



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation d'un outil de travail en réseau : l'intervision d'addictologie.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2015 à 18h  
Au Pôle Formation  
**Par Samira ZOUZOU**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Claude MASQUELIER**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ARS	Agence régionale de santé
BHD	Buprénorphine haut dosage
CCAA	Centre de cure ambulatoire en addictologie
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins en toxicomanie
HAS	Haute autorité de santé
MG	Médecins Généralistes
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation

## TABLE DES MATIERES

I Introduction .....	8
A. Quelques définitions .....	8
1. Addiction .....	8
2. Addictologie .....	9
3. Le réseau de santé .....	9
4. L'intervision .....	9
B. Quelques données historiques sur l'offre de soins d'addictologie .....	10
C. Les soins en ambulatoire.....	11
1. Le médecin généraliste.....	11
2. Les CSAPA .....	11
3. Le rôle de l'association GT59/62 .....	11
D. Les objectifs de l'étude .....	12
II. Matériels et méthode.....	13
A. Type d'étude .....	13
B. Population étudiée .....	13
C. L'entretien.....	13
1. Type d'entretien .....	13
2. Guide d'entretien .....	13
3. Déroulement de l'entretien.....	14
D. Méthode d'analyse des données.....	14
III. Résultats .....	15
A. Echantillon étudié .....	15
B. Résultats de l'étude .....	16
1. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste face au patient présentant des addictions.....	16
a. Les difficultés liées au patient.....	16
i. Sa personnalité .....	16
ii. La complexité de sa situation .....	17
b. Les difficultés liées au médecin.....	18
i. Le manque de temps .....	18
ii. L'isolement.....	18

iii. Le manque de formation .....	18
2. L'intervision, un outil de travail .....	19
a. Découverte de l'intervision .....	19
b. l'intervision, un lieu d'échanges.....	19
i. Découverte des interlocuteurs .....	19
ii. Création d'interconnexions et travail en réseau.....	20
c. L'intérêt de ces échanges pour le médecin généraliste .....	20
i. Une approche plus globale du patient .....	20
ii. Une prise en charge collégiale .....	21
iii. L'actualisation des connaissances du médecin généraliste .....	21
iii. Une meilleure prise en charge .....	22
3. Les limites de l'intervision .....	23
a. Des limites en termes d'organisation.....	23
i. Contacter, solliciter les médecins généralistes est difficile.....	23
ii. Réunir l'ensemble des professionnels est difficile.....	23
b. Des limites en termes d'harmonisation.....	24
i. La participation des médecins généralistes reste faible par rapport aux autres intervenants.....	24
ii. Certains centres sont plus médicalisés que d'autres .....	24
c. Des limites en termes de financement.....	25
i. Un temps de travail mal indemnisé.....	25
ii. Des restrictions de budget .....	25
4. Des axes d'amélioration .....	26
a. Améliorer l'intervision .....	26

i. Effectuer des réunions internes d'évaluation.....	26
ii. Favoriser les réunions de pôles.....	26
iii. Choisir un lieu plus neutre .....	27
b. Faire connaître l'intervision.....	27
i. Le rôle de la faculté de médecine.....	27
ii. Le rôle des médecins participant aux interventions.....	28
iii. Le rôle du Conseil de l'Ordre des médecins .....	28
c. Utiliser l'intervision dans d'autres domaines .....	29
IV. Discussion.....	30
A. Principaux résultats .....	30
1. L'addictologie, une discipline particulière .....	30
2. La place du médecin généraliste en addictologie .....	30
3. Les principaux intérêts de l'intervision .....	31
4. L'intervision, un outil de travail perfectible .....	32
B. Validité de l'étude .....	33
1. Force de l'étude.....	33
a. Choix de l'étude.....	33
b. Choix de la méthode .....	33
c. La population étudiée .....	33
d. Le recueil de données .....	34
2. Faiblesses de l'étude .....	34
a. L'interviewer .....	34
b. Biais d'interprétation.....	34
c. Biais de sélection.....	34
V. Conclusion .....	35
BIBLIOGRAPHIE .....	36
ANNEXES.....	39
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	39
Annexe 2 : Les entretiens .....	41
Annexe 3 :L'association GT59/62 .....	83
Annexe 4 : La charte de l'intervision .....	84
Annexe 5 : Les sites d'intervisions .....	86
Annexe 6 : Répartition des présents par intervention .....	87

## RESUME

**Contexte** : La région Nord-Pas-de-Calais est beaucoup plus fortement touchée que les autres régions par les problématiques liées aux addictions et par leurs conséquences sur la santé. Cette étude avait pour objectif d'évaluer pour le médecin généraliste un outil de travail en réseau: l'intervision d'addictologie.

**Méthode** : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi- dirigés de 10 médecins généralistes y participant. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse des résultats a été faite en double aveugle.

**Résultats** : Les médecins rencontraient des difficultés multiples, liées au patient (personnalité, complexité de la situation) et liées à leur pratique (manque de temps, de formation, et isolement).L' intervion apparaissait comme un lieu de rencontre entre les différents professionnels qui gravitent autour du patient (médecins, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux...). Elle permettait aux médecins d'améliorer leur cadre de prise en charge et leur permettait d'actualiser leurs connaissances. Toutefois elle semblait manquer d'homogénéité avec des sites d'intervisions plus médicalisés que d'autres, de plus la participation des médecins semblait insuffisante, l'intervision paraissait encore peu connue. Les médecins proposaient une amélioration de cet outil avec des évaluations internes et semblaient vouloir la faire connaître d'avantage pendant les études médicales, et en s'impliquant plus.

**Conclusion** : Cette étude a permis de montrer que ce dispositif toujours en évolution offre aux médecins généralistes des outils nécessaires à la prise en charge des patients dépendants.

# **I. Introduction**

## **A. Quelques définitions**

### **1. Addiction**

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements (1).

La dépendance se caractérise par « la survenue de symptômes de sevrage en cas d'absence de la substance ou d'activité addictive, ainsi que par le développement d'une tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire quels que soient les signes de destruction physique ou psychique ». (1)

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4ème édition ou DSM IV publié par la société américaine de psychiatrie définit des critères de dépendance à une substance. Ces critères sont axés sur « un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative ». Dans la dernière édition datant de 2013 le DSM V, les notions d'abus de substance et de dépendance à une substance ne sont plus séparées(2).

D'après Goodman, « l'addiction est un processus par lequel un comportement pouvant permettre à la fois la production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». (3)

Dans les conduites addictives trois types de facteurs interagissent : la personne, son environnement, et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive) (4).

### **2. Addictologie**

Son champ d'investigation théorique et pratique est centré sur « les comportements auto-aliénants des êtres humains, les addictions, et en particulier les pratiques de consommation de substances psychoactives pouvant engendrer des dommages et des dépendances » (5)

D'après la fédération française d'addictologie(FFA), la naissance de l'addictologie correspond à la prise en compte de données épidémiologiques montrant une



augmentation des poly consommations, de données cliniques indiquant de fortes ressemblances entre les différentes conduites addictives et de données sociopolitiques traduisant une volonté de plus en plus large de décloisonner les approches pour améliorer les politiques de santé publique dans ces domaines(5).

Le professeur Parquet Philippe a montré dans son rapport en 1997 qu'il fallait « dépasser l'approche par produit pour s'intéresser aux comportements de consommations » (6).

### **3. Le réseau de santé**

Les réseaux de santé d'après la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation, de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins(7).

### **4. L'Intervision**

Inspirée des pratiques des maisons médicales de Tournai et de l'analyse transactionnelle qui s'intéresse aux dynamiques intrapsychiques et aux échanges interpersonnels pour faciliter la communication, l'intervision apparaît comme une pratique à mi-chemin entre la réunion de synthèse et le groupe BALINT(8).

La particularité de l'Intervision est d'être centrée sur la substitution(8).

La réunion de synthèse et la réunion d'intervision sont des lieux de rencontres régulières où des professionnels assurant la prise en charge d'un patient échangent leurs points de vue. L'intervision diffère de la réunion de synthèse par le degré d'implication personnelle dans le problème. La question initiale « quel est le problème ? » est posée sous cette autre forme « quelle est ma difficulté face à ce patient ? » (8).

Au cours de l'Intervision, « chaque intervenant a sa place et met à profit ses compétences, ses connaissances. De plus, c'est la dynamique de groupe, le travail collectif qui est mis en avant sans qu'il n'y ait de positionnement hiérarchique. Le groupe Balint animé par des psychanalystes explorera plutôt les mécanismes psychiques, avec les protections nécessaires. »(8).

## **B. Quelques données historiques sur l'offre de soins en addictologie.**

La France en 1970 met en place de nouvelles actions sur le plan législatif pour lutter contre le fléau de la drogue qui devient un problème de santé publique; une loi d'exception, la loi Mazeaud est votée. Celle-ci présente deux objectifs, d'une part la répression de l'usage en société mais également de l'usage individuel, et du trafic de drogues, et d'autre part elle présente un volet thérapeutique avec une série de soins adaptés pour les usagers. (9).

En 1975 avec l'époque OLIVENSTEIN (psychiatre français) on considère « la dépendance comme conditionnée par la rencontre entre un produit, une personnalité et un moment socio-culturel donné, on introduit alors la notion de soins psychosociaux »(10)

A partir de 1985, avec l'arrivée du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) touchant les patients usagers d'héroïne, la prise en charge de ces patients prendra un nouveau tournant, en effet les pratiques professionnelles du secteur médicosocial sont mises à mal, et les pouvoirs publics, conscients de la situation préoccupante des victimes du SIDA et de la toxicomanie souhaitent ouvrir l'offre de soins et encouragent la réduction de risque. (11)

Cela incitera en France à partir de 1992 et sous l'impulsion de Bernard KOUCHNER, ministre de la santé à l'époque, l'introduction de thérapeutiques de substitution avec une AMM (autorisation de mise sur le marché) en mars 1995 pour la Méthadone et en juillet 1995 pour la Buprénorphine (11). Jusqu'en 1993 l'utilisation de la Méthadone n'était qu'expérimentale et réduite.

Les programmes de substitution par Méthadone seront principalement développés sous la responsabilité de centres spécialisés mais le dispositif s'ouvre aussi vers l'extérieur avec la création de réseaux(12).

C'est à partir de 1986 qu'ont émergés en France des regroupements de bénévoles, de professionnels ayant constaté l'impossibilité de travailler efficacement de façon isolée auprès des toxicomanes. Ces regroupements se sont progressivement organisés en réseaux, d'abord à Paris puis à Lille, Lyon...(12)

L'Etat en 1991(circulaire du 04/06/1991) soutient officiellement et financièrement ces coordinations qui prennent le nom de réseaux ville-hôpital. (13)

Depuis 1991, l'association GT (généralistes et toxicomanie) 59/62 fondée par trois médecins généralistes organise la plupart des réseaux centrés sur le toxicomane dans la région Nord-Pas-de-Calais. C'est à cette même époque que petit à petit les intervisions voient le jour(11).

## **C. Les soins en ambulatoire**

### **1. Le médecin généraliste**

Il occupe aujourd'hui en France une place centrale dans la prescription des traitements de substitution, en effet il peut prescrire en première intention la BHD (buprénorphine haut dosage) aux patients dépendants aux opiacés, et peut prolonger la prescription de méthadone après initiation du traitement dans un centre spécialisé, à l'hôpital. (11)

### **2. Les CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie)**

La loi du 02/01/2002 a instauré la création de ces centres qui constituent un statut d'établissement médico-social commun aux CSST (centres spécialisés de soins en toxicomanie) et aux CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie) (5).

Les CSAPA offrent une prise en charge médico-psycho-sociale de proximité qui permet d'établir des sevrages simples et de servir de relais ville (après sevrage simple ou complexe), le but final est d'aider la personne à se réinsérer dans son quotidien(14).

### **3. Le rôle de l'association GT59/62**

C'est un réseau de 400 cabinets de médecins généralistes et autres professionnels. Elle rassemble des professionnels de santé pour des prises en charge dite de « ville » coordonnées, elle développe des partenariats avec les structures hospitalières et médicosociales concernées par la prise en charge des comportements addictifs(15). Cette association structurée est un lieu d'échange et d'influence.

Elle s'appuie sur un dispositif :

L'intervision (16).

Les premières interventions financées se déroulaient au CHRU (centre hospitalier régional universitaire) de Lille, par la suite l'URCAM (union nationale des caisses d'assurance maladie) a permis le financement des autres sites.

On compte actuellement 18 sites d'intervisions dans le Nord-Pas-de-Calais (cf. annexe 5). En 2014, 100 interventions ont eu lieu, plus de 200 médecins généralistes y ont participé; la participation des libéraux est stable, 33,5% en 2014 avec chez les généralistes un taux de représentation de 20% en 2014 (chiffres tirés du rapport d'activité 2014 de GT).

L'intervention est faite à la demande d'un professionnel de ville ou de CSAPA.

On y retrouve des professionnels des champs médicaux, psychologiques, sociaux associatifs...(16)

Tous respectent la charte de l'Intervention (Cf. annexe 4).

## **D. Les objectifs de l'étude**

L'intervention permet de structurer le lien entre le CSAPA et le médecin généraliste, cet outil de travail existe maintenant depuis plus de vingt ans.

Cette étude a pour but d'évaluer l'intervention mise à la disposition des médecins généralistes :

Quels sont les intérêts de l'intervention pour le médecin généraliste ?

## **II. MATERIELS ET METHODE**

### **A. Type d'étude**

Pour atteindre l'objectif fixé, une étude qualitative a été réalisée. « La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative, et garantit l'émergence de nouvelles idées ». La méthode qualitative permet d'aller en profondeur et de comprendre les attitudes et sentiments des personnes interrogées(17).

### **B. Population étudiée**

Le recrutement a été réalisé selon un échantillonnage raisonné à variation maximale. Le but est de représenter qualitativement la population de médecins généralistes participant aux intervisions d'addictologie, la diversité des opinions, des comportements était recherchée.

Les coordonnées des médecins ont été obtenues auprès de l'association GT59-62 qui organise la plupart des intervisions dans la métropole lilloise.

Les médecins ont été recrutés par email.

### **C. L'entretien**

#### **1. Type d'entretien**

10 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. La méthode de l'entretien individuel semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations qui permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes prédéfinis et consignés dans le guide d'entretien(17).

#### **2. Guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été réalisé par le chercheur après avoir assisté en tant qu'observateur à plusieurs intervisions sur la métropole Lilloise, le guide d'entretien a été validé par le directeur de thèse puis testé en entretien fictif avec un interne de médecine générale.

Le guide d'entretien a été construit selon trois axes d'exploration : les attentes du médecin généraliste à propos de l'interview, le déroulement de l'interview et enfin le bilan du médecin généraliste.

L'entretien commençait par une question de présentation générale permettant l'ouverture du dialogue, puis faisaient suite quinze questions ouvertes.

Les questions étaient posées au fil de la discussion, sans forcément suivre leur ordre pré établi dans le guide, ceci pour faciliter l'émergence d'idées nouvelles.

Le recueil des données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments, ici la saturation des données a été obtenue au bout de huit entretiens; deux entretiens supplémentaires ont permis de la confirmer.

### **3. Déroulement de l'entretien**

Les entretiens ont été réalisés par le même chercheur en face à face au cabinet du médecin généraliste dans la majorité des cas. Néanmoins, faute de temps, pour un des médecins, un entretien téléphonique a été fait.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de chaque médecin interrogé et leur anonymat était garanti.

Un double enregistrement a été effectué utilisant un dictaphone Olympus Imaging Corp et un téléphone Samsung Galaxy S 3.

### **D. Méthode d'analyse des données.**

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement sur un support informatique sous la forme de verbatims (mot pour mot) sans modification ni reformulation des propos.

Après plusieurs lectures des entretiens, un codage ouvert puis un codage axial des verbatims ont été effectués grâce au logiciel QSR NVIVO10.

Pour augmenter la validité interne de l'étude, le codage a été réalisé par un deuxième chercheur, interne de médecine générale.

### III. Résultats

#### A. Echantillon étudié

10 médecins généralistes ont été interrogés, le recueil des données s'est fait de décembre 2014 à mars 2015. 3H18 d'entretiens ont été retranscrites.

L'entretien le plus court a duré 11min39, le plus long 31min45.

Tableau : Caractéristiques des médecins interviewés

Médecins	Sexe	Age	Année*
M1	FEMME	42	2010
M2	FEMME	55	1997
M3	HOMME	60	1995
M4	FEMME	42	2010
M5	HOMME	50	2005
M6	FEMME	33	2013
M7	HOMME	46	2014
M8	HOMME	50	2000
M9	HOMME	63	2005
M10	HOMME	62	1997

\* date de participation aux interviews

## **B. Résultats de l'étude**

### **1. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste face au patient présentant des addictions**

#### **a. Les difficultés liées au patient...**

##### *i. Sa personnalité*

Les médecins interrogés étaient souvent confrontés au déni du patient.

Le déni du patient constituait pour le médecin une entrave à l'accès aux soins.

Le patient alcoolique ou toxicomane se présentait rarement en consultation avec une demande de sevrage bien formulée. Reconnaître la gravité de son problème paraissait souvent compliqué et retardait l'initiation aux soins.

*« Il y a souvent une phase de déni et donc on est un peu complexé en tant que médecin M10 » « A partir du moment où il y a déni, il n'y a pas d'entrée dans un cercle de décisions M10 » « Pour pouvoir sortir d'une addiction il faut d'abord la connaître M10 »*

Les médecins interrogés faisaient souvent face à des patients qui se sentaient coupables : les patients avaient un discours d'auto dépréciation avec une mésestime de soi.

*« Ils n'arrivent pas à se voir comme des malades ordinaires M4 » « Ils n'osent pas facilement revenir nous solliciter ou nous parler M4 » « Il faut qu'ils acceptent de se sentir addicts, et dans son propre regard c'est quelque chose qui est mal perçu M4 »*

Les médecins décrivaient enfin des patients manquant de motivation : les patients étaient décrits comme étant sans volonté, peu rigoureux, cela rendait la prise en charge plus difficile, sans garantie de résultats.

*« Ils ne sont pas hyper rigoureux dans les rendez-vous M9 » « Ils manquent de motivation et donc on se bat seul M9 » « Avec certains patients, il y a pas mal de laisser aller M6 » « Les patients ne se présentent pas à leur rendez-vous. Cela doit traduire une certaine peur M9 »*



*ii. La complexité de sa situation*

Les difficultés liées à sa situation étaient multiples, elles étaient d'ordre médical : il s'agissait de patients poly pathologiques avec des comorbidités psychiatriques, les risques de rechute étaient importants, les patients décompensaient ; les prescriptions étaient souvent compliquées rendant le démarrage et la prise en charge difficile .

