



G&T 59/62
Nouvelles Pratiques en Médecine Générale
267, rue Solférino - 59000 LILLE
☎ 03.20.52.35.25 – Fax : 03.20.58.01.59
e-mail : gt-nord@nordnet.fr



Union Régionale Nord Pas-de-Calais
Fédération Addiction
8 av de Bretagne - 59000 LILLE
☎ 03.20.08.16.60 – Fax : 03.20.08.16.69
e-mail : b.fontaine@federationaddiction.fr

Compte rendu de la demi-journée de rencontre CSAPA-MG-Pharmaciens du 24 novembre 2011

La matinée de rencontre CSAPA-Médecins Généralistes et Pharmaciens s'est organisée dans un contexte de nécessité à améliorer le parcours de soins des patients souffrant d'addictions.

Les files actives des CSAPA ont tendance à s'engorger, alors que les médecins et pharmaciens en ville manifestent beaucoup de réserve à accepter de nouveaux patients en raison des difficultés réelles ou supposées de leur prise en charge.

Pourtant le relais en ville des patients CSAPA représente une étape cruciale de leur réinsertion et l'accès à l'offre de soins des CSAPA est une réponse aux problèmes des comorbidités pour les patients suivis en ville.

Le coût de ces dysfonctionnements apparaît élevé aux acteurs de terrain, autant en termes humain que financier ; le dommage est autant individuel que collectif, il touche également les patients (ralentissement du parcours de soins) et les soignants (pénibilité accrue inutilement)...

Le dispositif "**Intervisions**", géré par G&T 59/62 a pour vocation de faciliter la prise en soin des patients en difficulté avec leurs addictions en améliorant les relations entre les différents acteurs.

C'est dans ce contexte que l'antenne régionale de la Fédération Addictologie et l'association « Généralistes et Toxicomanie, Nouvelles Pratiques en Médecine Générale » ont décidé d'organiser, en lien avec l'ANPAA, une matinée de rencontre entre acteurs libéraux et Centres de soins CSAPA ou CMP.

Le but était de répondre aux questions suivantes :

- 1) Quelles sont les difficultés de coordination entre nous dans le parcours de soins du patient ?
- 2) Quels sont les intérêts et les limites du dispositif actuel des interventions ?
- 3) Quelles propositions peut-on faire pour en améliorer le fonctionnement ?

Nous avons travaillé en deux sessions de 1 heure ; la première en 3 sous groupes de 15 personnes en mêlant les professions et les lieux d'exercice, et en donnant à chacun la parole ; la seconde en assemblée plénière avec restitution des travaux de groupe et circulation libre de la parole.

Quelles sont les difficultés de coordination entre nous dans le parcours de soins du patients ?

A cette question, nous rapportons ci-après les réponses selon le point de vue des CSAPA ou des intervenants libéraux.

Les craintes et difficultés exprimées par les généralistes ont été :

- appréhension à rester seul face à son patient et devoir tenir dans la durée
- crainte de devenir "LE spécialiste toxico du quartier"
- charge de travail tellement dense qu'elle ne laisse pas de temps pour des activités hors du cabinet
- chacun travaille "dans son coin"
- "les patients difficiles sont ceux qui, en plus de leur addiction, ont des comorbidités somatiques, psychiatriques ou sociales
- difficultés liées aux addictions multiples ou successives : produits illicites, alcool, tabac, addictions sans produits
- opposition Subutex, prescrit en ville / Méthadone, initiée en CSAPA, et Méthadone gélule, nécessitant un retour au CSAPA souvent mal perçu.

Difficultés des pharmaciens :

- file active saturée
- patients parfois difficiles à gérer, surtout en début de prise en charge.

Analyse des difficultés énoncées par les libéraux : on retrouve en grande partie les difficultés déjà exprimées les années précédentes et bien connues. Celles ci tiennent surtout aux craintes que le cadre du cabinet ou de l'officine ne soit pas adapté et à l'appréhension de ne pas être capable d'accompagner le patient.

La comparaison BHD et Méthadone est intéressante ; que se passerait-il si la méthadone était autorisée en primo- prescription en ville ?

