- 4.1. R. Stamm présente le rapport « Avenir CoRoMA » et le point de vue de majorité du GT relatif à l'indépendance de l'association.
- 4.2. B. Broers présente le point de vue de minorité du GT qui propose le rattachement du CoRoMA au GREA, comme plateforme médicale de ce dernier (cf. annexe rapport).
- 4.3. Prises de paroles : J. Besson, J. Riesen, A. Pelet, B. Broers

5. Projets 2017 (cf. annexe)

6. Décharge du Comité

- 6.1. La décharge du Comité, qui inclut le rapport d'activités, le rapport sur le GT et le rapport de minorité, est approuvée par la majorité des présents.

7. Modification des statuts

- 7.1. Il est donné lecture des modifications effectuées aux articles 4, 12, 13 et 13bis (cf. annexe).
- 7.2. Les modifications sont approuvées à la majorité des présents (oui : 8 ; non : 4).

8. Demandes d'adhésion comme membres ordinaires

8.1. Demandes d'adhésion comme membre ordinaire de :

- Mme Yara Barrense-Dias, Chargée de recherche, Groupe de recherche sur la santé des adolescents (GRSA), Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), CHUV
- Dr Hatem Ben Yahia, Chef de clinique, SPJBB, Services psychiatriques Jura bernois, Bienne
- M. Stéphane Bonvin, Directeur, AddictionJura, Delémont
- Dr Nicolas Dietrich, Délégué cantonal aux questions liées aux addictions, Service du médecin cantonal SMC, Direction de la santé et des affaires sociales DSAS, Villars-sur-Glâne
- Dr Jaroslaw Albert Lipiec, Responsable des unités dépendances, Fondation de Nant, Montreux

8.2. Les demandes d'adhésion étant valides, elles sont approuvées à la majorité des présents (oui : 10 ; non : 0).

9. Election partielle des membres du Comité

9.1. Joan-Carles Suris a fait part de son désir se retirer du Comité pour raison de surcharge dans son activité professionnelle. Il propose Mme Yara Barrense-Dias au statut d'invitée du Comité, en vue d'une intégration prochaine comme membre.

9.2. Demande d'adhésion de Mme Danielle Charmillot, Médecin cheffe, Centre médico-psychologique pour adultes, République et Canton du Jura, Delémont.

9.3. La demande d'adhésion étant valide, elle est approuvée à la majorité des présents (oui : 9 ; non : 0).

9.4. Réélection des membres du Comité au terme de leur mandat (art. VII-12 des statuts). : Messaoud Benmebarek, Jacques Besson, Isabelle Gothuey, Jean-Paul Humair, Ghazi Kardous, André Kuntz, Anne Pelet, Nevena Vlajic, Antoine Wildhaber

9.5. Les membres du Comité sont réélus dans leur ensemble à la majorité des présents (oui : 10 ; non : 0).

10. Divers

10.1. L'idée que le CoRoMA devienne une organisation affiliée à l'ISAM (Groupe II) (cf. annexe) est considérée favorablement. La proposition sera soumise au vote lors de la prochaine AG.

11. Annexes : mentionnées

Lausanne, le 5 octobre 2016

Avenir du CoRoMA

Collège romand de médecine de l'addiction

Rapport final
Validé par l'AG du 13.09.2016

Table des matières

1. Introduction	1
2. Dossiers de santé publique actuels et à venir	2
3. Situation dans les cantons	3
4. Le CoRoMA et ses partenaires	3
5. Objectifs stratégiques	6
6. Mesures prioritaires	7
7. Conséquences structurelles	8
8. Annexes 1 : Résultats de l'analyse SWOT	10
9. Annexes 2 : Rapport de minorité concernant l'avenir du CoRoMA	11

1. Introduction

Si le réseau CoRoMA est né en 1998, le premier rapport à l'origine de son développement date de 1995, il y a plus de vingt ans (rapport ayant conduit à la mise en place des projets MedRoTox dans les cantons). Il s'agissait, dans le cadre du 2^{ème} paquet de mesures de la politique drogue de la Confédération, d'apporter le soutien nécessaire aux médecins de premier recours (MPR) pour prescrire de la méthadone. L'objectif était alors d'assurer le plus grand accès possible à cette forme de traitement aux personnes dépendantes de l'héroïne et d'en garantir la qualité.

Si cet objectif demeure, le contexte a considérablement évolué et il s'agit de redéfinir, sur la base des problèmes de santé publique actuels ainsi que de la situation dans les cantons et au niveau fédéral (nouvelles stratégies mises en place par l'Office fédéral de la santé publique OFSP, dossiers de la formation pré- et post-grade en médecine de l'addiction, etc.), quels sont les nouveaux objectifs et les mesures prioritaires pour l'association du CoRoMA.

Sur le plan financier, le CoRoMA est essentiellement dépendant de la Confédération alors que les mesures de santé publique qui en sont à l'origine sont essentiellement de la compétence des cantons. Il s'agit de trouver l'équilibre entre les contributions de la Confédération et des cantons, que ces contributions consistent en des moyens financiers ou en la mise à disposition de ressources institutionnelles, pour parvenir à terme à une situation équivalente à celle qui prévaut pour les réseaux similaires de Suisse alémanique.

Pour procéder à cette mise à jour, l'association du CoRoMA a désigné un groupe de travail chargé d'analyser la situation et de faire des propositions pour redéfinir le rôle et les tâches du CoRoMA, ainsi que des solutions structurelles pour y répondre au mieux.

Le groupe de travail « Avenir CoRoMA » est composé des personnes suivantes : Rita Manghi (HUG) et Olivier Simon (CHUV), coprésidents de l'association, Barbara Broers (HUG), Isabelle Gothuey et André Kuntz (RFSM), Nevena Vladic (Fondation de Nant) et George Riesen

(psychiatre indépendant). Le groupe était conduit par René Stamm (OFSP), sur mandat de l'association, et accompagné au secrétariat par Ingrid Vogel (CHUV).

