

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2021

N° 2021-216

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Adeline COSTARD

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2021

**ANALYSE QUALITATIVE DE LA COORDINATION ENTRE ADDICTOLOGUES ET MEDECINS
GENERALISTES : ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN NAZAIRIEN**

Présidente : Madame la Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directrice de thèse : Madame la Docteur Florence MARTINEZ

REMERCIEMENTS

Au Professeur Marie Grall-Bronnec, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Merci pour la qualité de vos enseignements dans le cadre de la FST d'Addictologie et pour la confiance que vous m'avez accordée en me laissant approfondir cette discipline passionnante. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Au Docteur Florence Martinez, je te remercie pour ton intérêt, ta bienveillance, ta disponibilité et ton investissement. Diriger ce travail a été une évidence pour toi. Ton accueil dès le début de mon internat m'a permis de conforter mon choix. Ta détermination et ta sérénité sont pour moi exemplaires. Merci pour ta confiance pour les prochaines années et ton soutien dans mes projets. Trouve ici la marque de mon immense gratitude et de ma profonde sympathie.

Au Docteur Rosalie Rousseau, tu me fais l'honneur et le privilège de siéger à ce jury parmi les sollicitations nombreuses. Merci pour tes enseignements de qualité, les échanges de pratique fructueux, ton accueil chaleureux à Casson, ta supervision très enrichissante, la finesse de ta réflexion et tes précieux conseils pratiques, notamment concernant ce travail. Tes compétences tant médicales qu'humaines et ton implication dans l'enseignement de la médecine générale sont pour moi admirables. Trouve ici le témoignage de mon profond respect et de mon immense reconnaissance.

Au Docteur Maud Jourdain, vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger mon travail. Veuillez croire en ma sincère reconnaissance et en mon profond respect.

Aux médecins généralistes engagés dans ce travail, qui m'ont reçue avec enthousiasme pour ces entretiens et m'ont accordé leur temps précieux.

Aux équipes médicales et paramédicales rencontrées au cours de mes études. Vous m'avez aidée à progresser et me construire en tant que médecin. Une attention particulière à l'ELSA de l'hôpital de Saint-Nazaire, merci pour votre accueil chaleureux pendant le tout début de mon internat puis pour la place que vous avez laissée à votre « première interne ». Travailler avec vous est un véritable plaisir, il me tarde de vous retrouver.

Aux patients.

A mes parents, Christine et Francis, vous avez toujours cru en moi et vous m'avez encouragée pendant toutes ces années d'études et auparavant. Merci infiniment pour votre soutien indéfectible, votre présence, votre générosité et votre amour. Par la transmission de vos valeurs, vous m'avez donné les outils qui m'ont permis de grandir et m'épanouir. Vous êtes pour moi des exemples et je suis fière d'être votre fille.

A Alexandre, mon petit frère chéri, tu as toujours été présent à mes côtés, de notre enfance heureuse à nos projets respectifs aboutis, nous sommes toujours aussi proches et avançons ensemble. Je suis fière de cette complicité qui nous unit. Merci pour ton soutien et ton écoute. A Claire, merci pour ton écoute. Tu fais déjà partie de la famille !

A Mamie Blandine, merci pour ta générosité infinie, ton dévouement pour la famille et pour tout ce que tu m'as appris. Ta force de caractère est pour moi un modèle. A Papy Aimable, merci pour tes encouragements et ta spontanéité.

A Antoine et Alice, mes très chers cousins, de nos pestacles rocambolesques (avec pub bien sûr !) aux soirées Twin, merci pour cette tendre enfance à vos côtés. A mes oncles et tantes.

A Laura, merci pour ton réconfort, tes encouragements et ton écoute bienveillante. Tu crois en moi depuis le début et malgré la distance, notre amitié grandit avec nous. Je sais que tu seras toujours là. Qu'il est bon de se remémorer toutes ces folles soirées et souvenirs communs ma Lady Gaga ! A Jennifer, à Hélène et aux amis d'Isigny, merci pour ces souvenirs.

A Solène, merci pour ton soutien et pour cette belle amitié qui ne se résume pas qu'à nos dissertations sur le bonheur, ces années de collocation dans ces fameuses années concours, nos fous rires, nos défis sportifs et nos vacances. Nous y sommes, je n'aurais pas de titre de princesse !

A Fanny, merci pour ton soutien, ton réconfort, ta patience, ton écoute bienveillante, tes précieux conseils, tes lectures attentives et cette douce amitié ! Je mesure la chance que j'ai que nos chemins se soient (enfin) croisés, tu illumines mon quotidien et j'aime les moments avec toi où nous n'avons pas besoin de parler.

A Mathilde, merci pour tes précieux conseils et ton soutien. Nos réflexions communes et nombreux échanges m'ont toujours inspirée.

A Audrey et Nowenn, merci pour votre soutien, ces fous rires, ces karaokés, les chutes à ski mémorables et notre partage sans filtre. Vive les monos de ski ! Une pensée particulière pour toi Nowenn, qui est devenue et restera une amie précieuse.

Aux Saint-Jeannais, aux Rennais, aux Nantais, Estelle, Marine, Aude, Mathilde Va., Morgane H., Lucie, Florian, Benoît, Morgane D., Julie, vous retrouver est toujours un bonheur.

A Bérangère et Jean-Pierre, merci pour le prêt du dictaphone et vos encouragements.

A Gauthier, mon chéri, merci pour ton amour inconditionnel, pour ta joie de vivre, pour ton soutien infaillible, pour tes conseils aiguisés, pour nos échanges stimulants, pour ta patience et même pour tes blagues qui laissent à désirer (est-ce qu'on peut parler de blagues Desireless dans ces cas-là ?!). Partager ton quotidien est apaisant et serein. Tu m'aides à m'épanouir chaque jour. Je te souhaite d'aboutir ton projet, ce rêve d'enfant, pour qu'ensemble nous décollions vers de nouvelles aventures. Je t'aime.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Caractéristiques des participants

p. 33

ABREVIATIONS

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CIM : Classification internationale des Maladies

CJC : Consultation Jeune Consommateur

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CUNEA : Collège Universitaire National des Enseignants en Addictologie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux)

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

FMC : Formation Médicale Continue

ICJE : Indice Canadien du Jeu Excessif

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

RPIB : Repérage Précoce Intervention Brève

TCA : Trouble du comportement alimentaire

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

UHA : Unité Hospitalière d'Addictologie

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
SERMENT MEDICAL.....	5
LISTE DES TABLEAUX.....	6
ABREVIATIONS.....	7
1 INTRODUCTION.....	10
1.1 Généralités sur les addictions	10
1.1.1 Définitions	10
1.1.2 Données épidémiologiques.....	11
1.1.3 Conséquences et dommages des conduites addictives.....	13
1.1.4 Objectifs thérapeutiques en addictologie.....	15
1.2 Les conduites addictives : le quotidien des médecins généralistes	16
1.2.1 Compétences du médecin généraliste.....	16
1.2.2 Prise en charge des addictions par les médecins généralistes.....	17
1.2.3 Repérage Précoce Intervention Brève en médecine générale.....	18
1.3 Organisation des soins en addictologie	19
1.3.1 Organisation des soins addictologiques en France.....	20
1.3.2 Organisation du réseau addictologique dans le bassin Nazairien	21
1.4 Lien entre les médecins généralistes et les addictologues.....	23
1.4.1 Pauvreté du lien entre les généralistes et addictologues	23
1.4.2 Bénéfices attendus à une amélioration de la coordination	24
1.4.3 Freins à la mise en œuvre de la coordination	26
1.5 Emergence d'une problématique.....	27
2 MATERIEL ET METHODE	28
2.1 Type d'étude	28
2.2 Population.....	28
2.3 Guide d'entretien	29
2.4 Recueil des données	29
2.5 Analyse des données	30
2.6 Aspects règlementaires	30
3 RESULTATS.....	32
3.1 Etat des lieux sur la coordination actuelle	34
3.1.1 Un constat sévère	34
3.1.2 Particularités des patients souffrant de conduites addictives	38
3.1.3 Difficultés liées aux addictologues.....	39
3.1.4 Difficultés liées aux médecins généralistes.....	43

3.1.5	Représentations des médecins généralistes	51
3.2	Attentes des médecins généralistes	54
3.2.1	Grands principes	54
3.2.2	Définir les rôles	60
3.2.3	Organisation des soins	62
3.3	Propositions des médecins généralistes pour améliorer la coordination	64
3.3.1	Rencontre	64
3.3.2	Moyens de communication	67
3.3.3	Travailler ensemble	72
3.3.4	Réseau	75
4	DISCUSSION	78
4.1	Principaux résultats	78
4.1.1	Des accompagnements cloisonnés	78
4.1.2	Une attente de transparence	80
4.1.3	Les informations utiles au médecin généraliste	81
4.1.4	Des rencontres pour mieux se connaître	82
4.2	Forces et limites de l'étude	83
4.2.1	Forces	83
4.2.2	Limites	85
4.3	Perspectives	86
	CONCLUSION	88
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	89
	ANNEXES	93

1 INTRODUCTION

1.1 Généralités sur les addictions

1.1.1 Définitions

L'addiction trouve son origine étymologique dans le droit romain ancien puis dans le droit médiéval. L'esclave *addictus* se voyait subir une contrainte par le corps. Après un arrêt du juge permettant au plaignant le droit de disposer, à son profit, de la personne en tort, son corps était mis à disposition en gage d'une dette impayée. Ainsi, se dessinent l'assujettissement et la perte de liberté. La médecine définit ultérieurement un sujet addict comme un esclave du produit.

On peut définir l'addiction selon plusieurs angles, aussi bien moral que philosophique, psychologique, juridique ou médical. Ainsi, la définition médicale reprend le modèle bio-psycho-social.

En 1990, Aviel Goodman définit les conduites addictives comme un « processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir ou soulager un malaise intérieur, est utilisé selon un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance du comportement en dépit des conséquences négatives significatives ». Les critères de Goodman, qui seront utilisés dans l'approche catégorielle du DSM IV, caractérisent aussi bien les addictions aux substances que les comportements addictifs.

La CIM 10, propose différentes définitions, de l'usage simple à l'usage avec dépendance psychique en passant par l'usage à risque ou l'usage nocif. Cette classification de l'OMS est dite catégorielle. Elle définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.

Enfin, l'approche dimensionnelle du DSM V, utilisée principalement en recherche, caractérise un continuum progressif de l'usage au trouble de l'usage. Différents niveaux de sévérité sont établis en fonction du nombre de critères présents sur les 12 derniers mois. Un trouble lié à l'usage d'une substance est ainsi défini comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance clinique

significative caractérisée par la présence de 2 ou plus des manifestations suivantes sur une période continue de 12 mois :

- Substance souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
- Désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
- Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.
- Craving ou envie intense de consommer la substance.
- Incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison lié à l'utilisation répétée de la substance.
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : syndrome de sevrage caractérisé à la substance ; la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

1.1.2 Données épidémiologiques

Les conduites addictives représentent un problème majeur de santé publique. On distingue classiquement les conduites addictives liées à des substances psychoactives et les addictions comportementales.

Les substances psychoactives les plus consommées en France sont l'alcool, le tabac et le cannabis. [1] Le baromètre santé, établi en 2017 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies dans la population française âgée de 11 à 75 ans, estime à 43 millions le nombre d'usagers d'alcool dans l'année, dont 9 millions d'usagers réguliers et dont 5 millions d'usagers quotidiens. Près de 24% des personnes âgées de 18 à 75 ans (10,6 millions de personnes) consomment au-delà des seuils à moindre risque. Ces seuils, établis par Santé Publique France en 2019, sont fixés, au maximum, à 10 unités standard d'alcool par semaine, 2 unités standard d'alcool par jour et au moins 2 jours sans consommation en une semaine. Concernant le tabac, l'OFDT estime à 13 millions, le nombre d'usagers quotidiens de tabac parmi les 11-75 ans. La France garde une prévalence plus élevée de fumeurs dans sa population par rapport aux voisins européens (33% de fumeurs quotidiens contre 24% dans les autres pays européens). On recense 900 000 usagers quotidiens de cannabis entre 11 et 75 ans et 3% des 18-64 ans sont concernés par un usage problématique ou une dépendance. On observe une nette baisse du pourcentage d'usagers réguliers de tabac parmi la population de 17 ans (41% en 2000 à 25% en 2017) et une moindre baisse du pourcentage d'usagers réguliers d'alcool et de cannabis. Bien que l'OFDT recense l'usage substance par substance, n'oublions pas qu'un grand nombre de consommateurs réguliers ou quotidiens est poly-consommateur.

Auparavant mal connues, les addictions comportementales disposent d'un intérêt grandissant et bénéficient d'une description plus fine. Avec les troubles du comportement alimentaire, seul le diagnostic du jeu d'argent pathologique est clairement défini par les classifications internationales. Les autres comportements addictifs ne font pas l'objet de consensus diagnostique, limitant donc l'évaluation des données épidémiologiques. Selon le baromètre santé 2019, 47.2% de la population française âgée de 18 à 75 ans a joué à un jeu de hasard et d'argent dans l'année passée. [2] La prévalence des joueurs à risque modéré selon d'Indice Canadien du Jeu Excessif est établie à 2.1% et celle des joueurs excessifs à 0.8% ce qui représente 1 million de joueurs à risque modéré et 370 000 joueurs excessifs. Le nombre de joueurs dans l'année est en baisse contrairement à la prévalence des joueurs excessifs qui augmente significativement. La prévalence vie entière des troubles du comportement alimentaire, regroupant l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique, est de 8.4% chez les femmes et 2.2% chez les hommes. [3]

Décrits comme grands consommateurs de médicaments psychotropes, les Français ont bénéficié, pour 21% d'entre eux, d'au moins un remboursement de médicaments psychotropes dans l'année (anxiolytiques ou hypnotiques). Ces remboursements surviennent d'ailleurs fréquemment dans des tableaux de poly-consommation.

1.1.3 Conséquences et dommages des conduites addictives

Véritable source de plaisir, les substances psychoactives ont des effets jugés bénéfiques, appelé renforcement positif, mais les usagers souffrent également des conséquences délétères des conduites addictives. Elles peuvent s'étendre dans différents champs : somatique, psychique, social, judiciaire...