*« Il y a souvent chez ces patients des problèmes d'observance M7 » « On met des choses en place, ça marche ou ça marche moins bien et puis ils rechutent M4 » « L'autre difficulté c'est quand ils décompensent, quand ils se déstabilisent » « Le maintien du suivi est difficile, le démarrage est difficile M5 » « Quand il y a demande de soins ou plutôt de prescription ,savoir faire la différence entre la demande de soins et juste le deal est compliqué M5 » « Certains ont des traitements substantiels en sortant de psy, nous on n'est pas psy M1 »*

Elles pouvaient également être d'ordre psychologique : certains patients avaient des troubles affectifs, luttait contre l'anxiété, le stress et leur malaise intérieur. Les médecins notaient une grande fragilité du patient toxicomane qui n'était pas toujours simple à gérer.

*« On accède à leurs blessures de vie M3 » « Beaucoup de mes patients ont des troubles affectifs, je dois gérer leur anxiété, leur stress M1 » « Certains souffrent psychologiquement, ils sont fragiles et ça complique la prise charge M5 » « Le toxicomane est un patient particulier M9 »*

Enfin, elles pouvaient être d'ordre social : les patients faisaient parfois face à de multiples problèmes socioprofessionnels, familiaux et parfois même judiciaires. L'ensemble de ces problèmes pouvait compliquer la prise en charge

*« On a souvent des doutes sur le contexte social qui n'est jamais facile de connaître au cabinet médical M9 » « La précarité dans laquelle ils sont, avec des situations sociales compliquées, des logements insalubres, certains sont au chômage, d'autres ont connu la prison M1 » « La vie n'est pas clémente pour eux, leur entourage est parfois difficile, ils ont de mauvaises fréquentations M3 »*

## **b. Les difficultés liées au médecin...**

### *i. Le manque de temps*

Pour les médecins interrogés, les patients vus au cabinet représentaient une charge de travail importante qui nécessitait beaucoup de temps et d'investissement.

*« Ce sont des patients chronophages, moi je leur consacre une demi-heure à chaque consultation M3 » « Il ne faut pas se laisser déborder M3 » « On doit souvent prévoir plus large M3 »*

### *ii.L'isolement*

Les médecins interrogés se sentaient démunis et isolés dans leur cabinet médical. L'isolement naturel de leur pratique stérilisait parfois leurs possibilités. Prendre en charge seul les patients dépendants, semblait très compliqué.

*« Au cabinet on se sent démun, isolé, on se sent seul face aux questions qu'on se pose vis-à-vis du patient M9 » « Quand on est seul dans son cabinet, on a l'impression d'être le pire des cons M3 » « Pour prendre en charge au mieux ces patients, il faut sortir de l'isolement M7 »*

### *iii. Le manque de formation*

Les médecins interrogés ne se sentaient pas assez formés pour la plupart, ils manquaient souvent d'expérience, certains trouvaient leur prise en charge approximative car ils ne connaissaient pas bien l'addictologie. Pour eux, il était nécessaire de se former, d'apprendre les techniques de savoir-être et de savoir-faire.

*« Je me mettais des barrières, je savais pas comment faire, je manquais d'expérience M5 » « Chacun bricole, bidouille dans son coin M3 » « C'est pas un sujet que je maîtrise suffisamment M7 » « J'ai pas un recrutement important M7 » « Je ne suis pas trop au point d'un point de vue addictologie M7 »*

## **2. L'intervision, un outil de travail.**

### **a. Découverte de l'Intervision**

Les médecins interrogés avaient découvert l'intervision de différentes manières ; pour les plus anciens ils avaient participé à leur création, certains avaient été sollicités directement par l'association GT 59/62 ou les CSAPA, certains par l'association OXYGENE prévention des toxicomanes (à Faches Thumesnil), pour d'autres, par des confrères et enfin pour les plus jeunes durant leur formation ou durant leurs études.

*« J'ai participé à leur mise en place, et étais adhérent de l'association, euhhh on a connu les interventions belges M3 » « Je pense que c'est le Relais qui m'a contacté directement et la Fraternité aussi M7 » « J'ai remplacé un médecin qui y allait et mon associé y allait aussi M1 » « Durant mon externat et mon internat (deux semestres d'addictologie chez le docteur U) et en temps que FFI (faisant fonction d'interne)...M6 ».*

### **b. L'intervision est un lieu d'échanges**

#### *i. Découverte des interlocuteurs*

Les médecins décrivaient l'intervision comme un lieu de rencontres, qui leur permettait de sortir de leur isolement et qui leur permettait aussi d'apprendre à mieux se connaître. L'intervision était pour eux un espace privilégié où tous les partenaires se rencontraient, découvraient leurs domaines d'intervention respectifs et leurs compétences.

*« Les interlocuteurs sont très confraternels, c'est vachement agréable M3. » « C'est pas facile que des médecins et psychosociaux parlent les uns devant les autres sans crainte, sans être sur la défensive M5 » « C'est l'occasion de rencontrer des gens qui ont tous une valeur d'humanisme M3 » « Tout le monde se respecte, mais fondamentalement, c'est pas de l'hypocrisie M3 » « C' est un des rares endroits où on va discuter avec une assistante sociale, des infirmières psy, avec des chargés de mission et mieux connaître leur métier M4 »*

*ii. Création d' interconnexions et travail en réseau.*

L'intervision était décrite comme un lieu unique, rare où l'ensemble des professionnels qui prenait en charge le même patient communiquait, croisait leurs regards. Elle leur permettait d'échanger, de s'interroger. Pour eux l'intervision favorisait le travail de groupe.

*« Etre avec des professionnels, exposer directement ses difficultés, débattre, discuter, y a pas d'autre endroit où on peut le faire, dans un congrès vous ne pourrez pas le faire M4 » « C'est intéressant de partager l'information pour ensuite coordonner les soins M7 » « Quand plusieurs personnes gravitent autour du même patient, c' est très utile de confronter nos visions M6 » « Je sens qu'avec certains intervenants on a des visions communes, avec d' autres la vision est différente, donc c'est intéressant, notre vision n'est pas toujours bonne, ou pas toujours la meilleure M7 » « Comme je le disais, on est à plusieurs, on échange, chacun à une connaissance du patient , donc on croise nos regards M9»*

**c. L'intérêt de ces échanges pour le médecin généraliste.**

*i. Une approche plus globale du patient*

Pour les médecins interrogés, la prise en charge des patients nécessitait une appréhension globale de leurs difficultés médicales mais également sociales, et cela était possible grâce à l'intervision qui permettait aux médecins d'avoir une connaissance plus complète du patient.

*« L'addictologie est loin d'être un problème uniquement médical, dans les 3 /4 du temps c'est avant tout social. M4 » « J' ai une meilleure connaissance du patient, un regard plus large M9 » « Le patient selon son interlocuteur ne dit pas forcément la même chose, donc c'est intéressant de pouvoir lors de réunions regrouper tout ça M9» « Je vais prendre par exemple le surendettement, on avait fait un dossier là-dessus, on se rend compte qu'on a un grand nombre de patients surendettés, que c'est la cause de leur anxiété et que leur problème médical est social M4» « On aborde les problèmes médicaux ,sociaux , les deux sont intriqués M4»*

*ii. Une prise en charge collégiale*

Pour les médecins, l'intervision permettait de rapprocher les interlocuteurs qui réfléchissaient ensemble et décidaient ensemble sans hiérarchie. Elle leur permettait de trouver des solutions de groupe, de faire face de façon concertée à des cas complexes.

*« Je soumetts mes difficultés à ce collège d'experts , des professionnels de santé qui réfléchissent autour de ça, et ça redonne un nouveau souffle à ma prise en charge M2 » « Lors de ma dernière intervention, j' ai retranscrit l' intégralité de ce qui a été dit, et du coup ça m'a donné une certaine autorité sur le patient, je lui explique que les décisions sont collégiales et du coup c'est plus facilement accepté par le patient M7 » « On n' est pas dans la synthèse, la synthèse c' est on se réunit pour définir un programme unique de prise en charge, pour moi ça m' évoque la dictature , le consensus M3 » « Travailler, c'est l'humilité, c'est-à-dire que chacun a son expertise médicale respectable et personne n' est celui qui a la grosse connaissance M3. »*

*iii. L'actualisation des connaissances du médecin généraliste.*

L'intervision était perçue par les médecins comme un lieu d'apprentissage, ils y posaient leurs questions mais écoutaient les autres aussi, cela leur permettait de découvrir de nouveaux éléments qui pouvaient être appliqués dans leur pratique .Ils échangeaient leur savoir-faire et leur savoir-être également. Enfin ils travaillaient sur la notion de réduction de risques.

*« Quand on est médecin généraliste, on survole beaucoup mais sans être dans la profondeur, donc beaucoup de domaines peuvent poser des difficultés M7 » « On n' a pas de réponse à tout en addicto, l' addictologie c'est intéressant, on est obligé de créer en permanence; la substitution, on était contre au départ, puis j' ai compris mon erreur M3 » « C' est formateur quelquefois il y a de nouvelles dispositions autour de la Méthadone M1 » « Vendredi dernier, une situation qui ne me concernait pas a été évoquée, il s'agissait d'une dame victime de violences conjugales qui prenait un TSO(traitement de substitution aux opiacés), donc moi j'ai découvert une filière de prise en charge des femmes victimes de violences, donc voilà c'est un peu la surprise, à chaque fois que je vais à une intervention,il y a toujours quelque chose de*

*nouveau que je peux utiliser dans ma pratique. M2 » « On apprend à nos médecins collègues qui s'essouffent des techniques de communication avec le patient. M2. » « Ca nous permet de travailler sur la réduction de risque et non plus sur le « il faut guérir » M2. »*

*iii. Une meilleure prise en charge*

*- Un patient plus impliqué*

Pour les médecins interrogés grâce à l'intervision et aux échanges entre interlocuteurs, les patients s'investissaient plus. Ils connaissaient le fonctionnement de l'intervision et savaient que tout ce qui avait été dit leur serait communiqué.

*« Le patient se sent plus concerné, il sait qu'on va parler de son cas avec son accord, il sera plus concerné, plus impliqué et on pourra mieux travailler. M7 » « Ils savent qu'on évoque leurs problèmes en intervision, qu'on se réunit pour eux, ils ont plus confiance M7 » « Pour le patient toutes les conclusions lui sont remises et donc ils en profitent directement. M3 »*

*- Un meilleur accompagnement du patient*

Selon les médecins, l'intervision facilitait l'accompagnement médical, psychologique mais aussi social. Le travail en réseau permettait aux médecins d'être plus efficaces, de trouver des réponses et de garantir une continuité de soins bien cadrée.

*« J'ai appris à accompagner mes patients, c'est eux qui avancent, pas moi M2 » « Je suis plus utile au patient car je ne m'essouffle pas. M2 » « Des fois on a l'impression de ne pas avancer, et puis des fois on les oriente vers la psychologue ou un avocat et finalement on se rend compte qu'ils avancent M3 » « A OXYGENE ils développent pas mal les places à l'hôpital parce qu'il y a une infirmière d'addictologie qui aide et donc bien souvent quand j'ai besoin d'hospitaliser pour sevrage je passe par eux M1 »*

### 3. Les limites de l'Intervision

#### a. Des limites en termes d'organisation

*i. Contacter, solliciter les médecins généralistes est difficile.*

L'intervision pour les médecins peinait à mobiliser, rassembler les médecins généralistes ; les médecins manquaient de temps et avaient souvent une charge de travail importante au cabinet rendant leur participation difficile. Certains pensaient que peut-être les médecins généralistes ne se sentaient pas trop concernés.

*« Ce qui est décevant aussi parfois, c'est que le médecin qu'on a invité ne vienne pas mais ça arrive de moins en moins M2 » « Quand on voit que pour un congrès on invite 500 personnes et qu'on en récupère que 80, là c'est sûr 20 médecins c'est plus compliqué M4 » « C'est 2 heures de notre temps tout de même si on multiplie ce genre de réunions pour chaque patient on n'aura pas le temps M8. » « C'est difficile de se déplacer, on a une surcharge au cabinet M6 » « On n'arrive pas à créer de mouvement chez les généralistes, ils ne se sentent peut-être pas tous concernés M3 » « C'est au bout de 13 ans à HEM que je découvre l'existence des interventions M7 »*

*ii. Réunir l'ensemble des professionnels est difficile.*

Pour certains des médecins, il pouvait parfois y avoir des problèmes d'organisation, ils avaient parfois des difficultés à pouvoir se rencontrer tous à un même endroit au même moment. Pour eux l'idéal était également de pouvoir se rencontrer quand ils rencontraient les difficultés mais cela leur semblait difficile.

*« L'Intervision peut toujours être améliorée, ça passerait par une meilleure logistique, la difficulté c'est l'organisation .M10 » « C'est jamais la bonne heure, le soir ils finissent tard M4 » « Pour un côté organisationnel, on est obligé de définir une date alors que dans le meilleur des mondes faudrait pouvoir réunir les intervenants au moment où on en a besoin M4 »*

**b. Des limites en termes d'harmonisation**

*i. La participation des médecins généralistes reste faible par rapport aux autres intervenants.*

Les médecins rencontrés constataient que les médecins généralistes n'étaient pas assez représentés. Lors des interventions, les intervenants sociaux, les infirmières étaient toujours en nombre supérieur. Certains expliquaient aussi que c'était souvent les mêmes généralistes qui intervenaient sur les mêmes sites.

*« On aimerait avoir un peu plus de monde, du renouveau M5 » « A Fives on a plutôt des infirmiers qui posent les problèmes ou les assistantes sociales, on n'est que 3 médecins généralistes à y participer M4 » « Il y a souvent plus de travailleurs sociaux que de praticiens M9 » « Ce n'est pas assez connu des libéraux M6 » « Ce sont toujours les mêmes médecins qui viennent à OXYGENE et à Boris Vian c'est un peu dommage M10 »*

*ii. Certains sites sont plus médicalisés que d'autres.*

Des médecins constataient des inégalités entre les différents sites d'interventions, pour eux certains sites étaient plus médicalisés. Lors de certaines interventions parfois ils rencontraient un grand nombre de professionnels notamment les spécialistes addictologues et psychiatres, ailleurs ces professionnels pouvaient manquer. Sur certains sites les médecins se formaient en addictologie, sur d'autres ça n'était pas le cas.

*« Au boulevard de Metz(CITD) c'est plus médicalisé M8 » « En apport médical, effectivement à OXYGENE on en manque, je n'aurais pas de données plus spécialisées en addictologie, ça c'est la lacune à OXYGENE M1 » « Il y a des sites où l'intervention n'est qu'un lieu de formation, on ne parle pas de patient, c'est le cas à Maubeuge, mais là il faut qu'on harmonise tout ça pour correspondre aux besoins*



de l'ARS (Agence Régionale de la Santé) M2 » « Ce serait mieux si on pouvait se former un peu plus .

Par exemple, le Baclofène, on a quelquefois des demandes de patients, nous on n'est pas formé la dessus c'est hors AMM M1»

### **c. Des limites en termes de financement**

#### *i. Un temps de travail pour le médecin généraliste mal indemnisé*

Certains médecins semblaient déçus, participer aux intervisions leur demandaient du temps et beaucoup d'investissement, ils considéraient que le travail qu'ils fournissaient n'était parfois pas assez reconnu. Les indemnités qu'ils percevaient ne semblaient plus les satisfaire non plus, certains envisageaient d'en discuter lors des prochaines réunions avec l'ARS.

« Jusqu' à présent l'animateur avait un équivalent de 6 consultations. A la dernière réunion de GT, j'étais choquée qu'il trouve naturel de rabaisser à 3 consultations M2 » « 3 consultations c'est pas beaucoup M6» « Je le dirais à l'ARS la prochaine fois ils doivent financer correctement sinon j'arrêterai M2 » « Notre investissement dans GT est important et GT nous disait « ne travaillez pas bénévolement car c'est une non reconnaissance de ce que vous faites » « je le vis comme une dévalorisation de la reconnaissance M2» « On s'investit énormément. Ce travail nous prend du temps et je trouve qu'on n'est pas rémunéré comme il se doit M6 »

#### *ii.Des restrictions de budget*

Pour certains médecins, le budget accordé aux intervisions semblait diminué, sur certains sites le budget pour la restauration ces dernières années avait été supprimé, les médecins trouvaient cela regrettable et non justifié.

« Je regrette juste que pour des problèmes de budget des restrictions soient faites M3 » « Les gens dans leur bureau pensent qu'on peut avoir une disponibilité et quand l'ARS est mesquine au point de supprimer les financements des repas c'est très humiliant M3» « A Boris Vian, on est obligé de se restaurer soi-même avant car

*il n'y a plus de budget pour la restauration. A OXYGENE on a encore des collations M10 » « Il faudrait un budget qui permette que ce soit plus cordial M10»*

## **4. Des axes d'amélioration**

### **a. Améliorer l'Intervision**

#### *i. Effectuer des réunions internes d'évaluation*

Certains des médecins interviewés expliquaient que de manière régulière sur leur site d'intervision, ils se rencontraient avec les directeurs des CSAPA pour faire des mises au point, des ajustements, ils se recentraient sur la charte des interventions pour mieux la respecter. Ces réunions ponctuelles leur permettaient de s'améliorer.

*« On est toujours en travail, deux fois par semaine on fait un petit comité de pilotage avec le directeur de CSAPA pour améliorer, on n'attend pas d'avoir des problèmes, on le fait directement, on se réunit, on réfléchit M2 » « A la dernière réunion, Armentières était montrée en exemple, c'est satisfaisant M2 » « On a beaucoup réfléchi sur la charte, qui doit venir, qui ne doit pas venir M2 » « Sur notre site, régulièrement, on se réunit, on fait le point sur ce qui va ce qui ne va pas, ce qui manque, ça nous permet d'avancer M1»*

#### *ii. Favoriser les réunions de chefs de pôle*

Des médecins interrogés évoquaient l'importance de la communication entre sites, les pratiques n'étaient pas toujours semblables d'un site à un autre par exemple, ils trouvaient donc intéressant de pouvoir effectuer des corrections sur leur propre mode de fonctionnement. Certains aimeraient pouvoir communiquer plus avec les autres pôles. Chaque site comportait ses avantages et ses inconvénients.

*« N'est-il pas envisageable de communiquer entre sites ? M1 » « Il faut pouvoir superposer tous les modes de fonctionnement, GT doit réunir tous les chefs de pôle pour refaire le point, on essaye de prendre tout ce qui fonctionne bien dans chaque pôle et on intègre, et au contraire on essaye de retirer ce qui ne correspond pas aux*

cadres M2 » « Si on veut s'améliorer on doit pouvoir échanger entre sites plus facilement M6 »

*iii. Choisir un lieu plus neutre.*

Pour certains médecins interrogés, il faudrait peut être faciliter l'accès aux interventions en choisissant des lieux plus neutres en dehors des endroits spécialisés pour que plus de monde, plus de jeunes se déplacent.

