

L'histoire de notre association G et T 59-62. est intimement liée à celle de « l'intervision ». C'est en effet des échanges avec nos partenaires que nous tirons notre première motivation. C'est le travail en commun qui nous a fait apprécier les compétences spécifiques des pharmaciens, psychiatres, infirmiers, acteurs médico-sociaux, etc. et en même temps nous a fait comprendre la spécificité de notre rôle de médecin généraliste.

Nous sommes bien conscients que ce projet ne peut exister que s'il est porté par l'ensemble des partenaires.



SOMMAIRE :

1) HISTORIQUE

a- naissance du projet

b- 1996 : arrivée de la BHD

c- évolution de 1996 à 2005

d- 2005 : la crise

e- de 2005 à 2010

2) PROJET : « L'INTERVISION POUR FACILITER LE PARCOURS DE SOIN EN ADDICTOLOGIE »

a-intervision pour structurer le lien CSAPA- médecine de ville

b- intervention pour patient (ou médecin) non encore inclus

c- réunion formation-réseau

d- évaluation

3) MISE EN ŒUVRE DE CE PROJET



1) HISTORIQUE

a- Naissance du projet

En 1990, devant le défaut de soins dans lequel se trouvaient les toxicomanes (principalement usagers d'héroïne), des médecins généralistes de l'agglomération lilloise décident de créer une association pour aider les médecins généralistes à s'occuper de cette population exclue du soin et ostracisée. L'objectif était que ces patients soient soignés comme les autres patients.

A cette époque, la prise en charge consistait principalement à soigner les comorbidités, donner des messages de prévention et notamment promouvoir la vaccination contre l'hépatite B, ouvrir un espace de parole en refusant à-priori la prescription de Tranxène, Rohypnol et autres benzodiazépines.

Dès le début nous avons considéré qu'une prise en charge cohérente nécessitait de prendre en compte la dimension sociale et psychologique en plus de la dimension somatique.

C'est pourquoi parallèlement à l'activité de soutien et formation auprès des médecins généralistes s'est installée la règle de créer du lien entre les différents acteurs « somato-psycho-sociaux ».

b- 1996, l'arrivée de la BHD

-L'arrivée de la BHD en 1996 a profondément bouleversé le cadre de la prise en charge

Désormais, un traitement substitutif aux opiacés est largement disponible et les usagers d'héroïne arrivent plus nombreux dans nos consultations pour en bénéficier.

Grâce à l'expérience acquise, la prescription de BHD se fait dans le cadre d'un contrat de soin établi entre le patient et les partenaires : Centre de soins, médecin et pharmacien.

L'intervision reçoit alors une première protocolisation, au sein du réseau Lille-addictions (CITD-asso G et T); ce moment de rencontre entre les différents intervenants auprès d'un patient permet un « diagnostic partagé ». La participation des professionnels libéraux est valorisée par le paiement d'honoraires.

c- évolution de 1996 à 2005

Cette période voit la naissance de l'addictologie et le développement de l'offre de soins. La file active des patients substitués se développe, mais, faute d'une formation adaptée les médecins et les pharmaciens s'interrogent sur leur implication dans le mésusage de la substitution.

Le dispositif « intervision » permet aux médecins généralistes (MG) et pharmaciens les plus expérimentés de partager leur expérience avec les autres confrères au sujet d'une méthode de travail nouvelle, centrée sur le patient et son environnement, intégrant la consultation chez le généraliste dans le parcours de soin souvent complexe du patient, posant comme nécessité prioritaire, la mise en cohérence des différentes interventions.

A cette époque, souvent la rencontre avec les acteurs sociaux ou les pharmaciens constitue une expérience forte d'ouverture vers une pratique de réseau ; cette nouvelle approche montre son intérêt dans d'autres domaines, notamment dans le suivi des malades « psy ». L'association modifie son nom pour se nommer « G et T, nouvelles pratiques en médecine générale ».

d- 2005 : la crise

Afin de pérenniser le dispositif, une demande de financement au titre des réseaux est déposée en 2005; elle est cependant refusée sans alternative, ce qui menace de faire disparaître brutalement l'ensemble du dispositif. Grâce à un financement exceptionnel de l'URCAM, le fonctionnement peut, in-extremis, être maintenu, mais, en terme de ressources humaines et de motivation, le prix de cette crise est lourd.

La réflexion suite à cette crise nous mène sur deux pistes

1) Nos difficultés à traduire et à chiffrer notre projet en terme de santé publique nous incite à nous rapprocher de l'URCAM et de l'URMEL.

Plusieurs réunions de travail avec l'URMEL nous permettent d'introduire les processus d'évaluation dans notre fonctionnement.

Des réunions régulières avec l'URCAM nous aident à comprendre les contraintes et les attentes des financeurs publics. Nous commençons un travail de protocolisation qui respecte les nouvelles dispositions de la loi Santé et territoire

2) Notre réflexion se poursuit sur la place du médecin généraliste en addictologie: -L'addictologie est une discipline particulière; les concepts peinent à la définir et sont encore en évolution; les neurosciences, la psychologie, la sociologie, la philosophie apportent chacune des éléments de compréhension pour une prise en charge qui n'est pas univoque. Pathologie d'adaptation, elle nécessite de considérer autant la personne que son environnement. Pathologie du lien, puisqu'elle remplace la liberté de choix d'un sujet par une aliénation à un objet unique et mortifère, elle implique d'aider le patient à reconstruire ses relations aux autres et à lui-même. Dans tous les cas, il nous faut accompagner le patient durant ces périodes dangereuses afin qu'il puisse prévenir ou soigner les conséquences néfastes de son comportement « addict ».

-Les frontières des addictions ne sont pas fixées: aux traditionnelles addictions aux psychotropes sont ajoutés : les conduites dopantes, les TCA, le jeu pathologique, les addictions à Internet, etc. Si la notion de « perte de contrôle » constitue un repère essentiel, les médecins généralistes sont en position d'intervenir avant cela, au stade de conduites à risque, notamment chez les adolescents.

-Le patient qui souffre d'addiction est souvent très soucieux de garder la plus grande confidentialité; la précarité peut l'amener à ne pas faire valoir ses droits; les comorbidités psychiatriques relativisent dans certains cas le consentement éclairé; le rapport à la loi est souvent ambigu; Certaines situations mettent en évidence un environnement pathogène qui n'est cependant pas demandeur de soin pour lui-même.

Pour ces raisons, les modèles de prise en charge des autres problématiques (diabète, périnatalité), se trouvent ici inadaptés.

Il apparaît qu'en addictologie le cadre est lui-même un élément du traitement, et qu'il doit être adapté à la problématique du patient. L'adaptabilité du cadre est un indicateur de sa pertinence.

e- De 2005 à 2010

Nous avons construit avec nos partenaires la « charte de l'intervision », finalisant les résultats de nos réflexions communes.

Cette charte a été largement diffusée; les comités de pilotage prévus dans la charte ont permis de valider les dispositions inscrites.

Ces comités de pilotage ont en outre posé les jalons d'une future évolution, en posant la question du dossier-patient, des réunions de formation, et des interventions pour des patients non encore inclus dans un dispositif.

La participation à la Commission Régionale Addictologie nous a permis en outre de mieux percevoir les problématiques régionales.

Cette expérience nous permet de proposer un projet en évolution, s'adaptant à la nouvelle organisation des soins et tenant compte des problématiques locales :

2) L'INTERVISION POUR FACILITER LE PARCOURS DE SOIN EN ADDICTOLOGIE

a) Intervision pour structurer le lien CSAPA¹-médecine de ville

¹ Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

* Systématiquement dès la première consultation en CSAPA, le patient est invité à désigner son médecin traitant; celui-ci sera convié par courrier à une première intervision qui favorisera l'élaboration d'un diagnostic partagé; à cette réunion sera également invité le pharmacien désigné par le patient.

* Lors du relais « en ville », une intervision est programmée avec les acteurs libéraux pour faciliter la bonne réalisation de ce relais

Ce dispositif s'appuie sur un contrat de soin entre le patient et les intervenants, et sur la charte de l'intervision.

Le CSAPA propose aux patients de bénéficier de ce dispositif, les partenaires sont invités sur demande du patient, du CSAPA, du médecin traitant ou du pharmacien. les invitations sont faites par GetT *et le CSAPA*. La réunion est organisée par GetT *et le CSAPA*.

Un compte rendu est inclus dans le dossier patient du CSAPA

b) intervision pour patients (ou médecins) non encore inclus

Une réunion d'intervision peut également être organisée pour que des acteurs d'un secteur puissent se rencontrer pour des raisons exceptionnelles : création de réseau sur un secteur, problématiques particulières ou patient non inclus (CMP, Maison d'arrêt...).

c) Réunion formation-réseau

Une ou plusieurs fois par an est organisée au niveau du bassin de vie une réunion du réseau avec un objectif de formation.

A ce niveau est organisé également un comité de pilotage pour les intervisions du secteur.

Le patient est au cœur de ce dispositif; ses représentants sont associés au comité de pilotage et aux formations; les formations dans ce cadre ont pour objectif le travail en réseau centré sur le patient, son parcours de soin et son autonomisation. L'organisation de ces formations se fera en lien avec les autres structures (réseau Lille-solidarité, CARA, ...) afin d'optimiser les moyens.

d) évaluation du dispositif

1) sur le nombre de patient entrant dans le dispositif au niveau des CSAPA,

le nombre de médecins généralistes et pharmaciens invités, le nombre de MG et Pharmaciens participants,

- 2) sur le nombre de formation-réseau et le nombre de participants
- 3) sur le nombre de réunion de pilotage et le contenu de ces réunions.
- 4) sur l'évolution de la couverture régionale par ce dispositif
- 5) sur les nouvelles problématiques mises à jour et les innovations proposées.

3) MISE EN ŒUVRE DE CE PROJET

1) Le projet actuel est le résultat d'une large concertation au sein de l'association G et T

L'étape suivante, qui est en cours, consiste à faire part de ce projet à nos partenaires,

-principalement par leurs représentants au sein du CARA, ainsi que de ECLAT-GRAA et de l'ANITEA,

-également les représentants des pharmaciens (ex-asso Pharmaciens et Toxicomanie) et les diverses associations ou CMP avec lesquelles nous travaillons régulièrement.

afin de l'améliorer si nécessaire et de pouvoir s'appuyer sur un consensus large pour en proposer l'application.

2) la seconde étape consiste à organiser sur le terrain ce qui est décrit dans le dispositif, à partir des intervisions déjà existantes, et en organisant des intervisions là où elles n'existent pas encore. Pour cela des comités de pilotage réuniront localement médecins généralistes et pharmaciens impliqués et les CSAPA, CARUD, et éventuellement CMP et autres structures concernés.

Ce dispositif devrait se mettre en place sur une année, afin que dans ce délai, tous patients dont la situation le nécessite puissent en bénéficier.

Son évaluation se fera de façon annuelle sur les critères précédemment mentionnés.