1.1.3.1 Conséquences sanitaires

Le tabac et l'alcool sont les premières causes de mortalité évitable en France. En 2017, on dénombre 75 000 décès directement imputables au tabac et 41 000 à l'alcool. [1] Ces décès imputables à l'alcool sont en baisse par rapport à 2009. Les causes de décès liés aux conduites addictives sont multiples : cancer, mortalité cardio-vasculaire (syndrome coronarien aigu, Accident Vasculaire Cérébral, artériopathie, ...), maladie digestive aiguë et chronique (cirrhose, pancréatite, ...), insuffisance respiratoire et maladie respiratoire chronique, maladie neurologique (troubles cognitifs, épilepsie, neuropathie, ...), troubles ioniques, traumatologie, accident de la voie publique, suicide, syndrome de sevrage ou au contraire overdose... Le centre d'addictovigilance de Grenoble recueille depuis 2002 les Décès Relatifs à l'Abus de Médicaments et de Substances (enquête DRAMES) et publie annuellement les données. En 2018, on constate un nombre stable de décès liés aux traitements de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine) mais une ré-augmentation des décès liés à l'héroïne. Il est également mis en évidence une diminution des décès liés au cannabis mais une augmentation des décès liés aux amphétamines ou au TRAMADOL. [4] Rappelons enfin que la mortalité de l'anorexie mentale est de 5%, plaçant cette maladie comme la deuxième cause mortalité chez l'adolescent.

La morbidité liée aux conduites addictives regroupe l'ensemble des causes de décès cités précédemment ainsi que :

- Les comorbidités psychiatriques : troubles de l'humeur, troubles anxieux, psychoses rentrant dans le cadre de plus en plus caractérisé des pathologies duelles,

- Les comorbidités infectieuses : VIH, VHB, VHC, endocardite, lymphangite pour les pratiques intraveineuses par exemple,
- Les comorbidités dentaires : érosions et caries fréquentes dans les TCA avec conduites compensatoires...,
- Les comorbidités relevant de l'ORL,
- Les comorbidités rhumatologiques : ostéoporose dans les troubles de l'usage de l'alcool ou dans l'anorexie mentale,
- Les comorbidités hématologiques, dermatologiques, obstétricales (Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale, hypotrophie...),
- Les troubles sexuels, les troubles du sommeil etc...

Cette liste n'est bien évidemment pas exhaustive mais suffit à expliquer une altération de la qualité de vie et une diminution de l'espérance de vie des patients souffrant de conduites addictives.

1.1.3.2 *Conséquences sociales*

Les conséquences sociales sont multiples : d'ordre conjugal, familial, amical, professionnel, financier, ... Relevant de la sphère individuelle ou collective, elles ne concernent pas uniquement les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage sévère mais également les usagers à risque ou nocif. L'entourage est aussi impacté et exprime une véritable souffrance psychique qu'il convient de prendre en compte notamment dans les soins.

Si des dommages s'accumulent, il est commun de constater le manque d'un ou plusieurs ancrages individuels, faisant basculer progressivement l'individu dans la précarité. En effet, il est admis que six ancrages sont nécessaires à l'individu social (historique, affectif, corporel, culturel, fonctionnel, matériel). A titre d'exemple, les dommages professionnels s'étendent de l'absentéisme au licenciement en passant par la violence ou l'accidentologie. Notons également les représentations sociales plus ou moins péjoratives associées aux conduites addictives.

Le coût social est communément calculé à partir du « *coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de qualité de vie ainsi que les pertes de production des entreprises et des administrations) et du coût pour les finances publiques (différence entre les dépenses de prévention, de répression et de soins et les recettes des taxes, ainsi que les économies en lien*

avec les retraites non versées). » [1] En France, ce coût social représente un lourd tribut pour l'alcool et le tabac, estimé en 2010 à 120 milliards d'euros pour l'alcool et 120 milliards d'euros pour le tabac. Celui des drogues illicites est quant à lui bien inférieur, estimé à 8.7 milliards d'euros. Par exemple, en 2017, 125 600 personnes ont été hospitalisées pour un problème de conduite addictive (très majoritairement liée aux consommations d'alcool). [5]

1.1.3.3 *Conséquences judiciaires*

Les substances psychoactives ont toujours été présentes dans l'humanité et le cadre légal entourant les drogues a évolué en fonction des époques, des représentations et des sociétés. De l'illégalité à la vente libre, les stupéfiants continuent d'agiter le débat politique. En France, l'usage, la détention ou la vente de produits stupéfiants sont interdits par la loi et passibles d'amende ou de peine de prison. Si la société imagine aisément le trafic de drogues et les organisations mafieuses qui gravitent autour, le grand public associe moins souvent les faits de violences domestiques (conjugales, familiales) ou agressions liées aux substances psychoactives licites ou illicites. Ainsi, des troubles du comportement, des faits de violence ou la conduite sous emprise peuvent être à l'origine d'infraction, de délit ou de crime. D'ailleurs, si un délit ou crime est commis sous l'emprise d'une substance psychoactive, il peut être qualifié de facteur aggravant. Dans un autre registre, les troubles liés aux jeux pathologiques de hasard et d'argent peuvent entraîner des dettes colossales et motiver des patients à trouver des financements illégaux. A l'origine d'obligation de soins, les dommages judiciaires peuvent être la porte d'entrée d'un accompagnement addictologique.

1.1.4 *Objectifs thérapeutiques en addictologie*

Devant la fréquence des conduites addictives en population générale et afin de limiter les dommages et la mortalité qui y sont associés, une discipline s'est beaucoup développée et renouvelée : l'addictologie. Si l'abstinence a longtemps été prônée comme le seul dogme valable et pouvait s'appliquer pour certaines substances, il est plus difficile d'imaginer une vie sans alimentation ou sans relations sexuelles qui sont des fonctions de survie. Aujourd'hui personnalisé, l'accompagnement a pour principal dessein le changement. Le patient est placé au centre de la décision et établit lui-même ses propres objectifs allant de la réduction à l'abstinence totale. Ils peuvent s'inscrire dans un contrat de soin, co-construit par le

thérapeute et le patient, qui est susceptible de changer en fonction de l'évolution du patient et de son parcours.

Qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers, individuels ou en groupe, les soins addictologiques ont pour but d'aider le patient à retrouver suffisamment d'équilibre dans la relation aux autres et au produit ou au comportement. Ainsi, on ne vise pas précisément à la disparition totale et définitive de la conduite addictive mais un changement permettant de développer une liberté de choix et de rétablir une sécurité et une estime de soi souvent bien altérée.

1.2 Les conduites addictives : le quotidien des médecins généralistes

1.2.1 Compétences du médecin généraliste

Après avoir acquis des connaissances et savoirs théoriques sur les bancs de la faculté, les médecins généralistes développent des compétences afin de répondre aux situations diverses et variées de leur exercice. [6] En 2009, un groupe national d'experts en médecine générale a défini ces compétences au nombre de cinq :

- La compétence approche globale et prise en compte de la complexité permettant un diagnostic intégrant le modèle bio-psycho-social et aboutissant à une décision partagée avec le patient.
- La compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire regroupant ici la prévention primaire, le dépistage précoce, en favorisant l'alliance dans le respect du cheminement du patient.
- La compétence premier recours, urgences.
- La compétence continuité, suivi, coordination des soins autour d'un patient qui place le médecin généraliste comme référent du patient en collaboration avec les acteurs médico-sociaux.
- La compétence relation, communication, approche centrée patient visant à se centrer sur les besoins implicites et explicites du patient et en communiquant avec les professionnels de santé qui gravitent autour de celui-ci.

Ces compétences se prêtent parfaitement à la posture de l'addictologue dans l'accompagnement des conduites addictives.

D'autre part, le médecin généraliste remplit, pour l'immense majorité des patients, la fonction de médecin traitant. Véritable pivot dans la prise en charge, il coordonne le parcours de soins et intervient en premier recours. D'après la loi du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie, son statut lui impose d'être informé de tous les actes de soins dont il n'est pas à l'origine. Il s'agit d'une obligation légale afin de tenir à jour le dossier médical du patient. [7] Cependant, si le patient refuse de communiquer une information à son médecin traitant, nous sommes tenus de respecter sa volonté en référence au deuxième article concernant le partage du secret professionnel : « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

1.2.2 Prise en charge des addictions par les médecins généralistes

Les conduites addictives sont très fréquentes en population générale expliquant ainsi la confrontation quotidienne des médecins généralistes à cette problématique. En 2011, Gautier établit que les médecins généralistes installés reçoivent environ 70 000 patients par semaine pour un sevrage tabagique et 50 000 par semaine pour un sevrage alcoolique. [5] Un généraliste voit également en moyenne 1.8 usager dépendant aux opiacés par mois. [8] Par sa proximité, sa position de premier recours et sa place historique de médecin de famille, le médecin généraliste bénéficie d'une alliance naturelle avec le patient, permettant une prévention, un repérage précoce, un accompagnement personnalisé et si besoin une orientation. En voyant la personne évoluer dans son cadre de vie familial et social, il peut repérer et réduire des vulnérabilités individuelles, désamorcer les premières consommations, renforcer les défenses. La répétition des rencontres permet au médecin de faire émerger une ambivalence chez son patient, délaissant progressivement le déni pour une contemplation ou une détermination vis-à-vis de la conduite addictive. Rappelons évidemment son rôle dans le dépistage et prise en charge des conséquences physiques, psychiques et sociales que peuvent amener les conduites addictives. [9] Cependant, les médecins généralistes restent beaucoup plus impliqués dans l'accompagnement du tabac voire de l'alcool que dans les autres conduites addictives. [10] A l'inverse, cette proximité peut induire un certain embarras à

évoquer des conduites addictives parfois connotées, la peur d'être trop intrusif, la peur de blesser le patient, la peur de se heurter au déni du patient, limitant ainsi le dépistage systématique. [11] Le médecin généraliste, souhaitant préserver la relation thérapeutique peut avoir tendance à taire certains sujets et d'autant plus s'il n'est pas à l'aise dans l'accompagnement addictologique.

Par ailleurs, tous les patients souffrant de conduites addictives n'ont pas de médecin traitant et peuvent se retrouver éloignés du soin. Les médecins généralistes ne rencontrent annuellement que 75% de la population. De plus, l'ambivalence ou la crainte de la stigmatisation entraînent parfois une auto-censure qui peut limiter la démarche du patient vers son médecin généraliste ou couper court aux ouvertures émanant du soignant.

Désigné comme médecin de famille, le généraliste est parfois inclus dans un système organisé autour de l'addiction. Sa position très délicate peut le projeter dans les situations conflictuelles ou le tirailler entre les demandes de la personne ou de son entourage. [9] Ils se sentent isolés, inconfortables dans l'exercice de cette discipline ou manquent de légitimité. Ils déclarent manquer de temps pour des soins jugés chronophages ou démunis dans les propositions thérapeutiques. [10]

Enfin, la rechute qui est partie intégrante de la démarche addictologique conduit certains praticiens à souffrir d'un sentiment d'inefficacité, d'impuissance [12], de désespoir [11] ou à estimer que les patients souffrant de conduites addictives manquent de motivation y voyant une fatalité. Par conséquent, certains médecins se désintéressent de ces patients voir les refusent, le tout alimenté par leurs propres représentations. Une étude qualitative retrouve par exemple un médecin ne souhaitant pas acquérir de compétences en addictologie dans le but d'éviter « des patients d'un certain profil dans la salle d'attente, ce qui peut être perturbant pour ma patientèle. » [10]

1.2.3 Repérage Précoce Intervention Brève en médecine générale

L'accompagnement des patients *addicts* trouve ainsi toute sa place en soins primaires et il est intéressant de ne pas négliger la prévention et le dépistage. En 2009, deux tiers des généralistes déclaraient avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac alors qu'ils étaient 70% à déclarer n'aborder la question que pour les patients jugés à risque pour l'alcool et le cannabis. [8] Mais déjà, le repérage systématique

des consommations des substances psychoactives était lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie. Aujourd'hui, si l'efficacité du repérage précoce intervention brève n'est plus à démontrer dans l'alcool, les données sont moins fournies pour les autres conduites addictives. Une revue de la littérature de 2018 démontre que l'intervention brève permet une réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs à risque et buveurs nocifs par rapport à une intervention minimale ou nulle. [13] La Haute Autorité de Santé propose un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) à l'ensemble des professionnels de santé et notamment aux médecins de premier recours. [14] Les trois substances psychoactives les plus consommées chez l'adulte sont ciblées : l'alcool, le tabac et le cannabis.

Le repérage précoce consiste au recueil de la consommation déclarée et l'évaluation du risque par des questionnaires rapides et standardisés comme le FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) ou le CAST (Cannabis Abuse Screening Test). La HAS recommande de répéter ce repérage annuellement ainsi qu'à chaque risque situationnel (grossesse, précarité, conditions de stress psycho-social...). Ensuite, l'intervention brève comprend la restitution des résultats aux questionnaires et la délivrance d'information sur les risques liés aux consommations. Il est primordial de s'enquérir de l'accord du patient à délivrer de l'information, en alternant entre demander et fournir de l'information. On estime que cinq minutes sont suffisantes pour dispenser un conseil personnalisé, des bénéfices à l'arrêt ou fixer des objectifs en laissant toujours le choix. L'ensemble peut être appuyé par une brochure ou document annexe. En conclusion, sont proposés une orientation ou un accompagnement.

Bien que l'outil soit recommandé par l'HAS et l'OMS, le RPIB peine à se mettre en place en routine et l'intervention brève reste une notion floue. [11] Des outils numériques peuvent compléter ce repérage et fluidifier le parcours des patients vers des structures de soins de proximité. Le dispositif PULSIO Santé est une application numérique permettant un repérage précoce et individuel par auto-questionnaire, une proposition d'échange avec un professionnel de santé à propos des résultats voire un relais rapide vers des structures addictologiques. [15]

1.3 Organisation des soins en addictologie

Selon Olievenstein, une addiction est la résultante de la rencontre entre un individu et un produit (ou comportement) dans un environnement. Reprenant le modèle bio-psycho-

social, l'accompagnement doit être multidisciplinaire impliquant des médecins généralistes, des addictologues, des psychiatres, des pharmaciens, des psychologues, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des pairs aidants ou même l'entourage direct de l'individu. Ces professionnels sont organisés en réseau.

1.3.1 Organisation des soins addictologiques en France

Ces dernières années en France, l'addictologie s'est efficacement structurée en trois pôles :

- La médecine de ville : médecins généralistes, addictologues ambulatoires, consultations avancées, microstructures...
- Les structures médico-sociales : CSAPA, CAARUD, CJC, communautés thérapeutiques...
- Les structures hospitalières organisées, depuis 2007, en 3 niveaux [16] :
 - o Le niveau I est le niveau de proximité relatif aux consultations hospitalières ou hospitalisations pour « sevrage simple ». Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) en font partie.
 - o Le niveau II est le niveau de recours d'un territoire proposant un accompagnement spécialisé au sein de services identifiés d'addictologie. On y propose des soins résidentiels complexes (en hospitalisation temps plein ou hôpital de jour) ou des Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique.
 - o Le niveau III est le niveau de référence régional composé des centres d'addictologie universitaire. Apportant les mêmes soins que les deux premiers niveaux, il offre en plus la coordination, la recherche et l'enseignement de cette discipline.