Les CSAPA rencontrent comme difficultés :

- représentation défavorable du médecin généraliste et du pharmacien : sentiment d'être mal compris, mal apprécié par les généralistes
- "les CSAPA sont mal outillés pour travailler avec les généralistes, il faudrait se mettre en contact avec eux en amont, développer les réseaux... travail de très longue haleine, et affiner les méthodes de collaboration avec les généralistes, développer une méthodologie"
- les patients parfois n'ont pas de médecin traitant, ou ne veulent pas que leur médecin traitant soit informé de leur addiction
- difficulté à contacter le MG ou le pharmacien
- "les médecins du secteur sont saturés de travail" (H. BELAYEL, CSAPA Wignehies)
- difficulté à relayer un patient.

Analyse des difficultés rencontrées par les CSAPA : la relation CSAPA-MG-Pharmaciens semblent pâtir en premier lieu d'une mauvaise représentation des MG et pharmaciens chez les acteurs du CSAPA ; en cause les échecs dans les tentatives de contacter ces libéraux et le sentiment que, de toute façon, on peut faire sans eux. Ceci est souvent relayé par la volonté du patient de cloisonner sa problématique addictive.

Quels sont les intérêts et les limites des dispositifs actuels "intervision" :

La pratique de l'intervision est unanimement appréciée par les participants, qui en décrivent des avantages de plusieurs ordres :

Points positifs relevés

- "à la différence d'une synthèse, qui est interne au service, l'intervision est un travail de réseau qui prépare le patient au relais-ville"
- échange de service, qui facilite la prise en charge du patient
- "c'est très important de rompre l'isolement du pharmacien, seul dans son officine, avec des patients chronophage et peu décoratifs"
- outil de formation et d'échange ; apporte tant au niveau humain qu'au niveau des pratiques
- "l'intervision est un outil de travail en réseau ; parfois on n'y apprend rien, parfois on en retire énormément d'informations importantes"
- "mobilise beaucoup de pharmaciens"
- "excellents lieux de rencontre et d'échange entre professionnels, où il se passe toujours quelque chose"
- parler avec les médecins et pharmaciens permet de lever leurs craintes de prendre en charge des patients addicts, craintes souvent liées à des méconnaissances"
- intéressante quand un patient pose problème ; elle permet alors de construire un diagnostic commun et de porter un nouveau regard sur le patient.

Analyse : 3 axes d'intérêts peuvent être repérés :

*c'est un **outil de travail en réseau** qui facilite le relais du patient dans son parcours de soins ; il facilite les échanges de service, le recours au professionnel adapté au besoin et à la demande*

*il permet de rompre l'isolement des professionnels libéraux et **améliore le cadre de la prise en charge en ville***

*c'est un **outil complexe de formation** :*

il aide à modifier les représentations mentales qui font obstacle à la prise en charge des patients

il est un lieu ressource pour augmenter les compétences techniques des professionnels

il aide à intégrer la dimension systémique, territoriale, santé publique au diagnostic et à la proposition de soins.

Toutefois dans son organisation actuelle cette pratique pose plusieurs problèmes.

Difficultés et axes de progrès

- 1) délais trop longs lorsqu'on sollicite une intervision face à un problème
- 2) difficulté de renouvellement des professionnels
Les nouvelles générations de médecins et pharmaciens semblent ne pas s'intéresser du tout à l'addictologie"
- 3) l'évaluation n'est pas suffisamment satisfaisante
 - la pratique n'est pas homogène. L'élaboration d'une charte, élaborée collectivement et utilisée par tous, n'a pas empêché l'expression de différences dans les pratiques, qui se situent autour de deux axes :
 - ♣ pratique centrée sur le patient et réunissant uniquement les acteurs concernés
 - ♣ pratique centrée sur des problématiques, locales (Lille-Fives) ou générales (Dunkerque) et ayant pour objet de permettre aux acteurs de se rencontrer, se connaître et se reconnaître, aborder des difficultés et travailler ensemble
 - ♣ l'intervision peut être un mixte des deux : Boris Vian, Fourmies et Caudry, ...

- comment évaluer alors que les pratiques sont si diverses !
- « on n'a pas les moyens d'en mesurer l'intérêt pour le patient, ce qui serait cependant nécessaire pour en pérenniser le financement"
- "L'effet sur un individu semble difficile à prouver, sauf à entrer dans le détail de son parcours et de sa problématique, ce qui semble irréalisable de façon systématique"
- Sur certains secteurs, on a mis en place un système d'évaluation, mais on ne sait pas quoi en faire... il est sans doute mal défini
- "Les critères d'inclusion, de participations, ne préjugent pas de l'utilité de l'Intervision"
- "l'effet sur les macro-indicateurs semblent plus accessible à une évaluation".