Pour établir ce rapport, le groupe de travail a procédé de la manière suivante :

1. analyse des forces et faiblesses du CoRoMA (analyse SWOT voir annexe 1)
2. analyse des problèmes actuels de santé publique
3. analyse du contexte institutionnel du CoRoMA
4. élaboration des nouveaux axes stratégiques
5. définition de mesures possibles
6. mise en discussion dans le comité du CoRoMA et adaptations
7. présentation des propositions de mesures aux instances cantonales et discussions avec d'autres partenaires stratégiques
8. synthèse intermédiaire et mise en discussion
9. synthèse finale

2. Dossiers de santé publique actuels et à venir

De même que les problèmes liés à l'addiction en général souffrent de la faiblesse originelle de constituer un domaine d'intervention transversal à plusieurs disciplines professionnelles et champs législatifs, la médecine de l'addiction est transversale à plusieurs disciplines médicales. De ce fait, elle n'est pas constituée d'un champ de connaissances / compétences clairement délimité. Les problèmes de santé publique qui la concernent sont donc très variés et de différents ordres. Les cinq problèmes majeurs de santé publique dans le rayon d'action possible du CoRoMA constituent une indication de la variété des problèmes concernés.

1. Cohorte vieillissante de patientes et patients stabilisés nécessitant une prise en charge intense et complexe en raison des poly-morbidités, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques.
2. Accès facilité à de nouvelles substances, notamment grâce à internet qui amplifie le phénomène de conduite addictive liée à la consommation de substances multiples, nécessitant un large faisceau de connaissances spécialisées.
3. Epidémie de l'hépatite C mal maîtrisée nécessitant des traitements médicamenteux lourds et complexes. Nécessité de diffuser les connaissances nécessaires à l'application de ces nouveaux traitements parmi les équipes soignantes spécialisées, mais également parmi les médecins de premier recours et les autres services médicaux.
4. Développement des addictions comportementales nécessitant parmi les intervenants spécialisés et les médecins de premiers recours la diffusion de nouvelles connaissances et compétences ainsi que la mise en place de collaboration interinstitutionnelles et professionnelles nouvelles.
5. Arrivée de nouvelles populations migrantes nécessitant un bagage culturel minimal pour prendre en compte ces nouvelles formes de vulnérabilités parmi les personnes présentant des conduites addictives et nécessité de collaborer avec de nouveaux réseaux professionnels.

Ces problèmes de santé publique nécessitent une prise en charge complexe et coordonnée avec des services médicaux ambulatoires ou hospitaliers et des services sociaux peu au fait des spécificités des problèmes liés aux dépendances.

Le développement de ces problèmes intervient dans un contexte moyennement favorable :

- Pression sociétale préexistante sur les médecins de premier recours pour qu'ils jouent un rôle de prévention et de dépistage précoce plus important pour diminuer la consommation de tabac et d'alcool.
- Diminution du nombre de médecins généralistes en général et situation particulièrement aigue dans les régions périphériques.
- Difficulté d'intéresser les nouveaux médecins généralistes qui s'installent à la médecine de l'addiction, face à la concurrence de domaines de soins perçus à tort comme plus gratifiant ou plus rémunérateurs.
- Arrivée sur le marché du travail de médecins étrangers peu familiarisés avec les objectifs de la politique suisse en matière de substances psycho-actives.

- Difficulté pour les services spécialisés en addictologie de fidéliser des médecins, même dans les grands centres urbains.
- Pression budgétaire sur les services spécialisés si importante, qu'ils ne disposent plus de temps à consacrer à des activités autres que celles directement liées à leur mission première de suivi des patients, telles que par exemple les activités liées à la collaboration interinstitutionnelle, pourtant jugée indispensable.
- Pour la même raison, difficulté de mobiliser les médecins de ces services pour des activités « bénévoles » supra-institutionnelles, telles que celles liées au CoRoMA par exemple.
- Difficulté de mobiliser les instances sanitaires cantonales pour les problèmes liés aux addictions dans un contexte historique où il n'y a plus d'urgence sociétale en la matière.

Sur le plan du contexte, il est également indispensable de mentionner les stratégies mises en place à l'échelon fédéral et cantonal qui concernent les activités possibles du CoRoMA. La plus évidente est la nouvelle Stratégie Addiction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), elle-même composante de Santé2020 du Département fédéral de l'Intérieur. Son plan de mesures devrait comporter un volet consacré aux hépatites B et C, au monitoring, et à la formation.

Mais, en tant qu'acteur d'un champ d'activités transversal à plusieurs domaines, le CoRoMA se devrait de suivre le développement d'autres stratégies afin de pouvoir s'y insérer pour profiter des synergies possibles. Mentionnons, par exemple, la stratégie pour les soins palliatifs, celle pour le développement des soins intégrés en médecine, pour la meilleure intégration des pharmaciens dans le tissu sanitaire et celle dédiée à la santé mentale, toutes conduites par l'OFSP.

Mentionnons également les mesures du domaine de la formation qui ont un impact direct sur les activités possibles du CoRoMA : le mandat donné par l'OFSP à la SSAM pour développer la médecine de l'addiction dans les facultés de médecine, la reconnaissance par la FMH de la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie des addictions (FA), le développement d'une attestation de formation complémentaire en médecine de l'addiction (AFC) et le développement du nouveau concept pour la formation prégraduée PROFILE.

En résumé, il est permis de souligner l'écart qui se creuse entre la conscience de la réalité des problèmes sanitaires actuels et à venir ainsi que les stratégies développées par les instances cantonales et fédérales pour y répondre et les ressources personnelles et financières mises à disposition pour les réaliser. Le CoRoMA, en tant que réseau d'experts qui a développé une vision globale en termes de médecine de l'addiction est situé au cœur de ce dilemme sociétal.