Arrêtons-nous tout d'abord sur les CSAPA dont les missions sont bien établies par la circulaire DGOS du 28 Février 2008 :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ;
- La réduction des risques ;
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ;

- L'accompagnement du sevrage, la prescription et le suivi des traitements, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Les usagers sont reçus en ambulatoire ou dans des services de soin résidentiel. D'autres missions facultatives telles que la prévention, la recherche, l'enseignement peuvent être proposées par les CSAPA.

Sur le plan sanitaire, les ELSA, dont les objectifs, fixés par la circulaire DHOS du 26 septembre 2008, sont :

- « Former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ;
- Intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes ;
- Développer des liens avec les différents acteurs intra- et extrahospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi. »

Médecin et infirmier sont nécessaires, mais l'équipe peut aussi être constituée de psychologue, d'assistant de service social ou de diététicien. Les professionnels sont spécifiquement formés en addictologie et contribuent à la diffusion d'une culture addictologique.

Enfin, les associations d'entraide et de prévention, composées de bénévoles abstinents et leur entourage, offrent un accueil et soutien aux personnes souffrant de conduites addictives. Elles permettent notamment de favoriser le lien social et font la promotion de la réduction des risques. Ce principe est actuellement de plus en plus exploité avec le développement de la pair aide et des patients experts.

1.3.2 Organisation du réseau addictologique dans le bassin Nazairien

Le territoire du bassin Nazairien est composé de soixante-et-une communes regroupées en huit intercommunalités : Saint-Nazaire, La Turballe, Herbignac, Pontchâteau, Saint-Gildas-des-Bois, Savenay, Pornic, Saint-Brévin-Les-Pins. En 2015, le Service Public Régional de l'Orientatation comptait 334 662 habitants. [17]

A l'instar du réseau national, le réseau addictologique de ce territoire est organisé en différents pôles :

- La médecine de ville avec les médecins généralistes, les infirmiers ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe intervenant dans de nombreuses maisons de santé et cabinets pluriprofessionnels), les consultations avancées d'addictologie dans différentes maisons de santé (Laennec et La Fontaine à Saint-Nazaire, L'Estuaire à Trignac), les consultations avancées d'addictologie à l'hôpital de Guérande (partenariat sanitaire et médico-social).
- Les structures médico-sociales : CSAPA-CAARUD La Rose des Vents-OPPELIA à Saint-Nazaire, CJC à Saint-Nazaire, CJC à Guérande, CJC à Pontchâteau, CSAPA Les Apsyades à Pornic.
- Les structures hospitalières :
 - L'hôpital de Saint-Nazaire compte un service d'addictologie avec une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, une antenne de consultations externes et un Hôpital De Jour. L'ELSA soutient les différents services, notamment le service de médecine polyvalente qui reçoit des patients pour des sevrages physiques hospitaliers temps plein. Toutes les demandes de sevrage hospitalier sont étudiées par l'équipe qui valide ou non l'indication avec le patient et le médecin adressant la demande. En novembre 2019, un hôpital de jour appelé l'Equilibre a vu le jour. Il offre huit places par jour, cinq jours sur sept pour des contrats d'une durée de six semaines, renouvelables une fois. Actuellement, il n'y a pas de service identifié d'hospitalisation temps plein à l'hôpital de Saint-Nazaire.
 - L'hôpital de Guérande bénéficie d'une Unité Hospitalière d'Addictologie « La Saline » (UHA) composée de dix lits pour des séjours de quatorze jours, renouvelable une fois. Les patients peuvent poursuivre en soins de suite d'Hospitalisation Temps Partiel, les mardis et jeudis pour des contrats de sept semaines. Cinq places sont disponibles. Des consultations avancées d'addictologie sont également proposées à Guérande par des professionnels de l'hôpital de Guérande, de l'hôpital de Saint-Nazaire et d'Oppelia La Rose des Vents.
 - A ce jour, il n'existe pas de Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique en temps plein dans le bassin Nazairien. Les deux structures hospitalières de Guérande et Saint-Nazaire sont complémentaires. Gérés par la même direction

depuis février 2021, les professionnels sont amenés à travailler dans les deux structures.

1.4 Lien entre les médecins généralistes et les addictologues

1.4.1 Pauvreté du lien entre les généralistes et addictologues

Les médecins généralistes sont donc au cœur de l'accompagnement des personnes souffrant de conduites addictives et d'autres acteurs médicaux ou non médicaux, professionnels ou non professionnels sont souvent nécessaires et peuvent jouer un rôle central. Cependant, il existe peu de lien entre les professionnels d'addictologie et les médecins généralistes. Par exemple, seuls 12% des patients reçus en CSAPA sont adressés par leur médecin généraliste. De leur côté, les médecins généralistes déplorent un manque de communication de la part des structures de soins addictologiques. [11] Les médecins généralistes jugent la collaboration peu satisfaisante et la communication écrite quasiment inexistante. [10] Si les comptes-rendus sont systématiques à l'issue d'une hospitalisation d'ordre addictologique, les courriers sont beaucoup moins fréquents pour les accompagnements ambulatoires. En effet, le cadre réglementaire général du Code de la Santé Publique impose qu'à la fin de chaque séjour hospitalier, les informations utiles à la continuité des soins soient remises au patient ainsi qu'au médecin désigné. Ce compte-rendu d'hospitalisation est une obligation légale et doit être envoyé au plus tard dans les 8 jours qui suivent la sortie. [18] Sa rédaction est bien codifiée et fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé. [19] Aucun texte ne précise cependant le cadre réglementaire des comptes-rendus de consultation des suivis ambulatoires et ce d'autant plus que l'addictologie est libre d'accès, à l'instar de la psychiatrie. L'absence d'obligation laisse donc le soignant seul juge de l'utilité d'un compte-rendu de consultation. Par conséquent, ils sont loin d'être la règle pour les accompagnements ambulatoires en addictologie. Les médecins généralistes déclarent que les addictologues n'échangent avec eux qu'en cas de difficultés ou de relais de prise en charge. [11] Désarmés par des refus d'hospitalisation en urgence ou des délais de consultation importants, les médecins généralistes n'ont pas toujours des connaissances étoffées sur le réseau addictologique voire un avis négatif à son propos. [10] Des sentiments d'incompréhension et de méfiance vis-à-vis de ces structures renforcent l'idée que l'accompagnement addictologique est flou. Les généralistes peuvent également se sentir exclus des soins voire dessaisis de la coordination de ceux-ci. [10] [11]

Ce faible lien entre les addictologues et les médecins généralistes peut être élargi à la santé mentale. Ainsi, les généralistes, qui ressentent un besoin de collaboration avec les psychiatres pour 43% de leurs patients souffrant d'un trouble psychiatrique, n'obtiennent pas un remplissage de ce besoin dans 64,7% des cas. [20] Ils rencontrent des difficultés pour contacter un professionnel spécialisé en psychiatrie qui leur paraissent peu accessibles [21] et plus difficiles d'accès que d'autres spécialités. [20] L'insuffisance de coopération entre les généralistes et les psychiatres n'est pas dénuée de conséquences, comme l'absence ou le retard diagnostique, une interruption des soins, une répétition des examens complémentaires, une augmentation de la iatrogénie, une mauvaise observance au traitement, une perte d'information, une diminution de la confiance du patient, des attentes des patients peu claires ou irréalistes, des perdus de vue... [20] A l'inverse, le psychiatre référent fait rarement partie du réseau du généraliste et une étude révèle que seulement 33% des patients suivis dans un Centre-Médico-Psychologique sont réellement suivis par un médecin généraliste. [22]

1.4.2 Bénéfices attendus à une amélioration de la coordination

Même si ce lien entre addictologues et généralistes est très peu étoffé, les deux protagonistes ainsi que les patients pourraient tirer de nombreux bénéfices à son amélioration. Une étude visant à améliorer la coordination entre les généralistes et les psychiatres a montré que 64% des médecins généralistes ne peuvent expliciter leurs attentes concernant un adressage vers un psychiatre mais plus ils travaillent avec les psychiatres, plus leurs attentes deviennent claires. [20] Les échanges entre professionnels permettent une meilleure gestion du traitement ou examens complémentaires et une meilleure répartition des tâches limitant ainsi les doublons ou les interruptions de soins. [23] D'ailleurs, les généralistes qui ont connaissance d'un accompagnement addictologique de leur patient et de son contenu peuvent s'en saisir en consultation. Leur intervention sera plus adaptée aux objectifs en cours du patient : valorisation, renforcement, bilan des objectifs, travail motivationnel, arrêt du suivi, surveillance de traitement... Les généralistes rapportent également un intérêt personnel d'une relation à visée éducative de la part d'un psychiatre qu'on peut extrapoler à l'addictologie : ils se forment par la lecture de courrier ou l'acquisition d'avis spécialisé. [23] La HAS parle de dispositif apprenant. [21]

Les patients aussi peuvent y trouver des bénéfices dont ceux d'une meilleure satisfaction ou d'une meilleure alliance thérapeutique lorsque le généraliste continue d'assurer une prise en charge conjointe. [20] En Catalogne, un essai contrôlé, randomisé, multicentrique a mis en évidence un meilleur taux de réponse au traitement et une amélioration du score de qualité de vie psychique à 1 an après la mise en place d'un programme collaboratif dans la prise en charge de la dépression. [24] Ce programme avait pour but d'intensifier la communication entre tous les acteurs de santé, à définir des critères de recours au psychiatre et définir les responsabilités de chacun. Ces dispositifs s'intègrent dans une notion plus large de « case management » visant à renforcer la communication interprofessionnelle (par des réunions cliniques pluriprofessionnelles, des dossiers médicaux partagés, de l'intervision et cetera...).

Même si l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire ne compte pas précisément le nombre d'addictologues contrairement aux psychiatres ou médecins généralistes [25], force est de constater la pénurie criante d'addictologues dans la région. D'autre part, la psychiatrie est la spécialité pour laquelle plus de 80% des médecins généralistes de la région Pays de La Loire expriment des difficultés pour orienter leurs patients. [26] Les consultations avancées dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont un exemple de coordination entre médecins généralistes et spécialistes. Elles permettent une meilleure couverture du territoire. [27] Une thèse analysant le fonctionnement des consultations avancées de psychiatrie a montré que les liens peuvent se renforcer. Les différents acteurs deviennent des ressources réciproques [28] : les délais peuvent être raccourcis pour les consultations psychiatriques et les psychiatres ont plus facilement accès aux soins somatiques pour leurs patients. D'autre part, les consultations avancées d'addictologie facilitent l'évaluation des consommations de substances psychoactives par les médecins généralistes qui se sentent plus compétents et qui ont plus facilement recours au spécialiste. [27] La réunion de concertation organisée régulièrement entre addictologues et généralistes en est indissociable et participe à l'amélioration de la coordination.

Enfin, en améliorant la coordination avec les médecins généralistes, les professionnels d'addictologie trouveront des partenaires utiles et des relais fiables pour des prises en charge globales et adaptées. [27] C'est aussi une manière de faire connaître ses domaines de compétences, ses missions et ses actions.

On note donc de nombreux bénéfices à la collaboration entre les addictologues et les médecins généralistes.

1.4.3 Freins à la mise en œuvre de la coordination

Si les patients, les médecins généralistes et les addictologues peuvent tous trouver un intérêt à collaborer, les professionnels de santé n'émettent pas moins des limites. D'une part, les médecins généralistes manquent de temps voire d'intérêt pour les patients souffrant de conduites addictives [10]. D'ailleurs, ces patients souffrent de leur image, étant parfois considérés comme difficiles, complexes, changeants, manipulateurs [11], dans le déni, ne se conformant pas aux prescriptions, ayant des troubles du comportement ou suscitant de l'exaspération... [8] Ils déplorent d'ailleurs l'absence de valorisation du temps de coordination. [21] Des tentatives d'amélioration de la coordination sont expérimentées mais leurs financements restent précaires. [21] Bien qu'ils regrettent une communication écrite de la part des addictologues, la majorité des médecins généralistes ne rédige qu'exceptionnellement voire jamais de courrier. Parmi ceux qui formulent un courrier, il s'agit d'un courrier standard, peu personnalisé, comportant le minimum d'information clinique soit, pour laisser volontairement le patient raconter sa propre histoire [10], soit pour « avis global » et se décharger de la situation. [20]

D'autre part, il existe une méconnaissance du réseau addictologique et des rôles et compétences des intervenants. [10] [21] Les professionnels de santé mentale exercent souvent dans des structures pluriprofessionnelles. Toutes ces professions n'ont pas la culture de la communication écrite et ressentent parfois un manque de légitimité pour rédiger un courrier formel destiné à un médecin généraliste. Ainsi, les infirmiers ou assistants sociaux préféreront communiquer oralement et de manière informelle avec le généraliste. D'autre part, les généralistes ne reconnaissent pas toujours le crédit de ces soignants comme relevé dans une thèse qualitative « *quand j'appelle, c'est toujours l'infirmière, on n'a jamais l'addictologue au bout du fil* ». Même si les infirmiers ne sont pas habilités à prescrire des traitements, ils réalisent des accompagnements addictologiques au même titre que les médecins addictologues.

De plus, les addictologues voient régulièrement les patients. Les conduites addictives sont des maladies chroniques. La temporalité des patients et leur engagement dans le

changement ne permettent pas toujours d'apporter des éléments nouveaux au médecin généraliste à l'issue de chaque consultation. Cette vision est partagée avec les professionnels de la santé mentale au sens large et notamment les psychiatres. [23]

Enfin, certains patients souhaitent cliver leur accompagnement addictologique du reste de leur prise en charge à l'image du cloisonnement entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. [21] Ils sont réticents au partage d'informations par peur des représentations sociétales ou de la stigmatisation de la maladie mentale. Si le patient refuse de communiquer certaines informations avec le médecin traitant, l'addictologue est tenu de respecter la volonté de son patient. Cependant, les généralistes ne comprennent pas toujours l'absence de partage du secret et se sentent parfois écartés du soin. [10] Tout ceci alimente un sentiment de méfiance vis-à-vis de l'accompagnement addictologique voire de défiance envers la réussite des soins. [11]

1.5 Emergence d'une problématique

Nous constatons donc que les liens entre la médecine générale et l'addictologie ambulatoire, tous deux acteurs de premier recours, restent rares et soumis à leur bonne volonté. Les médecins généralistes se placent comme pivot dans la coordination des soins et les addictologues ont également une vision très globale du patient. Or ces deux visions se croisent peu. Des freins à la mise en place d'une meilleure collaboration sont émis par les différents protagonistes. Cependant, il existe un véritable intérêt pour les patients, les addictologues et les médecins généralistes à améliorer cette coordination.

Notre **objectif principal** est donc de recueillir les attentes des médecins généralistes du bassin Nazairien sur leur coordination avec les différents acteurs d'addictologie du territoire. L'objectif secondaire est de recueillir les informations d'ordre addictologique utiles au médecin généraliste pour le suivi des patients bénéficiant d'un accompagnement addictologique ambulatoire.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Afin de recueillir les expériences, les ressentis et les attentes des médecins généralistes, la méthode qualitative semblait la plus adaptée. Nous avons donc réalisé une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. [29] Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés par l'investigatrice et ont permis aux participants de s'exprimer librement.