« Je pense que ça rebute les jeunes, celui qui est à l'aise viendra mais celui qui en a peur n'ira pas M3 » « Sortir les lieux d'intervention des endroits spécialisés M3 »

**b. Faire connaître l'intervention**

*i. Le rôle de la faculté de médecine*

Pour plusieurs des médecins participant, l'enseignement qui est dispensé à la faculté que ce soit lors du second cycle ou lors du DES (diplôme d'enseignement supérieur) de médecine générale ou de la capacité d'addictologie, était loin d'être suffisant. Il fallait également selon eux des lieux de stage qui permettraient aux étudiants en médecine d'apprendre l'addictologie, car assez souvent le peu de rencontres qu'ils faisaient avec ces patients se faisaient aux urgences, lieu de stress et de tension selon eux.

« On a des tas de professeurs d'Université qui ne reçoivent pas de patients dépendants et qui donnent des cours, ça commence à nous gonfler M3 » « Un toxico pour un étudiant normal avant qu'il débarque chez les barges comme nous c'est un patient emmerdeur. Où est ce qu'il a vu ça ? Aux urgences ...Il faudrait des lieux de stages où ils voient des patients normaux qui sont addicts, avec des stratégies pour désamorcer les tensions M3 » « Au niveau de l'enseignement en faculté, il n'y a pas grand-chose concernant les addictions, le savoir-faire, le savoir-être dans ces situations M6 » « L'addicto même dans le cadre du DES c'est du foutage de gueule, on part de cette carence là M3 »

*ii. Le rôle des médecins participant aux interventions.*

Les médecins savaient qu'ils devaient jouer un rôle majeur pour faire connaître cet outil de travail qu'est l'intervision ; ils proposaient de continuer le bouche à oreille pour créer une dynamique chez leurs confrères. Ils proposaient de multiplier les soirées médicales, l'intervention dans les formations médicales pour se faire connaître d'avantage. Les médecins s'interrogeaient et essayaient de trouver des solutions pour attirer les praticiens.

*« Certains médecins n'ont pas vu l'intérêt, c'est souvent quand ils ne sont jamais venus, donc on les appelle M2 » « J'essaye auprès de mes confrères quand je peux M1 » « Il faudrait que moi ou un autre confrère prenions le bâton de pèlerin parce que c'est plus simple de discuter entre médecins M4 » « On y travaille, des choses ont lieu depuis peu, une FMC (Formation Médicale Continue)... On a essayé de mettre en avant cet outil pour que ce soit connu M6 » « Faudrait prendre le bâton de pèlerin, ou faire des soirées, j'ai cofondé NORDAGIR, un syndicat de jeunes médecins, on a organisé une soirée sur les addictions mais faudrait que je relance pour une soirée sur GT59-62 M4 »*

*iii. Le conseil de l'ordre des médecins*

Une autre solution a été proposée lors des entretiens, selon certains il faudrait mieux diffuser l'information sur l'existence des interventions auprès des plus jeunes médecins, notamment à leur passage au conseil de l'ordre. On leur expliquerait que sur leur lieu d'exercice l'intervision existe et on en profiterait pour leur expliquer son fonctionnement et ce qu'elle pourrait apporter dans la prise en charge de leurs patients dépendants.

*« C'est dommage qu'il n'y ait pas d'information systématique des jeunes médecins par le conseil de l'ordre M3 » « Chaque nouveau médecin devrait passer devant un conseil ordinal qui pourrait dire : « vous allez vous installer dans tel village ,vous vous intéressez à la question des dépendances, sachez qu'il y a un lieu là où vous pourrez rencontrer des psy des travailleurs sociaux, qui vous aideront dans votre prise en charge » M3 » « Il faut diffuser l'info M3 »*

**c. Utiliser l'intervision dans d'autres domaines.**

Les médecins interrogés avaient un avis divergent, quelques-uns semblaient penser que, multiplier les réunions prendrait trop de temps et qu'elles ne seraient peut-être pas utiles au patient.

Pour les autres au contraire il fallait encourager, développer ce système de réunions d'avantage, dans d'autres domaines médicaux et développer les interactions ville-hôpital.

*« C'est le souci d'arriver à ne faire que des réunions et d'en oublier le patient M8 »*

*« Ca prend du temps et c'est difficile de s'organiser, on ne peut pas se réunir pour tout, tout le temps mais c'est intéressant M9 »*

*« Ce serait bien chez le patient douloureux, dans certaines pathologies chroniques, on rame parfois M1 » « De toute façon notre intervision en dépendance a été complètement copiée par la plateforme santé Trèfle à Armentières, une feuille du trèfle est le réseau soins palliatifs qui est très performant à Armentières M6 »*

*« C'est une médecine, je pense qu'on devrait développer, être plus en interaction ville-hôpital, que le médecin généraliste ne soit pas isolé, qu'il ne soit pas là pour faire la boîte aux lettres M6 »*

## **IV. Discussion**

### **A. Principaux résultats**

#### **1. L'addictologie, une discipline particulière.**

« Elle est une pathologie d'adaptation, elle considère la personne mais également son environnement, elle est aussi une pathologie du lien car elle implique d'aider le patient à reconstruire ses relations aux autres et à lui-même. Il faut accompagner le patient durant ses passages difficiles afin qu'il puisse anticiper ou soigner les conséquences néfastes de son comportement « addict » »(18)

Les addictions sont au carrefour des disciplines médicales, psychologiques et sociales, le soin apporté au patient doit donc tenir compte de cette pluridisciplinarité(16)

#### **2. La place du médecin généraliste en addictologie.**

La porte d'entrée dans le soin la plus souvent utilisée par les usagers est le médecin généraliste. Ce constat s'applique aux dépendances au tabac, alcool et opiacés(5).

La situation sanitaire dans notre région est alarmante ; la mortalité liée à la consommation d'alcool a certes diminué en 25 ans mais reste très supérieure à la moyenne nationale. Les données montrent que le Nord prend la dernière position pour la mortalité par cirrhose alcoolique ou autres chez les hommes ; les données sont également défavorables pour les psychoses alcooliques et les cancers des voies aérodigestives supérieures(29).

Le patient présentant des addictions doit pouvoir bénéficier de soins adaptés dans le cadre d'une prise en charge globale de ses difficultés.

En 2009 la participation des médecins généralistes à un réseau d'addictologie (tabac, alcool, ou drogues illicites) est faible (5%). 85% des médecins généralistes pensent que les toxicomanes sont avant tout des malades et 90% considèrent qu'ils ne se conforment pas aux prescriptions médicales(19).

Beaucoup de médecins généralistes se sentent démunis car leur formation en addictologie, psychologie ou psychiatrie reste faible et qu'ils ont une information insuffisante sur les médicaments thérapeutiques disponibles.

Le médecin généraliste est à la fois « le maillon fort et le maillon faible de l'addictologie française. Le maillon fort car il a l'intelligence de tout ce qui concerne

son patient et est le plus proche géographiquement et humainement de celui-ci ; le maillon faible, car l'addictologie est un champ dans lequel il est peu investi ». (20).

Philippe Binder dans une synthèse de données, établissait une répartition approximative des médecins généralistes selon leur motivation pour les addictions :

- 1 à 3% de militants prêts à organiser et à structurer.
- 7 à 15% de motivés prêts à participer régulièrement à un réseau formalisé.
- 20 à 30% de médecins intéressés et prêts à participer à des actions ou formations ponctuelles.
- 40 à 55% d'indifférents mais réceptifs à une sensibilisation.
- 10 à 20% d'irréductibles à toute forme de changement en ce domaine(21).

### **3. Les principaux intérêts de l'intervision**

L'intervision est mise à la disposition des médecins généralistes depuis maintenant plus de vingt ans.

L'intervision est un moyen de lutter contre l'isolement, elle introduit des passerelles entre les professionnels d'un même secteur. Elle traduit la volonté d'échanges en confiance, dans le respect mutuel entre les professionnels sans hiérarchie. (22)(25)

Les réseaux bâtis sur « un mode de fonctionnement hiérarchique ou dans un esprit de concurrence sont souvent en difficultés, c'est la complémentarité des compétences qui donne sa valeur au fonctionnement en réseau »(23).

Chacun peut être aidé dans son activité ou être observateur des pratiques des collègues.

Elle est un outil de formation qui apporte beaucoup au niveau de l'humain, du relationnel et au niveau des pratiques. L'intervision permet d'augmenter son niveau d'expérience, de connaissances, d'améliorer ses pratiques.

La recommandation temporaire d'utilisation du Baclofène de mars 2014 (« Pour l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les alcoolo-dépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles ou pour l'aide à la réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de consommation telle que défini par l'OMS chez les patients alcoolo-dépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles ») incite le médecin généraliste à prendre contact avec le milieu addictologique si la prescription dépasse 120 mg /jour (24); d'après GT 59/62 plusieurs interventions ont eu lieu à ce sujet fin 2014.

Pour prendre en compte les avancées, les évolutions scientifiques, les dernières recommandations, l'intervision pourrait jouer un grand rôle.

Les expériences ont montré que « l'accompagnement au long cours est plus utile qu'une formation ponctuelle même très performante ». Cet accompagnement nécessite que le médecin à tout moment, puisse être en lien avec des professionnels de champs d'intervention divers ayant une expérience en la matière, pour écouter les conseils qui lui seront prodigués mais également pour évaluer, apprendre et reconnaître des éléments qui pourront être appliqués dans sa prise en charge. »(23)

Les activités améliorant la mise en rapport des généralistes, avec les addictologues, avec les pharmaciens, les psychiatres, doivent être encouragées, favorisées (22) (27).

L'intervision améliore le cadre de la prise en charge du patient avec toujours la nécessité de rester cohérent et complémentaire(25)(26).

#### **4. L'intervision, un outil de travail perfectible**

Le réseau d'addictologie a actuellement une place très importante dans l'offre de soins. Le travail en réseau contribue grandement à l'amélioration de la prise en charge des usagers de substances psycho actives. La poursuite du travail implique des moyens. En effet, peu de médecins généralistes sont présents dans les réseaux et donc dans les interventions. Il faut donc continuer de diffuser l'information, « prendre le bâton de pèlerin » pour aller à la rencontre des médecins, et leur expliquer l'intérêt de l'intervision.

Actuellement en France, on rencontre trois types de MG(28) :

- Le généraliste de base, sensibilisé par sa propre expérience des toxicomanes qu'il a rencontrés.
- Le généraliste ayant, pour des raisons personnelles, acquis une formation plus importante (séminaire, diplôme de toxicologie ou d'addictologie).
- Le généraliste s'impliquant dans les réseaux.

De ce fait, on rencontre une diversité dans les attitudes thérapeutiques pratiquées, toutefois on peut envisager qu'un médecin puisse évoluer durant sa carrière, d'une catégorie à l'autre(28).

Enfin les médecins participant pensent qu'une sensibilisation précoce notamment pendant les études médicales serait nécessaire



Un outil de travail comme l'intervision doit pouvoir bénéficier d'évaluations pour pouvoir homogénéiser les pratiques.

## **B. Validité de l'étude**

### **1. Force de l'étude**

#### ***a. Choix de l'étude***

L'intervision d'addictologie existe depuis 1992, le choix du sujet était original car aucune étude ne s'est réellement intéressée à l'intervision et à son intérêt pour le médecin généraliste.

#### ***b. Choix de la méthode***

La méthode qualitative a été choisie car elle permet d'explorer l'expérience de chacun, ses besoins, ses solutions. Une étude exploratoire était nécessaire pour récolter les différents points de vue des intervenants.

Les entretiens semi-dirigés sont certes chronophages mais facile à organiser, ils permettent à la personne interviewée de répondre librement, cela a fait ressortir des idées non envisagées par le chercheur.

#### ***c. La population étudiée***

Le recrutement géographique des médecins généralistes était assez large, l'échantillon était ciblé. En effet, les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste et de participer à des interventions.

L'ensemble des entretiens hormis un, ont eu lieu aux cabinets des médecins généralistes, et ont été réalisés en dehors de leur temps de consultation.

#### **d. Le recueil de données**

« La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. » La triangulation des données par un double codage par deux chercheurs a permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

« La saturation des données est atteinte lorsqu'aucune nouvelle idée ne ressort d'un entretien » ; dans l'étude elle est obtenue après huit entretiens, deux entretiens supplémentaires ont permis de la vérifier.

## **2. Faiblesses de l'étude**

### **a. L'interviewer**

La faible expérience de l'interviewer pour conduire les entretiens était une faiblesse dans l'étude, quelqu'un de plus expérimenté aurait certainement recueilli plus d'informations.

### **b. Biais d'interprétation**

C'est en effet une seule et même personne qui a réalisé l'ensemble des entretiens. Ce biais a été réduit par la retranscription intégrale des entretiens et la triangulation des données

### **c. Biais de sélection**

C'est sûr la base du volontariat que les médecins ont été recrutés. Les médecins ayant participé à l'étude avaient peut être un intérêt plus prononcé pour le sujet.

## V. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence l'intérêt de l'intervision d'addictologie pour le médecin généraliste dans sa prise en charge du patient dépendant. En effet, la prise en charge des patients présentant des addictions se doit d'être pluridisciplinaire et coordonnée. L'intervision, qui réunit régulièrement les différents acteurs gravitant autour du patient, permet ce travail de groupe. Elle est un espace rare où tous les partenaires se rencontrent et aident le professionnel en difficulté. Elle est un lieu de formation, permettant à chacun d'augmenter ses compétences en addictologie.

Ce dispositif est en constante évolution, l'étude a présenté quelques pistes d'amélioration, avec une implication nécessaire des médecins y participant pour le faire connaître davantage car à l'heure actuelle il reste peu mis en avant (peu d'études le décrivent), et donc peu utilisé par les médecins alors qu'il existe depuis plus de vingt ans.

Les pathologies nécessitant une prise en charge multiple, sont nombreuses en France. Utiliser l'intervision dans ces situations pourrait être d'une grande aide aux médecins généralistes dans leurs pratiques. Certaines interventions traitent du patient âgé, de la maltraitance, de l'incurie. Aussi, on commence à voir des interventions de santé mentale depuis fin 2014.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Organisation mondiale de la sante (OMS) Addiction et dépendance, Toxicomanie : définitions .Disponible sur :  
[http://santeweb.ch/santeweb/Maladies/khb.php?Addiction\\_et\\_dependance\\_Toxicomanie&khb\\_lng\\_id=2&khb\\_content\\_id=19773](http://santeweb.ch/santeweb/Maladies/khb.php?Addiction_et_dependance_Toxicomanie&khb_lng_id=2&khb_content_id=19773)
- (2) American psychiatric association(2000) DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, texte révisé, Washington DC, traduction française sous la direction de Guelfi JD, Crocq MA et al. Paris: Masson;2003
- (3) Goodman A. Addiction: definition and implication.British journal of addictions (vol85, 1990)
- (4) Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- (5) Fédération française d'addictologie(FFA).Le champ de l'addiction. Dictionnaires des drogues, des toxicomanies et des dépendances.2<sup>e</sup> édition. Paris : Larousse, 2004.
- (6) Parquet P-J.Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho actives .1997
- (7) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- (8) Nordnet. La naissance des « interventions »
- (9) Loi n°70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre les toxicomanies et la répression du trafic de drogues illicites, de substances vénéneuses.31 décembre 1970.

- (10) Olievenstein C La drogue ou la vie .Laffont. Paris, 1983.
- (11) Substitution.Enjeux sans frontière .Journée d'étude .Vendredi 24novembre 2006.
- (12) Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Denis Richard, Jean Louis Senon.Edition Larousse Bordas 1999.
- (13) Observatoire français des drogues et des toxicomanies(OFDT). Circulaire DH/DGS n° 612 du 4juin 1991 relative à la prise charge des réseaux ville-hôpital.
- (14) Agence régionale de santé(ARS).Dossier de presse : Alcool, tabac, les addictions dans le nord pas de calais.18septembre 2011
- (15)GT 59/62, nouvelles pratiques en médecine générale. Disponible sur : <http://www.gt5962.fr/>
- (16) Agence régionale de la sante (ARS).Point presse mensuel.Alcool, tabac : Les addictions dans le Nord pas de Calais. Septembre 2012
- (17) Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L.Introduction à la recherche qualitative. Exercer.200819(84)/142-5.
- (18) Fédération française d'addictologie(FFA). Livre blanc d'addictologie.100 propositions pour réduire les addictions en France.24 mai 2011.
- (19) Institut national de prévention de prévention et d'éducation pour la santé. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes.2009
- (20) Haute autorité de santé(HAS).Abus, dépendance et poly consommation : Stratégies de soins .2007
- (21) Binder Ph. Le médecin généraliste peut- il intervenir de façon précoce et efficace ?2005
- (22)Megha Ramaswamy, PhD, MPH, Patricia J. Kelly, PhD, MPH, APRN, Xuan Li, MS, Karina M. Berg, MD, MS, Alain H. Litwin, MD, MPH, MSJulia H. Arnsten, MD, MPH.Social Support networks and Primary Care Use by HIV-Infected Drug Users. August 06, 2012.
- (23) Toxibase. Les réseaux addictions. Revue Toxibase n°8.Décembre 2002.
- (24) Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Baclofène dans l'alcoololo-dépendance.Protocole de suivi des patients. Version 1.Février 2014.

(25) Messaadi N,Pansu A, Cohen O ,Cottencin O.Pharmacists' role in the continued care of patients under opiate substitution treatment.2013Nov-Dec;68(6)393-400.

(26) I. Feroni' S. Aubisson' A.-D. Bouhnik' A. Paraponaris' A. Masut' C. Coudert' Y. Obadia..Collaboration entre médecins et pharmaciens pour le suivi de patients sous Buprénorphine haut dosage(BHD).La presse médicale vol 34n°17.oct 2005.pp.1213-1219<sup>1</sup>

(27) Ross D, et al.A primary care /multidisciplinary harm reduction clinic including opiate bridging.PubMed 2008

(28) Dr Clauzet, Dr Coqus, Dr Blinder. « Médecins Généralistes et Toxicomanies, qu ' en attendre? »Toxibase 3<sup>ème</sup> trimestre 1994

(29) SROMS (schéma régional d'organisation médico sociale)

O:\UF Actions de Santé\Addictologie\SROMS\SROMS Diagnostic PA PH Addictions\COPIE\SROMS Addictions Documentation11022011.doc 24/02/2011

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

#### Les attentes du médecin généraliste

1. Présentez-vous

- ancienneté,

- lieu d'exercice,

- pourcentage de patients présentant des addictions dans votre patientèle

2. Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

3. Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des interventions ?