4) la question de l'anonymat du patient, quand elle se pose, renvoie à celle des professionnels invités : si tous les participants connaissent le patient, l'anonymat n'existe pas ; par contre il doit être respecté si les participants ne sont pas tous des intervenants auprès du patient.

5) l'organisation actuelle prend mal en compte la totalité des problématiques addictives ; (alcool et tabac peu inclus).

Analyse : Les difficultés signalées relèvent

de l'organisation qui peine mobiliser les libéraux et qui n'est pas toujours suffisamment réactive. Malgré l'élaboration d'une charte commune, chaque site révèle des spécificités qui comportent chacune des avantages et des inconvénients.

de l'évaluation : les outils de l'évaluation ne sont pas encore satisfaisants ; les critères de participation, de cas patients et de renouvellement des participants nous semblent refléter que très partiellement l'utilité de ce dispositif ; le contenu même de l'intervision et ses répercussions à l'échelle d'un patient nous semble d'une complexité trop grande ; une évaluation à une échelle "macro" nous semble plus pertinente, mais hors de nos compétences actuelles.

Les améliorations proposées sont

Inscrire le partenariat CSAPA-MG-Pharmaciens dès le début de la prise en charge des patients en CSAPA :

- en demandant au nouveau patient les coordonnées de son médecin traitant,
- en suscitant le choix d'un médecin traitant chez les patients qui n'en n'ont pas,
- en envoyant systématiquement un courrier type au médecin traitant,
- en utilisant un "contrat de soin" cosigné par le patient et les acteurs, et mentionnant la possibilité d'une intervention, à des dates fixées à l'avance ou en cas de nécessité,
- en utilisant le téléphone pour contacter de façon systématique le médecin traitant,
- en raccourcissant le délai d'attente pour une intervention en délocalisant si nécessaire,
- en envoyant systématiquement au généraliste absent le compte-rendu de l'intervention à laquelle il était invité,
- en développant les interventions "mixtes" : toxico-alcool-psy, et addictions sans produits.

pour les pharmaciens

- favoriser les liens avec les MG,
- valoriser les lieux de confidentialité dans les pharmacies,
- favoriser le partenariat avec les CARUUD.

□ pour les CSAPA

se donner pour objectif de modifier dans les équipes des CSAPA les représentations de la fonction du généraliste et du pharmacien.

□ pour les généralistes : intégrer cette pratique à la formation initiale et continue

- proposer l'inscription de cette pratique dans l'enseignement à la Fac
- proposer cette pratique aux Maîtres de stage
- explorer les possibilités de faire reconnaître cette pratique comme validante en formation continue.

Evaluation

La recherche d'outil d'évaluation nécessite des compétences spécifiques et des moyens dédiés.

Des pistes sont évoquées :

- recherche de macro-indicateurs : évaluer la fluidité du dispositif de soin, le renouvellement de la file active des CSAPA et la disponibilité des MG pour des relais.
- comme indicateur : la désignation d'un médecin traitant
- objectiver les résultats en termes de réduction des risques
- évaluer l'effet sur la correction des représentations négatives

CONCLUSIONS

Ces travaux permettent de proposer des améliorations rapidement applicables, notamment, en premier lieu, l'entrée en relation avec le médecin traitant et le pharmacien dès le début de la prise en charge du patient en CSAPA avec proposition de travailler ensemble et en deuxième lieu la diminution du délai d'attente pour une intervision demandée.

Des pistes sont ouvertes nécessitant d'être explorées ; elles concernent :

- l'aspect formation, avec notamment la recherche de reconnaissance au titre de la formation professionnelle continue
- l'évaluation, avec la nécessité de trouver de nouveaux critères, par exemple touchant l'évolution de la file active du CSAPA et les parcours de soins.

Les différences de pratique entre les sites, loin d'être perçues comme une incohérence, semblent plutôt être des adaptations locales en fonction des problèmes et ressources existantes. Chaque type de pratiques rencontrant des succès et des limites, on s'oriente plutôt vers un mixe permettant une souplesse et une adaptation meilleure aux problématiques locales.

L'association « Généralistes et Toxicomanie 59/62, Nouvelles Pratiques en Médecine Générale » et l'antenne régionale de la Fédération Addictologie organiseront régulièrement des réunions pour faire le point sur l'évolution du dispositif.

Prochaine réunion : mardi 22 mai 2012 - 20h - à la MDA – 72/74 rue Royale à Lille