2.2 Population

Les pratiques en addictologie variant d'un réseau à un autre, l'expérience des médecins généralistes peut s'en ressentir. L'évaluation d'un seul et même réseau d'addictologie nous a semblée plus pertinente. Les critères d'inclusion étaient donc d'être médecin généraliste installé ou remplaçant sur le territoire Nazairien bénéficiant du même réseau d'addictologie des hôpitaux de Saint-Nazaire et de Guérande et du CSAPA de Saint-Nazaire. Le CSAPA de Pornic n'étant pas géré par la même association, nous n'avons pas réalisé d'entretiens avec des médecins généralistes du territoire nazairien situés au Sud de la Loire. Le critère d'exclusion était le refus de participer au travail de thèse.

Le recrutement s'est déroulé par courrier électronique auprès de médecins généralistes connus et auprès des Maîtres de Stages Universitaires du bassin Nazairien. Nous avons également utilisé la méthode de recrutement par effet boule de neige. Après une première série d'entretiens, nous avons contacté de nombreux autres médecins généralistes par téléphone à leur cabinet. Nous décrivions brièvement le projet oralement ou par écrit et précisions la durée approximative de l'entretien (20 à 30 minutes). Lorsque les participants exprimaient leurs accords, nous convenions d'un rendez-vous laissé au choix du professionnel. Cet échantillonnage est dit raisonné théorique. Les principaux motifs de refus verbalisés par les médecins généralistes étaient le manque de disponibilité pour accueillir l'investigatrice.

Quinze entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Afin de diversifier les profils de la population étudiée, nous avons demandé aux participants de remplir un rapide questionnaire fourni en annexe 1. Il s'intéressait à des caractéristiques de genre, de statut, de durée d'exercice, de mode d'exercice, de lieu d'exercice et de lien avec l'addictologie.

2.3 Guide d'entretien

Les entretiens individuels ont été réalisés selon un guide d'entretien. Elaboré par l'investigatrice après recherche bibliographique et réflexion, il a été retravaillé avec la directrice de thèse. Nous avons formulé des questions ouvertes et non jugeantes. A l'issue d'un premier entretien exploratoire avec une interne de médecine générale en Stage Ambulatoire en Soins Primaires Supervisé, des modifications ont été apportées. Le guide a été modifié une troisième fois au cours de l'étude dans le but d'explorer de nouvelles hypothèses.

Les trois versions du guide d'entretien sont présentées en annexe 2, annexe 3 et annexe 4. Il comporte cinq ou six questions ouvertes. La première a pour but d'instaurer un climat de confiance et d'ancrer le participant dans son expérience personnelle. La seconde, plus générale, interroge les relations actuelles entretenues avec les addictologues. Enfin, les dernières questions ont recueilli les attentes sur les éléments de l'accompagnement addictologique ambulatoire utiles au médecin généraliste.

2.4 Recueil des données

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été menés par l'investigatrice. Elle s'est rendue dans le lieu choisi par le médecin généraliste (cabinet ou domicile). Certains entretiens ont pu être regroupés au cours de la même journée. Les entretiens individuels ont permis la libre expression des informations, des ressentis, des opinions ou croyances sans peur du jugement d'autres participants.

Après une présentation personnelle et le remerciement pour l'implication dans le travail de thèse, l'investigatrice a exposé individuellement le sujet et le déroulé de l'étude. Une fois le consentement oral à l'enregistrement audio obtenu et l'assurance d'une anonymisation des données, la conversation était enregistrée par deux moyens : un dictaphone numérique et un téléphone portable. Ces enregistrements étaient ensuite conservés sur l'ordinateur de l'investigatrice et supprimés du téléphone et du dictaphone. Une formule de remerciement clôturait les entretiens.

L'investigatrice a réalisé la retranscription ad integrum en écoutant à de nombreuses reprises les enregistrements. Certains éléments de langage non verbal ont été notés. Nous n'avons procédé à aucune correction des erreurs de langage ou reformulation des idées. Les données ont été anonymisées rendant impossible l'identification des personnes, des

structures et des lieux de soin. Le tableau de correspondance n'est conservé que par l'investigatrice dans un espace sécurisé. Nous avons attribué aux personnes citées des lettres majuscules et aux lieux des noms de planète. Chaque participant a reçu un numéro attribué par ordre de déroulé des entretiens : « P1, P2, P3... » La retranscription de l'entretien était restituée à chaque participant par courrier électronique avec des remerciements pour la participation au travail de thèse. Un seul participant avait exprimé son refus de restitution. Une fois le verbatim imprimé pour en faciliter l'analyse, les enregistrements audios ont été détruits. Les verbatims sont joints en annexe sous forme numérique uniquement.

L'investigatrice a tenu un journal de bord pour collecter son ressenti et ses observations. Elle a également assisté à une réunion de coordination liée aux consultations avancées d'addictologie dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Saint-Nazaire.

2.5 Analyse des données

L'analyse ouverte a été réalisée individuellement par deux personnes (l'investigatrice et la directrice de thèse). Chaque verbatim a été annoté d'étiquettes. Ces étiquettes ont été numérotées dans un classeur informatique. La confrontation des résultats des deux chercheurs a permis la triangulation des données. Certaines étiquettes présentes dans différents entretiens ont été regroupées.

L'analyse axiale a été réalisée par l'investigatrice. Une fois regroupées, elles ont été maniées et remaniées afin de créer des catégories et concepts. Nous avons classé les idées et thèmes selon le plan qui est développé dans la partie Résultats.

Aucune nouvelle étiquette n'émergeant à l'issue de quatorze entretiens, nous avons réalisé un ultime entretien. Aucune nouvelle donnée n'a été retrouvée. Nous avons ainsi affirmé la saturation des données.

2.6 Aspects réglementaires

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés n°2221708 mais n'a pas nécessité l'approbation d'un comité d'éthique. Une déclaration de conformité MR-04 relative aux recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluation dans le domaine de la santé a été réalisée le 20/02/2021. Un

document d'information participants a été remis à chaque participant, permettant le recueil d'un consentement écrit, libre et éclairé.

Aucune compensation ou rémunération n'a été accordée aux participants.

3 RESULTATS

Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le tableau numéro 1.

Une personne n'a pas répondu à toutes les questions. Ils exercent la médecine générale depuis 13,5 ans en moyenne (de 1 an à 30 ans). Deux des médecins interrogés sont des remplaçants. Cinq d'entre eux ont participé à une ou des formations continues en addictologie et un seul d'entre eux appartenait à un réseau d'addictologie. Concernant le lieu d'exercice, six médecins généralistes exercent en milieu urbain, sept en milieu semi-rural et un en milieu rural. Aucun d'entre eux ne travaille en cabinet individuel, quatre travaillent en cabinet de groupe, deux en cabinet pluridisciplinaire, quatre en cabinet pluriprofessionnel, quatre en maison de santé pluriprofessionnelle.

La durée des entretiens a varié de 11 minutes 05 secondes à 39 minutes 11 secondes pour une durée totale de 5heures 40 minutes et 20 secondes.

	Genre	Statut	Début d'exercice de la médecine générale	Année d'installation	Lieu d'exercice	Type de cabinet	Nombre de patients par jour	Formation en addictologie	Appartenance à un réseau d'addictologie	Activité professionnelle autre
P1	Femme	Remplaçante / interne	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non	Non	Non
P2	Homme	Installé	2013	2014	Urbain	Maison de santé	20-25	Oui	Non	Non
P3	Homme	Installé	1991	1991	Urbain	Cabinet de groupe	>20	Oui	Non	Agréé permis de conduire
P4	Femme	Installée	2007	2008	Semi-rural	Cabinet pluridisciplinaire	20-25	Non	Non	Non
P5	Homme	Installé	2016	2021	Urbain	Maison de santé	20	Non	Oui	Non
P6	Homme	Installé	1993	1993	Urbain	Maison de santé	35	Oui	Non	Non
P7	Homme	Installé	1998	2003	Urbain	Cabinet de groupe	30	Non	Non	Non
P8	Femme	Installée	2011	2013	Urbain	Maison de santé	20-25	Non	Non	Non
P9	Femme	Installée	2010	2015	Semi-rural	Cabinet de groupe	22	Non	Non	Médecin de crèche
P10	Femme	Remplaçante	2020	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	20-25	Non	Non	Non
P11	Homme	Installé	Non renseigné	Non renseigné	Semi-rural	Cabinet pluridisciplinaire	30	Non	Non	Non
P12	Homme	Installé	2013	2014	Semi-rural	Cabinet pluriprofessionnel	27	Oui	Non	Non
P13	Homme	Installé	1998	2000	Rural	Cabinet pluriprofessionnel	25	Oui	Non	SSR / soins palliatifs en hospitalier
P14	Homme	Installé	2007	2011	Semi-rural	Cabinet pluridisciplinaire	25	Oui	Non	Non
P15	Femme	Installée	2008	2009	Semi-rural	Cabinet de groupe	25	Non	Non	Non

L'analyse des données a permis l'émergence de trois axes principaux. Le premier établit un état des lieux sur la coordination actuelle entre médecins généralistes et addictologues. Dresser un état des lieux est un prérequis indispensable pour mieux comprendre les attentes des médecins généralistes.

3.1 Etat des lieux sur la coordination actuelle

3.1.1 Un constat sévère

Les médecins généralistes esquissent un tableau sévère sur la coordination entre médecins généralistes et addictologues. Ils constatent un **lien rare** voire absent avec les professionnels d'addictologie et déplorent l'**absence de communication, d'échange ou d'appel téléphonique**.

P8 « Alors ça m'est déjà arrivé, ça m'est déjà arrivé mais pas souvent. »

P9 « Je me rends même compte en même temps que je vous parle que je ne reçois pas de compte-rendu de consultation, que je ne reçois pas d'appels même quand il y a une décision d'hospitalisation et cetera. En fait, je me rends compte qu'il n'y a peu d'échange. »

P10 « Bah j'ai pas de retour par rapport à tout ce qui est aspect paramédical que tu me cites. Euh... C'est vraiment fin, psychologue c'est rare qu'on ait des courriers. Encore plus rare qu'à Vénus. (Rires) »

P12 « Un addictologue au téléphone, c'est rarissime. Je crois que j'en ai jamais eu en dix ans »

P15 « En ce qui concerne les courriers, honnêtement on en reçoit pas. Euh... Un lien direct euh... Je peux pas vous dire, en fait j'ai pas de souvenir d'avoir euh... »

Ils regrettent l'**absence de retour des addictologues** sans distinction de disciplines ou de structures y compris en cas de rupture de suivi et l'absence de compte-rendu de consultations.

P2 « C'est pas très fréquent quand même les courriers, c'est moins fréquent les courriers de compte-rendu de prise en charge. [...] d'une manière générale avec l'addictologie, on a plutôt peu ou pas de retour euh... écrit. »

P4 « C'est pas toujours des médecins, comme ça peut être des travailleurs sociaux, des assistantes sociales ou des infirmières, ils nous écrivent pas forcément. Donc ça c'est un peu dommage aussi. »

P11 « Mais on n'a jamais ensuite de compte-rendu. Jamais. Ça c'est vrai ! »

A l'inverse, d'autres médecins généralistes disent être en lien avec les addictologues et ils estiment que les **retours sont satisfaisants**. Ce lien peut d'ailleurs s'avérer informel grâce à des connaissances personnelles des interlocuteurs.

P6 « si j'ai un patient qui est hospitalisé ou un patient qui est vu en consultation, j'ai un retour qui est satisfaisant. J'ai l'impression d'avoir un retour. » « ça fonctionnait comme ça mais ça c'est pas vraiment un réseau, c'est pas vraiment une organisation, c'est j'ai le 06 de et donc je l'appelle pour euh.. »

P11 « ... avec un suivi conjoint tous les deux. Où là, pour le coup euh... On s'est mis en relation à plusieurs reprises (Silence) On était en échec de prise en charge mais euh... »

P4 « c'est un peu un lien informel par connaissance parce qu'on a déjà travaillé ensemble sur d'autres dossiers et qu'on se connaît au niveau professionnel. »

Les professionnels travaillant en addictologie sont méconnus des médecins généralistes qui les décrivent comme **peu accessibles**. Ils sont **difficiles à joindre** et les médecins généralistes éprouvent des difficultés à obtenir une réponse à leur question ou à initier un suivi en addictologie.

P6 « On les connaît même pas les médecins. » « On sait pas trop comment les joindre, et comment les joindre et pour quel cas les joindre. Voilà. Je dirai que le cheminement pour les joindre est pas évident pour nous. »

P10 « Téléphone, on n'arrive pas à les joindre. Tout ce qui est Venus, tout ça, fin ou Saturne, c'est hyper galère. Soit quand tu appelles, il y a pas de médecin, soit ils sont pas là et soit ils sont euh... Et puis quand ils donnent un rendez-vous fin c'est compliqué, fin franchement, j'ai pas un très bon recul et (Rires) retour du... J'ai vraiment du mal, du mal à les avoir. Du mal à avoir un avis, du mal à avoir un vrai suivi. »

P13 « Pfff, c'est des bêtes rares qu'on a du mal à attraper, qu'on arrive pas à joindre facilement, qu'on arrive pas à joindre. »

De plus, les **délais** pour obtenir des premiers rendez-vous de consultation ou des hospitalisations sont jugés **très longs** et à risque pour les patients. Ils peuvent même être confrontés à des refus de prise en charge. Des médecins généralistes expliquent cette situation par une démographie médicale en addictologues insuffisante et parlent même d'une **pénurie d'addictologues**.

P3 « Le seul petit problème qu'on a, ce sont les délais. » « C'est des délais euh... (Silence) Là on parle en années hein, on parle en années. »

P4 « Euh... mais le problème pour nous euh... c'est la durée, fin c'est le le, le temps entre le moment où on va avoir une demande et le patient aussi une demande et, le moment de la prise en charge... [...] on se heurte vraiment à des mois et des mois d'attente et il peut se passer des choses plus ou moins graves pour les patients ou une démotivation complète euh voilà. »

P13 « Euh... Quand on dit aux patients de les joindre, on a souvent des « je ne prends pas de nouveaux patients ou j'ai pas de place pour vous suivre quoi » enfin surtout à Saturne quoi. »

P11 « Souvent ça passe par une hospitalisation. Alors les délais, c'est vrai que c'est souvent un peu compliqué aussi hein, pour avoir des rendez-vous. Mais euh... Après, c'est comme ça, je pense que les addictologues sont pas assez nombreux, tout simplement quoi. »

P6 « Il n'y a pas beaucoup d'addictos par rapport au nombre de patients qui en auraient besoin et au nombre de médecins traitants qui auraient besoin de ces consultations-là. Donc euh... C'est aussi le problème de la pénurie quoi. »

La personnalisation voire l'**incarnation de chaque structure** de soin par une seule et même personne seule illustre d'ailleurs cette pénurie. Ce manque de ressources en addictologie aboutit à l'**auto-censure des médecins généralistes** dans leurs orientations vers les addictologues ou dans leurs échanges avec eux. Ils apprennent à travailler sans addictologue.

