

AMELIORER LES RELATIONS CSAPA/SOINS DE VILLE

*FEDERATION ADDICTION
TOULOUSE les 7 et 8 juin 2012*

Dr Claude MAGNIN

Quel est l'enjeu ?

- L'enjeu est d'œuvrer ensemble pour garantir aux personnes une qualité de soins et une continuité de leurs parcours.

LES OBJECTIFS

- **Améliorer les relations CSAPA/MG suppose :**
 - **Accéder progressivement à une culture commune**
 - **Pour rendre naturelles les relations entre CSAPA et MG**
 - **Accroître le nombre de MG engagés dans le soin en addictologie, en améliorant leur formation**

D'où je parle ?...

- **MG de ville installé en maison de santé pluridisciplinaire (Ville Universitaire)**
- **File active en ville environ 140 patients en TSO**
- **MG responsable médical en centre de soin (CSAPA spécialisé Solea Besançon)**
- **Co-Animateur de « MG Addictions »**
- **Ma position permet de « contempler » les faiblesses et les forces des deux cotés**

Les Acteurs

- Du côté de la ville :
 - Les Médecins Généralistes de ville : isolés ou regroupés (ex :Maisons de santé ou Cabinets de groupe)
 - Des Médecins de Ville Addictologues (rares)
 - Les pharmaciens de Ville

Les Acteurs

- Du côté Médico-Social :
 - Les CSAPA généralistes ou spécialisés
 - Les CAARUD
 - Les CMP

Les Acteurs

- Entre les deux :
 - Les Micro-structures
 - Les réseaux addictologiques
 - Les réseaux d'Appui et de Coordination
(Ex: ARESPA)
 - Les ELSA (?) en tant que pont Médecine
de Ville/CSAPA/Hôpital

Un état des Lieux ?

- Nature et qualité des relations très contrastées
- De l'authentique coopération à l'exécration réciproque
- « les CSAPA ne veulent pas lâcher leurs patients »

=> Mais beaucoup de MG « délèguent » vers les Centres

- « Les MG ne sont pas formés et les prises en charge sont insuffisantes »

=> Mais on s'arrache les MG qui veulent bien suivre les patients au terme de l'induction du traitement méthadone

Un état des Lieux ?

- L'isolement professionnel des MG et des pharmaciens n'incite pas à l'engagement
- La répartition territoriale inégale des centres de soins rend l'accès aux traitements malaisé
- La difficulté à dépasser les cultures ou les pratiques de soins différentes entre les centres (les approches psychothérapeutiques différenciées...)
- Le passage d'une culture de la « militance » à celui d'un « travail ordinaire » modifie les pratiques

Un conflit potentiel ?

- La question de la primo-prescription de Méthadone en ville
 - conclusions à venir de l'enquête Méthaville
 - la qualification de la Médecine Générale à primo-prescrire
 - Anticiper l'impact sur l'activité des CSAPA
 - Requalification de la fonction des CSAPA ?

Des cultures différentes

- Deux cultures différentes qui parfois s'opposent
=> comment les rapprocher ?
- Deux niveaux de prise en charge qui s'ignorent
=> comment mieux se connaître et mieux travailler ensemble ?

Des cultures différentes

- Une culture individuelle s'oppose à une culture de pluridisciplinarité et du travail en commun
- En Médecine de ville :
 - L'accès au MG est facile avec une bonne répartition territoriale/CSAPA
 - L'accès aux traitements est aisé et rapide
 - Mais parfois (souvent ?) « porte fermée »
- En Centre : l'accès aux traitements peut prendre des détours, des temps d'attente : les logiques de projet s'opposent parfois à l'intérêt des patients

Des cultures différentes

- Liberté de prescriptions en MG = facilitation des expérimentations
- Exemples :
 - la période pré-TSO
 - la prescription de Baclofène
 - invention de dispositifs palliant les défaillances des prises en charges en centres de soins