4. Pourquoi avez-vous décidé d'y participer ? (Quel a été l'élément déclencheur?)

5. En participant aux interventions, quelles sont vos interrogations et vos attentes?

#### Le déroulement de l'Intervention

6. Que pensez-vous des échanges lors de l'intervention ? (pertinence, partage des informations...)

7. A-t-on répondu à certaines de vos interrogations ?

8. Si oui, de quelle manière?

9. Suite aux Interventions, des interrogations subsistent-elles ?

10. Selon vous doit-on envisager de nouvelles Intervisions pour votre patient ?

**Le bilan du médecin généraliste**

11. Quels sont les points positifs de l'Intervision ?

12. Quels sont les points négatifs ?

13. Comment pourrait-on améliorer les interventions (durée, fréquence, présence du patient...) ?

14. Est-ce selon vous un bon outil de travail ? Si oui, pourquoi ? (Pensez-vous pouvoir améliorer la prise en charge de votre patient, si oui de quelle(s) manière(s) ?)

15. Recommanderiez-vous ces interventions ?

16. Que penseriez-vous d'utiliser les interventions dans d'autres situations cliniques ?



## Annexe 2 : Entretiens

### Entretien 1 (durée 29'05)

SZ (Samira Zouzou): Pouvez-vous vous présenter ? Depuis quand exercez vous ?, quel est votre lieu d'exercice ? Quel est le pourcentage de patients présentant des addictions dans votre patientèle ?

M1 (médecin 1) : Je suis le docteur M1 j'ai 42 ans installée à FACHES THUMESNIL depuis mars 2010, euhh je dirais que dans ma patientèle j'ai 10% de dépendants .

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M1 : Hum le déni, la précarité bien souvent avec des situations sociales compliquées, après le manque de motivation aussi du coup on se bat tout seul.

Beaucoup de mes patients ont des troubles affectifs, je dois gérer leur anxiété leur stress ; euh, la précarité dans laquelle ils sont, avec des situations sociales compliquées, des logements insalubres, certains sont au chômage d'autres ont connu la prison.

Voilà c'est principalement ça.

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des interventions ?

M1 :C'est mon associé qui y allait, monsieur D, en fait j'ai remplacé un médecin ici qui y allait déjà et mon associé y allait aussi. Donc j'ai commencé à y aller assez régulièrement avec mon associé. J'y vais depuis le début, depuis 2010, il y a 1 intervention par mois, je dois en louper 2 ou 3 par an quand vraiment j'ai pas le temps et que ça bouche trop, sinon j'y vais.

SZ : Pourquoi avez-vous décidé d'y participer ? Quel a été l'élément déclencheur ?

M1 : Oui enfin oui et non, j'y suis allée au départ pour voir et puis surtout parce que j'ai des patients qui sont pris en charge par OXYGENE, une association ici à Faches Thumesnil qui vient en aide aux toxicomanes et donc ça permet de pas se retrouver seul face à un dossier et surtout quand on a des soucis extra médicaux d'avoir de l'aide extérieure notamment au niveau de l'emploi, de l'hébergement.

SZ : En participant aux interventions, quelles sont vos interrogations, vos attentes ?

M1 : Alors bien souvent, au départ maintenant moins, c'était avoir le passif des patients qu'ils connaissent depuis des années, auquel j'ai pas forcément accès. Parce qu'ils ont le passif du patient, de sa famille, de l'entourage, des copains qu'ils fréquentent, donc ils ont un regard qui est plus large que le mien. Et après, voir aussi avec les autres intervenants c'est-à-dire la psychologue, les intervenants sur le plan hébergement et les professionnels.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors de l'Intervision ?

M1 : C'est intéressant d'avoir différentes visions pour un même patient, savoir un peu ce que les autres pensent.

SZ : Pouvez vous développer ?

M1 : Il manque sincèrement le CMP (centre médico-psychiatrique) chez OXYGENE. Chez OXYGENE il nous manque une participation plus aboutie du secteur psy, parce que finalement c'est souvent une prise en charge conjointe avec eux, mais bon...

SZ : Ils sont invités et ne viennent pas ?

M1 : oui ils ne viennent pas, je ne sais pas bien pourquoi, ils sont très peu présents. Ils sont présents via une infirmière d'addicto mais la prise en charge médicale...y a peu d'intervenants médicaux présents.

SZ : Qui participe aux intervisions ?

M1 : On est 4 médecins généralistes, y en a un qui ne vient pas de temps en temps car il est débordé (associé), mais en général on est à 4.

SZ : Pour un même patient peut-on envisager plusieurs intervisions ?

M1 : Quelquefois il y a plusieurs intervisions pour un même patient, car on ne règle jamais tous les problèmes en une seule fois. Les patients ont toujours plusieurs problèmes, ce ne sont pas des dossiers qui se règlent en un claquement de doigts. Il n'y a pas de solution miracle sur ces dossiers, donc on y revient, ne serait-ce que pour revenir sur les décisions prises.

SZ : Combien de temps y a-t-il entre deux intervisions ?

M1 : Ça dépend, pour ces patients il y a des périodes difficiles et à chaque séance on va parler d'eux puis après des périodes où tout va mieux et voilà. Là j'en ai un qui a été hospitalisé pour cure de sevrage il y a 1 an, il a eu une période où tout était nickel et d'un seul coup là il redérive, donc là on va en reparler. Il a des troubles de la mémoire, tous les bilans dont j'ai besoin pour lui sont faits par OXYGENE. Ils prennent les rendez vous ils l'appellent, le conduisent. Ce sont des interlocuteurs privilégiés pour que les bilans soient faits. J'ai un patient, il est porté par les gens d'OXYGENE .Je sais très bien que s'ils n'interviennent pas il n'y a rien qui est fait. Donc on se rappelle, on demande des nouvelles et on se revoit.

SZ : Quels sont les points positifs de l'Intervision ?

M1 : Le fait qu'il y ait différents points de vue avec différents intervenants de différentes professions, c'est intéressant

SZ : Quels sont les points négatifs ?

M1 : Il manque ici une présence médicalisée spécialisée. Alors il y a le CMP mais même des médecins spécialisés dans l'addicto, ça serait intéressant parce que finalement, on est les seuls représentants médicaux .Et quelquefois, on a besoin d'avis spécialisés, sur les traitements. Finalement, on les gère tout seul. Avoir un point de vue de spécialistes serait intéressant. Par exemple à Boris Vian (BV) c'est plus médicalisé. Chez nous c'est du coup, plus une gestion sociale, pour aller les reprendre dans la rue, essayer de discuter avec eux pour voir ce qui va pas, mais ce n'est pas une aide à la prescription en tout cas, c'est une aide à la prise en charge sociale mais pas à la prescription.

SZ : comment pourrait –on améliorer l'Intervision ?

M1 : Globalement notre intervision fonctionne bien, sur notre site régulièrement, on se réunit, on fait le point sur ce qui va, ce qui ne va pas, ce qui nous manque, ça nous permet d'avancer.

Pour nous, ce n'est pas la même chose que dans les autres sites. Par exemple le BACLOFENE, on a quelquefois des demandes des patients, nous on n'est pas formés là-dessus c'est hors AMM. S'il y avait des addicto ça pourrait peut être nous aider.

N'est il pas envisageable de communiquer, échanger entre sites ?

Oui pour la formation mais après entre formation et gérer des patients ce n'est pas pareil, il faut quand même pouvoir adresser les patients. Il n'y a pas trop de formation sur OXYGENE, plus sur Boris Vian, mais on ne peut pas aller partout non plus. Nous ici, c'est plus une prise en charge sociale, humaine du patient.

Il faut coordonner les différents intervenants, quand quelqu'un est en perdition tout le monde se bouge en même temps (trouver un logement, des aides...), parce que ce n'est pas qu'une prescription qui aide le patient, en addicto en générale ce n'est pas juste un problème médical.

On est les intervenants médicaux mais on est un parmi d'autres.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M1 : Oui, ça permet une prise en charge plus globale, l'addictologie est loin d'être un problème uniquement médical, dans les  $\frac{3}{4}$  du temps c'est avant tout social. Il y a aussi tous les problèmes psy, les gens vont mal et s'automédiquent avec les produits de la rue, donc une prise en charge que médicale et souvent limitée.

SZ : Recommandez-vous ces interventions ?

M1 : Je n'en parle pas vraiment, en dehors du travail je n'en parle pas.

On a des contraintes de temps et d'espace, l'intervention n'est pas qu'une vision médicale. On est les 4 mêmes mais pour nous, on a une familiarité donc c'est pas mal. Au boulevard de Metz c'est plus médicalisé aussi. Des patients pour qui vous sentez un succès momentanément oui, mais c'est des gens qu'il faut porter, il y a des périodes de mieux et des périodes où ils se dégradent. Certains même sont sortis d'affaire, j'en ai deux comme ça. La vie n'est pas clémente pour eux, leur entourage est parfois difficile, ils ont des mauvaises fréquentations, donc c'est problématique.

SZ : Que pensez-vous d'utiliser les interventions dans d'autres situations cliniques ?

M1 : Ce serait très bien chez le patient douloureux, dans certaines pathologies chroniques on rame parfois, il faut une prise en charge globale pas que médicale. Après euh ... certains dépressifs, la psychiatrie, on est souvent tout seul... Le diabète, la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) il y a du boulot, les artériopathes aussi c'est un peu le même genre de personnage, on leur dit qu'il faut marcher arrêter de fumer, le discours passe difficilement.

SZ : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

M1 : A OXYGENE ils développent pas mal les places à l'hôpital parce qu'il y a l'infirmière d'addictologie qui aide. Et donc bien souvent quand j'ai besoin d'hospitaliser pour sevrage, je passe par eux. Ça développe les choses, l'hospitalisation en psy c'est compliqué. Nous, on a des patients en déperdition, ils en ont marre de les prendre en charge mais on ne peut pas les laisser claquer ces patients... On en a un qui redécompense, l'an dernier il était bien, en psy ils nous disent c'est la dernière fois qu'on le prend sauf que j'en doute, et moi j'aimerais qu'on continue à le prendre en charge, améliorer son état clinique. S'il peut être bien 6 mois dans l'année bah ça vaut le coup.

On est 15/20 à l'intervision, en apport médical effectivement à OXYGENE on en manque. On discute entre nous mais je n'aurais pas de données sur des choses plus spécialisées en addicto. Ca, c'est la lacune à OXYGENE.

Avec les problèmes d'addicto c'est rare qu'il n'y ait pas de problèmes sociaux derrière, soit c'est social, soit c'est psy mais ça répond à une souffrance. Certains patients sont psy mais ne sont pas étiquetés et donc se traitent avec ce qu'ils trouvent et il y a beaucoup de misère derrière tout ça.

OXYGENE m'aide vachement, ils interviennent à domicile, on ne peut pas traiter que médicalement ces gens là, ce n'est pas possible. L'ordonnance ne règle pas tous leurs problèmes loin de là, et seul c'est trop lourd à porter donc ces structures, ces réunions sont vachement importantes. Ces patients là sont épuisants et quelquefois il y a des échecs, des décès ; on en a eu 2 et on est revenu dessus en interventions :

2 pendaisons pendant les fêtes de fin d'année dont un qui était en post cure et qui allait mieux. Je l'ai revu une fois, il avait des projets professionnels et un autre pareil qui est sorti prématurément de sa cure, il n'a pas vu ses enfants pendant les fêtes, ils ont des problèmes. Et peut-être aussi qu'on était moins présents à ce moment là. En rentrant de vacances j'ai appris ça, il y a eu un loupé quelque part. On regarde aussi les traitements, on se demande si on a merdé, certains ont des traitements substantiels en sortant de psy, nous on n'est pas spécialiste. On s'interroge mais on se dit : « si le psy a mis ça c'est pas pour rien (rires) » mais c'est quand même des traitements conséquents.

Quelle est notre place face à un traitement psychiatrique qu'on ne maîtrise pas? ils ne font pas d'ordonnances, sauf que quand on voit les dosages

euh....Individuellement tout est dans l'AMM mais en les cumulant...On ne maîtrise pas tout et on navigue souvent dans le flou avec ces patients .On a reparlé des décès, c'est un échec pour tous. La politique de la région c'est la psychiatrie dans la ville avec le moins d'hospitalisation possible.

## **Entretien 2 (durée 31'45)**

SZ : Pouvez- vous vous présenter ? Depuis quand exercez vous ?, quel est votre lieu d'exercice ? Quel est le pourcentage de patients présentant des addictions dans votre patientèle ?

M2 : Je m'appelle M2, j'ai 55 ans, je suis installée en médecine générale depuis 1990. On a créé ici avec quelques collègues une plateforme de santé qui s'occupe d'addictions en particulier, avec d'autres cordes à son arc : En soins palliatifs, en gériatrie, en cancérologie et je suis particulièrement impliquée. On a fait venir grâce à nos actions au départ en 1997 une antenne de Cèdre Bleu qui existait déjà sur Lille et qui cherchait un lieu pour créer une autre antenne, et qui a vu le dynamisme qui existait ici sur l'Armentériois et donc on a créé cette plateforme d'addiction : le Cèdre Bleu...

Le CSAPA est à Armentières et je travaille beaucoup avec eux, je coanime les réunions d'intervisions avec le médecin du Cèdre Bleu. Je participe aux interventions depuis 1997.

Le pourcentage en addictologie ...euh les addictions non médicamenteuses, au jeu ça c'est pour moi un mystère, j'essaye de dépister mais c'est pas évident, je sais pas du tout le pourcentage mais je dois avoir une quinzaine de patients substitués, ça c'est le minimum, plus les patients alcoolo dépendants.

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M2 : Alors j'ai surtout des difficultés pour les patients alcoolo dépendants, parce que pour les patients dépendant aux opiacés, ceux qui posent problèmes ne viennent pas me voir, parce que je suis connue comme étant un médecin plutôt dans le cadre du traitement. Ceux qui ont encore de gros problèmes de consommation, qui viennent

chercher des médicaments pour gérer leur manque ne viennent pas chez moi, moi ils sont dans le soin.

SZ : Et justement ceux qui sont dans le soin ?

M2 : Ah si, mais je dirais que ce n'est pas moi qui ait des difficultés, mais les patients et moi j'essaye de les accompagner au mieux et comme j'ai vraiment des outils avec l'intervision, je règle beaucoup de mes problèmes.

Après pour les alcoolos dépendants, y a souvent une phase de déni, complexe donc on est un peu désolé en tant que médecin, quand on n'avance pas dans leur prise en charge.

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des interventions ?

M2 : Moi je m'étais formée avec l'association GT il y a bien longtemps vers 1990 avant l'arrivée de la méthadone et du subutex donc j'étais déjà formée pour le sevrage en ville avec le cortège de médicaments...Car effectivement on avait une association avec une formation médicale continue à Armentières, où j'allais régulièrement. Un médecin est venu y parlait un jour, un de GT qui travaille aussi à l'ABEJ (association au service des sans abris et des plus démunis) et donc ça répondait vraiment à un manque pour moi parce que je me sentais très isolée pour prendre en charge les patients qui étaient en difficultés, avec l'héroïne ou les opiacés. Et donc j'ai eu connaissance par cette formation médicale des réunions avec GT et ça m'a permis de rompre cet isolement, pour être plus utile au patient, héroïnomanie en particulier, à l'époque.

SZ : Pourquoi avez-vous décidé d'y participer ?

M2 : J'ai connu comme ça l'intervision lors de ma formation. Je savais que sur Lille existaient des interventions, déjà au CSAPA, La Charité. A l'époque je ne pouvais pas y participer car c'était sur Lille donc c'était loin, donc c'est pour ça qu'après 1997 je sentais qu'il nous manquait un outil (tous les professionnels de santé) pour prendre en charge le patient, et c'est là que j'étais très motivée pour créer cette plateforme donc j'étais active pour faire venir cet outil et je ne regrette pas.

SZ : En participant aux interventions, quelles sont vos interrogations, et vos attentes ?

M2 : Et bien elles sont multiples, d'abord quelquefois ce n'est pas moi qui sollicite l'intervision, ça peut être le Cèdre Bleu qui trouve qu'un de ses patients va bien et qui veut qu'on passe à une délivrance en ville du subutex ou de la méthadone. Donc ils cherchent le médecin qui prendra le relais, qui n'est pas forcément le médecin traitant, donc là je suis un interlocuteur, donc l'intervision c'est pour parler de ce patient et essayer de faire la passation un peu.

Après, ça peut être le pharmacien qui a une difficulté, c'est intéressant de partager l'information, pour ensuite coordonner les soins.

Et quelquefois je suis un peu dans l'essoufflement du suivi, ou j'ai l'impression de ne pas avancer. Le patient ne va pas bien et là je sollicite l'intervision pour voir ce que pensent les autres intervenants. Et même quand ils ne sont pas là, je soumetts mes difficultés à ce collège d'experts, les professionnels de santé qui réfléchissent autour de ça et ça redonne un nouveau souffle à ma prise en charge : « Est ce que je fais vraiment ce qu'il faut ? » Et après, quand plusieurs personnes gravitent autour du même patient c'est très utile de reconfronter nos visions.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors de l'intervision ?

M2 : Alors là c'est toujours extrêmement positif, que je sois concernée ou pas par une situation évoquée. C'est d'ailleurs ce qui ressort des évaluations, c'est que c'est toujours extrêmement enrichissant, formateur car quelquefois il y a des nouvelles dispositions autour de la méthadone pour les avis techniques de traitements. Il y a aussi des nouveaux dispositifs qui sont installés.

Vendredi dernier une situation qui ne me concernait pas a été évoquée, il s'agissait d'une dame victime de violences conjugales alors qu'elle est traitée pour traitement de substitution et son conjoint aussi. Donc moi j'ai découvert une filière de prise en charge des femmes victimes de violences, donc voilà c'est un peu la surprise, à chaque fois que je vais à une intervention, il y a toujours quelque chose de nouveau, que je peux utiliser dans ma pratique.

On a une intervention sur Armentières qui fonctionne assez bien. Au départ c'était compliqué, c'était toujours les ¾ mêmes médecins, donc on s'est posé beaucoup de questions. Beaucoup de réunions de fonctionnement ont eu lieu pour voir comment on pouvait améliorer l'intervention. Et maintenant c'est beaucoup le Cèdre Bleu qui a une grosse file active qui sollicite les professionnels.



Souvent quand un professionnel a fait l'effort de venir, il revient car il découvre l'intérêt, ne serait ce que le partage. Sortir de son isolement, ça permet de se libérer des angoisses qu'on peut avoir, car les prises en charge sont parfois compliquées.

Donc maintenant on a beaucoup de pharmaciens, de médecins qui participent et le Cèdre va souvent dénicher des nouveaux intervenants. Les évaluations parlent hein... elles sont souvent très très positives.

SZ : Quand ont lieu les interventions ?

M2 : Euh je dirais que c'est toutes les 6 semaines environ et cette année c'est un peu plus rapproché.

SZ : Selon vous doit-on envisager de nouvelles interventions pour un même patient ?

M2 : Ah très souvent il faut plusieurs interventions parce que des fois on a résolu un problème, on a franchi une étape et puis parfois un an après on est amené à se revoir pour la même personne, car de nouveau, on bute sur quelque chose. Et quelquefois la première intervention reste un problème, la personne est en grande difficulté, et donc pour continuer d'avancer on se revoit tous très vite.

SZ : Quels sont les points positifs de l'intervention ?

M2 : D'abord c'est surtout se rassurer soi-même, dans sa pratique, en tant que médecin puisque on a un mode de fonctionnement en médecine générale où on est très isolé. Pouvoir aussi aller chercher l'inspiration auprès des autres quand on a l'impression qu'on n'avance plus ; pour voir le regard des autres, soit ceux qui connaissent le patient soit les autres mais qui évoqueront leur propre situation présentant des similitudes. Ils nous apportent alors leurs expériences, donc c'est un nouveau souffle dans la prise en charge du patient. Des fois c'est des patients que je vois depuis 10ans, 15 ans et ça permet de renouveler, de redonner un contenu aux consultations.

SZ : Quels sont les points négatifs ?

M2 : Alors là c'est quelque chose que j'ai déjà évoqué en réunions d'interventions, je suis animatrice, un petit peu responsable du déroulement des interventions, là on a une tendance à laisser passer le fait qu'un médecin vient, expose sa situation problématique et s'en va avant la fin de l'intervention qui en règle générale évoque 3

situations complexes. L'intérêt de l'intervision c'est d'avoir le regard de tous, même quand ils ne sont pas concernés. Donc on donnait une facilité aux gens : « venez ça ne durera que 20 minutes » donc comme on a une charte de l'intervision on est revenu à la charte, donc on se réunit. C'est aussi un lieu de formation.

L'objectif principal est centré sur le patient, on révoque le contenu de la charte au début, on fait un tour de table on révoque l'anonymat qui doit être respecté, on fait très attention et après secondairement les effets bénéfiques secondaires c'est ceux qu'on a nous les professionnels. On ne raconte pas tout sur le patient, mais seulement ce qui est utile pour le problème. Au niveau de l'éthique on essaye de faire très attention, donc l'objectif premier de l'intervision est d'améliorer la prise en charge du patient de l'aider à aller mieux. L'intérêt secondaire est pour nous, corriger nos erreurs, toujours dans l'intérêt du patient, améliorer la connaissance qu'on a des traitements. C'est un lieu de confort pour le praticien, on sort de là soulagé, et le partage est toujours très intéressant, on est content.

SZ : Avez-vous autre chose à ajouter à ce sujet ??

M2 : On essaye de ne pas trop multiplier les situations, pour pouvoir bien évoquer les problèmes. On limite à 3 situations sur 2 heures, la gestion du temps est parfois un problème on doit recadrer pour que chacun ait le temps d'expression suffisant, c'est quelquefois un facteur limitant.

Ce qui est décevant aussi parfois c'est que le médecin qu'on a invité ne vienne pas mais ça arrive de moins en moins, c'était beaucoup au départ.

SZ : Comment l'expliquez vous ?

M2 : Bah les médecins n'ont pas vu l'intérêt, souvent c'est quand ils ne sont jamais venus, donc on les appelle. Et puis aussi le Cèdre Bleu s'est fait connaître sur le secteur, je pense que le bouche à oreille a fait son travail et on a de moins en moins de refus des médecins et quand ils disent qu'ils viennent, ils viennent. On se partage le travail, quand une situation doit être évoquée, on invite tous les professionnels qui gravitent autour du patient avec toujours un contact téléphonique personnalisé.

SZ : Comment pourrait-on améliorer les interventions ?

M2 : Les améliorer ? Disons qu'on est toujours en travail, deux fois par an, on fait un petit comité de pilotage avec le directeur du CSAPA pour améliorer. On n'attend pas d'avoir des problèmes on le fait directement, on se réunit, on réfléchit. Moi en tant que médecin GT, je suis missionnée. On fait aussi des comités de pilotage, (rires) à la dernière réunion Armentières était montrée en exemple, donc c'est satisfaisant, notre mode de fonctionnement est quand même pas mal.

On a beaucoup réfléchi sur la charte, sur qui doit venir, qui ne doit pas venir. Sur d'autres pôles d'intervision, il y a des intervenants alors que nous on pense qu'ils ne devraient pas être là, comme au niveau juridique, police, des assistantes sociales qui ne concernent pas directement le patient mais sa famille... Même si parfois on peut faire un retour sur une situation avec l'accord de tous mais sinon non, on leur dit non ça ne fait pas partie de notre éthique tout simplement.

Il y a des sites où l'intervision n'est qu'un lieu de formation, on ne parle pas de patient c'est le cas à Maubeuge. Mais là il faut qu'on harmonise tout ça pour correspondre aux besoins de l'ARS, pour que les financements continuent d'être accordés car ils ont des exigences. Donc on discute de tout ça avec GT, on avait laissé chaque pôle faire c'est vrai que c'est bien chaque secteur a ses besoins mais on doit harmoniser.

L'intervision est devenue un système adulte depuis le temps donc il faut une meilleure harmonisation, pour pouvoir superposer tous les modes de fonctionnement et ça c'est déjà en route. GT réunit tous les chefs de pôle pour refaire le point, on essaye de prendre tout ce qui fonctionne bien dans chaque pôle et on intègre et au contraire on essaye de retirer ce qui ne correspond pas au cadre.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M2 : Pour moi j'en suis convaincue, depuis le départ j'ai œuvré à la création. Avec, on peut répondre à presque tous mes besoins, dans ma pratique de MG dans mon cabinet vraiment car je me suis informée, j'ai un expert à ma disposition. Lors de l'intervision mais aussi avec le réseau que j'ai maintenant, je prends mon téléphone et je contacte plus facilement. Le réseau se constitue et s'enrichit à chaque intervention donc vraiment je me sens confortable dans ma pratique même si c'est toujours compliqué (pour ça j'ai fait une thérapie brève). On veut beaucoup pour nos patients. Là j'ai appris à accompagner mes patients et c'est eux qui n'avancent pas moi.

Au départ quand on est MG on a l'impression que quand un patient n'avance pas c'est nous qui n'avançons pas c'est douloureux, c'est source d'insatisfaction. Là j'ai recadré ça, je suis plus utile à mon patient parce que je ne m'essouffle pas, je l'aide à avancer donc c'est très important je ne suis pas forcément non performante. Et ça on l'apprend aussi dans nos interventions, à nos médecins collègues qui s'essouffent...qui sont jugeant par rapport à leurs patients car c'est douloureux pour eux de voir que ça n'avance pas. On leur dit : « non tu dois accompagner » .Des techniques de communication avec le patient sont évoquées.

SZ : Qui participe aux interventions ?

M2 : Au moins 2 MG, plus les pharmaciens concernés plus moi, plus un expert en addictologie de la Miterie, la responsable des interventions pour le Cèdre Bleu, les psychologues, les intervenants du Cèdre Bleu et parfois un psychiatre de l'EPSM (établissement public de santé mentale). On a beaucoup de mal à travailler en équipe avec le médecin responsable de l'EPSM car ils sont débordés. Et aussi ils se déchargent, pour eux il n'y a pas d'intérêt qu'un psychiatre participe aux interventions car pour eux la politique à l'EPSM c'est la toxicomanie c'est le Cèdre. Et ils se déchargent complètement des situations de prise en charge aux opiacés des patients, alors que parfois certains ont une problématique psychiatrique associée et on a du mal parfois.

SZ : Recommanderiez-vous ces interventions ?

M2 : Ah oui c'est sûr, j'essaye auprès de mes collègues quand je les vois ou en formation on en parle.

SZ : Que penseriez-vous d'utiliser les interventions dans d'autres situations cliniques ?

M2 : Oui bien sûr, de toute façon notre intervention en dépendance a été complètement copiée par la plateforme santé Trèfle à Armentières, une feuille du trèfle est le réseau soins palliatifs qui est très performant à Armentières et c'est complètement calqué sur nous (2 ans après nous). Donc quand c'est le cas pour moi je peux avoir recours à ces interventions là, juste comme consommatrice d'interventions par exemple. Mais c'est intéressant à développer mais ça prend du temps

SZ : Avez-vous autre chose à ajouter ?

M2 : Je regrette juste que pour des problèmes de budget, des restrictions soient faites sur nos indemnités. Jusqu'à présent l'animateur avait un équivalent de 6c (consultations), à la dernière réunion GT j'étais déçue qu'ils trouvent naturel de rebaisser à 3c.

Notre investissement dans GT est important et GT nous disait : « ne travaillez pas bénévolement car c'est une non reconnaissance de ce que vous faites » et je trouve ça dommage, je le vis comme une dévalorisation de la reconnaissance. Moi je me suis investie énormément, au début avec deux à trois réunions par semaine pendant deux ans bénévolement, on doit être reconnu. Je peux l'accepter mais on doit souligner que ce n'est pas normal, on doit être reconnu dans le travail qu'on fait et je le dirais à la prochaine réunion avec l'ARS. Ils doivent financer correctement sinon j'arrêterai...ça me décourage moralement, si ça redevient du bénévolat pour moi on rétrograde.

### **Entretien n 3 (durée 27'13)**

SZ : Pouvez-vous vous présenter ? Depuis quand exercez-vous ? Où exercez-vous et quel est le pourcentage de patients présentant des addictions dans votre patientèle ?

M3 : Moi je suis installé à Hem depuis novembre 1989, initialement comme acupuncteur et médecin généraliste.

Dès 1990 je m'intéresse à l'addictologie car on avait un boulevard du shit ici, avec des patients en souffrance qui débarquaient dans nos cabinets et à l'époque pas de substitution. On s'est dit : « qu'est ce qu'on peut faire pour aider ces patients en souffrance, pas bien ? » Et donc parallèlement à ça, j'ai cofondé l'association GT59/62 (présidé actuellement par Claude), au départ à quelques médecins on s'est renseigné pour savoir comment faire avec ces patients, après ça a grossit. Depuis 1990 je travaille dans un CSAPA, Le Relais, et depuis 10 ans avec 2 autres généralistes je gère un service d'addictologie hospitalière à la polyclinique du BOIS à Lille, on a 13 patients en sevrage.

J'ai voulu faire de l'addictologie en soins primaires en CSAPA et en hospitalier, ça permet de mieux appréhender les différentes méthodes et angles de travail, c'est ça mon parcours.

Et donc la part des addictions, moi je dois avoir une quarantaine de patients suivis pour dépendance aux opiacés

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M3 : Leur culpabilité, ils n'arrivent pas à se voir comme des malades ordinaires, ça c'est le gros obstacle et puis au fil du temps quand il y a une qualité de la relation... Ces patients sont très riches humainement, agréables et on accède à leur intimité, à leurs blessures de vie. On est quelque part papa de substitution et quand ils vont mal ils n'osent pas facilement revenir nous solliciter ou nous en parler et ça fait mal au cœur.

Ce sont des patients chronophages et malheureusement la tarification à l'acte est une vieillerie qui devrait disparaître, moi je leur consacre une demi-heure parce que je veux travailler comme ça. Mais c'est le même tarif pour un gamin qui vient pour une otite et pour qui ça dure dix minutes, ça c'est dur. Il faudrait une meilleure reconnaissance financière, il faudrait qu'on reconnaisse notre investissement pour qu'on puisse s'investir sinon on renonce à un niveau de revenu, ce qui est idiot.

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des intervisions ?

M3 : J'ai participé à leur mise en place en fait, et étant adhérent de l'association euh on a connu les intervisions belges avec l'équipe Carpentier, l'équipe de Tournai et c'est là qu'on s'est dit ça serait bien qu'on ait ce temps de rencontre et ça a participé à l'élaboration du projet.

SZ : Pourquoi avez-vous décidé d'y participer ?

M3 : On n'est pas dans de la synthèse, la synthèse c'est on se réunit pour définir un programme unique de prise en charge, pour moi ça m'évoque la dictature le consensus c'est le début de la dictature intellectuelle. Comme si il n'y avait qu'une manière de faire, c'est oublier qu'on a un patient, qu'on n'a pas toujours raison et qu'il a le droit de faire son parcours et de le découvrir.

L'intervision c'est de dire on va échanger des infos dans le respect des règles de l'anonymat etc. Mais on échange des infos pour enrichir la connaissance qu'on a du patient mais pas pour le mettre dans un filtre, une filière ou une connerie comme ça.

Il y a une ouverture d'esprit c'est pour ça que ça me plaît.

SZ : En participant aux intervisions, quelles sont vos attentes, vos interrogations ?

M3 : Ce qui fait plaisir c'est de voir les collègues qui rencontrent les mêmes difficultés que moi à propos d'autres patients. Quand on est seul dans son cabinet, on a l'impression d'être le pire des cons, parce qu'on n'avance pas, qu'on n'y arrive pas qu'on n'a pas été bon, puis entendre le collègue de l'hôpital ou l'autre généraliste et de dire bah non on n'est pas des cons ça peut pas marcher à chaque fois... C'est un gros outil de soutien psychologique, émotionnel aux thérapeutes.

C'est ça qui est riche et aussi l'actualisation des connaissances, parce que chacun bricole, bidouille dans son coin. Il y a des petits bricolages qui fonctionnent bien mais c'est mieux parce que chacun apporte un petit bout d'information. Les gens qui y participent sont au moins intéressés voire passionnés vis-à-vis des dépendances aux opiacés, donc on s'enrichit intellectuellement sur la connaissance dans le domaine bien sûr.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors des intervisions ?

M3 : Ils sont très confraternels, ça c'est vachement agréable, ce n'est pas facile que des médecins et psychosociaux parlent les uns devant les autres sans crainte, sans être sur la défensive.

C'est l'occasion de rencontrer des gens qui ont tous une valeur d'humanisme ce qui n'est pas banal, on ne va pas retrouver ça dans un réseau de diabète ou hypertension (là je parle d'expérience personnelle vécue).

Il y a un vrai respect mutuel qui est vachement agréable à vivre.

Tout le monde se respecte mais fondamentalement, ce n'est pas de l'hypocrisie, c'est toujours les mêmes intervenants, moi je trouve que c'est super, on ne dit pas toujours la même chose.

Souvent on nous dit il n'y a pas d'élargissement, mais le nombre de patients n'augmente pas, le nombre de médecins qui les prennent en charge n'augmente pas donc c'est logique que le nombre de participants n'augmente pas.

SZ : Et les jeunes médecins ?

M3 : Ils arrivent lentement, ils commencent à 30 ans statistiquement nous on commençait à 26 ans et un jeune médecin qui arrive dans un quartier avant qu'il découvre les outils de réseau, il va lui falloir 5 à 7 ans statistiquement avant de sortir de son cabinet.

SZ : Donc il n'y a pas de jeunes médecins ?

M3 : C'est très rare, ils sont dans un âge différent, ils sont jeunes conjoints jeunes papas, ils doivent financer leur baraque, les réunions ce n'est pas trop leur objectif, faut leur laisser le temps ... Des gosses en bas âge ça prend du temps.

SZ : Quel que soit notre âge on doit s'interroger normalement ?

M3 : Oui, mais il faut avoir une disponibilité, physique et temporelle

Les gens dans les bureaux imaginent qu'on peut avoir une disponibilité. Et quand l'ARS est mesquine au point de supprimer les financements des repas c'est très humiliant, pour le peu qu'ils bougent. Et donc les jeunes, on les verra arriver à 40 ans c'est normal c'est un avis individuel.

SZ : Répond-on à vos interrogations ?

M3 : Il n'y a pas réponse à tout mais il y a une envie d'apporter. Même la réponse « c'est inconnu, pas connu, on sait pas comment faire, y' a pas de données » c'est une réponse.

SZ : Pouvez-vous développer ?

M3 : On n'a pas réponse à tout en addictologie, faut-il chercher à diminuer un traitement ou non ? On va prendre cette question qui n'a pas du tout de réponse, et bien il est important de savoir qu'il n'y a pas de réponse et qu'on voit au cas par cas et que personne ne fait mal.

C'est sortir du processus aliénant universitaire qui est que pour chaque question on doit avoir une réponse.

Sachant que 5 % des réponses sont validées scientifiquement, les recommandations c'est une arnaque intellectuelle, le niveau de preuve c'est une conférence d'experts donc c'est un niveau de preuve très bas, 80% des recommandations sont de grade C donc c'est une arnaque intellectuelle. Et tout le monde dit : « il faut suivre les recommandations », il faut en suivre que 20 %. Il faut toujours garder cette lecture critique. L'addictologie c'est intéressant, on est obligé de créer en permanence et de faire des choses qu'on n'aimerait pas faire.

La substitution, on était contre au départ (c'est des conneries) après j'ai compris mon erreur. C'est bien d'être capable d'être dans des pratiques avec un groupe et



de pouvoir se dire « bah on va essayer si ça merde bah on le dira, et si ça merde pas on le dira aussi, et on n'est pas seul à faire une catastrophe ».

SZ : Suite aux intervisions, des interrogations subsistent- elles ?

M3 : Quand les patients ont des troubles du comportement ou ont du mal à nous parler, sont en souffrance... « Pourquoi il consomme durablement, quelle est sa faille psychologique ? » Donc là il n'y a pas de donneur de leçon possible, ou un patient qui nous met un peu sous tension, on a tendance à culpabiliser donc pouvoir en parler dans d'autres réunions est important.

SZ : Peut-on pour un même patient envisager plusieurs intervisions ?

M3 : Après le patient peut être convoqué par un autre confrère, vu par un autre pharmacien. Leurs histoires sont compliquées donc elles seront réévoquées par le membre du groupe.

Par exemple, un patient est suivi, il va moins bien il est suivi par le centre méthadone, il était vu avant pour son subutex puis on a plus de nouvelles puis il resurgit au centre, puis peut-être il nous sera réorienté, plusieurs accompagnent le patient à des temps différents.

SZ : A combien d'intervisions assistez vous ?

M3 : Une dizaine par mois, je fais les 3 intervisions de ROUBAIX : Le RELAIS, la TRAME et à l'hôpital.

SZ : Quels sont les points positifs de l'intervention ?

M3 : Sortir de l'isolement intellectuel, et être face à des praticiens de terrain, et pas des théoriciens de bureau. On a des tas de professeurs d'université qui ne reçoivent pas de patients dépendants et qui donnent des cours ça commence à nous gonfler.

Même dans la capacité d'addictologie c'est pareil ils ne consultent pas de patients dépendants aux opiacés c'est interpellant.

Donc travailler c'est l'humilité c'est à dire que chacun a son expertise respectable et, personne n'est celui qui a la grosse connaissance. C'est vraiment la transversalité, que ce soit l'assistante sociale, la psychologue, le généraliste, le pharmacien tous échangent. C'est l'un des rares espaces où il y a un échange respectueux avec les compétences de chacun, pas par principe mais par vécu.

L'intervision permet de voir par exemple l'assistante sociale se creuser la tête, on comprend mieux le travail qu'ils font au cas par cas. Là ça forge un profond respect de la qualité de travail et pas juste retranscrit dans un rapport ou dans un courrier. Des fois on a l'impression de ne pas avancer, et puis des fois on les oriente vers la psychologue ou un avocat et finalement on se rend compte qu'ils avancent. L'intervision permet de conscientiser ça.

SZ : Quels sont les ponts négatifs ?

M3 : On aimerait avoir un peu plus de monde, du renouveau.

La question qu'on se pose est : « est ce qu'on n'est pas inconsciemment hermétiques », on n'a pas l'impression mais on n'a pas la réponse à la question, on ne peut pas être juge et partie.

Je me pose la question : on la fait dans des lieux très stigmatisés, j'ai l'impression que pour des gens qui ne connaissent pas l'addictologie, mettre les pieds dans un service d'addicto hospitalier ou en relais je me demande s'il ne faudrait pas plus un lieu neutre.

Un lieu de rencontre qui ne soit pas réservé aux spécialistes de la question, pour le médecin jeune qui ne connaît pas.

C'est dommage qu'il n'y ait pas d'information systématique des jeunes médecins par le conseil de l'ordre.

Les médecins ne sont pas formés à la base, l'addicto même dans le cadre du DES (diplôme d'enseignement supérieur) c'est du foutage de gueule. On part de cette carence là.

La plupart des internes vont avoir une expérience négative du toxico à cause des urgentistes, faut pas s'étonner après qu'ils en ont peur.

Un toxico pour un étudiant normal avant qu'il vienne chez des barges comme nous c'est un patient emmerdeur qui déboule et qui va foutre le bordel : « où est ce qu'il a vu ça ? Aux urgences ».

Donc après on s'étonne que des gens non formés, à qui on fait rencontrer le toxico au mauvais endroit, n'aient pas trop envie de les recevoir au cabinet, moi c'est l'inverse qui me surprend.

Par contre, s'il y a des lieux de stage où ils voient des patients normaux qui sont addicts et puis qu'ils ont des stratégies pour désamorcer les tensions ... Parce que malheureusement c'est les médecins urgentistes qui fabriquent les tensions aux

urgences. Il faudrait qu'on arrête de laisser les internes face à des patients un peu complexe et qu'on les soutienne dès que ça commence à monter.

Donc évidemment on commence à avoir des gens mal formés et mal traités pour accueillir ces patients là.

Il n'y a pas de diffusion d'info dans le NORD.

Il y a 18 sites d'intervision mais on ne veut pas nous aider là-dessus.

Chaque nouveau médecin passe devant un conseiller ordinal qui pourrait lui dire : « vous allez vous installer dans tel village, vous vous intéressez à la question des dépendances, sachez qu'il y a un lieu là ou là, où vous pourrez rencontrer des pharmaciens des travailleurs sociaux qui vous aideront dans vos prise en charge ».

SZ : Comment pourrait-on améliorer les intervisions ?

M3 : Diffuser l'info et certainement sortir les lieux d'intervision des endroits spécialisés, je pense que ça rebute les jeunes, celui qui est à l'aise avec les patients addicts viendra mais celui qui en a un peu peur, qui a un souvenir d'urgences ou de garde mal passée n'ira pas dans un service spécialisé pour les patients addicts

La paperasserie trop lourde, les comptes-rendus qu'on doit faire c'est pitoyable (ça on a le droit de le dire (rires) quand on est interviewé ?)

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M3 : Un outil indispensable, moi je ne m'y ennuie pas quand j'y participe depuis 1995 ça les administratifs ne comprennent pas.

L'addicto, c'est sans fin, les questionnements, les retours sur nous, il y a un effet miroir, on peut discuter avec des gens et non des donneurs de leçon.

SZ : Pensez vous que la prise en charge de vos patients soit améliorée et de quelle manière ?

M3 : Bien sûr, quand on est seul on ne réalise pas le service rendu au patient comme tout être humain normal, on va regarder le verre à moitié vide, en groupe on relativise : « il a tapé de l'héro que 4 fois dans l'année c'est moins pire » et ça nous permet aussi de travailler sur la notion de réduction de risques et non plus de il faut les guérir.

SZ : Recommanderiez-vous ces interventions ?

M3 : Si tu n'y vas pas jte coupe les cheveux (rires, s'adresse à l'étudiante en médecine présente au cours de l'entretien)

SZ : Que penseriez-vous de l'utilisation des interventions dans d'autres situations cliniques ?

M3 : C'est le rêve, Il y a des hypertensiologues qui ne servent à rien.

SZ : Pourquoi dites vous cela ?

M3 : On a créé une équipe hyperspécialisée hospitalière d'HTA (hyper tension artérielle) pour moi c'est un non-sens c'est pour colmater le manque de communication entre le corps médical de soins primaires. Il n'y a pas lieu d'y avoir ces unités. J'imagine que c'est le manque de dialogue régulier de terrain, de réseau non formel et informel qui font que les filières et les réseaux hyperspécialisés sont apparus.

L'intervention devrait être utile dans l'accompagnement, pas de pathologies chroniques mais dans l'accompagnement de changement de comportement durable chez le patient en diabéto ,HTA...par rapport au travail que peut faire le patient comme changement pour aller moins mal.

Moi ça me gonfle d'avoir des chiffres d'hémoglobine glyquée, c'est une violence idiote que nous impose la sécu, le patient qui passe de 9 à 8.5 a une réduction de risque énorme, on a pas le droit de lui dire vous n'êtes pas dans le but je ne lis jamais dans le courrier le patient est passé à 8 c'est un bel effort il faut l'encourager je ne l'ai jamais lu .C'est un outil qui permet d'avoir une vision plus pertinente de la médecine en sortant des objectifs théoriques et en arriver à des objectifs négociés et réalistes pour le patient et évidemment ça serait à décliner pour l'HTA...

Ce n'est pas simple de changer un comportement donc forcément ça serait utile.

SZ : Avez-vous autre chose à ajouter ?

M3 : L'indemnisation est importante et pour l'instant ce n'est pas remis en cause car c'est un temps de travail qui doit être indemnisé.

Avec l'intervention j'ai le numéro de tout le monde et je peux les appeler.

#### Entretien 4 (durée 26 min 15)

SZ : Pouvez-vous vous présenter ?

M4 : Je suis médecin généraliste à HELLEMMES installé depuis 7 ans et j'exerce en libéral depuis plus de 10 ans.

SZ : Connaissez-vous le pourcentage de patients présentant des addictions dans votre patientèle ?

M4 : En toute honnêteté je ne sais pas, j'en découvre encore aujourd'hui, il y a beaucoup d'addictions masquées, en pourcentage je dirais un petit pourcent attendez... Il y a tabac, alcool, toxicomanie... ah non plutôt 4%.

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M4 : Euhh ....ouvrir la discussion notamment pour les addictions à l'alcool, en pratique quand il s'agit d'addiction type tabac il n'y a pas de difficultés particulières, on rentre facilement dans la discussion .Il y a quand même des campagnes autour de ça, au niveau de l'alcool c'est beaucoup plus compliqué, Il faut qu'ils acceptent de se sentir addicts et dans son propre regard c'est quelque chose qui est mal perçu.

J'ai encore eu un exemple hier c'est la famille qui est venue me parler de la maman qui est addict à l'alcool, et on n'a pas encore trouvé de solution pour pouvoir ouvrir la discussion autour de l'alcool. Et le risque c'est que la personne ne revienne plus derrière donc qu'on ne puisse plus avancer sur ce travail là.

Pour les autres tout ce qui est cannabis, euhh les jeunes sont assez ouverts pour discuter; pas trop de difficulté par rapport à ça, plutôt même une banalisation.

Les addictions au sexe... Et bien on n'ouvre jamais la discussion.

Pour le toxicomane c'est plus des difficultés de suivie, la discussion est possible à partir du moment où on entame la discussion sur la drogue.

Les plus compliquées restent les addictions à l'alcool.

Pour le toxicomane la question est plus facilement ouverte après les gens précisent : je ne consomme pas ou oui je consomme et à ce moment là on discute : est- ce qu'il y a un besoin d'arrêt ? Dans la prise en charge c'est plus compliqué, mais il y a beaucoup de réseaux ceux qui consomment cannabis, cocaïne, héroïne

savent qu'ils sont dans l'interdit donc c'est pas trop compliqué de leur dire : « il va falloir arrêter, c'est mauvais pour la santé, vous jouez avec la loi » Donc c'est pas les plus compliqués sauf à la rigueur les toxicomanes à terrain psychiatrique.

Les toxicomanes, j'en n'ai pas beaucoup non plus faut être honnête, j'ai un patient cocaïnomanes qui accepte le suivi, il arrête souvent et il reprend quand il en a besoin. Pourquoi n'a-t-il pas de suivi régulier ? Il est cocaïnomanes donc c'est très difficile à le faire arrêter, c'est la pire des addictions. Si c'est un héroïnomanes c'est plus simple c'est plus du fait de la spécificité du produit qu'il utilise que de la difficulté du suivi en lui-même. J'en ai parlé avec des médecins addictologie, c'est une drogue qui n'a pas de substitution pour les autres on a la méthadone et le subutex, pour la cocaïne il n'y en a pas d'où la difficulté.

Les autres difficultés c'est de trouver le bon réseau, le bon professionnel de santé pour pouvoir personnaliser le suivi.

(Rires) Les difficultés sont multiples...

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des interventions ?

M4 : Euh c'est en premier lieu à Moulin avec l'équipe médicale de LILLE MOULIN qui m'en a parlé, dès mes déplacements vers 2006, et puis après c'était docteur X (médecin gérant les interventions de FIVES) durant mon installation en 2010 il m'avait sollicité pour une intervention.

SZ : Pourquoi avez-vous décidé d'y participer ?

M4 : Pour l'échange, la transversalité, j'ai des informations que je n'aurais pas ailleurs.

SZ : En participant aux interventions quelles sont vos interrogations, vos attentes ?

M4 : C'est moi qui les organise à Fives, c'est un peu différent.

Mais c'est souvent pour obtenir des informations générales, c'est-à-dire qui tournent sur le plan socio-administratif, les paramédicaux. En pratique c'est un des rares endroits où on va discuter avec une assistante sociale, avec des infirmiers psy, avec des chargés de mission. Et mieux connaître leurs métiers, leurs actions nous permet à nous de mieux agir professionnellement avec notre patient.

On a aussi une meilleure connaissance des interlocuteurs.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors de l'intervision ?

M4 : Très très bons, Ça permet en fait de plus personnaliser la prise en charge d'un patient notamment. Je vais prendre pour exemple le surendettement, on avait fait un dossier là-dessus et on se rend compte qu'on a un grand nombre de patients surendettés, que c'est la cause de leur anxiété et que leur problème médical est social. Quand on a géré le problème social parfois on a géré le problème médical.

SZ : Est-ce que l'on répond à toutes vos interrogations ?

M4 : On ne répond pas toujours aux interrogations, il y a des cas complexes, où on ne peut avoir la réponse qu'en plusieurs temps c'est-à-dire :

On a un premier questionnaire, on a des réponses, on met des choses en place et ensuite seulement on voit si on rencontre des difficultés qui méritent une autre discussion, un autre débat .C'est rare mais notamment pareil un exemple, un patient qui était cancéreux, addict à l'alcool et au tabac, avec épuisement familial et épuisement de ceux qui l'encadraient, j'ai pu avoir des réponses certaines que j'ai pu mettre en place d'autres non, et ensuite d'autres problèmes interviennent et là on est obligé de refaire une intervention pas forcément pour les mêmes questions mais pour le même patient dans la prolongation de sa prise en charge. On répond à un problème, puis d'autres choses émergent mais ça n'est pas fréquent.

SZ : Quels sont les points positifs de l'intervision ?

M4 :C'est la transversalité toujours, l'échange sans tabous et sans étiquettes, ça c'est intéressant. Ce n'est pas le grand docteur, c'est véritablement l'égalité. Euh le fait que tout le monde puisse donner son regard et sa vision même si chacun a sa mission.

Il n'y a pas de jugement et je pense que ça aide, éviter l'isolement, même pour les paramédicaux et les administratifs qui ont besoin de s'exprimer car parfois ils se retrouvent avec une accumulation de problèmes qu'ils ne peuvent pas gérer. Et de pouvoir échanger avec d'autres interlocuteurs souvent des médecins, cela permet de désacraliser une situation ou de recadrer une situation sans la banaliser.

A Fives, on a plutôt des infirmiers qui posent les problèmes ou les assistantes sociales, on était 3 médecins qui y participaient, une est partie à La Réunion, le

docteur X qui est allé travailler en prison et moi-même. Faudrait aller solliciter les médecins c'est sûr, sortir le bâton de pèlerin, leur expliquer, là je ne l'ai pas trop fait c'est vrai faute de temps. Un médecin écoute plus facilement un autre médecin.

SZ : Quels sont les points négatifs ?

M4 : Qu'il n'y ait pas d'autres confrères (rires).

Pour un côté organisationnel, on est obligé de définir une date, dans notre cas c'est le premier jeudi du mois, alors que dans le meilleur des mondes faudrait pouvoir réunir les intervenants au moment où on en a besoin. Où alors des dates beaucoup plus fréquentes un peu comme une RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire), là c'est tous les 15 jours je pense, donc plus il y a d'intervenants plus il y a de dossiers plus il y a possibilité de faire ces réunions plus fréquemment, donc on augmente les probabilités de discuter d'un dossier.

Quand on sort de l'intervision et que l'après-midi même on a un cas à exposer, attendre un mois c'est long, entre temps il s'est passé plein de choses. On pourra en discuter à posteriori mais l'affaire est derrière nous.

SZ : Comment pourrait-on améliorer les interventions ?

M4 : Il faut qu'il y ait plus de monde, pour qu'il y ait plus d'intervisions et il faut pouvoir lancer la machine.

SZ : Comment ?

M4 : Difficile à dire, théoriquement il faudrait que moi ou un autre confrère, on prenne le bâton de pèlerin parce que c'est plus simple de discuter entre médecins des avantages, mais je pense aussi qu'une secrétaire bien formée au discours peut relancer les invitations, mais on est sur un petit pool.

Quand on voit que pour des congrès, on invite 500 personnes, et qu'on en récupère que 80, là sur 20 médecins c'est plus compliqué. Soit vous avez déjà un cabinet de groupe avec un engouement comme à MOULIN, soit c'est plus compliqué.

On travaille beaucoup dans l'isolement c'est notre mode de travail donc c'est assez difficile de dire une fois par mois : « déplaces toi pour discuter » ça n'a pas l'air d'être dans l'état d'esprit. C'est jamais la bonne heure, le soir ils finissent tard ... Si les gens ne se sentent pas investis d'une chose, ne veulent pas rentrer dans une association ils ne viendront pas. Comme à l'assemblée générale il y a des réunions



en pleine après-midi, si ce n'est pas quelque chose que vous avez investi personnellement vous n'irez même pas voter.

IL n'y a pas toujours de retour au MG car parfois on n'a pas son nom, certains sont suivis à l'hôpital ou par le psychiatre.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M4 : Il n'y a pas d'autre endroit où on peut échanger.

Etre avec des professionnels, exposer directement sa difficulté, débattre discuter y a pas d'autre endroit où on peut le faire. Dans un congrès vous ne pourrez pas le faire, sauf prendre le médecin par la manche et discuter mais sinon rares sont les situations où vous pouvez discuter avec un dossier.

SZ : Recommanderiez-vous ces interventions ?

M4 : Complètement.

SZ : Que penseriez-vous d'utiliser l'intervention dans d'autres situations cliniques ?

M4 : A Fives c'est complètement à part des autres sites.

C'est pas souvent pour le toxicomane (je suis dans le réseau mais je ne fais pas les prescriptions parce que je veux m'en détacher c'est historique, des histoires particulières...) Quoiqu'il en soit on est parti sur d'autres domaines médicosociaux comme l'incurie, la maltraitance à enfant, le surendettement, des tas de thèmes ; c'est souvent un cas pratique qui nous ouvre sur un thème comment gérer ? Y a t il des structures ? Faire un échange avec la connaissance qu'ont les autres du thème, échange de cas avec apport d'éléments de réponse, cela aide énormément, car sur une pratique on se retrouve à répondre à 10 cas en même temps.

Au quotidien cela m'aide, on connaît le réseau on sait qui on doit appeler, on connaît le maillage des PMI (protection maternelle et infantile) par exemple, la séparation géographique. Du coup quand on est face au patient, la connaissance médicale on l'a ou on peut aller la chercher, par contre tout ce qu'il y a autour c'est une vaste nébuleuse. Donc de pouvoir dire je peux vous orienter là, je peux joindre telle ou telle personne, j'ai les coordonnées on peut plus facilement se recentrer sur le problème médical car la partie sociale on pourra passer la main. Ca n'a pas de prix, tout ce qui

est fait là n'est pas traité dans les bouquins de médecine donc c'est indispensable Il faut le développer dans d'autres domaines.

L'intervision a besoin de traiter d'autres approches, en traitant d'autres approches on touchera beaucoup plus les autres médecins, autour de tas de maladies, réunir les intervenants pour discuter de cas complexes.

### **Entretien n 5 (durée 11'39)**

SZ : Pouvez- vous vous présenter ?

M5 : Je suis médecin généraliste à Roubaix, je suis installé depuis 10 ans, j'ai une activité uniquement libérale au cabinet et j'anime des intervisions au Relais et à la Trame.

SZ : Connaissez-vous le pourcentage de patients présentant des addictions dans votre patientèle ?

M5 : Je pense que je dois avoir 20 à 30 patients addicts, peut-être plus, peut-être moins.

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M5 : Euh l'initiation, quand il y a une demande de soins ou plutôt de prescription savoir faire la différence entre la demande de soin et juste le deal quoi (rires), c'est surtout ça.

SZ : Vous y êtes beaucoup confronté ?

M5 : Non, un peu au début mais plus maintenant. L'autre difficulté c'est la Co prescription de benzodiazépines. Certains souffrent psychologiquement, ils sont fragiles et ça complique la prise en charge.

Et aussi quand un patient décompense, quand il se déstabilise.

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des intervisions ?

M5 : Au début de mon installation j'ai du recevoir un courrier peut être, une invitation à une intervision, en tant que médecin, je pense que c'était un mailing ou un truc comme ça par GT.

C'était pour me faire connaître les interventions.

SZ : Pourquoi avez-vous décidé d'y participer ?

M5 : Le besoin, la nécessité d'avoir un réseau, d'avoir une formation d'avoir des relais en fait pour prendre en charge les patients.

Quand je me suis installé au départ, étant nouveau médecin je mettais des barrières alors qu'il ne faut pas refuser une demande de soins, je ne savais pas comment faire, je manquais d'expérience. Maintenant j'assiste aux interventions et ça depuis 2005.

SZ : En participant aux interventions, quelles sont vos attentes, vos interrogations ?

M5 : Ca a changé, au début c'était d'avoir de l'expérience, l'expérience des autres, la mise en relation avec d'autres intervenants notamment du secteur social.

Maintenant quand je demande une intervention pour un patient c'est plus parce que je suis en difficulté avec le patient, je ne sais pas comment avancer et donc je demande un avis pour avoir un autre regard.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors de l'intervention ?

M5 : Ils sont souvent riches, c'est toujours complémentaire, c'est intéressant d'avoir l'avis du pharmacien, du psychologue, de l'assistante sociale, voire même d'un autre médecin, c'est les regards croisés qui sont enrichissants.

SZ : Est-ce que pour un même patient plusieurs interventions sont nécessaires ?

M5 : Ca peut arriver mais pas systématiquement, parfois on n'a pas de réponses, on repart avec le même état d'esprit, parce qu'il n'y a peut-être pas de réponse justement, on ne fait pas fausse route c'est ça aussi : « Est-ce qu'on fait fausse route doit on passer la main ? ».

SZ : Quels sont les points positifs de l'intervention ?

M5 : Le fait de rencontrer d'autres intervenants, ça c'est le plus important pas obligatoirement des professionnels de santé, l'expérience des autres.

SZ : Quels sont les points négatifs ?

M5 : Je n'en vois pas (rires).

Je n'ai jamais vu une intervision qui ne servait à rien, c'est dommage qu'il y ait peu de médecins.

Peut-être n'ont-ils pas le temps ou alors ils ne sont pas intéressés je ne sais pas. Peut être qu'il faut améliorer ça.

SZ : Comment pourrait-on améliorer l'intervision ?

M5 : Oui ça peut toujours être amélioré, ça passerait par une meilleure logistique, la difficulté c'est l'organisation, quand une intervision est bien organisée c'est super.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M5 : Un très bon outil de travail qui permet l'échange, ça permet aux acteurs de se rencontrer c'est important de se voir, ça facilite la communication par la suite on appelle facilement au téléphone parce qu'on se connaît...Nos rapports sont facilités. Donc forcément la prise en charge est meilleure, quand la situation est complexe grâce à l'intervision on comprend mieux la situation du patient on se rend compte de ce que les autres font et où ils en sont avec le patient.

SZ : Recommandez-vous les intervisions ?

M5 : Oui.

SZ : Que penseriez-vous d'utiliser les intervisions dans d'autres situations cliniques ?

M5 : Il existe des intervisions précarité à Lille, la précarité touche à tout au médical au social donc c'est intéressant pour les patients précaires, en psychiatrie ou pour les patients aux lourds pathologies.

## **Entretien 6 durée 15'04**

SZ : Pouvez- vous vous présenter ?

M6 :M6, 33 ans, médecin généraliste à Leers(en collaboration), médecin de crèche et médecin au CSAPA 4 jours par semaine depuis 2 ans.

SZ : Connaissez-vous le pourcentage de vos patients qui présentent des addictions

M6 : 10 % de la patientèle voir plus (addiction, mésusage ou usage à risque).

SZ : quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M6 : Le maintien du suivi difficile, le premier démarrage est difficile, les patients en grandes difficultés ; on met des choses en place ça marche ou ça marche moins bien et puis ils rechutent ; ou il se passe quelque chose, ils reprennent une consommation, on les perd. On a du mal à les raccrocher. Le maintien d'un suivi régulier me semble le plus difficile. Avec certains patients il y a pas mal de laisser aller.

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des interventions ?

M6 : Durant mon externat et mon internat (deux semestres d'addictologie) et en temps que FFI (faisant fonction d'interne).

SZ : Pourquoi avoir décidé d'y participer ?

M6 : Les patients que j'avais en suivi, c'est intéressant de discuter avec les autres professionnels autour du patient. C'est un milieu riche, ça permet de trouver des pistes de réflexion, c'est très riche.

SZ : En participant aux interventions, quelles sont vos interrogations et vos attentes ?

M6 : Je suis toujours contente de pouvoir échanger avec d'autres professionnels autour du patient, ça apporte un autre éclairage. C'est quelque chose d'enrichissant, ça permet d'avoir des éléments qu'on n'a pas forcément, croiser un peu nos pratiques. On n'attend pas forcément une solution, mais au moins des pistes de réflexion.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors de l'intervention ?

M6 : Pour moi, c'est toujours quelque chose de positif ça permet toujours d'amener des choses, depuis 2013, j'ai jamais eu le cas où on parle d'un patient et où on n'a rien derrière il y a toujours quelque chose qui permet d'avancer.

SZ : Répond-on à toutes vos interrogations ou des questions persistent ?

M6 : Suite aux intervisions il y a toujours des difficultés, l'intervision c'est toujours une situation complexe, un patient, un produit plusieurs professionnels. La situation reste en général toujours complexe. On n'a pas forcément de solutions à proposer mais des idées avec lesquelles on pourrait avancer .Au moins le fait de mettre toutes nos expériences, nos pratiques, nos connaissances du patient en commun, ça permet souvent de dégager quelque chose.

SZ : Selon vous doit-on envisager de nouvelles intervisions pour vos patients ?

M6 : De mémoire je n'ai jamais eu le cas, faire des intervisions je ne suis pas sûr que ça apporte quelque chose en plus, une fois qu'on a exposé la situation ça ne sert à rien de faire des intervisions rapprochées. Il faut au moins 6 mois pour voir comment la situation évolue, on est dans le domaine de l'addiction, des situations qui évoluent lentement, des difficultés viennent parasiter les choses, des situations qui demandent du temps. Il faut au moins 6 mois entre 2 intervisions pour se laisser le temps de réévaluer, voir comment ce qu'on a proposé a été utilisé. J'ai participé à une dizaine d'intervisions.

C'est rarement le médecin généraliste qui demande l'intervision car ils ne sont pas au courant de cet outil, le facteur temps joue énormément pour le généraliste, souvent l'intervision est déclenchée par le CSAPA ou alors à la demande de la psychiatrie

SZ : Quels sont les points positifs de l'intervision ?

M6 : Je trouve ça très intéressant pour le MG parce qu'il est toujours un peu isolé, il est le pivot de la prise en charge c'est autour de lui que gravitent tous les autres professionnels. Je trouve ça intéressant de le réintégrer comme le pivot de la prise en charge, comme j'ai les 2 positions je sais que parfois on se sent un peu isolé dans une situation complexe, ça permet de poser ses difficultés et de savoir comment les autres peuvent l'aider.

C'est mieux d'être dans une structure pour gérer une situation complexe que seul en ville. On débloque des choses, on met en avant des idées, des pistes de réflexion, on propose des choses un peu différentes au patient.

SZ : Quels sont les points négatifs ?

M6 : Le problème du temps, difficile de se déplacer, on a une surcharge aux cabinets.

La rémunération c'est 3C (consultation) ce n'est pas beaucoup; on s'investit énormément, ce travail nous prend du temps et je trouve qu'on n'est pas rémunéré comme il se doit.

C'est pas assez connu des libéraux.

SZ : Comment pourrait-on améliorer les intervisions ?

M6 : On y travaille, des choses ont eu lieu, depuis peu, une FMC (formation médicale continue)... On a essayé de mettre en avant cet outil, pour que ce soit connu. D'un point de vue individuel avec mes deux casquettes j'en parle autour de moi, à des collègues installés même jeunes installés. Si on veut s'améliorer, on doit pouvoir échanger entre sites plus facilement.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M6 : Au niveau de l'enseignement en faculté, il n'y a pas grand chose concernant les addictions, le savoir-être le savoir-faire dans ces situations, on a des pistes de réflexions par rapport à comment ne pas se laisser manipuler dans certaines situations comment renvoyer sur les CSAPA quand c'est trop difficile.

SZ : Recommanderiez-vous ces intervisions ?

M6 : Oui bien sûr (rires)

SZ : Que penseriez-vous d'utiliser les intervisions dans d'autres situations cliniques ?

M6 : C'est une médecine je pense qu'on devrait développer, être plus en interaction ville hôpital structures, interactions dynamiques, que le MG ne soit pas isolé, qu'il ne soit pas là pour faire la boîte aux lettres mais qu'il y ait plus une émulation, un partage des expériences, avec les MSP (maison de santé pluridisciplinaire) je pense que c'est quelque chose qui pourra se développer.

Je travail en équipe je ne me sens pas isolée.

### **Entretien 7**(durée 14'57)

SZ : Pouvez-vous vous présenter ?

M7 : Je suis M7, j'exerce à Hem depuis 13 ans, j'ai 46 ans

SZ : Avez-vous beaucoup de patients dépendants ?

M7 : J'en ai pas beaucoup je pense deux en fait, je n'ai pas un gros recrutement.

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à eux ?

Toutes addictions confondues je dois en avoir entre 5 et 10, euh bah la difficulté générale de prise en charge, on est souvent démunie de manière générale donc pour moi ces réunions sont très intéressantes.

SZ : Comment connaissez vous l'existence des interventions ?

M7 : Et bien on m'a contacté.

SZ : Qui ?

M7 : Bah je ne saurais pas vous dire, je pense que c'est le Relais qui m'a contacté directement et la Fraternité aussi m'a contacté

Actuellement les quelques patients concernés ont posé problème à un moment donné et les structures m'ont contacté. Moi jusqu'à présent je n'avais pas de grande difficulté ou plutôt on va dire que je m'en sortais.

Les problèmes ont été ressentis par toute l'équipe qui les voit qui m'a contacté.

SZ : En participant aux interventions, quelles sont vos attentes ?

M7 : Bah personnellement j'attends une attitude de groupe avec des conduites à tenir par rapport aux problèmes médicaux que je rencontre.

SZ : Répond-on à vos interrogations ?

M7 : Je n'ai pour l'instant assisté qu'à deux interventions depuis 2014, j'ai trouvé ça riche, euh ça nous conforte dans une attitude à avoir parce que ce n'est pas un sujet



que je maîtrise suffisamment je dirais. Je n'ai pas un recrutement important donc ça me conforte dans certaines positions.

Lors de ma dernière intervision j'ai retranscrit quasiment l'intégralité de ce qui a été dit et du coup ça me donne aussi une certaine autorité sur le patient, je lui explique que les décisions sont collégiales et du coup c'est plus facilement accepté par le patient.

Moi je suis beaucoup aidé, on répond bien à mes attentes et derrière j'arrive mieux à gérer avec les patients.

Le cas précédent est plus différent, il est plus compliant (suivi depuis 5 ans), j' avais été contacté dans le cadre d'une discussion et c'était différent mais pareil j' ai appris plein de choses que je ne connaissais pas , le patient selon son interlocuteur ne dit pas forcément la même chose donc c'est intéressant de pouvoir lors de réunions regrouper tout ça. Finalement on voit des choses différentes, moi je vois plus le côté médical, ses infections à répétition mais on ne parle pas forcément du reste donc ces réunions m'apprennent beaucoup.

Avec ces patients, le travail se fait par étape en fonction de leur état, des difficultés nouvelles, on voit si de nouvelles réunions sont nécessaires.

SZ : Quels sont les points positifs ?

M7 : La conduite à tenir vis-à-vis du patient est plus structurée et le fait de pouvoir confronter les visions que l'on a sur le patient, je sens qu'avec certains intervenants on a des visions communes ; avec d'autres la vision est différente. Donc c'est intéressant notre vision n'est pas toujours bonne ou pas toujours la meilleure. Pour prendre en charge un patient, il faut sortir de l'isolement. Aussi, je ne suis pas trop au point que ce soit d'un point de vue addictologie mais aussi d'un point de vue intervenants, les intervenants sociaux, les organismes qu'il y a autour aussi.

L'autre point positif c'est la coordination des soins pour le patient. Mais ça à la limite se pose pour n'importe quelle autre pathologie donc c'est à développer je pense.

SZ : Quels sont les points négatifs ?

M7 : Le temps...

Si on multiplie ce genre de réunions pour chaque patient on n'aurait pas le temps mais j'ai l'impression que pour l'instant c'est assez bien organisé.

C'est deux heures de notre temps tout de même, mais on apprend beaucoup de chose d'un autre côté.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M7 : Ah oui c'est indéniable, dans la mesure où je n'ai pas beaucoup de patients concernés, c'est un sujet que je ne maîtrise pas forcément bien.

SZ : Recommandez-vous l'intervision ?

M7 : Bah oui, j'en parle autour de moi .A chaque fois que je suis convié j'y vais.

SZ : Que pensez-vous d'utiliser l'intervision dans d'autres situations cliniques ?

M7 : On va dans le bon sens pour le soin du patient mais faut bien gérer ça parce que multiplier ces réunions n'aurait pas de sens quelle que soit la pathologie forcément des difficultés apparaîtront.

Quand on est médecin généraliste, on survole beaucoup mais sans être dans la profondeur donc beaucoup de domaines peuvent poser des difficultés en soin palliatifs, en psychiatrie donc c'est bien de savoir que les interventions, réseaux existent pour nous aider.

Dans l'ensemble c'est bien la discussion est ouverte, et c'est au bout de 13 ans à Hem que je découvre l'existence des interventions donc il y a encore du travail à faire pour se faire connaître.

### **Entretien 8**(durée : 14'24)

SZ : Pouvez-vous vous présenter ?

M8 : Je suis M8, j'ai 50 ans, je suis médecin généraliste installé depuis 1991 d'abord dans LA SOMME puis ici à LAMBERSART.

SZ : Combien de patients présentant des addictions avez-vous ?

M8 : J'ai eu un moment quelques patients addicts notamment aux opiacés et à l'alcool, plus maintenant, je ne connais pas le pourcentage, j'en ai jamais eu énormément, donc c'est difficile à donner mais c'est assez faible c'est beaucoup moins que 10 %.

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M8 : Euh c'est souvent le relationnel, ils ne sont pas hyper rigoureux, dans les rendez-vous, c'est surtout ça, mais on s'y fait... On prévoit plus large tout simplement. Sinon quand on gère correctement ça va il ne faut pas se laisser déborder aussi. Moi j'ai toujours été assez stricte au niveau prescription, donc quand quelqu'un vient me voir pour un dépannage je dis : « bah écoutez, vous n'êtes pas tombés sur la bonne personne », sinon après on voit arriver tout le monde, je préfère avoir affaire aux patients que je connais plutôt qu'aux patients de passage qui sont là pour faire leurs courses.

SZ : Comment connaissez-vous l'existence des intervisions ?

M8 : Bah ça fait très longtemps et au départ c'était pour des patients que je suivais et donc j'ai été convoqué, convié à des intervisions et ça permettait de discuter de mes patients et d'autres patients aussi, on n'est pas tout seul en fait.

A l'époque le CITD (centre d'information et de traitement des Dépendances) boulevard de METZ m'avait convié, ça fait partie du CHR (centre hospitalier régional).

SZ : Pourquoi avoir décidé d'y participer ?

M8 : Le fait de pouvoir travailler en réseau, avoir des informations sur le patient et les manières de faire éventuellement.

SZ : En participant aux intervisions quelles sont vos attentes, interrogations ?

M8 : Euh, les attentes je dirais c'est de s'enrichir de l'expérience des autres, et pouvoir par ce biais aider les patients.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors de l'intervision ?

M8 : Comme je vous le disais c'est la richesse de l'échange ça c'est très important, voir que il n'y a pas que des médecins, chaque intervenant a ses problèmes, ses soucis mais aussi ses solutions, donc ça peut aider pour sa propre expérience.

SZ : Répond-on à toutes vos interrogations, ou faut il envisager d'autres intervisions pour un même patient ?

M8 : Je dirais que l'intervision ça n'est pas tout blanc tout noir et que effectivement on est amené parfois à devoir faire plusieurs interventions, en ce moment je ne fais pas d'intervisions niveau toxico mais quand j'en avais c'est vrai que régulièrement il y avait une relance sachant que l'on pouvait aussi de notre côté, demander une intervention pour un patient, c'était intéressant.

SZ : quels sont les points positifs de l'intervision selon vous ?

M8 : Le réseau, le fait de ne pas se retrouver seul, de sortir de l'isolement, d'être aidé.

SZ : Des points négatifs ?

M8 : Bah je n'en vois pas comme ça de point négatif.

SZ : Comment pourrait-on l'améliorer ?

M8 : (réfléchit) Comme ça à chaud je ne sais pas, si ce n'est les problèmes d'organisation pour réunir tous les intervenants, trouver la bonne date pour tout le monde.

Mais bon c'est toujours pareil soit on fait quelque chose avec moins de monde soit on fait rien en disant bah on ne peut pas, il n'y aura pas tout le monde.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

Oui c'est sûr, on en revient toujours à la même chose, le réseau, l'entraide et le fait que le patient se sente plus concerné, parce qu'en allant voir quelqu'un il sait qu'on va parler de son cas avec son accord, il sera plus concerné, plus impliqué et on pourra mieux travailler.

SZ : Vous la recommandez ?

M8 : Tout à fait oui.

SZ : Que pensez-vous d'utiliser l'intervision dans d'autres situations cliniques ?

M8 : Ça existe déjà dans les réunions de concertation pluridisciplinaire, quelqu'un qui a un cancer c'est plusieurs personnes qui décident de son traitement et le MG peut demander à y participer.

Après il existe pas mal de réseaux dans le nord pour le diabète par exemple, après c'est le souci d'arriver à ne faire que des réunions et d'en oublier le patient (rires)

Le toxicomane est un patient particulier.

SZ : Avez-vous autre chose à ajouter ?

M8 : Je participe aux intervisons sur Saint-Philibert, j'en fais 4 ou 5 par an.

Il s'agit d'intervisions autour des patients addicts, qui souffrent des problèmes d'isolement, de problèmes familiaux mais c'est toujours centré sur un problème de toxicologie. J'y participe depuis au moins 2000.

### **Entretien 9**(durée : 12 '03)

SZ : Pouvez-vous vous présenter et me dire combien de patients présentant des addictions vous recevez ?

M9 : Docteur M9, je suis installé à FACHES THUMESNIL depuis 1981, j'ai 63 ans. J'ai dans ma patientèle une trentaine de patients avec addictions il me semble.

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez avec eux ?

M9 : Bah on a souvent des doutes sur le contexte social qu'il n'est jamais facile de connaître au cabinet, après il y a aussi souvent chez ces patients un problème d'observance, c'est surtout ça.

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des intervisons ?

M9 : Ça c'est grâce à une association ici tout près, OXYGENE qui m'a sollicité il y a une dizaine d'années je crois en 2005.

SZ : Pourquoi avez-vous décidé d'y participer ?

M9 : L'élément déclencheur, c'est d'avoir le contexte psychosocial du patient, ça permet d'être plus au courant du suivi social du patient, ça nous aide dans le traitement, dans le suivi du patient.

SZ : En participant aux intervisons quelles sont vos attentes ?

M9 : Bah c'est surtout de mieux connaître le patient, de connaître son contexte.

Je participe à une intervision par mois depuis une dizaine d'années à OXYGENE on évoque tous les patients qui posent problème.

SZ : Que pensez-vous des échanges lors de l'intervision ?

M9 : La part psychiatrique n'est pas trop évoquée, les travailleurs sont là, nous apprennent beaucoup sur le cadre, le logement, l'entourage du patient. Le patient va parfois plus se livrer aux travailleurs sociaux.

SZ : Répond-on à toutes vos interrogations ? Et faut-il pour un même patient plusieurs intervisions ?

M9 : Bien sûr sinon je n'irais pas (rires), on évoque les problèmes du moment, on croise nos regards et il arrive souvent que pour un même patient de nouvelles intervisions aient lieu. On ne peut pas tout régler en une fois.

SZ : Quels sont les points positifs de l'intervision ?

M9 : Bah comme je le disais, on est à plusieurs, on échange, chacun a une connaissance du patient, donc on croise nos regards, on sort de l'isolement, c'est très important je trouve.

SZ : Et quels sont les points négatifs ?

Bah je trouve que c'est assez bien, mais la présence des psychiatres manque aussi, je me rends compte que souvent les patients ne se présentent pas à leur rendez vous chez le psychiatre, cela doit traduire une certaine peur, une peur du psychiatre. Le côté médical est moins évoqué, on est 4MG, il y a des infirmières de psychiatries mais il manque un psychiatre, un addictologue aussi.

SZ : Comment pourrait-on l'améliorer ?

M9 : On a beaucoup de travailleurs sociaux grâce à l'association et c'est très bien, mais d'un point de vue médical on s'est un peu formé sur le tas, ce serait mieux si on pouvait se former un peu plus surtout pour les plus jeunes.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M9 : Bien-sûr que oui, c'est un très bon outil qui m'aide dans ma pratique, j'ai une meilleure connaissance des patients, un regard plus large je peux donc mieux les accompagner, ils savent qu'on évoque leurs problèmes en interventions qu'on se réunit pour eux, ils ont plus confiance.

SZ : Est-ce que vous la recommandez ?

M9 :J'essaye oui, auprès de mes confrères quand je peux.

SZ : Que pensez-vous d'utiliser les interventions dans d'autres situations cliniques ?

M9 : Oui c'est pour la psychiatrie, les pathologies chroniques ... LA CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) propose déjà ça il me semble (ça s'appelle SOFIA) mais bon ça prend du temps et c'est difficile de s'organiser, on ne peut pas se réunir pour tout, tout le temps mais c'est intéressant.

#### **Entretien numéro 10 (durée 13'36, entretien téléphonique)**

SZ : Pouvez vous vous présenter ?

M10 : Je suis médecin généraliste, j'ai 62 ans installé à Faches Thumesnil depuis 1978 (Je suis en fin de carrière), membre actif de réseau d'addictologie en intervenant à OXYGENE Faches Thumesnil et à Boris Vian en tant que participant alors qu'à OXYGENE je suis animateur.de l'association.

SZ : Combien de patients avec addictions avez-vous ?

M9 : Euh, quelques pourcents moins de 10 %.

SZ : Quelles sont les grandes difficultés que vous rencontrez face à ces patients ?

M10 : Le déni ...A partir du moment où il y a du déni, il n'y a pas d'entrée dans un cercle de décision, pour pouvoir sortir d'une addiction il faut d'abord la reconnaître. Quand on est dans le déni on n'arrive pas à prendre conscience de son problème et donc on ne peut pas avancer. Faire avancer les gens de la case déni à la case prise de conscience, ça c'est très long ça peut prendre des années.

SZ : Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des interventions ?

M10 : Je suis en fin de carrière donc l'intervention je connais ça depuis près de 20 ans. J'y participe depuis 1997 au moins.

Par proximité du cabinet le centre OXYGENE est à 10 mètres et par les contacts avec ceux qui ont créé cette association.

SZ : Pourquoi avoir décidé d'y participer ?

M10 : Oui car à l'époque il y a 20 ans on avait à Faches Thumesnil un gros problème de toxicomanie avec beaucoup d'overdose, décès et donc pour évaluer les prises de risque des patients on a créé cette association.

SZ : Quelles sont vos attentes, interrogations en y participant ?

M10 : Je n'ai pas d'interrogation, c'est une mise en commun des informations qu'on a sur les patients, de façon anonyme qui permet de cerner, d'avoir un regard un peu différent sur les problèmes des patients des autres.

On abordera les problèmes médicaux, sociaux les deux sont intriqués.

SZ : Que pensez-vous des échanges ?

M10 : Quand les débats sont bien menés c'est tout à fait constructif, cordial, on se connaît presque tous, on se réunit en moyenne une fois par mois donc on connaît parfaitement nos interlocuteurs. Quand il y a un minimum de discipline, c'est constructif.

J'assiste en moyenne à 10 interventions par an depuis 20 ans (faites le compte) et à Boris Vian à 10 par an depuis 5 ans donc au moins 250 ce qui n'est pas rien.

SZ : Répond-on à vos interrogations ?

M10 : Tout à fait oui, on ne monopolise pas toute la parole pendant une intervention mais quand je viens avec un sujet, ce qui n'est pas toujours le cas, on met sur la table les questions, les problèmes du patient et on essaye de trouver des solutions. Mais il peut arriver que je sois simplement spectateur lors d'une intervention, et amener à donner mon avis, mon sentiment sur un patient autre, que je ne connais pas donc là je n'attends pas qu'on réponde à mes questions .

SZ : Arrive t-il que pour un même patient plusieurs interventions aient lieu ?

M10 : Oui bien sûr on ne règle pas tous les problèmes en une intervention.



C'est une mise en commun des idées, on ne répond pas à tout.

Et oui oui, c'est souvent les mêmes patients qui reviennent lors des interventions ...

Moi je prends des notes à chaque fois et on réévalue.

Il est très utile d'en parler plusieurs fois car les situations sont complexes et de voir l'évolution de la situation est nécessaire.

SZ : Quels sont les points positifs ?

M10 : Ils sont nombreux sinon je n'y participerais pas.

Ne pas être seul face aux questions qu'on se pose vis-à-vis du patient.

Ne pas être seul face aux problèmes que nous pose le patient, avec mise en commun qui permet de relativiser et ça nous permet de trouver des solutions.

On trouve des solutions pour des problèmes qu'on ne peut pas résoudre comme les problèmes sociaux, les problèmes de logement. Les travailleurs sociaux nous trouvent des solutions.

Sur le plan médical on a des échanges constructifs, des MG, des spécialistes des psychiatres des addictologues, des juristes et cela permet de mettre en commun nos pratiques et ça donne des solutions.

SZ : Y a-t-il des points négatifs ?

M10 : La restriction de budget ... (sourire)

A Boris Vian on est obligé de se restaurer soi-même avant car il n'y a plus de budget pour la restauration. A OXYGENE on a encore des collations.

L'éloignement ... On doit prendre le métro et marcher un peu en ville pour se rendre à Boris Vian. Mais c'est vraiment des points de détails.

Le temps passé : une intervention c'est de midi à 14 h ce n'est pas forcément facile de consacrer deux heures.

SZ : Comment pourrait-on améliorer les interventions ?

M10 : Avoir un budget qui permette que ce soit plus cordial qu'on ait une collation sur place. Sinon au niveau des locaux on n'a rien dire.

L'améliorer en essayant d'y faire venir un petit peu plus de monde, du corps médical car il y a souvent plus de travailleurs sociaux que de praticiens.

Il faut les inciter pourquoi pas financièrement. Ce sont toujours les mêmes médecins qui viennent à OXYGENE et à Boris Vian.

C'est un peu dommage qu'on n'arrive pas à créer un mouvement chez les généralistes, ils ne se sentent pas tous concernés peut être.

Améliorer le mailing pour inviter les Médecins.

SZ : Est-ce selon vous un bon outil de travail ?

M10 : Oui oui, sinon je n'irais pas. C' est un des rares lieux d'échanges de médecins et de travailleurs sociaux sur des cas concrets. Dans notre pratique, pouvoir mettre sur la table des problèmes à partager, c'est rare. Il n'y a rien de pire que de travailler seul, dans son coin et même pour le patient, toutes les conclusions lui sont remises donc il en profite directement.

SZ : Est-ce que vous la recommandez ?

M10 : Tout à fait.

SZ : Que pensez-vous de l'utiliser dans d'autres situations cliniques ?

M10 : Bien sûr avant cela s'appelait les réunions de pairs organisées par un syndicat de médecins généralistes (MG France) subventionné et c'était très bien, tous les 2 mois on se réunissait sur des thèmes bien précis que ce soit la vaccination les infections ; c'était difficile à organiser mais c'était très constructif d'échanger sur nos pratiques. On pourrait très bien faire des interventions qui s'appelleraient autrement sur des thèmes autres que l'addictologie.

### **Annexe 3 :**

#### **ASSOCIATION G&T 59/62 : QUI SOMMES-NOUS ?**

- Un réseau de 400 cabinets de médecins généralistes et autres professionnels
- 66 Adhérents en 2014, médecins Généralistes et Pharmaciens
- Partenaires : hôpitaux, CSST, CMP, CCAS, associations ...

Actifs sur le terrain depuis 1992, les Médecins Généralistes de l'association ont accompagné l'évolution des pratiques et des concepts en addictologie. Notre fil directeur dans ce paysage social changeant s'appuie sur

- un concept : il s'agit d'une pathologie du lien, qu'on l'appelle dépendance, addiction, toxicomanie, assuétude...
- une valeur de référence : la citoyenneté ; accompagner le patient dans l'usage de ses droits, notamment aux soins, et dans la capacité à assumer ses responsabilités, c'est l'aider à sortir de l'ostracisme, la précarité ou l'exclusion, l'incapacité acquise. Notre mission c'est l'aider à prendre sa place dans la société.

De ces deux idées-forces découle la troisième : "ne jamais travailler seul". Face à ces problématiques, il est indispensable de travailler en lien avec les autres partenaires : médecins, pharmaciens, psychiatres, intervenant médico-sociaux, etc...

#### **Annexe 4 : Charte intervision (GT59/62 nouvelles pratiques en médecine générale)**

Pour que l'intervision soit utilisée au mieux lors de la prise en charge en réseau des patients présentant des problématiques complexes dans le cadre de pathologies du comportement, les différents intervenants se donnent les règles suivantes comme critères de qualité :

1. Rechercher l'accord et la participation du patient
  - Le dispositif de l'intervision sera évoqué et expliqué le plus tôt possible dans la prise en charge comme outil de cohérence et de meilleure utilisation des ressources existantes ; il sera mentionné dans le contrat d'entrée dans le réseau de soins.
  - Lorsqu'une intervision est souhaitée à propos d'un patient, l'accord de celui-ci devra être préalablement obtenu.
  - A la fin de l'intervision, un intervenant sera choisi pour rapporter au patient les décisions prises.
  - Si nécessaire, la participation des patients pourra être envisagée.
2. Animer l'intervision
  - Respect entre participants : absence de hiérarchie ; la parole est libre et partagée ; le jugement n'a pas sa place.
  - Respect de la nécessaire confidentialité : les informations partagées sont celles qui sont nécessaires et utiles à une prise en charge cohérente.
  - Une certaine retenue s'impose, chacun doit l'évaluer dans la singularité de l'échange.
  - L'identité du patient n'est pas dévoilée aux participants non acteurs auprès de ce patient.
  - Progresser ensemble : face aux difficultés des intervenants, le groupe constitue une réserve de ressources, grâce aux échanges d'expériences, de connaissances, et par la recherche des référentiels existants.
3. Adapter l'intervision aux besoins locaux

- Un comité de pilotage fera le point régulièrement et au moins une fois par an sur l'évolution du dispositif et son adaptation aux exigences du cahier des charges.
- Ce comité de pilotage sera composé de représentants des utilisateurs du dispositif : intervenants dans le champ bio médico social, travaillant dans le secteur libéral, institutionnel et associatif, ainsi que des représentants des patients.
-

## Annexe 5 (tiré du rapport d'activité de GT 59 /62 de 2014)

### Territoires d'intervention : Région Nord Pas-de-Calais

La pratique de réseau et les interventions s'organisent en se répartissant sur 18 pôles sur le Nord/Pas-de-Calais :

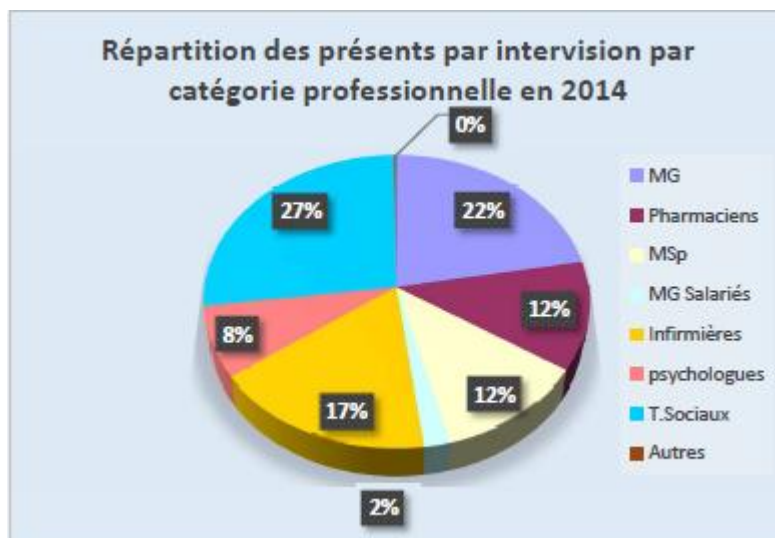
#### Bassin de Vie Lille Métropole :

Armentières avec l'asso. Trèfles et le Cèdre Bleu à Armentières Réfèrent : Dr Evelyne CARON	Lieu : Cèdre Bleu à Armentières
Faches-Thumesnil avec le CIPD Point Accueil Oxygène de Faches Thumesnil Réfèrent : Dr Marc DELECROIX	Lieu : Oxygène à Faches Thumesnil
Lille – Boris Vian Réfèrent : Dr Claude MASQUELIER	Lieu : Centre Boris Vian à Lille
Lille – Fives Réfèrent : Dr Kahina ZAÏ QUINTAINE	Lieu : Mairie de Fives ou autres lieux dans le quartier à Lille
Lille – CSAPA CHRU le Pari Réfèrent : Dr Dominique PEYRAT	Lieu : CSAPA CHRU le Pari à Lille
Lomme Réfèrent : Dr Jean-Claude GUICHARD	Lieu : Hôpital St Philibert à Lomme
Roubaix Réfèrent : Dr Jean LALEUW	Lieu : association Le Relais à Roubaix
Roubaix Réfèrent : Dr Laurent URSO, PH	Lieu : Hôpital de la Fraternité – Serv d'Addictologie à Roubaix
Roubaix Réfèrent : Dr Anne-Françoise HIRSCH, Méd Coord Alcool	Lieu : CSAPA La Trame à Roubaix
Tourcoing Réfèrent : Dr Bernard ESNAULT	Lieu : CSAPA La Trame à Tourcoing
Villeneuve d'Ascq Réfèrent : Dr Claude MASQUELIER	Lieu : CMP à Villeneuve d'Ascq

#### Autres bassins de Vie :

Avesnes sur Helpe Réfèrent : Dr BARDOUX	Lieu : Centre Hospitalier Pays d'Avesnes à Avesnes sur Helpe
Calais Réfèrent : Dr Philippe LEGRAND	Lieu : CSAPA A.B.C.D. à Calais
Cambrai Réfèrent : Dr Luc DHOUAILLY	Lieu : CSAPA Emergence (Alcool) à Cambrai En alternance avec CSAPA Tempo (toutes addictions) à Cambrai
Caudry Réfèrent : Mme PLOTIN, Pharmacienne	Lieu : CSAPA Le Tréma à Caudry
Douai (co financement ARS/RVH Douai) Réfèrent : Dr José DELANNOY	Lieu : CSAPA du CH Douai à Douai
Dunkerque Réfèrent : Dr Fabrice MESTDAGH	Lieu : CSAPA Esquisse (Asso Michel) à Dunkerque
Fourmies (co financement ARS/RVH Maubeuge) Réfèrent : Dr J-Pierre WILHELM	Lieu : CSAPA Christian Montaigne à Fourmies
Hénin-Beaumont Réfèrent : Dr J-Paul DUPARCQ	Lieu : CSAPA UAST à Hénin-Beaumont
Maubeuge (co financement ARS/RVH Maubeuge) Réfèrent : Dr Alain BARDOUX	Lieu : Association Liberté Pôle Santé à Maubeuge

## Annexe 6



**AUTEUR : Nom : ZOUZOU**

**Prénom : Samira**

**Date de Soutenance : 23 SEPTEMBRE 2015**

**Titre de la Thèse : Evaluation d'un outil de travail en réseau : l'intervision d'addictologie.**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES Médecine Générale**

**Mots-clés : coordination des soins, addictions, addictologie, travail en réseau, intervention d'addictologie, prise en charge, pluridisciplinarité, médecin généraliste.**

Résumé : Contexte : La région Nord-Pas-de-Calais est beaucoup plus fortement touchée que les autres régions par les problématiques liées aux addictions et par leurs conséquences sur la santé. Cette étude avait pour objectifs d'évaluer pour le médecin généraliste un outil de travail en réseau : l'intervision d'addictologie. Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de 10 médecins généralistes y participant. Les entretiens ont été menés jusqu' à saturation des données, enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse des résultats a été faite en double aveugle .Résultats : Les médecins rencontraient des difficultés multiples, liées au patient (personnalité, complexité de la situation) et liées à leur pratique (manque de temps, de formation, et isolement). L'intervision apparaissait comme un lieu de rencontre entre les différents professionnels qui gravitent autour du patient (médecins, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux...). Elle permettait aux médecins d'améliorer leur cadre de prise en charge et leur permettait d'actualiser leurs connaissances. Toutefois elle semblait manquer d'homogénéité avec des sites d'intervisions plus médicalisés que d'autres, de plus la participation des médecins généralistes semblait insuffisante, l'intervision paraissait encore peu connue. Les médecins proposaient une amélioration de cet outil avec des évaluations internes et semblaient vouloir la faire connaître d'avantage pendant les études médicales et en s'impliquant plus. Conclusion : Cette étude a permis de montrer que ce dispositif toujours en évolution offre aux médecins généralistes des outils nécessaires à la prise en charge des patients dépendants.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur COTTENCIN Olivier**

**Asseseurs : Professeur BERKHOUT Christophe, Docteur ROLLAND Benjamin  
Docteur MASQUELIER Claude**