P3 « Alors, on avait un médecin exceptionnel avant. »

P7 « Et c'est personne-dépendante aussi hein ! Ça dépend hein, je vous dis avec Y j'en avais plus, depuis qu'il y a plus Y, c'est un petit peu... Parce que ... »

P1 « le problème c'est plutôt d'oser les appeler ou d'avoir le temps de les appeler ou euh... »

P6 « je me dis que je ne vais pas aller en dehors de notre structure, je vais pas aller demander une consultation addicto. [...] Je vais réserver pour les cas, ouais d'hospitalisations potentielles, enfin voilà quoi. Ou les cas vraiment très lourds quoi. »

P9 « Et bah jusqu'à présent, je me suis un peu débrouillée (Rires) et on a quand même quelques notions euh... »

Au contraire, dans certaines situations, les généralistes ne vont pas respecter la procédure et **contourner le parcours de soin habituel** en passant notamment par les services de médecine polyvalente ou d'urgence pour obtenir des hospitalisations de sevrage sans addictologue.

P3 « Maintenant, faut... On n'a plus le droit d'accès direct. Ou alors on passe par les urgences, mais aux urgences, ils se font virer au bout de 2 heures quoi. »

P4 « Z euh... m'a conseillée d'aller euh... de la montrer d'abord à un pédiatre qui aurait pu ensuite la mettre dans un circuit CMP. Fin ça paraissait hyper long... Et finalement Z me l'a prise en consult directement et ça c'était euh.. vraiment bien et ça a pu mettre tout de suite une prise en charge alors qu'en passant par la procédure classique, ça aurait mis des mois et des mois avant qu'elle soit prise en charge. Donc euh... là c'est parce que je la connais, que j'ai pu l'appeler en direct, qu'elle m'a dit bah si tu as pas d'autre solution, je te la prends en consult. »

P11 « En théorie, c'est l'addictologue qui doit... demander, que nous on peut pas demander un sevrage comme ça. [...] Mais en en discutant un petit peu avec les médecins, souvent ils acceptent. Sous un délai de moins d'une semaine. Pour l'hospit. »

Devant l'absence de coordination entre les professionnels de santé, le **patient** devient un **acteur de sa santé**. Les échanges se font via le patient : il transmet les informations et les ordonnances entre les médecins. Le médecin généraliste découvre avec le patient la suite des événements.

P11 « Euh... Et le patient nous dit bah si si je prends ça. Abon d'accord okay et quel dosage. Donc c'est le patient qui nous le dit »

P15 « Il faut que le patient soit investi et prenne son rendez-vous tout seul tout ça. »

P7 « C'est au fur et à mesure, je découvre ça avec le patient quoi » « et lui il me raconte ce que le psy lui a changé »

P9 « Mais comme avec beaucoup de spécialistes, l'échange se fait aussi via ce que nous retransmet le patient » « c'est juste le patient qui peut nous décrire euh... l'alternance des suivis entre eux et nous. »

3.1.2 Particularités des patients souffrant de conduites addictives

Les observations des médecins généralistes s'expliquent par plusieurs facteurs et notamment les particularités des patients souffrant de conduites addictives. La notion de méfiance est présente aussi bien du côté du patient que du côté du médecin.

Des médecins généralistes sont **suspicieux du discours du patient** par peur d'être trompés ou manipulés. Ils craignent que le patient mente.

P2 « Voilà c'est le retour du patient donc forcément c'est dépendant un peu de la bonne volonté du patient et de la véracité un peu de ce qu'il veut dire selon les cas... (Silence) »

P11 « On fait confiance hein, bien sûr au patient mais des fois, il peut nous raconter ce qu'il veut hein !»

P13 « Fin j'ai toujours l'impression d'être manipulé aussi. »

De leur côté, les patients peuvent être **méfiant vis-à-vis de leur médecin généraliste** et refusent que certaines informations soient partagées avec lui. Ils ont peur que l'information soit divulguée à leur entourage, également patients du médecin généraliste.

P3 « les gens n'ont pas forcément envie de raconter des choses au médecin qui connaît leur femme, qui connaît leur mari, qui connaît leurs enfants, ou leur tante ou leur grand-mère quoi. »

P11 « Bah il verbalise peut-être des choses qu'il a pas envie qu'on sache... Je sais pas. (Silence) Souvent on est médecin de famille donc euh... pas toujours évident. »

Les patients addict ont tendance à **cliver l'accompagnement addictologique de l'accompagnement général.**

P8 « Aborder pourquoi pas, mais creuser, je pense qu'elle aime bien séparer. Elle sait qu'elle va creuser avec quelqu'un d'autre et avec moi elle peut parler d'autre chose. »

Enfin, les patients peuvent ressentir une urgence à la prise en charge avec une **demande de solution immédiate et impulsive**, tout comme l'entourage qui a une place particulière dans ces problématiques. Il peut être à l'origine de demande de soins et exercer une pression à la prise en charge envers le médecin généraliste.

P6 « quand il y a une demande ressentie comme pressante par la famille ou par le patient et on a pas de réponse immédiate et rapide quoi »

Le risque devant des délais de prise en charge importants est la perte de motivation du patient addict impulsif, notamment chez les adolescents. L'attente d'un accompagnement peut être vécue par le patient comme violente.

P4 « on se heurte vraiment à des mois et des mois d'attente et il peut se passer des choses plus ou moins graves pour les patients ou une démotivation complète euh voilà. » « Et c'est vrai que les ados, ils sont un peu dans le euh... « okay je vais le faire maintenant », dans les impulsions, dans le tout de suite maintenant. »

P6 « Et parfois, bah après il y a plus la motivation. »

3.1.3 Difficultés liées aux addictologues

Le défaut de coordination exposé précédemment est également expliqué par des difficultés liées aux addictologues. Pour les médecins généralistes interrogés, l'**addictologie** semble être une **discipline obscure, désorganisée, non structurée en réseau** et non coordonnée. Les rôles, missions et compétences des professionnels et des structures manquent de lisibilité et de clarté.

P6 « On est toujours dans la même question qui fait quoi, même à l'intérieur des réseaux d'addicto, des gens qui travaillent autour de l'addicto, des professionnels, tout le monde sait pas forcément qui fait quoi dans l'autre structure, il y a des structures publiques, des structures privées. Il y a pas vraiment un réseau clairement identifié. C'est jamais bien clair sur ce qu'on

doit faire. Entre le réseau hospitalier. Enfin, je sais pas. Je sais jamais, je sais toujours pas bien ça. J'ai pas l'impression de trop trop m'y retrouver quoi. »

P6 « Je dirais pas une concurrence mais les choses ne sont pas bien imbriquées, je veux dire, ne sont pas bien complémentaires, ne sont pas bien euh... »

P10 « Bah elle travaille, bah en plus c'était Z. Elle travaille à Saturne et à Vénus ? »

P11 « Parce qu'ils interviennent sur beaucoup de sites. Donc euh... moi j'appelle à Mars systématiquement mais souvent c'est à Vénus ou euh... Et euh... Bon, c'est pas toujours facile quoi. »

P12 « on sait pas ce qu'il se passe. C'est une boîte noire. Les gens rentrent et puis il se passe quelque chose, on sait pas ce qu'il se passe. Ils ressortent. »

Selon les participants, les addictologues ajoutent des **barrières à l'hospitalisation directe, complexifiant le parcours de soin** qualifié de parcours du combattant pour le patient. Les médecins généralistes estiment qu'il s'agit d'une perte de chance pour le patient.

P4 « Et là a priori, c'est plus les mêmes médecins, ils ne veulent plus qu'on fasse des entrées directes nous les médecins généralistes. Ce que je trouve dommage. Ils sont obligés les gens d'avoir un suivi addicto donc c'est plusieurs mois d'attente pour voir un addicto puis ensuite faire leur sevrage. Je trouve qu'il y a une perte de temps et de chance pour les patients. »

Qualifiés d'**inaccessibles**, les addictologues ont changé leurs pratiques, les médecins généralistes ont l'impression qu'ils ont réduit leur temps de travail et qu'ils ne sont **pas disponibles**.

P3 « Avant les gens travaillaient un tout petit peu plus. C'est bête hein ce que je dis, ça fait vieux con, mais donc on avait des gens qui étaient, des saints hein, vraiment parfaits. Qui nous téléphonaient, qui nous parlaient, tandis que maintenant, pschit, c'est parti quoi. »

P7 « On pouvait discuter des patients. Depuis que Y est partie, j'ai moins de contact hein. Chacun fait son truc dans son coin. »

P10 « Impossible de les avoir et il devait être, je sais même pas, moins de 16 heures et il y avait déjà plus d'addicto, sur place. (Rires) Et donc euh... Elle m'avait dit de rappeler la secrétaire mais tu vois c'est compliqué quand tu es remplaçant et que tu arrives pas à avoir quelqu'un. »

L'inaccessibilité peut également se manifester par un **manque de proximité** des consultations addictologiques qui sont **éloignées géographiquement**.

P10 « si c'est sur Mercure et tout. Fin nous on est quand même à une demi-heure tu vois. Euh... »

Dans l'attente d'un accompagnement addictologique, les médecins généralistes se sentent **démunis, peu soutenus** voire abandonnés.

P3 « Et c'est pas facile quand quelqu'un nous. Quand ma secrétaire téléphone et qu'on nous dit « bah vous avez un rendez-vous le 12 septembre ». Quand on est en mai, ça paraît loin hein. Les gens disent « on va pas tenir ». (Silence) Ils tiennent quand même. »

P3 « Elle me le prenait, ça permettait de casser un truc. Où les addictologues n'avaient peut-être pas les diplômes d'addictologie. Mais bon, ils étaient, bon ils étaient là. »

P4 « Ni moi ni elle, ne sommes, ni psychiatres ni addictologues donc on a besoin de quelqu'un d'autre pour nous aider quoi. »

P6 « On a pas de réponse immédiate et rapide quoi parce que l'hospitalisation est longue. Entre temps, avoir une consult c'est pas évident donc là, là aussi on est en difficulté. [...] Je sais pas quelqu'un qui veut avoir absolument une prise en charge là et on lui dit on pourra avoir une place dans 6 semaines là. Et entre temps on fait quoi, quoi ? »

P9 « Mais quand eux ont pris la décision, je pense qu'on partage un peu leur envie, d'avoir envie d'y répondre et d'y mettre en terme. Et c'est vrai que là, bah les délais qui nous sont un peu amenés par les collègues et cetera, peut-être que c'est une période où on se sent un petit peu seul. »

Les généralistes estiment que les addictologues **manquent d'empathie** envers eux. Par exemple, lorsque les addictologues passent le **relai** vers le médecin généraliste, celui-ci est jugé **trop brutal**, pas assez préparé avec des protocoles trop complexes.

P1 « Et le protocole qu'elle proposait, il était vraiment compliqué et ça m'a pris du temps de l'écrire et euh... Notamment le problème du passage à la... la prescription en délivrance quotidienne pour un patient qui comprend pas tout de suite ce que c'est et qui travaille super tôt le matin et tout, c'était un peu euh... »

P12 « C'est en fait, quand on leur dit que quelque chose est chronophage ou qu'une réunion c'est trop long, ils ont du mal à le comprendre. »

P12 « Ils vont les voir très souvent, pendant quelques mois, au mieux. Et puis après pschit, au revoir, dans la nature, salut à plus. Et du coup les patients après, c'est nous qui... »

P12 « Et pouf, et on a à peine les explications, on sait pas même pas où le patient en est rendu. On l'a pas suivi pendant des mois, voire des années. Et donc du coup, on se retrouve à prendre la balle au vol, donc c'est un peu casse gueule. C'est un moment assez désagréable en général, pour le patient aussi. [...] C'est juste ça. Voire même on ne nous dit même pas qu'on nous l'a renvoyé et en fait, c'est juste qu'on le retrouve lors d'une rechute 1 an ou 2 après ou avec des complications de son addiction et on se dit « ah bah enfin de compte, c'est moi maintenant qui le prend en charge ». On l'avait complètement perdu de vue. »

D'autre part, les deux disciplines semblent **peu synchrones**. Les **réponses** des addictologues sont jugées trop **différées** et leurs propositions inadaptées aux besoins des généralistes ou des patients.

P1 « ça aurait été vraiment mieux que, après qu'elle ait eu le staff, elle nous appelle. Parce que je crois qu'elle savait que le patient était en fin de traitement et du coup comme elle savait ça, ça aurait été vraiment pas mal qu'on ait le protocole à l'avance et que pendant la consult' on ait juste à avoir l'addictologue pour peut-être le confirmer mais pas euh... passer ce double temps : premier temps d'échange avec l'addicto puis après faire toutes les pres puis après euh... à se chamailler avec le patient pour les détails »

P13 « Et je pense que des fois non, quand on a le patient devant nous, qui... qu'on trouve pas bien. Mais pfff, le pas bien on sait pas ce que ça veut dire... Ou pas bien et on a besoin, j'aimerais bien qu'il soit vu rapidement. [...] Et quand on a une réponse, ou quand on a pas de réponse parce quand on téléphone, on a pas de réponse, bah c'est...»

P4 « Donc j'ai quand même pas mal de troubles des conduites alimentaires et quand on arrive à leur dire ce serait bien qu'on te prenne en charge. C'est compliqué quand elles sont d'accord, c'est pas simple, faut batailler, faut passer du temps pour trouver les interlocuteurs et là si on avait quelque chose de plus rapide, je trouve que ça serait intéressant »

P4 « Et puis sur la population pédiatrique. Moi j'ai vraiment un problème avec ça parce que voilà les hospitaliser en pédiatrie quand c'est des grands ados de 17ans, fff, c'est pas évident. »

3.1.4 Difficultés liées aux médecins généralistes

Les médecins généralistes abordent aussi leurs propres difficultés, participant à cette coordination défailante entre médecins généralistes et addictologues. Nous détaillerons le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette coordination, leur place particulière et leur fonctionnement.

3.1.4.1 Ressenti du médecin généraliste

Des médecins généralistes expriment des émotions assez négatives préjugant d'un manque de confiance en leurs connaissances. Ils rapportent une faible estime d'eux-mêmes, une dévalorisation ou un isolement.

La **faible estime d'eux-mêmes** ou le **manque de confiance en eux** se manifestent par un manque d'assurance ou un manque d'expérience dans le domaine.

P1 « je savais que c'étaient des doses pas mal élevées donc euh j'ai préféré appeler l'addictologue pour euh confirmer que c'était bien ces doses là et comment on faisait parce que ça me semblait quand même énorme »

P1 « pour les détails qui étaient compliqués pour lui et pour moi parce que moi j'avais pas tellement fait ça souvent non plus. »

P13 « Moi j'ai que mon avis à moi et je peux me planter. (Rires) » « on peut tellement avoir, selon notre humeur à nous, selon notre euh... notre état. Mal interpréter un geste ou ... le non-verbal des choses comme ça, c'est... »

P13 « Je pense, en fait, je pense que c'est parce que j'ai pas confiance en moi. »

La **dévalorisation** se manifeste par des sentiments d'**épuisement**, d'**impuissance**, d'**inutilité** voire de désespoir. Des médecins généralistes peuvent se désinvestir du soin et se décourager par priorisation vers d'autres maladies chroniques.

P3 « Il faut aussi savoir aussi, qu'il y a l'épuisement. (Silence) De notre part. Fin moi je veux dire, j'ai des... Quand vous voyez nos observations sur un alcoolique chronique. (Silence) On se

bat. (Silence) On se bat un peu moins. (Silence) Puis on ne se bat plus du tout. Et il revient. « Oh bah j'ai 62ans, ma retraite est dans 2 ans. » « Tu veux un arrêt de travail de combien ? » Il peut plus travailler hein. De toute façon, on a un arrêt de travail justifié mais... (Rires) On le reçoit en 3 minutes quoi. Je veux dire, après c'est torché. On n'a plus... On n'a plus aucun... On n'est pas très fier de nous quoi. »

P7 « Euh... Il est... Il a une valve mécanique, il est sous AVK, il a fait plusieurs accidents, on l'a trouvé dans la rue, on l'a ramassé, avec des plaies partout. Y'a rien ! Il prend son traitement, il prend ses médicaments mais il continue de picoler. Il y a rien qui le touche quoi. » « Je ne vois plus comment aborder le sujet avec vous, par quel angle l'aborder, parce que il y a rien. Il y a rien qui vous touche. Je... »

P7 « Je vous dis, ce patient dont je vous parlais que vraiment j'ai l'impression que je n'ai aucune prise sur lui, c'est pas valorisant pour moi non plus quoi. Parce que je me dis pfff, bah à quoi ça sert ? A quoi ça sert ? »

Certains médecins généralistes se sentent **isolés** voire **exclus** des soins ou des décisions thérapeutiques. Dans l'obligation de s'autonomiser, ils se sentent livrés à eux-mêmes. D'autre part, après avoir été écartés des soins, ils se retrouvent parfois propulsés en première ligne et acteurs principaux de la situation, ce qui leur semble inconfortable.

P4 « Mais c'est vrai que parfois, on se sent un peu seul... »

P13 « En fait, je me débrouille tout seul. »

P8 « J'ai appris à faire sans, c'est peut-être pas très bien mais j'ai appris à faire sans. Et euh... de leur côté euh... (Soupir) J'ai en tête par exemple une patiente, là j'ai appris par retour de courrier par exemple euh... qu'elle avait été euh... Qu'elle était pris en charge en hop, ça je le savais, enfin c'est elle qui me l'avait dit qu'elle était prise en charge à Saturne. Et j'ai appris par courrier que finalement sa prise en charge s'arrêtait, que c'était pas adapté, que ça se passait pas très bien ... Et c'est vrai que je me suis dit « bon, ça aurait été peut-être pas mal qu'on échange avec le médecin, par téléphone, autour de cette patiente, avant de prendre cette décision » fin voilà. »

P12 « Et après, c'est juste que... ce qui est un petit peu parfois agaçant, fin c'est pas spécifique à la prise en charge addicto, c'est qu'on est tenu à l'écart d'une prise en charge et puis que du

jour au lendemain ben voilà, maintenant, c'est à vous le bébé et puis, on nous a rien expliqué et ça c'est un peu cavalier et euh... du coup, c'est pas cool. »

P1 « Parce que des fois c'est un peu ce qu'il manque, parce qu'on sait plus trop parce qu'on est pas à jour et on comprend pas toujours les prescriptions donc c'est horrible d'oser changer quoi que ce soit donc ça devient... Fin pas du tout coordonn..., fin c'est plus de la coordination c'est juste hyper-hiérarchisé comme les autres spés quoi, fin comme avec d'autres spés parfois. »

Ils déplorent également une **communication à sens unique**. Ils ont le sentiment de se rendre disponible pour les addictologues sans obtenir le juste retour de leur disponibilité et même si le moment n'est pas le plus propice pour eux.

P9 « On voit bien dans nos métiers, il y a des collègues qui sont plus facilement joignables que d'autres ! (Soupir) Je ne sais pas si c'est lié à la spécialité ou au tempérament. (Rires) [...] Il y a des collègues qu'on arrive jamais à joindre et il y en a d'autres qui nous joignent extrêmement facilement. Nous en tant que généralistes, on répond toujours à notre téléphone quand les spécialistes nous appellent et l'inverse est pas toujours vrai. Euh, et il y en a qui font plus d'efforts que d'autres. »

P14 « C'est vrai au milieu d'une consultation, c'est pas toujours facile de euh... de parler de ce genre de chose. »

Le sentiment de peur est également retrouvé chez des médecins généralistes comme la peur d'un éventuel mésusage de traitement, la **peur de la faute médicale** ou la peur d'être tenu responsable d'une situation et donc la **peur du retentissement légal**.

P13 « un je maîtrise pas et de deux, tout ce qui est dosage, je peux me faire mener en bateau sans problème, je veux pas être responsable d'un trafic facile là-dessus. (Silence) »

P13 « Fin moi j'ai l'impression qu'on gère seul. On se débrouille mais euh... Bon on n'a pas de gag mais si il y en a un je sais pas sur comment, ce qu'on pourrait nous reprocher ou ... de pas avoir demandé l'avis. Ou alors on a dit de fallait prendre un avis et est-ce que le patient ne l'a pas pris ou euh... ? Et voilà euh... Est-ce que on peut être porté responsable de la coordination justement ? (Silence) »

P13 « Bah un passage à l'acte, un suicide euh... Oui un suicide. (Silence) [...] Ou un fait sur un tiers des choses comme ça. J'aurais pas vu les menaces ou parce que je n'ai pas bien géré le

traitement, il y a un passage à l'acte euh... auto- ou hétéro-agressif. [...] Est-ce que j'ai bien tout analysé ? Est-ce que j'ai pas laissé passer un truc ? Est-ce que j'ai pas laissé passer une parole qui aurait du me... »

3.1.4.2 Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste a une **place particulière**, de **premiers recours**. Il entretient une très grande **proximité** avec des patients et une relation de confiance. Véritable médecin de famille, il **connaît ses patients**, leurs familles qui peuvent, eux-mêmes, être des patients et les enjeux relationnels. Cette proximité leur semble à la fois un avantage et un inconvénient.

P11 « Souvent on est médecin de famille donc euh... pas toujours évident. » « Oui, les conjugopathies parce qu'on suit euh... les relations avec les enfants, les histoires de... Souvent les problèmes familiaux euh... reviennent à la surface à ce moment-là et c'est pas évident. »

P7 « Parce que le fait d'être médecin traitant peut être aussi bien un atout comme un inconvénient. Le fait de connaître les gens, vous savez comment ils fonctionnent, comment sont les relations dans la famille. Vous essayez de comprendre des choses et interpréter ce qu'ils vous disent. Et savoir que ce qu'ils vous disent sont plus ou moins vraies, qu'il faut les prendre avec de la distance. Et ça peut être aussi un inconvénient, comme ça peut être un avantage. Dans le sens que les gens n'ont pas forcément envie de raconter des choses au médecin qui connaît leur femme, qui connaît leur mari, qui connaît leurs enfants, ou leur tante ou leur grand-mère quoi. »

P4 « C'est rare que le jeune vienne lui-même en disant « je fume trop » ou « j'ai arrêté de manger, je me fais vomir », non. Clairement, c'est plutôt une inquiétude parentale alors soit je vais voir les parents seul à l'occasion d'un autre motif, ils vont me dire : « on est inquiet pour notre enfant » alors je vais dire : « bah j'aimerais bien le voir, dites-lui de venir me voir ». Souvent c'est des enfants que je connais depuis qu'ils sont petits donc il y a plutôt, après ça dépend, une relation de confiance et je propose un rendez-vous sans les parents. Euh... »

Cependant, par le milieu professionnel ou social, un des médecins généralistes se trouve distant de certains de ses patients et semble ne pas toujours les comprendre.

P3 « Ici, on a quand même pas des artistes. On a des chaudronniers, des marins pêcheurs et des soudeurs à l'arc. Alors on a pas les mêmes connaissances dans les professions. Donc quand

en plus, ils nous parlent de drogues qu'on connaît pas (Soupir)... C'est pas toujours très facile pour nous. »

Du fait de cette proximité et cette position de premiers recours, les médecins généralistes sont indubitablement **confrontés au déni de l'addiction** et donc au **refus de soin**. Cette position leur semble délicate.

P3 « Alors ils sont plus jeunes euh... Ne veulent pas trop aller, ils acceptent pas leur addictologie. Et c'est beaucoup plus dur. [...] ils sont bien et ils en veulent pas, de sevrage. Ils en voudraient bien, ils vont bien mais ils sont pas capables de s'en passer. Mais ils veulent pas aller chez les addictologues (Rires) »

Consultés pour des motifs extrêmement variables, ils se trouvent en difficultés pour prendre en charge correctement les patients si des **informations importantes** leur **manquent** et évoquent notamment le **risque d'interactions médicamenteuses** avec le traitement addictologique par exemple.

P10 « J'avais aucun courrier depuis 6 mois, qu'elle le suivait de suivi, d'information euh... Sur ce qui avait été vu, dit et cetera. Donc c'est un peu difficile nous, de faire un suivi, de prendre des décisions. »

P2 « Mais non c'est un gros manque parce que on sait pas si euh... si il y a un réel suivi ou pas. En fonction du patient. Quel est le projet qui est établi ? Est-ce que c'est le projet de sevrage complet, diminution, diminution des risques. Est-ce qu'il y a eu des prises en charge autres qui ont été proposées, euh... Donc ça on n'a pas de visibilité. Donc nous c'est un peu compliqué après à gérer, voilà si on n'a pas ces retours-là. »

P14 « Alors là, je me suis quand même dit... On n'a pas de ... On sait pas combien il prend. Euh... Parce que justement c'était un patient qui venait je crois pour des douleurs dentaires et du coup mon interne euh... bah s'est interrogée quand même par rapport à son traitement. Il a dit qu'il avait de la METHADONE® et telle dose mais nous on avait pas forcément de... l'information, fin c'est le patient qui l'a donnée quoi. (Soupir) »

3.1.4.3 Fonctionnement du médecin généraliste

Comme attendu, les médecins généralistes déplorent un **manque de reconnaissance** notamment **financière** du temps de coordination et un **manque de connaissance**. Des

connaissances peuvent manquer sur certains points précis : la ligne d'avis addictologique telle que l'ELSA (un des participants découvre son existence au cours de l'entretien), les indications des consultations addictologiques, le rythme de l'accompagnement, l'offre de soin addictologique, médico-sociale et sociale, le réseau en place et les interlocuteurs.

P6 « Pour nous ça prend du temps, le temps de coordination, c'est pas rémunéré. Rien n'est rémunéré dedans. »

P10 « Euh... même dans notre petit carnet, est-ce qu'on a un numéro d'addicto ? [...] J'avoue que j'ai jamais regardé pour l'addicto s'il y avait. Urgences euh... Addicto ! Si ! Il y a un numéro et il y a une équipe de liaison, okay ! J'avoue que j'avais jamais regardé (Rires) non plus. »

P13 « J'ai pas de contact mail ou d'annuaire fin de numéro dédié des choses comme ça, j'ai pas. »

P9 « Bah c'est en plus, je ne sais même pas trop à quelle fréquence ils voient nos patients parfois. »

P13 « C'était dans le cadre des CSASPAS ? CSA... c'est ça ? [...] CSAPA et Apsa..., j'ai pas retenu ce que c'était. (Cherche sur son ordinateur) Apsy... ? [...] Oui c'est ça et CSA-PA ? Ca s'écrit comment ? »

P12 « Mais après, c'est presque autant aussi même des genres de... fin ça existe pas encore, des genres d'associations de réinsertion sociale on va dire pour essayer de remotiver les gens à avoir une activité avec d'autres personnes. »

P6 « On les connaît même pas les médecins. L'autre jour, j'ai eu un médecin addicto effectivement je la connais pas du tout hein, on connaît pas. C'est difficile de travailler avec des gens qu'on connaît pas alors dans n'importe quelle spécialité mais encore plus dans celle-là. Surtout quand on sait pas vraiment ce qu'ils peuvent faire »

Des médecins généralistes, s'ils ne sont pas informés par les addictologues, **ignorent** parfois **l'existence d'un accompagnement** addictologique chez leurs patients et se retrouvent en difficulté. Ils restent dans l'incertitude sur le devenir de leur patient ou dans l'expectation d'un plan de soin.

P2 « Effectivement il y a des gens qu'on découvre qu'ils ont eu un suivi ou qu'ils sont encore suivis. »

P5 « Et du coup-là, c'était, je proposais un suivi et un accompagnement par ... Alors peut-être que le monsieur est suivi par le service d'addictologie et que je n'ai pas eu de retour mais je n'ai pas reçu de retour à mon courrier. Soit c'est que il n'y a pas eu de retour, soit c'est que, le plus probable, il n'est jamais allé au service d'addictologie quoi. »

Des participants pensent que la prise en charge est dégradée par un manque de communication ou une contradiction des soignants. D'ailleurs, l'augmentation des moyens de communication ne semble pas bénéfique à un des médecins généralistes interrogés.

P12 « Et donc ben forcément, leurs prises en charge s'en ressentent parce que en fait quand on communique pas, ça marche moins bien. »

P1 « Que, au moins on sache que les spécialistes lui ont dit pour pas lui dire l'inverse. Genre les vieux médecins qui disent que de toute manière, l'alcool c'est tolérance zéro et qui vont rentrer en contradiction peut-être avec des addictologues plus jeunes qui vont eux dire bah non c'est pas forcément ça l'objectif, c'est à vous de déterminer votre objectif. Par exemple. »

P7 « Mais je trouve que c'est une grosse connerie. Et que euh... mettre ça en avant, les moyens de communication, on communique pas forcément mieux. D'accord ? On communique pas mieux. D'accord ? Moi c'est ce que je dis aux gens, donner votre mail, être obligé de répondre à votre mail... C'est bon, vous me laissez le message ou je vous rappelle mais euh... Voilà, en plus, ça marche plus ou moins bien euh... Ah bah tiens, je l'ai pas reçu, ou le mail n'a pas été envoyé et comment ça s'écrit machin, et j'ai fait une erreur, voilà... Tu décroches le téléphone, tu échanges l'information et puis voilà. Donc euh... Faut se méfier de cette technologie qui soi-disant aide à communiquer puis en fait euh... (Soupir) C'est comme l'informatique euh... Je reçois ma biologie mais ça marche pas tous les jours, je reçois par un logiciel, je reçois par un autre logiciel pour recevoir les courriers de l'hôpital, ça marche plus ou moins bien... Il faut que je me mette sur MS santé avec un autre code, un autre identifiant pour récupérer un courrier. Non franchement... (Soupir) Donc euh... Méfiance ! Bah en tout cas, moi je me méfie de soi-disant cette nouvelle technologie qui nous aide qui en fait est très chronophage. »

Au quotidien, les médecins généralistes travaillent dans un **référentiel temporel différent** de celui des addictologues. Leurs **rythmes divergent** et leurs attentes sur les

résultats aussi. Un des médecins exprime très bien cette temporalité différente et ce qu'il considère comme chronophage en addictologie. Les **statuts** et les **modes de rémunération différents** engrangent des fonctionnements différents.

P13 « Le temps qu'on passe des fois pour « j'ai replongé » ou « je repris » ou ? ça c'est ... [...] Parce qu'on a l'impression d'être en échec. Nous on a l'impression de faire des angines tout le temps, c'est-à-dire que faut qu'on... les gens arrivent pas bien et quand on les revoit 1 semaine après, ils doivent être bien. Fin on est un peu dans cette euh... dans ce schéma, dans cette temporalité-là. En addicto, on n'est pas du tout sur la même temporalité finalement, que l'infectieux, enfin que ce qu'on fait régulièrement. C'est frustrant pour nous. »

P1 « Du coup, c'était super parce qu'ils avaient un truc super précis et euh... qu'elle a pris le temps et qu'elle a expliqué au patient en direct mais c'était un peu compliqué parce que ça m'a pris euh... Je pense 45 minutes pour faire la consult' en entier. Alors qu'il y a des choses que j'ai pas pu gérer pendant la consult', que j'ai du envoyer à la pharmacie a posteriori. C'était à la fois pas mal et un peu ... un peu contraignant sur la... sur le temps de consultation. »

P12 « Déjà, parce que les durées de consultation ne sont pas les mêmes... Euh... Au niveau du la façon de fonctionner pour le... sur le travail, vous avez d'un côté du coup des personnes qui sont salariés payés à la journée. Et c'est aussi con que ça et de l'autre côté, des gens qui sont libéraux payés à l'acte euh... 25 balles pour une consult' euh... Forcément du coup, une prise en charge où vous passez 1 heure et demie en consultation avec un patient pour de l'addictologie, bah euh (Soupir) ça va être compliqué de caler votre journée après derrière. Euh... Donc non, c'est, évidemment, c'est pas les mêmes prises en charge, c'est pas possible. »

Cette temporalité différente s'en ressent également dans le **ressenti vis-à-vis des urgences addictologiques**. Les médecins généralistes, les addictologues et les patients ne ressentent pas le degré d'urgence de la même manière. Des médecins généralistes estiment que leur besoin de réponse urgente n'est pas entendu par les addictologues, les plaçant **sous la pression** du **patient** et de son **entourage**, dans une position délicate d'intermédiaire.

P13 « On n'a pas le même degré d'urg..., enfin, le même ressenti d'urgence je pense. Euh... Nous on les a face à face et on appelle, même si ils vous donnent un rendez-vous dans 2 mois bah c'est pas la réponse qu'on veut nous, parce qu'on a le patient en face. Et (silence) et puis bon, bah... C'est pas... Moi j'aime bien que ce soit pris en charge. »

P13 « Pour tout ce qui est situation que nous on arrive pas à gérer en pleurs... enfin soit amenés par la famille euh... Je vais faire une bêtise des choses comme ça. Et nous on a quoi comme réponse ? On a que les urgences. Et nous on veut éviter le passage par les urgences. Et qu'il soit vu comme ça. Mais aussi bien avec les psy de ville, j'ai pas que... J'ai pas que Saturne en tête pour autant. Ben on n'a pas de réponse immédiate à chaque fois. »

3.1.5 Représentations des médecins généralistes

Ce constat cinglant et les difficultés ressenties sont parfois compliqués à distinguer des représentations des médecins généralistes. Calquée sur certaines représentations sociétales, elles concernent la discipline addictologique, les patients, leurs pronostics ou les professionnels.

Les patients font l'objet de **représentations négatives** et fermées. Des médecins généralistes les imaginent défavorisés sur le plan social, en errance médicale avec une **évolution fataliste** de la maladie alcoolique et un pronostic pessimiste.

P7 « Donc du coup, comme en médecine on se fait une clientèle un peu à son image. (Soupir) Maintenant la clientèle à Neptune, on va dire que c'est pas la même forcément qu'à Mercure ou dans d'autres villes. Ça ne veut pas dire que l'alcoolisme ne nous touche pas mais il y a moins de demandes en tout cas. »

P14 « Après c'est des patients, effectivement, alors moi j'ai pas l'impression d'avoir de problème particulier mais qui peuvent aussi, être un petit peu, aller butiner un peu à droite à gauche. »

P7 « La maladie alcoolique, effectivement ça peut être des mois ou des années et puis pfff après vous les soignez quand ils ont leur cirrhose quoi. »

P12 « Ils rechutent tous. Et encore même ceux qui sont coupés de leur milieu d'origine, parfois ils rechutent. J'ai eu le cas cet été d'un patient qui a rechuté alors qu'il a changé de région pour euh... du coup couper justement de ces relations. Il a quand même rechuté en allant en vacances dans sa région d'origine. (Rires) »

Les professionnels en addictologie souffrent aussi de représentations avec une **vision** très **médicale** de l'accompagnement en **addictologie**. Les participants considèrent les addictologues comme étant obligatoirement des médecins. Leurs rôles se limitent à la

prescription et à la coordination. Ce point de vue n'est pas partagé par l'ensemble des généralistes.

P5 « Le médecin lui, un peu comme les médecins généralistes va avoir un côté plus de coordination. C'est-à-dire, euh... Ouais c'est ça, c'est si l'infirmier se retrouve aussi en difficulté, il peut passer directement avec l'addictologue. »

P8 « Avec le médecin, on va peut-être plus rentrer dans les détails sur le plan du traitement. Avec l'infirmier, notamment cet infirmier, je pense, on est plus sur le fonctionnement du patient, sur euh... Mais après ça se re-coupe hein. Je dis ça mais euh j'ai le souvenir d'avoir eu des conversations avec une addictologue, on était euh... On parlait pas forcément du traitement mais plus du mode de fonctionnement du patient et comment l'aborder et euh... »

Si certains généralistes imaginent les addictologues submergés de travail, un autre pense qu'ils sont peu sollicités.

P7 « Je pense qu'ils sont très débordés aussi »

P10 « Je sais même pas s'il y a un médecin addicto d'avis vraiment, en fait ou pas. Fin, je pense pas que ce soit eux les plus dérangés non plus, je pense que c'est quand même faisable en plus de leur activité sur la journée. »

De manière similaire, des médecins généralistes pensent avoir des connaissances sur les contenus des consultations, les sujets abordés, les rôles de chacun, la durée de suivi type et les structures addictologiques.

P7 « Après je ne sais même pas comment... quand les gens sont vus en consultation, est-ce qu'on aborde vraiment tous les sujets quoi ? Enfin tous les aspects de la vie du patient. L'aspect professionnel ? L'aspect familial ? Euh... Fin c'est les principaux aspects, euh... D'autres problèmes de santé ? Ça aussi, la santé du patient, parce que parfois il y a autre chose, il y a pas que l'alcool quoi hein. »

P5 « Bah euh, je pense que celui qui connaît le mieux la personne est l'infirmier en addicto qui fait souvent un gros échange, qui est assez récurrent. [...] et puis il va faire des consultations qui sont plus longues que les nôtres. » « l'infirmier addictologue, qui lui va vraiment travailler, pas sur le plan médicamenteux mais sur le fond. Et essentiellement sur le fond en fait. »

P3 « Je sais pas combien mais c'est vrai que le suivi en addictologie ça dure quoi 9 mois. Et puis après, soit ils s'échappent de l'addictologue... »

Les lieux de soin sont parfois confondus avec des lieux de consommation ou de tentation. Une autre structure est considérée comme fermée qu'elle prend toujours en charge des patients.

P5 « Là par exemple j'ai un exemple en tête d'un patient qui voulait être suivi ici dans notre maison de santé, pour ne pas aller à Vénus et côtoyer les gens qu'il connaît qui vont aussi à Vénus pour éviter d'avoir des tentations de retomber dans ses travers quoi. (Silence) Là il est dans un cadre où il connaît beaucoup de médecins, il sait qu'il risque pas de croiser des dealers ou des collègues qui pourrait lui fournir ce dont il a besoin ou ce qui le tente encore quoi. »

P3 « Mais non, ça nous a changé la vie quand le centre d'addictologie, le centre de Mars avait fermé. »

Un des médecins estime avoir des connaissances sur les autres métiers et autres statuts mais être méconnus des autres professionnels.

P12 « Je pense que c'est une connaissance asymétrique euh... Je pense. Salarié, je l'ai été, travailler en hospitalier, je l'ai été aussi, l'inverse n'est pas vrai. Euh... du coup la plupart des connaissances, elle est asymétrique. »

On retrouve chez certains généralistes une **pensée magique de l'accompagnement addictologique** avec une représentation que le problème est géré si le patient est intégré dans un parcours de soin.

P15 « Bah qu'on sache bah votre patient a été vu en consultation... [...] Comme ça, nous même si... On l'intègre et puis on sait que c'est bon de ce côté-là quoi. »

Enfin, on observe des **dichotomies sur les accompagnements** entre la prise en charge addictologique et sociale, l'accompagnement addictologique initial puis le suivi chez le généraliste, la prise en charge addictologique et psychothérapeutique ou les orientations des médecins généralistes.

P12 « Honnêtement la prise en charge addictologique, vu qu'il n'y a pas une prise en charge sociale vraiment forte derrière, ça marche pas. » « Et c'est pas spécifique à l'alcool ou aux drogues. Même l'obésité c'est pareil. Et sur toutes les autres addictions en général en fait. Le seul moyen de les changer, c'est de les changer carrément de milieu en fait, de couper tous les

ponts qu'ils avaient, toutes les habitudes qu'ils avaient euh... Pour retransplanter ailleurs et espérer qu'ils les retrouvent pas. Il y a que comme ça que ça marche. »

P5 « On est presque sur des techniques de psychothérapies en fait euh... qui relèvent pas de l'addictologie pure mais euh... (Silence) »

P14 « Beeeeeen, moi ça c'est euh... Ça m'est arrivé d'initier des traitements mais c'est vrai souvent ils ont été initiés en centre et après on récupère les patients une fois que c'est stabilisé euh... Hum. »

P4 « Et puis bah la consult avancée, quand même, d'addicto euh... J'envoie plus quand même, des pathologies alcool sur cette consultation-là, je sais pas pourquoi mais euh... plus que des jeunes... Euh... Ouais voilà... Je pense... »

Cet état de lieux sur la coordination révèle plusieurs failles aussi bien du côté des médecins généralistes que des addictologues, le tout alimenté par des représentations bien ancrées. Pour améliorer cette coordination, les médecins généralistes listent leurs attentes théoriques et évoquent des propositions concrètes.

3.2 Attentes des médecins généralistes

Nous distinguerons les attentes et besoins des médecins généralistes en termes de coordination selon trois parties. Le premier détaille les grands principes évoqués par les participants à l'étude, le second cherche à définir les rôles des intervenants pour mieux se coordonner et le dernier s'attache à l'organisation des soins.

3.2.1 Grands principes

Tout d'abord, **obtenir l'accord du patient** et respecter son choix semblent être les prérequis nécessaires au partage du secret.

P14 « Mais encore une fois, c'est la même chose, c'est comment transmettre des infos comme ça un peu sensible ou alors il faudrait euh... peut-être valider avec le patient du côté des centres. Est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on transmette toutes les infos à votre médecin traitant, oui ou non ? Et si il dit non, que ce soit pas transmis quoi. »

Ensuite, les médecins généralistes souhaitent **échanger** avec les addictologues pour **partager** leurs **expériences**, leurs ressentis, leurs **difficultés** et leurs **compétences**. Ils

apprécient la **seconde lecture** d'une situation par un **avis spécialisé** et l'échange autour de la situation. L'introduction d'un tiers dans la relation de soin leur semble bénéfique, notamment pour les cas complexe ou les situations bloquantes. Certains ont besoin de répondre, **d'apporter des éléments au spécialiste** ou de partager leur ressenti, voire de le valider.

P9 « Pas besoin de psychothérapie de soutien mais plutôt peut-être se dire que quand un patient est..., on est en échec, parce que c'est clairement ça, peut-être savoir aussi que les collègues sont dans les mêmes difficultés. Et peut-être eux ont aussi des options, des alternatives à exposer ou nous donner des conseils, ce serait peut-être bienvenu, ouais. »

P4 « Et moi j'en ai gardé que c'est vraiment intéressant d'échanger avec d'autres professionnels de santé qui ont un autre aspect, euh une autre vision je veux dire du patient. »

P8 « D'une manière générale, je trouve que ça donne un regard différent et euh... (Silence) Et euh... (Silence) Voilà, je trouve ça assez enrichissant, et puis ça permet d'avancer, sur des situations, qui parfois, paraissent un petit peu bloquées. »

P13 « (Silence) Bah la vérification des ordos, la posologie, la bonne molécule, rajout ou pas de benzos ou d'un traitement psy euh... adapté ou indiqué je sais pas. Euh... en plus. Je pense pas qu'ils aient tous besoin d'un traitement euh... anti-dépresseur ou benzodiazépines associés mais bon voilà, c'est... [...] Je sais pas euh... Avoir une deuxième lecture des ordonnances, ça je trouve ça toujours euh... (Inaudible) »

P11 « Après si on a des choses à dire, je pense qu'on peut répondre aussi par messagerie sécurisée quoi mais voilà, je pense qu'il faut qu'il y ait un échange quoi. Sinon, si c'est dans un sens, ça marche pas quoi. »

P10 « Du coup elle le suivait et elle pensait qu'il y avait un potentiel euh... intellectuel euh..., je sais plus l'expression euh... (Rires) Je suis désolée. [...] A haut potentiel intellectuel, oui c'est ça. HPI. Et euh... Moi, je trouvais ça un peu bizarre parce que je l'avais vu quand il était vraiment up up up, et je l'ai vu après en gros syndrome dépressif et je suspectais un trouble bipolaire. Du coup, j'avais fait un courrier. Euh... Parce que j'arrivais pas à la joindre sinon. Et euh... »
« Elle l'avait vu comme ça et elle l'avait mis sous antidépresseurs et moi avec le recul de 6 mois, bah je me posais la question. Donc du coup, j'avais pas réussi à la joindre, pas réussi à discuter. »

Pour pouvoir échanger, des participants attendent des addictologues qu'ils se rendent **disponibles** à leur tour pour les généralistes. Cette disponibilité se traduit également dans la disponibilité pour les patients, d'où l'importance de **s'adapter**, d'**aller vers le public visé** et de **simplifier** le parcours de soin du patient. Les adolescents par exemple sont dans les impulsions et l'immédiateté des décisions.

P1 « je pense que l'appel c'est super bien d'avoir quelqu'un de disponible pour les moments où les consultations sont compliquées. »

P2 « On voit bien que si... que si on lève les freins ils vont y accéder. Si on lève pas les freins, ils peuvent rester loin parce qu'ils ont peur de consulter, parce qu'ils ont peur de faire une démarche. » « Je dirai ça c'est encore en amont de l'adhésion, c'est... (Sourire) Il faut que ce soit simple, il faut que ce soit soutenu, il faut que ce soit... encouragé quoi. »

P4 « en fait on a rien à leur proposer tout de suite. Et c'est vrai que les ados, ils sont un peu dans le euh... « okay je vais le faire maintenant », dans les impulsions, dans le tout de suite maintenant. Et si on pouvait leur dire : « bah ouais, okay, tu veux te sevrer, bah tu as un rendez-vous dans 15 jours à telle heure ». Si on pouvait tout de suite leur donner quelque chose, je pense que euh... qu'on serait plus efficace. Peut-être pas hein ? »

Les généralistes demandent une meilleure **transparence** de la part des addictologues. Ils réclament de la cohérence dans le discours, de **clarifier l'offre de soin**, d'**explicitier le projet de soin**, d'énoncer ce qui a déjà été réalisé, ce qui fonctionne, ce qui a échoué, ce qui est à poursuivre, de **justifier** leurs **décisions** quant à l'instauration d'un accompagnement et sa fréquence. Un médecin généraliste estime qu'il pourra ainsi adapter sa prise en charge en fonction des éléments connus.

P12 « Euh... Bah déjà le fait qu'on tienne pas tous le même discours, où que les choses soient faites en doublon ou tout simplement se dire que euh... »

P6 « donc on gagnerait vraiment à avoir quelque chose de peu plus clarifié quoi là-dessus. »

P2 « même d'être au courant des psychothérapies qui vont être proposées, je sais pas la musicothérapie, l'accès au psychologue ou le travailleur social qui va agir que le dossier, enfin. Ça permet vraiment d'avoir une idée de ce qui est fait. » « C'est vrai que ça permet d'avoir une prise en charge globale et d'y voir clair parce que si tout ça c'est déjà en place. Bon, on sait que

c'est pas forcément nécessaire de prendre du temps pour revenir dessus. C'est avoir une visibilité du plan entre guillemets de soin qui est, qui sera nécessaire. »

P11 « Quels sont les éléments sur lesquels ils décident du suivi du patient, à quelle fréquence ils doivent le voir euh... Qu'est-ce qu'ils intègrent en fait comme données pour pouvoir justifier du suivi de tel ou tel patient. »

P12 « Même au niveau thérapeutique, qu'est-ce qu'ils ont essayé ? Qu'est-ce qui a échoué ? Qu'est-ce qui est payant ? Sur quoi il faut continuer à faire travailler le patient quand on le voit. »

Au-delà de l'échange, les participants expriment un **besoin d'avis spécialisé** en addictologie pour des **questions précises** (pour évaluer une pathologie psychiatrique sous-jacente, l'indication d'hospitalisation ou le degré d'urgence), sur des **situations précises** (pour les patients vus uniquement en médecine générale sans co-suivi ou en cas de divergence de point de vue avec le patient dans le déni). D'ailleurs, cet avis ne requiert pas toujours une réponse médicale. La **transdisciplinarité** est intéressante. Les participants n'y voient pas d'obstacle et se rendent disponibles pour n'importe quel professionnel de santé.

P6 « Quand j'envoie moi un patient, mais c'est pas toujours facile du fait de l'addicto. C'est de savoir si, il y a une pathologie psychiatrique sous-jacente, c'est si on peut continuer avec notre suivi ambulatoire ou est-ce qu'il faut penser une hospitalisation, s'il y a une urgence imminente, des choses comme ça quoi quand on a un avis quoi. »

P10 « Mais ceux qu'on voit, en général, on les suivait que au cabinet. Et souvent quand on a du mal et que faut mettre d'autre traitement, comme tout ce qui est BACLOCUR® ou autre et que en général l'intro... primo-introduction, on aime bien que ce soit un addicto. »

P1 « si on a l'impression que le patient est en train de reprendre une consommation, de retomber dans l'addiction, qu'il a pas forcément de demande de soins, parce qu'il n'y a pas toujours de demande mais que nous on a l'impression qu'il en aurait besoin. Est-ce qu'on est tout seul à penser ça et euuuuuh... Est-ce que les autres aussi ont l'impression et est-ce qu'on peut faire quelque chose quoi. »

P9 « Ça n'a aucune importance. Je le euh... Le le le, le fait d'être médecins à médecins, j'en ai rien à faire. A part sur une question thérapeutique ou quelque chose comme ça mais oui bien-sûr peu importe, quelqu'un qui sait me répondre, ça me suffit hein. »

P6 « Et que l'interlocuteur dans ces cas-là soit plutôt une assistante sociale, voilà une infirmière enfin voilà, un travailleur social qui a l'habitude quoi et, on aura tout autant d'aide. » « Donc pour moi, l'interlocuteur ne doit pas forcément être un médecin. » « Si je fais le parallèle par rapport à la psychiatrie. Nous on est souvent avec les infirmières psychiatriques, et on voit bien que ça nous apporte beaucoup, c'est un œil différent et on voit bien que ça nous aide. »

P12 « quand quelqu'un appelle, pour moi si c'est un professionnel de santé, peu importe ce qu'il fait euh... s'il a pris le temps de m'appeler, c'est qu'il y a un problème. Donc je le prends toujours au téléphone euh... Et après au niveau des interlocuteurs qui appellent, euh... 90% des personnes qui appellent du domaine psychiatrie et addicto, c'est toujours les infirmiers. Les 10% restants, je dirai quasiment... les infirmiers aussi (Rires) »

Cet avis spécialisé arriverait en **appui** des médecins généralistes. Désireux de **confraternité**, ils demandent une plus forte entraide et solidarité. Ils souhaitent de la **supervision**, des **protocoles** bien établis ou une validation de leurs pratiques. Les généralistes constatent une **aide à la décision** lorsque les addictologues sont en position de **soutien**. Cette aide est particulièrement utile dans les situations d'incertitude ou pour vérifier les affirmations d'un patient.

P6 « L'aide dont on a besoin. C'est pas de l'aide euh, enfin c'est pas seulement une aide à la prescription quoi. On est plutôt sur l'aide à la prise en charge dans sa globalité. Donc je pense que l'aide d'un travailleur social qui a l'habitude dans les réseaux, je pense qu'il sera pour nous aussi précieux quoi. »

P1 « c'est bien de pouvoir parler à euh, pouvoir parler à un addictologue quand les situations sont, mettent en difficultés quoi... Ouais. »

P9 « Et on le fait hein, fin euh... Moi je fais des ébauches, hein de de de sevrage. Et puis, on est pas toujours très à l'aise avec les surveillances et cetera donc euh. Si on pouvait être un peu aidé, ça je pense que ce serait chouette. » « Des protocoles, des choses comme ça. »

P13 « Fin, moi j'ai ... j'ai besoin de quelqu'un qui me disent oui c'est bien. Et au moins, qu'ils aient vu quelqu'un qui leur donne une feuille de route. Et après que moi je gère derrière, c'est... »

P1 « Quand on voit que le patient vient pour la troisième fois avec trois jours d'avance, que euh ... qu'il nous dit ce qu'est parce qu'il a mal au dos ou je sais pas quoi et qu'on commence à se demander si c'est vraiment parce qu'il a mal au dos ou qu'il y a d'autres choses derrière, bref. »

P6 « si on part sur les addictions à l'héroïne. Ils savent très très bien comment, comment nous piéger quoi. Donc euh... Fin c'est-à-dire qu'ils viennent toujours tard le soir, forcément on peut pas regarder l'historique, et donc on est coincé quoi. (Silence) [...] Par contre après, derrière, il faudrait réussir à joindre, fin je sais pas, un numéro unique qu'on sache s'il a un suivi ou pas du tout de suivi dans la région et tout »

Les médecins généralistes accordent une importance capitale aux **fin** ou **ruptures d'accompagnement**. En effet, ils désirent **comprendre pourquoi une prise en charge s'arrête** : si c'est du ressort des soignants ou des patients. Ils insistent sur l'importance que les soignants fassent le lien à ce moment précis afin de **se remobiliser**, être plus attentifs aux conduites addictives de leurs patients. Ils peuvent ainsi soit **prendre le relai**, soit **proposer** un nouvel accompagnement addictologique.

P8 « Euh... Bah déjà, oui comment ça c'était passé, pourquoi ça c'est mal terminé. C'est vrai qu'ils m'ont... pour elle comme pour d'autres, ils m'ont jamais téléphoné. »

P9 « Oui, je pense que ça pourrait être pas mal. C'est euh... Quelqu'un qui ne se présenterait pas à ses, à ses consultations, le savoir peut être pour nous hyper importants. Ouais, tout à fait. (Silence) » « Bah de prendre le relais effectivement, de pouvoir être plus à l'affut de ... de poser, de reposer des questions, et de les resensibiliser à la, au problème. »

P9 « Je pense que on est vigilant mais on va peut-être poser plus des questions très précises sur l'addiction euh... si on sait que le suivi est interrompu. » « Re-simplement, retendre retendre une petite perche. Pour savoir s'il y a. »

3.2.2 Définir les rôles

Les attentes des médecins généralistes pour améliorer la coordination concernent aussi une définition plus claire des missions et limites de chacun.

Des participants attendent des **addictologues** qu'ils **dictent** une conduite à tenir et **fixent le cadre** de soin avec le patient. Un autre aimerait que l'addictologue effectue un **travail motivationnel** auprès **du médecin généraliste** pour le remobiliser sur des situations qu'il aurait délaissées. Le lien permettrait le réinvestissement du généraliste dans l'accompagnement de son patient.

P13 « Et au moins, qu'ils aient vu quelqu'un qui leur donne une feuille de route. Et après que moi je gère derrière, c'est... »

P13 « Mais le fait qu'il revoit de temps en temps un addicto pour qu'il recadre bien le cadre, enfin qu'il recadre bien le cadre, c'est pas très français. Qu'il recadre bien la situation et puis qui leur dit voilà maintenant on va pouvoir diminuer ou changer. Moi je suis pas au point sur tout ce qui est euh... Je connais pas tout euh... Je pense qu'il y a autre chose que la METHADONE® et le SUBUTEX® en addicto, il doit y avoir d'autres trucs. Mais euh... Que ça soit recadré de temps en temps, c'est pas plus mal aussi quoi. »

P14 « Et euh... Donc voilà, c'est aussi de se dire euh... On a, on a une limite euh... C'est aussi ça qu'on avait un peu appris quoi. »

P14 « Disons que parfois, je pense que des fois nous on a besoin aussi d'être un peu motivé avec nos patients. Et je pense que d'avoir l'addicto qui dit : « ouais là ça y est, on a réussi à accrocher un truc euh... » Euh... ça nous fait rentrer un peu plus dans... C'est vrai que des fois avec certains patients qu'on a vu échouer plusieurs fois, euh... ou à qui on a jamais réussi à faire adhérer à un suivi addicto, euh... naturellement, fin ... Je pense qu'on peut être un peu dubitatif sur le euh... la prise en charge. Et quand l'addicto nous appelle en disant ça y est, là il accroché le truc, voilà, ça va se passer comme ça » Ça nous fait rentrer dans la... dans le suivi ouais ... »

Les participants attribuent des rôles disparates aux médecins généralistes. Si certains souhaitent **seconder l'addictologue** en repérant, dépistant puis orientant, d'autres aimeraient que leur avis soit d'avantage pris en compte. Ils se considèrent comme **expert de leur patient**.

Ils voient leur patient très régulièrement et pour d'autres motifs que les conduites addictives, permettant un **travail motivationnel**. Un des participants insiste aussi sur la possibilité d'**alerter** les addictologues à l'occasion d'une rechute par exemple, afin qu'ils soient plus interventionnistes auprès du patient et reprennent éventuellement contact.

P11 « Donc si nous on pouvait un petit peu les seconder »

P3 « c'est à nous de dépister les gens et de les renvoyer à un petit peu plus d'aide. »

P4 « Après en fonction du profil du patient. Justement là je trouve que l'expertise du médecin généraliste est intéressante. Parce qu'on connaît bien nos patients et on sait que, est-ce que ça va être un énième sevrage où les gens vont pas aller finalement ou c'est quelqu'un euh... voilà euh.. c'est une problématique de découverte récente, où ça vaut le coup. Je pense que l'expertise du médecin généraliste, elle est intéressante à ce moment là parce qu'on connaît les gens, on connaît les familles, on les suit depuis des années. Et nous on peut un peu euh... jauger le degré d'urgence et euh... la motivation du patient. »

P2 « Des fois, ils peuvent revenir pour d'autres, pour d'autres choses tout à fait euh... voilà qui concernent d'autres domaines en médecine générale et effectivement si on a cet œil-là, ça peut être aussi l'occasion de réaborder le sujet ou de voilà, c'est... »

P14 « Là ce serait aussi peut-être intéressant que dans l'autre sens, nous on puisse alerter euh... pour que il y a ait une reprise de contact de votre côté vers certains patients. »

Des médecins généralistes apprécient **être alertés** et **communiquer** avec les **travailleurs sociaux**. Ils perçoivent un intérêt pour la situation sociale et les démarches en cours. Cependant, un des participants estime qu'il n'a pas de rôle social à jouer.

P4 « les médecins, ils sont plutôt contents, quand on les appelle, quand on les alerte sur quelque chose ou qu'on leur demande un éclairage ou quand on apporte en fait une situation euh... sociale, là c'était social. »

P13 « Ah bah des comptes-rendus, a vu quoi, qu'est-ce qui a été parlé, même si c'est un travailleur social. Quelle démarche est en cours, je vais pas dire de resocialisation parce qu'ils sont pas tous désocialisés. En fait, on est nul en social. Fin voilà. Comme pour le maintien à domicile des choses comme ça mais euh... savoir est-ce qu'il est bien pris en charge pour une recherche d'emploi, savoir ce, quelle démarche il fait fin... Je vais pas dire ce qu'il touche mais

eah... quelles ressources il a pour savoir un petit peu euh... