

Soins spécialisés et généralistes : Collaborations au-delà des secteurs

Dr D.Lamy

Médecin généraliste

Réseau Alto

www.reseualto.be

Docteur Alain Morel

Psychiatre,

Directeur général de l'Association Oppelia

Administrateur Fédération Addiction



alto

Alternative aux toxicomanies

Alto : les étapes d'un parcours

Années '80 : beaucoup d'utilisateurs sont en file d'attente "devant" la porte des centres (à l'époque surtout des communautés thérapeutiques)

Les généralistes sont sollicités pour des „dépannes“ :
Demande pressantes de bzd

1991 : Différentes régions de Wallonie voient l'émergence de projets thérapeutiques autour de l'expérience Dole-Nyswander et du projet Phenix (Genève)

Alto - SSMG

- En 1992, fédération de tous ces projets au sein de la SSMG (société scientifique de médecine générale)
- Les généralistes sont capables d'accompagner des usagers
 - Pour autant qu'ils disposent de bons outils
 - Pour autant qu'ils soient formés
- Alto débute des formations à destination des acteurs de 1ère ligne

Alto - SSMG

- Au début prévaut un certain triomphalisme : la méthadone, ça marche !
- Très vite, on se rend compte que derrière la métha il y a des contraintes : par ex. : le MG doit être présent...souvent
- La méthadone, une réponse... mais quelle était la question ?

Alto - SSMG

La réaction de la première ligne de soins, pressée par les demandes insistantes d'usagers en souffrance, n'était, à l'époque, que produit, sous la couverture de son mirage opiacé

Alto - SSMG

- Les chiffres sont importants : en 2008 en Belgique, environ 16000 patients sont en traitement de substitution
- Plus de 85 % des prescriptions émanent de généralistes
- Environ 1000 patients viennent de France (surtout dans la zone frontalière)

Législation

- 1992 : tolérance de prescription, la méthadone reste néanmoins sur la liste des stupéfiants
- 2002 : autorisation de prescription
- 2006 : arrêté royal encadrant la prescription
 - Méthadone et buprénorphine
 - File active de maximum 120 patients
 - Formation et inscription à un réseau obligatoires

Réseau Alto : en réflexion

Une prise de recul bien nécessaire pour proposer notre programme de soutien et de formations à ces acteurs de la première heure

- Formation de base de 12 heures
 - Première rencontre, produit de substitution (à l'époque seule la méthadone), co-morbidités somatiques, co-morbidités psychiatriques, travail en réseau (au moins le pharmacien)
- Formation continue
- Intervisions

Seul, on va plus vite
Ensemble, on va plus loin
Dicton Africain (?)

Docteur Alain Morel

Psychiatre,

Directeur général de l'Association Oppelia

Administrateur Fédération Addiction

« Soins spécialisés et généralistes : collaborations au-delà des secteurs »

Colloque TD04 – Bruxelles - vendredi 19 décembre

S'ARTICULER ?

- **L'amélioration des pratiques de soin** passe par de meilleures collaborations entre acteurs
- Mais qui sont **les acteurs** ?
- Entre médecine générale et secteur spécialisé : incompréhensions et collaborations ou **la dialectique des cloisons**
- Une histoire bouleversée par le Sida dans les années 90 : le **1^{er} « grand décroissement »**
- Des **personnes** ont su « transgresser » et bousculer les pré- carrés institutionnels, ouvrant de nouvelles coopérations

UN DISPOSITIF À 3 PORTES

- D'autres **espaces** ont été investis, d'autres **cloisons** ont été érigées (Centres méthadone/TSO Ville, RdR/soins, CSAPA/CAARUD, réseaux/institutions...)
- **2^{ème} grand décroissement** : avec l'avènement de l'addictologie se construit un dispositif de soin en addictologie à **3 pôles** (sanitaire, médico-social, ville), 3 portes d'entrée... Et beaucoup d'espaces « libres » (ou déserts). Conférence de consensus TSO (2004) = une étape
- Un **troisième grand décroissement** s'annonce : la remise en question de l'assimilation soin = objectif d'abstinence ouvre de nouvelles pratiques de soin, et exige surtout une **nouvelle alliance avec les usagers** autour des notions de rétablissement, d'inclusion sociale, de pouvoir de l'utilisateur sur lui-même et son environnement

Accompagnement

Réponse adéquate, immédiate et de proximité, avec un maillage de tout le territoire

Prise en charge globale et continuée (pathologie chronique)

Médecine de famille offrant un regard sur les lieux de vie, leur évolution

Le réseau de proximité

Premier relais de réseau : le pharmacien d'officine

Partenaire incontournable mais appui réel

Synergie d'action quand le partenariat s'instaure

Le maillage de terrain s'organise avec l'utilisateur comme partenaire

Le réseau de proximité

Passé ce premier contact avec un autre prestataire de première ligne de soins, le médecin et son patient prennent la dimension d'une possible pluridisciplinarité.