3. Situation dans les cantons

Pour affiner la compréhension des enjeux cantonaux, le GT « Avenir CoRoMA » a organisé une série de consultations auprès des services de santé publique et/ou des ressources spécialisés des différents cantons pour clarifier les besoins spécifiques qui pourraient entrer dans le champ d'intervention de l'association. Un résumé sera joint à la synthèse finale.

4. Le CoRoMA et ses partenaires

Le CoRoMA est une association au sens de l'article 60ss du Code civil suisse. L'association a été constituée en 2011. Elle compte une centaine de membres, privés et institutionnels. L'objectif statutaire est la promotion, le soutien et le développement de la médecine de l'addiction, avec une attention portée à la médecine de premier recours. Il s'agit en particulier de sensibiliser les nouveaux médecins à accueillir et soigner les personnes présentant des conduites addictives, notamment liées aux substances illégales, à l'alcool, au tabac ou aux jeux d'argent.

Les structures suivantes sont membres de son réseau et représentées dans son comité : HUG/Service d'addictologie et Service de médecine communautaire, CHUV/Service de psychiatrie communautaire, Service d'alcoologie, Centre du Jeu excessif, Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires et Groupe de recherche de santé des adolescents, RFMS/Centre cantonal d'addictologie, FNA/Drop In Neuchâtel, Fondation de Nant/UAS et CoRoPha.

Une représentante des cantons du Jura et Jura bernois va rejoindre le comité.

Afin de redéfinir le rôle de l'association du CoRoMA, il est nécessaire dans un premier temps de brièvement décrire son environnement institutionnel, c'est-à-dire les acteurs avec lesquels il est appelé à interagir, sous une forme ou une autre, dans un rôle ou un autre.

4.1. Niveau national

- Office fédéral de la santé publique : par les stratégies qu'il développe, il définit le cadre général dans lequel vont s'inscrire les activités du CoRoMa. Il est son bailleur de fond principal. Plusieurs de ses sections sont concernées.
- SSAM : Société médicale de référence pour le CoRoMA en matière de formation et de politique professionnelle, et sur le plan scientifique. Elle intervient au niveau stratégique. Elle constitue en quelque sorte la « société faitière » et fait l'interface avec la FMH.
- SSPP et SSMI : les deux sociétés médicales qui ont le plus d'interfaces avec le domaine des addictions et dont les orientations politiques influencent le plus celui des addictions.
- Santé prison et Conférence suisse des médecins pénitentiaires : interfaces entre addictions et milieu carcéral.
- Addiction Suisse : interface avec le jeu excessif et les statistiques liées aux addictions.
- Infodrog : partenaire pour des projets ponctuels, en particuliers en matière de formation.

4.2. Niveau régional

- Réseaux régionaux FOSUMOS, FOSUMIS, FOSUM_NW.CH et Ticino Addiction : associations « sœurs » remplissant sensiblement la même fonction que le CoRoMA dans les autres régions de Suisse et avec lesquelles ce dernier entretient des liens réguliers au travers du projet de plateforme internet commune www.praticiens-addictions.ch.
- Fachverband Sucht : partenaire ponctuel sur des dossiers professionnels ou politiques particuliers.
- GREA : partenaire principal en Suisse romande sur plusieurs dossiers de politique professionnelle. Partenaire potentiel pour l'organisation des Journées annuelles CoRoMA. Partenaire pour l'organisation des demi-journées annuelles CoRoMA-GREA-CRIAD.
- CRIAD : partenaire principal de Suisse romande sur le plan institutionnel addiction. Partenaire pour l'organisation des demi-journées CoRoMA-CRIAD-GREA.
- Instituts universitaires de médecine générale de Genève et Lausanne : interface avec le Coursus romand de formation en médecine de premier recours.
- Instituts de recherche tels que les Instituts de médecine sociale et préventive (IUMSP, ISG, GRSA, etc.) : partenaires potentiels en matière de recherche, en particulier, à l'avenir, les recherches possibles en matière de système de soins.
- CRASS, GRSP, GRAS et GLAS : conférences politique et administratives des affaires sanitaires et sociales de suisse romande; mandats potentiels pour des mesures coordonnées en matière de médecine de l'addiction.
- CoRoPha : homologue du CoRoMA pour les pharmaciens.

4.3. Niveau cantonal

- Services des médecins et des pharmaciens cantonaux : partenaires cantonaux principaux et mandats potentiels pour la réalisation de mesures particulières.
- Sociétés cantonales de médecine et de pharmacie : partenaires pour des mesures de formation dans le cadre des programmes de formation cantonaux existants.
- CAMS : en tant que centres spécialisés cantonaux en matière de médecine de l'addiction, partenaires professionnels principaux du CoRoMA.
- AVMCT et GPMA : associations cantonales de médecine de l'addiction exerçant dans les cantons de Vaud et Genève une fonction en partie similaire à celle du CoRoMA à l'échelon romand.
- Hôpitaux et services d'urgences des cantons

De manière générale, le CoRoMA se veut un pôle de référence et de soutien en matière de médecine de l'addiction pour les autorités sanitaires fédérales et cantonales en Suisse romande ainsi que pour les professionnels de la santé en contact avec des patientes et des patients dépendants ou à risque. A cet effet, il met en réseau les partenaires institutionnels concernés pour favoriser l'échange de connaissance et d'expérience, garantie de la constitution de cette excellence professionnelle qu'il va mettre à disposition de ses partenaires.

En raison des contextes cantonaux très variés, et du positionnement spécifique de chaque acteur romand ou national, le CoRoMA doit être en mesure d'offrir des prestations différentes, adaptées aux besoins de ses partenaires. Son rôle n'est donc pas défini de manière unilatérale, mais varie en fonction des partenaires, de leur positionnement et des tâches à accomplir.