Des attitudes contradictaires

- Le MG a tendance à orienter soit :
 - vers un confrère perçu plus compétent
 - vers un centre de soin
- Dans le meilleur des cas dans un objectif de collaboration, souvent dans un objectif de soulagement
- A contrario, une critique revient souvent : envoyer un usager en centre = devient un « perdu de vue »

ORGANISATION DE LA MEDECINE DE VILLE DANS LES TSO

- 97 % des prescripteurs de MSO faisant l'objet d'un remboursement par la CNAM sont des MG (Enquête CNAM/OFDI 2010)
- 50 % des MG ne prescrivent jamais
- 25 % des prescripteurs prescrivent 80 % des MSO
- Rapportés à la population des MG : seuls 11% prescrivent régulièrement des TSO
- Quelques % de MG ont des files actives importantes

ORGANISATION DE LA MEDECINE DE VILLE DANS LES TSO

- Pas de formation initiale
- Peu de formation continue
- Un Savoir souvent empirique : l'apprentissage se fait en prescrivant
- Où l'on rencontre le meilleur et le pire
- La formation s'est faite par les Labos qui repèrent les prescripteurs (dernier exemple Suboxone)
- Le rythme de travail laisse peu de temps à la temporalité

ORGANISATION DE LA MEDECINE DE VILLE DANS LES TSO

- La question des MG à importante file active :
le meilleur et le pire
- Le meilleur : compétence, empathie, spécialisation implicite
- Le pire : renouvellements automatiques, faible empathie, des prescriptions sous la dictée => conséquences négatives pour l'utilisateur
- Le problème : quand le MG ferme son cabinet, part en retraite, que fait-on des patients ?

ORGANISATION DE LA MEDECINE DE VILLE DANS LES TSO

- « Spécialisation implicite » de MG très impliqués, disposant d'un savoir faire++
- Organisant des procédures « raccourcies » d'initiation de MTD : souvent plébiscités par les usagers (confiance installée, rencontres inopportunes, éloignement des centres)
- Suspicieux vis à vis des CSAPA : trop éloignés, fonctionnement lourd, haut niveau d'exigence

Les Enquêtes en MG

- **Qu'apprend-on des enquêtes ?**
 - **un patient connu est mieux accueilli qu'un patient inconnu**
 - **un patient déjà suivi par l'hôpital (sic), est mieux accepté : peut-on élargir cette tendance aux patients des centres ?**
 - **globalement : fortes réticences , méfiance, crainte du nomadisme**

Les Enquêtes en MG

- Les contraintes liées à la prescription de MTD
(consultation tous les 14 j, y compris pour patients stabilisés) : entraînent lassitude
- Les MG formés sont moins réticents à prescrire un traitement chronique
- Mais les autres ignorent les distinctions entre MTD et BHD
- Incompréhension sur la durée des traitements

Les Enquêtes en MG

- **Malgré les réticences : les MG se reconnaissent un rôle pivot dans la prise en charge des TSO**
- **Mais ce devrait être réservé à des médecins volontaires...**

Les Enquêtes en MG

- **Bonne image des Centres : disponibilité, fixation du cadre**
- **Ils souhaiteraient que les centres initialisent les traitements**
- **Centres perçus comme recours en cas de problèmes**
- **Les centres devraient avoir un rôle dans les fins de traitement et le sevrage**

Les problématiques communes

- Les TSO (fonction d'expertise)
- Les consommations ou polyconsommations de produits illicites
- Les problématiques « alcool » complexes
- Les troubles psychiatriques associés
- Les problématiques psycho-sociales complexes

Les problématiques communes

- **L'épidémiologie des consommations a évolué :**
 - hier souvent cantonnées au milieu urbain
 - aujourd'hui largement diffusées dans le peri-urbain mais surtout le milieu rural
- **Besoin d'un étayage pour le MG/Pharmacien**
- **Dans des formes adaptées : déplacement du CSAPA chez le MG ...**

Les problématiques communes

- Pour initier un traitement MTD, obligation de passer par les centres (très peu par l'hôpital)
- Les centres ne peuvent « conserver » les patients faute d'exploser leur file active et retarder les prises en charge
- Les patients eux-mêmes souhaitent rentrer dans le droit commun (médecine et pharmacie de ville)

Comment s'opèrent les contacts Médecine de ville/CSAPA ?

- Rares sont les usagers arrivant au CSAPA avec une lettre du MG
- Quand c'est le cas = plutôt bon indice et donc contact à privilégier
- Rares sont les contacts téléphoniques

NOUVELLES PRATIQUES EN MEDECINE DE VILLE

Le groupe « MG ADDICTIONS »

MG ADDICTIONS

- Rencontre de MG de ville exerçant ou non à temps partiel en CSAPA
- Très impliqués dans les TSO, mais également actifs dans l'ensemble des pratiques addictives
- Désireux d'échanger sur leurs pratiques et d'améliorer celles-ci
- Objectif de rassemblement de pratiques médicales éparpillées mais riches et innovantes
- Garder la singularité de l'exercice ambulatoire

MG ADDICTIONS

- Ce qui les réunit :
 - L'adhésion à une charte « humaniste » qui définit leur pratique médicale (C. Rogers)
 - Le souhait d'accorder au patient une place prééminente et motrice dans la définition de son parcours
 - Une volonté de collaborer activement avec le secteur médico-social dans le respect des identités
 - Le refus de s'engager dans une organisation bureaucratique pour consacrer l'essentiel des échanges aux pratiques concrètes
 - Pour cela, collaborer le plus étroitement possible avec le F.A.

MG ADDICTIONS

- **Les actions en cours :**
 - **La mise en place de la primo-prescription de Méthadone en Médecine Ambulatoire**
 - **implication dans le PHRC sur le Baclofène**
 - **travail de réflexion sur l'amélioration des relations entre les différents acteurs de soins**
 - **participation avec la F.A. sur un projet Cannabis associant acteurs de soins primaires et acteurs de soins spécialisés**

LES PISTES DE TRAVAIL

Pistes de court terme

- Pour les passages en prescription et pharmacie de ville de Méthadone :

=> Utiliser le recours systématique au MT s'il existe avec l'accord du patient

=> Suppose : contact téléphonique, rencontre, lettre détaillée, guides de bonnes pratiques incluses dans le courrier, ordonnance de délégation de prescription, offre d'aide si besoin

Pistes de court terme

- **Populariser auprès des MT/MG les recommandations de bonnes pratiques et les conseils**
- **Le place du CSAPA dans cette action dynamique est évidente : on ne peut s'appuyer uniquement sur les réseaux souvent en difficultés ++**

Pistes de court terme

- **Suppose un temps spécifique consacré à la réussite de ces collaborations-relais**
- **Ne pas imposer une communication pendant une consultation : solliciter un temps de disponibilité**
- **Si le MT n'est pas dans une pratique solitaire, il est plus enclin à prendre le relais**
- **Idem avec le pharmacien**

Pistes de court terme

- Des réseaux ont mis en place des systèmes de soutien :
 - délégués santé prévention en Gironde
 - coursiers sanitaires et sociaux en Poitou-Charente
 - la pratique d'inter-vision au cabinet du MT en Bourgogne
- Ces pratiques de réseaux, soumises aux aléas des financements et des pratiques militantes

Pistes de court terme

- La question financière en soins de ville revient dans les enquêtes : solvabilité, RV non honorés, longueur des prises en charge

=> D'où les solutions : de forfaitisation des consultations, d'ALD exonérante, tiers-payant partiel...

=> Sollicitation des ARS sur des protocoles CSAPA/MSP au travers des NMR

Pistes de court terme

Valoriser la fonction de médecine de ville

=> « Bulletin-web » des centres à destination des MG prescripteurs ?

=> Associer MG aux études sur le suivi des patients : p.e. la question des fins de traitement

=> Imaginer des passages à MTD gélule qui respectent la réglementation sans l'alourdir (déplacement au cabinet du MG)

=> Travailler à une plus grande fluidité des parcours dans les trois niveaux de soin

Pistes de court terme

- En définitive : être IRREPROCHABLE dans la relation !
- Qualité du contact
- Précision++ dans les modalités de suivi
- Suppose que les centres travaillent sur les modalités de cette relation avec la Médecine Générale telle qu'elle est

Pistes de long terme

- Désigner de fait la MG comme pivot des TSO sans assurer leur formation initiale et continue est illusoire
- La remarque s'applique à la pharmacie
- Renouveler auprès des instances universitaires la mise en place de qualifications en addictologie, incluant les TSO, la Réduction des Risques, ...
- ouvertes aux internes en MG et aux Internes en pharmacie

Pistes de long terme

- Groupe de travail au sein de la F.A. sur 3 ans
- Articulation des acteurs de soins en Addictologie au delà des TSO
- Incluant Centres et Médecine de Ville, avec indemnisation de ces derniers

Quelques Recommandations

Sans aucune prétention à l'exhaustivité

Quelques Recommandations (1)

- Encourager la formation commune des acteurs++ :
Initiale et continue des médecins, pharmaciens, infirmier(e)s, travailleurs sociaux, psychologues
- Pour faciliter des pratiques plus homogènes et des relations plus coopératives
- Sortir des fausses idées et des pratiques encrées et jamais revisitées

Quelques Recommandations (2)

- Introduire la question de la Réduction des risques dans la formation et la pratique de chacun des acteurs
- Intégrer l'échelon hospitalier : travail à mener avec les services d'urgence, les UP, les UCSA pour harmoniser les approches
- Formaliser la continuité des soins entre la liberté, la garde à vue et la détention (SOS médecins, UCSA)

Quelques Recommandations (3)

- **Travailler au renforcement des interactions avec la psychiatrie :**
 - **les comorbidités psychiatriques,**
 - **les interactions médicamenteuses entre les MSO et**
 - . **Les IRS et IRSNA,**
 - . **Les BZD**
 - . **Les prescriptions des antipsychotiques**

Quelques Recommandations

(4)

- Réinterroger en permanence les pratiques de chaque niveau
- Définir le périmètre de chaque niveau mais avec les porosités nécessaires qui permettent de traiter des problématiques complexes (« les entre-deux »)
- Définir le travail centres/médecine de ville comme des collaborations plutôt que des relais
- Travailler++ sur la question de l'alcool dans une perspective réduction des risques

Quelques Recommandations (5)

- S'appuyer sur les sages femmes libérales, moins stigmatisantes, pour les suivis de grossesse
- Travailler à la rédaction nationale d'un guide très court de bonnes pratiques en médecine de ville et pharmacie d'officine à actualiser : place de la F. A.

Quelques Recommandations (6)

- Faire progresser la démocratie sanitaire
- Poser la question de l'intervention des usagers dans l'organisation du dispositif ambulatoire
- Alors que la représentation des usagers est en crise
- Faire émerger des comité d'usagers communs aux Centres de Soins/Soins de Ville ?
- La place des usagers dans les réseaux addictologie ?

conclusions

- Médecine de ville :
 - à son actif : accès des patients à la substitution par BHD avec les conséquences positives que l'on connaît
 - à son passif : les conséquences de l'absence d'une formation spécifique : posologies inadaptées, prescriptions automatiques, etc...

- **Les CSAPA :**

- **se sont construits indépendamment de la Médecine de Ville, pour un public spécifique, parfois en opposition avec la culture médicale de ville**

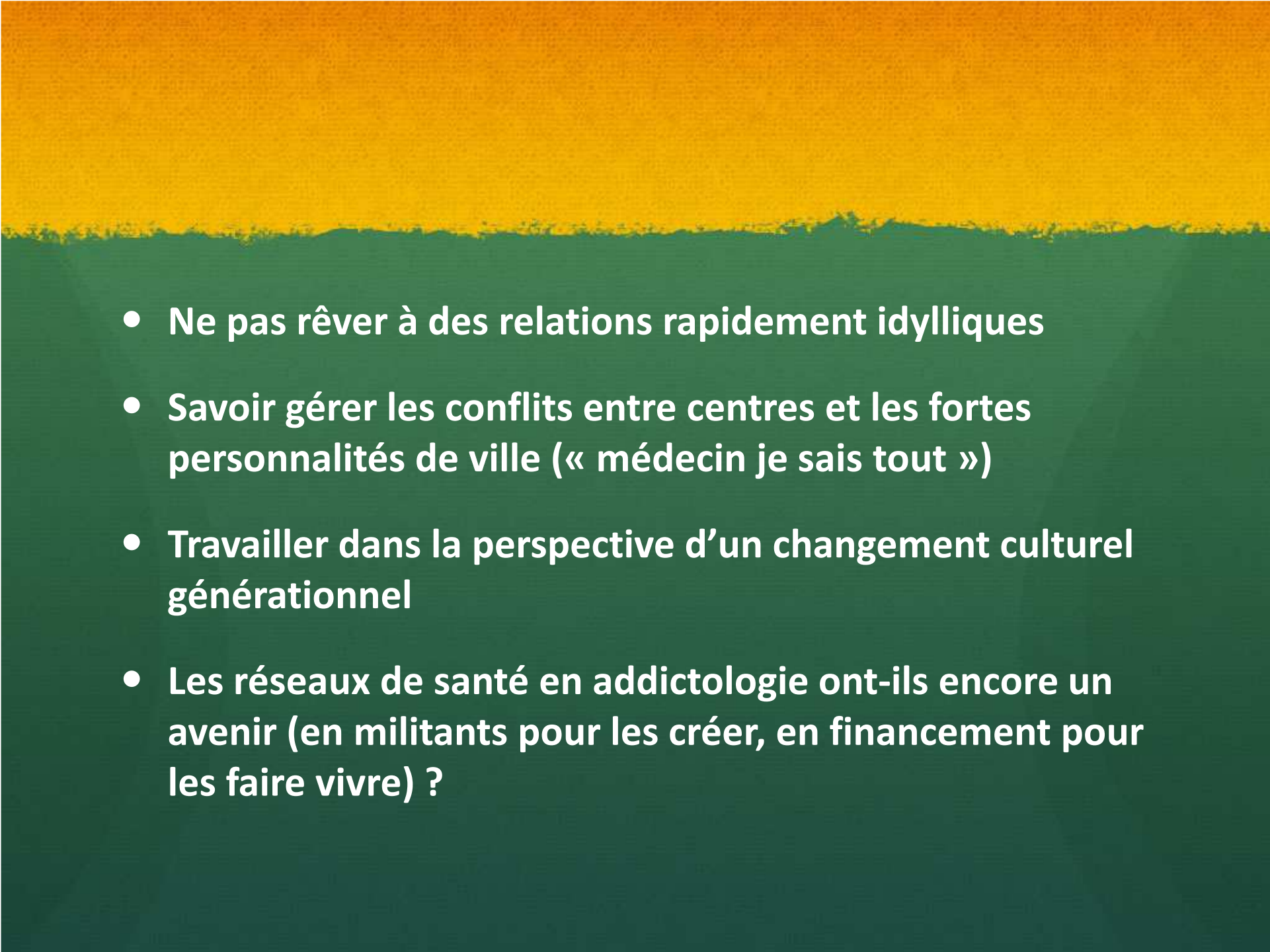
- **leur fonctionnement est souvent auto-centré**

- => mais besoin++ d'un partenaire relais**

- **A l'instar des relations avec le milieu hospitalier :
assurer une fluidité de circulation dans les deux sens**

=> Par une information sur ce que sont et font les centres

=> Par la définition de modalités de relation adaptées aux territoires

- 
- **Ne pas rêver à des relations rapidement idylliques**
 - **Savoir gérer les conflits entre centres et les fortes personnalités de ville (« médecin je sais tout »)**
 - **Travailler dans la perspective d'un changement culturel générationnel**
 - **Les réseaux de santé en addictologie ont-ils encore un avenir (en militants pour les créer, en financement pour les faire vivre) ?**

**« Renforcer les collaborations
Médecine de Ville/CSAPA ? »**

C'EST MAINTENANT !

Merci