Le système social a aussi son importance.

Logement, emploi, revenu, tissu social, autant de dimensions à prendre en compte pour le mieux-être de l'utilisateur.

Communication

Augmentation du nombre d'acteurs impliqués

➔ nécessité de communication.

Nœud du réseau d'aide et de soins

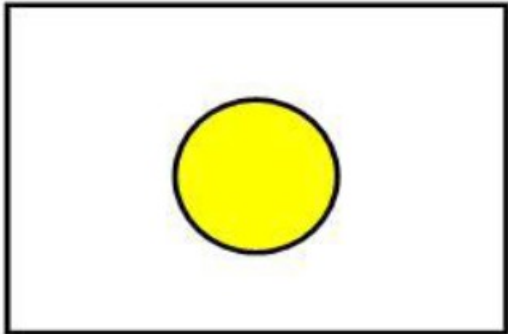
➔ assurer une communication de haut niveau.

Communication

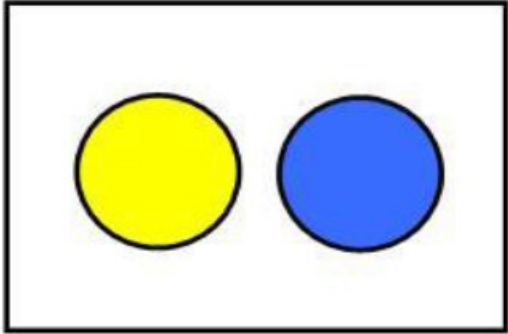
- Communication : fait de transmettre une information à quelqu'un
- Action asymétrique : entre celui qui sait (et ne veut pas tout dire) et celui qui espère (et voudrait tout savoir)
- Objectif : compréhension réciproque des interlocuteurs

Vers l'interdisciplinarité

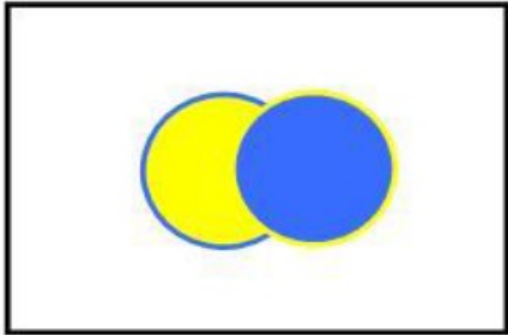
De la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité, le pas semble aisé mais nécessite de se connaître, de créer du lien, de créer des liens.