5. Objectifs stratégiques

L'idée centrale à venir est de développer les activités du CoRoMA autour du concept des soins intégrés pour la prise en charge des personnes dépendantes et à risque. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur la mise en réseau des acteurs de Suisse romande réalisée jusqu'ici, en particulier les CAMS (centres ambulatoires médicalisés spécialisés), dont la densité n'a pas son pareil dans les autres régions de Suisse.

En cela le CoRoMA s'inscrit dans les stratégies développées à l'échelon fédéral et synthétisées par un des grands objectifs de Santé2020 : l'amélioration de la qualité des soins. Cette idée centrale s'inscrit également dans le cadre de l'objectif du PNR74 consacré à l'élaboration et l'évaluation de modèles de prise en charge intégrée de patients chroniques et poly-morbides, un des publics-cible pour lequel le CoRoMA déploie ses efforts.

Les objectifs généraux du CoRoMA ne changent pas, tels que rappelés en tête du chapitre 4. Ils constituent sa mission première. Pour les réaliser, il s'agit de mettre l'accent ces prochaines années sur **deux objectifs stratégiques** prioritaires et étroitement liés :

1. promouvoir la relève médicale en médecine de l'addiction en agissant aux trois niveaux de la formation médicale : prégrade, postgrade et continue ;
2. promouvoir la qualité des soins et la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle en s'appuyant sur l'expertise des CAMS, en développant des prestations en lien avec la médecine de l'addiction utiles aux cantons pour compléter celles existantes, et en soutenant la diffusion des résultats qui découleront du PNR74.

Une dynamique nouvelle est en cours dans le domaine de la formation en médecine de l'addiction au travers des orientations prises par l'OFSP (formation prégrade) et la FMH (formation postgrade et continue). Leur mise en pratique doit permettre de contribuer à la réalisation du premier objectif stratégique. Cela implique un travail de fond nécessitant une ressource personnelle spécialisée, dont les résultats seront bénéfiques pour les autorités cantonales comme pour les professionnels de la santé.

Le second objectif pourrait être dynamisé s'il pouvait être couplé au dépôt par des structures universitaires d'un projet de recherche dans le cadre du PNR74 mentionné plus haut. Formaliser des modèles de prise en charge intégrée de patientes et de patients dépendants ne sont pas seulement un exercice académique. Cela devrait contribuer à rendre explicites les prestations nécessaires à cet effet et les faire reconnaître pour en assurer le financement. En effet, la juste rétribution des prestations nécessaires à une prise en charge coordonnée de qualité constitue un des éléments majeurs pour obtenir l'engagement des médecins privés pour des patients dépendants.

Si à l'avenir, des instituts universitaires étaient en mesure de déposer un tel projet de recherche auprès du PNR74, le CoRoMA pourrait à coup sûr y apporter sa contribution, par exemple en participant à un groupe d'experts accompagnant le projet.

Ainsi le CoRoMA se positionne-t-il auprès de l'OFSP et des services de santé publique des cantons comme porteur d'une stratégie cohérente et durable pour ce qui touche la médecine de l'addiction, une expertise à laquelle ils peuvent recourir par contrats de prestations ad hoc, selon leurs besoins spécifiques.

6. Mesures prioritaires

Pour mettre en œuvre ces objectifs, il faut différencier trois types de mesures ou prestations.

1. Des prestations de base, en arrière-fond, pour en quelque sorte décliner les conséquences pour le CoRoMA de mesures ou recommandations provenant de stratégies ou rapports externes à l'association (exemples : constituer un registre de médecins généralistes actifs en médecine de l'addiction prêts à prendre en stage des étudiants en médecine, ou aider ces médecins à remplir les conditions pour être accrédités pour recevoir ces stagiaires, ou analyser les résultats de la nouvelle statistique dite Méthadone, etc.) ; ces prestations de tri, de recherche, d'établissement de listes, d'analyses de données, etc. sont indispensables pour réaliser les deux autres types de prestations.
2. Des prestations spécifiques de soutien dans les cantons pour palier celles qui ne sont pas effectuées par manque de ressources personnelles (exemples : organiser ou offrir de la supervision à un nouveau médecin qui veut reprendre un poste de médecin spécialisé, ou offrir de la formation aux médecins généralistes, ou organiser et animer des groupes d'échange d'expérience où il n'y en a pas ou plus, etc.).
3. Des prestations à l'échelon romand, telles par exemple l'organisation des journées CoRoMA ou la co-organisation des journées CoRoMA-GREA-CRIAD, ou la présentation et la discussion avec les médecins cantonaux des résultats de la nouvelle statistique TAO (dite statistique méthadone), etc.

En termes de contenus, ce sont les cinq problèmes de santé publique et les problèmes liés au contexte décrits dans le chapitre 2 qui seront traités prioritairement (exemple : cours de base en addictologie et politique drogue pour nouveaux médecins étrangers).

Comme l'ont montré les premiers contacts avec les Services de santé publique des cantons, ces derniers sont actuellement peu preneurs de prestations qui dépassent le cadre de ce qui a été effectué jusqu'ici. Il s'agit de mettre en place une dynamique pour faire peu à peu reconnaître l'expertise du CoRoMA et la qualité des prestations fournies. A moyen terme, les cantons pourraient déléguer au CoRoMA des mesures inégalement effectuées dans les différents cantons, permettant ainsi peu à peu d'aplanir les différences entre quantité et qualité des prestations médicales dispensées dans les grands centres urbains et les cantons périphériques.

Le groupe de travail a recensé les mesures prioritaires suivantes :

6.1. Soins intégrés

- Soutien à la mise en réseau des acteurs concernés (CAMS, MPR, pharmaciens, psychiatrie, milieux résidentiel et pénitentiaire, etc.) par la promotion de modèles de collaboration performants.
- Renforcement des collaborations bilatérales et du travail de liaison (MPR-pharmaciens, CAMS-MPR, MPR-psychiatrie, etc.).
- Intégration des médecins privés spécialisés en addiction dans les réseaux de soutien cantonaux.
- Intégration des médecins étrangers dans les réseaux de soutien cantonaux.
- Fixer à l'agenda les rencontres CoRoMA-CRIAD-GREA sur l'échange de pratiques concrètes de collaboration entre les médecins ambulatoires et les professionnels sociaux résidentiels.

6.2. Formation /gestion des savoirs

- Seconder la SSAM en démarchant les structures médicales susceptibles de devenir des lieux de formation et les aider dans les démarches d'accréditation (centre reconnu de formation post-grade, stages pré-grades) afin de disposer de suffisamment de places de stage pour intéresser de nouveaux médecins à la médecine de l'addiction.
- Revendication d'une place officielle dans les programmes d'accueil des médecins assistants (avec promotion du e-learning, et distribution du « Starter-kit » genevois).
- Elaboration d'un cours d'introduction en addictologie pour les nouveaux médecins n'ayant pas effectués leur formation en Suisse.

- Etablir un pool de superviseurs pour soutenir de nouveaux médecins spécialistes ou des groupes d'échange existants.
- Mettre sur pied de nouveaux groupes d'échange médecins-pharmaciens dans les cantons qui le souhaitent.
- Etablir un programme de formation à la carte à disposition des groupes d'échange, des structures de formation cantonales ou des nouveaux réseaux de soins ou cabinets de groupe.
- Soutien aux activités de sensibilisation à la médecine de l'addiction des professionnels ponctuellement concernés.
- Participation à l'organisation des futures NASUKO.
- Organisation avec les partenaires cantonaux des Journées CoRoMA.
- Gestion romande de www.praticiens-addictions.ch et lien avec Safe Zone.
- Gestion de www.romandieaddiction.ch.
- Participation aux formations découlant des futures mesures Hep C de l'OFSP.
- Soutien à l'analyse des résultats de la nouvelle statistique TAO (ancienne statistique méthadone) et diffusion des résultats dans les cantons ou Journées CoRoMA.
- Etablir par canton des cartographies des ressources médicales et pharmaciennes.

7. Conséquences structurelles

7.1. Une association indépendante

Une des questions structurelles essentielles qui se posait dans le cadre de ce processus de redéfinition du rôle et des tâches du CoRoMA était de savoir s'il devait rester une structure autonome ou rallier une structure existante.

Une minorité du groupe de travail est favorable à l'intégration du CoRoMA dans le GREA essentiellement pour rationaliser les ressources financières et personnelles, et prévenir des risques de concurrence interinstitutionnelle sur certains dossiers comme en particulier la formation continue.

La question est ouverte, mais le groupe de travail s'est décidé à l'unanimité pour reporter à plus tard sa résolution. Trois arguments ont parlé en faveur de cette option. Le GREA est lui-même dans un processus de restructuration de ces sous-structures. Le processus de négociation de quelque forme de partenariat qui soit est long et n'est pas possible dans le cadre de ce mandat. Suite à la crise qu'il a traversée ces deux dernières années, le CoRoMA doit retrouver une identité et un positionnement clair en Suisse romande avant d'être en mesure de se lancer dans un éventuel processus de négociation avec un ou des partenaires potentiels. Or les propositions de tâches exposées dans ce rapport constituent encore un pari sur l'avenir, essentiellement en ce qui concerne la participation des cantons au projet. Même si ce contexte cantonal est difficile, la nouvelle équipe au comité est décidée à relever le défi.

7.2. Un secrétariat fonctionnel

Une mesure a également fait l'unanimité parmi le groupe de travail : la nécessité de disposer d'un secrétariat général, à l'image de celui de FOSUMOS, à même d'effectuer les prestations de type 1, telles que décrites en tête du chapitre 6. Sans un soutien financier des cantons, il n'est actuellement pas possible de disposer d'un poste à 50%, tel qu'il existe en Suisse orientale. Par nécessité, il faut suivre l'option d'un pourcentage de travail plus faible, mais en mesure tout de même de garantir la présence du CoRoMA auprès des autorités et des professionnels par un travail de qualité. Ce minimum est évalué à 20-30%.

Ce secrétariat général doit « incarner » l'association auprès de ses partenaires. Les tâches prioritaires à effectuer seront choisies pragmatiquement en fonction des qualités premières de la personne engagée et des opportunités qui se présentent, tout en gardant présent à l'esprit la stratégie générale à construire pas à pas. Ce secrétariat général doit pouvoir s'appuyer sur un secrétariat logistique pour les tâches d'organisation courante, couvert actuellement par un 20% de Madame Ingrid Vogel, du CHUV, ce qui paraît là aussi un strict minimum.

7.3. Une structure et un fonctionnement simplifiés

L'association ayant fixé de nouvelles priorités, il est nécessaire de rediscuter son organisation interne pour se donner les meilleures chances possibles de réaliser les tâches prévues en tenant compte des ressources temporelles que ses membres peuvent mettre à sa disposition. Si toutes les parties sont d'accord sur la nécessité de trouver une forme de fonctionnement plus efficace, les mesures nécessaires n'ont pas encore été discutées au stade de ce rapport intermédiaire. Une des pistes est de distribuer les tâches au sein du comité non plus par domaine mais en fonction de critères beaucoup plus opérationnels incluant une répartition géographique par l'intermédiaire des délégués des CAMS siégeant au comité.

8. Annexes 1 : Résultats de l'analyse SWOT

8.1. Strength

- Réseau inscrit dans l'implicite collectif
- Journées COROMA fonctionnelles et reconnues
- Mise en réseau des institutions /CAMS
- Plateformes d'échanges fonctionnelles
- Corpus d'outils à la disposition des médecins
- Débat lancé avec la CRIAD sur la collaboration médecins - résidentiels
- Compétences et diversité des champs d'expertise
- Intégration des pharmaciens
- Intégration de la médecine en milieu pénitentiaire
- Présence de représentants des domaines alcool, drogue et tabac, addictions comportementales et adolescence

8.2. Weaknesses

- Décalage entre les objectifs poursuivis et leur mise en œuvre
- Absence de liens systématiques avec le public-cible
- Mise en œuvre trop dépendante du « bénévolat »
- Pas de ressources suffisantes pour porter les actions / dixit FOSUMOS
- Médecins privés sous-représentés dans l'association (médecine générale et psychiatrie)
- Absence de concept de communication
- Site web « vieillot » et pas assez dynamique
- Pas d'offre de formation clairement saisissable et identifiable
- Manque de relais auprès des services cantonaux de santé publique
- Essoufflement des réunions CAMS
- Potentiel de débat sur la collaboration mal utilisé entre COROMA et CRIAD
- Clivages « importés » au sein du COROMA
- Interfaces avec les partenaires pas suffisamment définies

8.3. Opportunities

- Développement prévu par la SSAM d'une FA en psychiatrie et psychothérapie de l'addiction et d'un AFC en médecine de l'addiction, révision du SCLO, renforcement de la médecine de l'addiction dans le pré-grade
- Mise en service dès 2016 de la nouvelle application web pour la gestion des autorisations et des statistiques des TAO
- Lancement du programme de recherche PNR74 centré sur les systèmes de soin (Gesundheitsversorgung) dont un module concerne des patients dépendants: collaboration interinstitutionnelle autour de patients chroniques nécessitant des soins coordonnés
- Forte présence de structures académiques productrices de savoir
- Réseau dense de structures de soins hautement spécialisées
- Médecins spécialisés en médecine de l'addiction (somatique et psychiatrique) qui s'installent
- Développement de cabinets médicaux de groupe et de réseaux de prestataires médicaux
- Stratégies OFSP (Santé2020, Stratégies Addiction et NCD, Soins palliatifs, Santé mentale, Soins intégrés, Intégration des pharmaciens dans le système de soin, Paquet de mesures hépatites B et C, etc.)
- Existence d'outils informatiques (Praticien-addiction et Safe Zone)

8.4. Threats

- Difficulté d'ancrer le thème des addictions, transversal, dans d'autres stratégies de santé publique
- Manque de reconnaissance de la médecine de l'addiction dans le monde médical
- Déficit général de MPR en Suisse
- Diminution des MPR privés prêts à suivre des patients toxicodépendants
- Difficulté trouver relève des cadres médicaux dans les CAMS
- Tendance à l'augmentation des prises en charge par les CAMS au détriment de la médecine privée
- Manque de support logistique, financier et de reconnaissance apporté aux MPR et aux médecins spécialistes installés -> potentiel mal utilisé
- Prestations de coordination mal reconnues par le TARMED
- Difficulté d'intéresser les MPR aux offres de formation en médecine de l'addiction
- Débats dans la formation en médecine de l'addiction susceptibles d'engendrer des clivages
- Concurrence d'autres acteurs sur certaines prestations
- Diminution budgétaires en psychiatrie dans certains cantons

9. Annexes 2 : Rapport de minorité concernant l'avenir du CoRoMA

(George Riesen, Barbara Broers)

Le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (CoRoMA) a joué un rôle essentiel dans le développement d'un réseau romand de médecine de l'addiction de qualité depuis les années '90. Avec l'aide visionnaire de l'OFSP, le CoRoMA, à une époque où l'enseignement dans ce domaine était lacunaire, a proposé des formations et outils pratiques pour des médecins praticiens et des centres spécialisés confrontés à des patients souffrant, notamment, de dépendances aux opiacés et maladies y associées.

Depuis, il y a eu de nombreux changements dans le paysage de la médecine de l'addiction. La Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), avec la participation active de plusieurs membres romands, développe des titres de formation post-grade. Les facultés suisses ont été responsabilisées par rapport à l'importance du thème. Le site « praticien-addiction » projet conjoint avec les collègues suisse-allemands (et surtout développé par eux) propose des conseils pratiques et actualisés pour les praticiens. Le GREA coordonne les activités politiques et propose d'excellentes formations continues et interdisciplinaires au réseau romand.

Devant le peu de prestations concrètes du CoRoMA depuis plusieurs années, la complémentarité des autres prestataires cités dans le domaine, et dans un souci de coût-efficacité, les deux membres soussignés proposent donc un rattachement des activités du CoRoMA comme une « plateforme médicale » du GREA (voir p. 7 du « Rapport de synthèse Avenir du CoRoMA »), ce qui permettra de profiter des infrastructures existantes.

La proposition faite dans le rapport d'engager un secrétaire général pour le CoRoMA nous semble mettre les différents prestataires en concurrence, et nous préconisons une utilisation meilleure des ressources publiques et humaines à disposition en les mettant au profit des structures fonctionnelles existantes citées, pour mieux répondre aux objectifs fixés.

5. Projets 2017

- Mise en œuvre des décisions du GT – réorganisation du comité
- Nouvelles prestations (retraite du CoRoMA cet automne)
- Mise en place des places de stages et programme de formation lié à la FA « psychiatrie et psychothérapie de l’addiction » et participation au travaux de la SSAM relatif à l’AFC et au prégrade
- Journée 2017 à Sion avec HES-So
- Démarches préparatoires TDO6-Montréal et Nasuko4 (2018)
- Soutien aux discussions avec les médecins cantonaux et l’OFSP au sujet des conditions cadres des TAO

STATUTS

I. NOM ET SIÈGE

Art. 1

Le Collège romand de médecine de l'addiction (CoRoMA) est une association à personnalité juridique, au sens des articles 60 ss du Code civil suisse. Cette association existe pour une durée illimitée.

Art. 2

Le siège de l'association se trouve à l'adresse professionnelle du/de la Président/e ou du/de la Coordinateur/trice en fonction.

II. BUTS ET OBJECTIFS

Art. 3

Les buts et objectifs de l'association sont de :

- promouvoir, soutenir et développer la médecine de l'addiction ;
- soutenir les compétences professionnelles des médecins praticiens/nes dans le domaine des addictions.
- sensibiliser les nouveaux médecins à accueillir et soigner les personnes présentant des conduites addictives, notamment liées aux drogues illégales, à l'alcool, au tabac ou aux jeux d'argent ;
- apporter une fonction de liaison en Suisse romande, entre autorités sanitaires cantonales, médecins de premier recours, médecins psychiatres, centres spécialisés, universitaires et non universitaires, et pharmacies en partenariat avec les associations professionnelles et interprofessionnelles intervenant dans le domaine des addictions en Suisse.
- favoriser la collaboration entre médecins et autres professionnels concernés dans une perspective bio-psycho-sociale.

III. MEMBRES

Art. 4

Peut devenir membre de l'association CoRoMA toute personne physique qui remplit les deux conditions suivantes :

- prête à reconnaître et soutenir les buts et objectifs de l'association ;
- qui est affiliée à une société professionnelle ou interprofessionnelle intervenant dans le **domaine médical** ou dans le domaine des addictions en Suisse.

Les membres obtiennent un titre d'adhésion au CoRoMA et bénéficient d'une voix à l'Assemblée générale.

Le Comité reçoit les demandes d'adhésion et les transmet à l'Assemblée générale pour approbation.

L'Assemblée générale peut rejeter la demande d'adhésion d'un nouveau membre.

L'adhésion prend fin :

- par démission, exclusion, ou décès ; la démission doit être formulée par écrit ; elle devient effective après un délai de préavis de trois mois ;

VII. COMITÉ

Art. 12

Le Comité se compose de :

- un/e Président/e, élu/e pour quatre ans, renouvelable une seule fois ;
- un/e Vice-président/e, élu/e pour quatre ans, renouvelable une seule fois ;
- des membres des responsables de dicastères, élus pour quatre ans, renouvelable une seule fois.

Art. 13

Le Comité est composé d'au moins cinq membres élus par l'Assemblée générale. Il est composé, autant que possible, de manière à assurer une représentation la plus complète possible des différents aspects de l'exercice de la médecine de l'addiction et de l'ensemble des cantons romands.

Les membres du Comité peuvent se voir ~~se voient~~ attribuer des délégations permanentes ~~au moins un dicastère~~, en fonction de leurs compétences, pour la durée du mandat. ~~L'attribution du même dicastère au même membre est renouvelable une seule fois ; l'élection d'un membre pour un troisième mandat implique pour ce dernier un changement de dicastère.~~

Lors du départ d'un membre du Comité pendant la durée de son mandat, le Comité peut coopter un nouveau membre. Le choix est porté devant l'Assemblée générale annuelle suivante qui confirmera ou infirmera cette décision.

Le Comité possède le quorum si au moins trois de ses membres sont présents. Il est convoqué à la demande du/de la Président/e. Il se réunit autant de fois que les affaires de l'association l'exigent.

Art. 13 bis

~~Le Comité désigne un/e Coordinateur/trice un/une Secrétaire général/e pour trois ans, renouvelable une seule fois.~~

~~Le/la Coordinateur/trice Le/la Secrétaire général/e~~ est nommé/e pour la gestion opérationnelle de l'association :

- il/elle met en œuvre le plan de développement décidé par le Comité ;
- il/elle participe aux séances du Comité où il/elle possède une voix consultative ;
- il/elle gère la trésorerie ;
- il/elle assure le secrétariat (convocations, PV séances, etc.) de l'association.

Art. 14

Le Comité gère de manière générale les affaires de l'association, sauf demande expresse des membres de l'Assemblée générale. Il est en charge de l'ensemble des pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale.

Les décisions du Comité sont prises à la majorité simple des membres présents. En cas d'égalité des votes, la voix du Président compte pour deux votes.

Les décisions du Comité sont enregistrées dans un procès-verbal décisionnels et sont accessibles aux membres de l'association sur demande. Elles peuvent aussi être enregistrées par tout autre moyen laissant une trace écrite (courriels inclus). Les décisions écrites sont conservées dans l'ordre chronologique par le/la Coordinateur/trice.

Terms and Conditions for National Societies' Affiliation with ISAM (Revised October 2012)

The International Society of Addiction Medicine welcomes both individual memberships and Affiliation with National Societies in the field with the listed advantages below.

CRITERIA

1. The Affiliate Society is composed of a majority of physicians.
2. Members either practice or have an interest in Addiction Medicine.
3. The aims and objectives of the Affiliate Society are compatible with those of ISAM

APPLICATION

The society should send an informal application letter to ISAM president and head office stating the general information on the society (aims, objectives), the main profession of members, number of members, contact persons, web pages of the society and declare any support from alcohol or tobacco industry to the society.

Upon Board approval of the affiliation in either Group I or Group II (see table):

- a. A contact for the Society Head Office or Secretariat will be forwarded to ISAM for sending an email copy of the Journal of Substance Abuse.
- b. A copy of the ISAM Newsletter and other information will be funneled through the Society contact person/email.
- c. Group I Affiliate Society members will be entitled to a reduction in registration fees for the annual ISAM meetings as set by the Local Organizing Committee of that event.

At present the AAAP (American Academy of Addiction Psychiatry), Canadian Society, Dutch Society, Egyptian Society of Addiction Medicine, Finnish Society, and Swiss Society are our Group I affiliates. The Icelandic Society, Austrian Society, Israeli Society, Norwegian Society, Societe d'addictologie francophone and the Italian Consulta have an understanding with ISAM and considered a Group II affiliation.

Fees formula:

Group I Affiliates:

- A) Large society (more than 1000 physician members)
\$5,000 USD initiation fee; \$2,500 USD annual fee for Category A and B countries
\$1,000 USD initiation fee; \$500 annual fee for Category C and D countries**
- B) Mid-level society (between 300 and 999 physician members)
\$3,000 USD initiation fee; \$1,000 USD annual fee for Category A and B countries
\$500 initiation fee; \$100 annual fee for Category C and D countries**
- C) Mid to Small society (less than 299 physician members)
\$1,000 USD initiation fee; \$500 USD annual fee for Category A and B countries
\$100 initiation fee; no annual fee for Category C and D countries
- D) Small Society (less than 100 physician members)
\$500 USD initiation fee; \$100 Annual fee for categories A & B, no fee for categories C & D

The affiliated membership dues are be paid annually to the ISAM account either as a bank transfer or by credit card, please contact the head office for payment.

Head Office Contact Information:

ISAM Office Attention: Marilyn Dorozio
47 Tuscany Ridge Terrace NW
Calgary AB T3L3A5 CANADA
Tel: 403 813-7217
E.mail: ISAM.mdorozio@gmail.com

Organization Benefits	ISAM	Affiliate Organization Group I	Affiliate Organization Group II
ORGANIZATION	Network of organizations	Closer links with international network	Same
PRODUCTS	Improved access to developed/developing countries' memberships; Enhanced Negotiation/ Purchase power	Enhanced knowledge of each other's products & reduced duplication	Same
Individual Benefits/Products	Active members	Affiliate members	
ORGANIZATION	Eligible for any ISAM position: Board, Committee Chairs, Editorship, representation to external bodies, etc.	Eligible for ISAM Committee/Task Force membership only and through eventual Council of Affiliate Societies which will have a representative on the Board	Advisory but not eligible for participation otherwise
ANNUAL/REGIONAL MEETINGS	Larger reduction in registration fee	Reduction in registration fee	No fee reduction
WEBSITE	Access to integrative linkages	Access to integrative linkages	Access to integrative linkages
Newsletter, Position papers, & other announcements	Emailed directly to member	Emailed to Affiliate Organization contact	Emailed to Affiliate Organization contact
SUBSTANCE ABUSE JOURNAL	Free online copy	One free copy sent to one Affiliate Organization contact	No free copy
INTERNATIONAL CERTIFICATION EXAM	Discount for exam fee	Discount for exam fee	No discount
ASSOCIATE MEMBERS (Non-Medical)	Welcome	Welcome	Welcome
MEMBERSHIP DUES	As determined by Board	Support for ISAM annual dues collection	—

AFFILIATE SOCIETIES PER MEMBER FEES: (World Bank Economic Categories)

A.	B.	C.	D.
Andorra	Am. Samoa	Albania	Afghanistan
Aruba	Antigua & Barbuda	Algeria	Angola
Australia	Argentina*	Belarus	Armenia
Austria	Bahrain	Belize	Azerbaijan
Bahamas	Barbados	Bolivia	Bangladesh
Belgium	Botswana	Bosnia/Herzegovina	Benin
Bermuda	Brazil	Bulgaria	Bhutan
Brunei	Chile	Capa Verde	Burkina Faso
Canada	Croatia	Colombia	Burundi
Cayman	Czech Republic	Costa Rica	Cambodia
Channel Islands	Estonia	Cuba	Cameroon
Cyprus	Gabon	Djibouti	Cent. Afr. Rep.
Denmark	Grenada	Dominica	Chad
Faeroe Islands	Hungary	Dominican Rep	China
Finland	Isle of Man	Ecuador	Comoros
France	Korea, Republic of	Egypt	Congo
French Polynesia	Lebanon	El Salvador	Cote d'Ivoire
Germany	Libya	Equat. Guinea	Eritrea
Greece	Malaysia	Fiji	Ethiopia
Greenland	Mauritius	Georgia	Gambia
Guam	Mayotte	Guatemala	Ghana
Hong Kong, CAR of China	Mexico	Guyana	Guinea
Iceland	Oman	Iran	Guinea-Bissau
Ireland	Palau	Iraq	Haiti
Israel	Panama	Jamaica	Honduras
Italy	Poland	Jordan	India
Japan	Puerto Rico	Kazakhstan	Indonesia
Kuwait	Saudi Arabia	Kiribati	Kenya
Liechtenstein	Slovak Republic	Latvia	Korea, Dem.
Luxembourg	Seychelles	Lithuania	Kyrgyz Rep/
Macao	St. Kitts & Nevis	Macedonia	Lao PDR
Malta	St. Lucia	Maldives	Lesotho
Monaco	Taiwan, Prov of China	Marshall Islands	Liberia
Netherlands	Trinidad & Tobago	Micronesia	Madagascar
Neth. Antilles	Turkey	Morocco	Malawi
New Caledonia	Uruguay	Namibia	Mali
New Zealand	Venezuela	Papua New Guinea	Mauritania
Northern Mariana Is.		Paraguay	Moldova
Norway	*reduced to \$30/yr	Peru	Mongolia
Portugal		Philippines	Mozambique
Qatar		Romania	Myanmar
Singapore		Russian Federation	Nepal
Slovenia		Samoa	Nicaragua
Spain		Serbia/Montenegro	Niger
Sweden		South Africa	Nigeria
Switzerland		Sri Lanka	Pakistan
United Arab Emirates		St. Vincent	Rwanda
United Kingdom		Surinam	Sao Tome & Principe
United States		Swaziland	Senegal
Virgin Is (US)		Syria	Sierra Leone
		Thailand	Solomon Isl.
		Tonga	Somalia
		Tunisia	Sudan
		Ukraine	Tajikistan
		Uzbekistan	Tanzania
		West Bank/Gaza	Togo
			Turkmenistan
			Uganda
			Viet Nam
			Yemen
			Zaire
			Zambia
			Zimbabwe