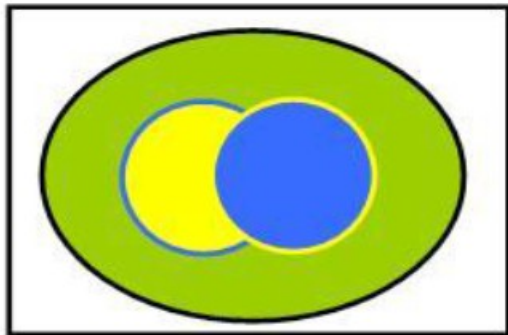
Discipline



Multidisciplinarité



Interdisciplinarité

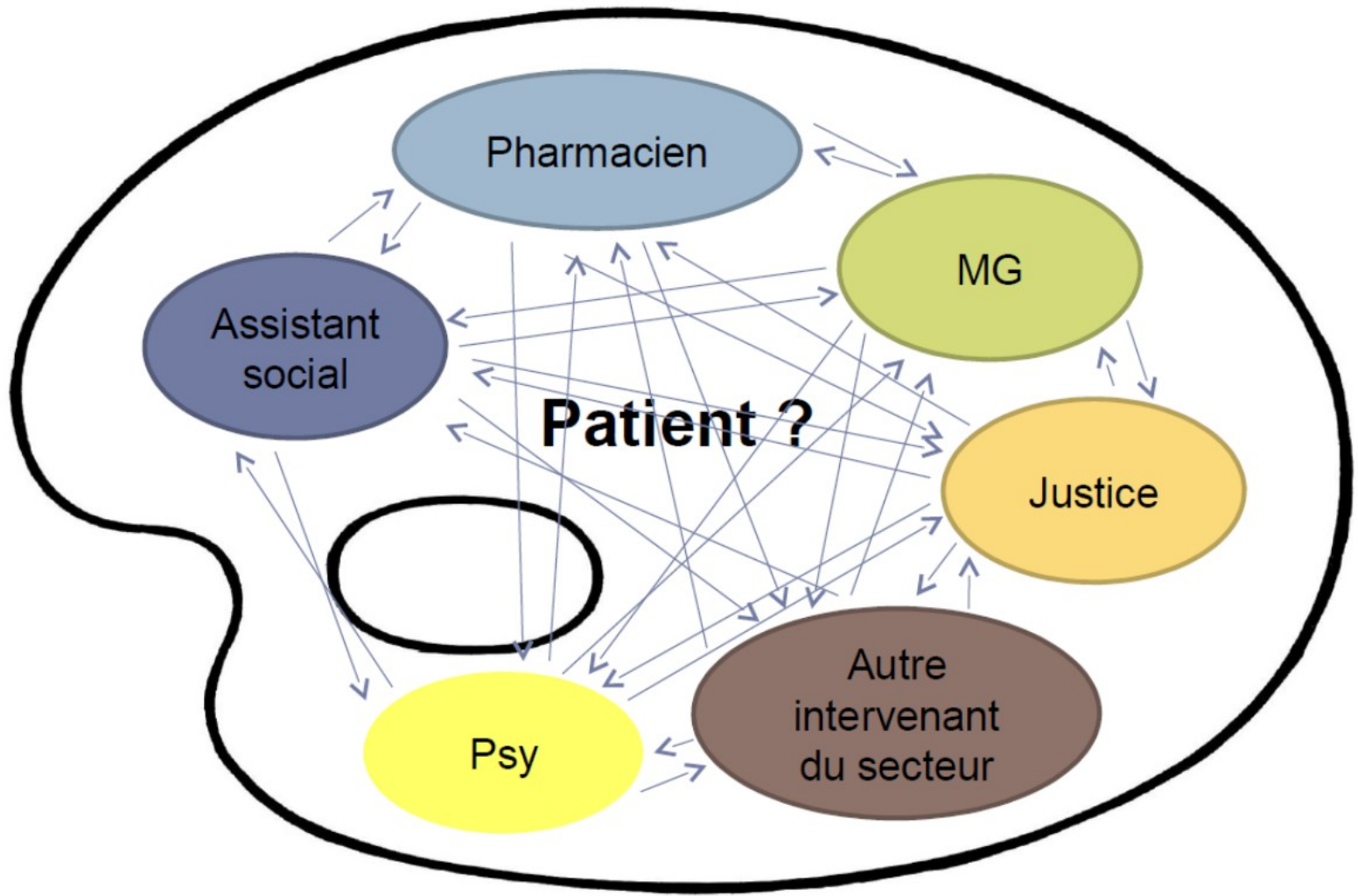


Transdisciplinarité

www.reseaualto.be

Favoriser la connaissance réciproque des acteurs pour améliorer la qualité des communications entre eux

Mise en place d'un espace-temps propice à la rencontre de tous



L'ADDICTION EST D'ABORD UN FAIT HUMAIN SOCIAL ...

- L'addiction est par essence même diverse. Cette diversité peut diviser si les acteurs n'en ont pas une **compréhension partagée**, de ses lignes de force et du sens
- => travailler et s'impliquer, nombreux et divers, autour de l'objet addiction, parce que la réalité même de l'addiction l'impose. **Élaborer un socle et un langage commun.**
- -> Un dialogue circulaire permanent (Fédération Addiction, réseaux locaux...)
- -> Accepter la transdisciplinarité : entre et par delà les disciplines (reconnaissance de l'expertise de l'autre)
- -> Les lieux de soin en addictologie sont d'abord des espaces de solidarité humaines (la « technique » est secondaire)
- -> Ce qui fait unité, c'est la personne humaine dans son contexte

PARCOURS DE SOIN ET « JEU DE L'OIE »

Parcours de soin, parcours de vie, ne s'agit-il pas d'un « jeu de l'oie » :

« un art où s'entremêlent médecins et malades, soignés et soignants, institutions et ilots de résistance.

Résister, ce n'est pas s'immobiliser dans un refus, mais se mobiliser autrement, réévaluer ses actes, reprendre le sens des mots en fonction d'une réalité nouvelle ».

Jean Carpentier, « Thèses sur l'art médical », 2008.

Interdisciplinarité

Accepter ces échanges, le croisement des savoirs entre ceux qui disent savoir et ceux qui ne savent peut-être pas mais ont le droit de dire.

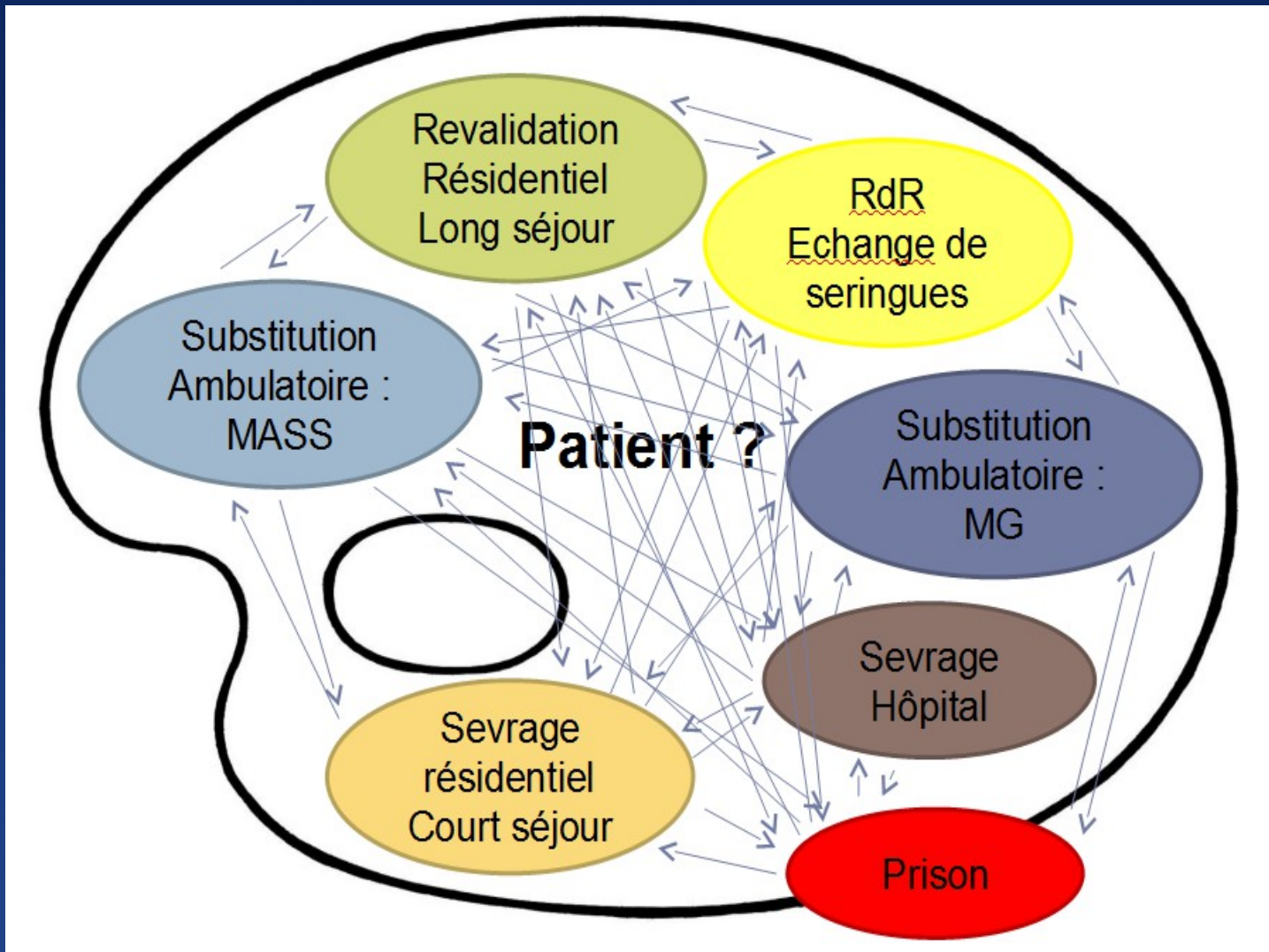
Mise en place d'un espace-temps propice à la rencontre de tous.

L'usager n'est pas le problème, il n'en est que le porteur. Il nous faut œuvrer pour lui rendre son statut de partenaire de santé, de sa santé.

Transdisciplinarité

Créer des synergies de consultations : projet de co-consultations, projet des microstructures (exemple français), ...

Complexité de la rencontre, pour un résultat à construire, propre à chaque situation, à chaque usager.



Réseaux assuétudes régionaux

- En Wallonie : 12
- Réseaux d'aide et de soins spécialisés
- Formations et interventions interdisciplinaires

Conclusion éphémère

- Travail approfondi sur l'hypothèse pratique d'une PPMV : comment en faire **une opportunité** pour l'amélioration des collaborations entre MG et Secteur spécialisé ?
- Relations organisées pour être collaboratives : formation partagée, **une convention de partenariat**
- Mais un espace béant s'est ouvert : ne dit-on pas que **le premier acteur est l'utilisateur** ?... La collaboration avec les utilisateurs ne peut plus se borner à la relation thérapeutique
- => ouvrir le champ aux **savoirs expérimentiels des utilisateurs** jusque dans nos pratiques, nos institutions, nos dispositifs... Nos politiques.



Merci de votre attention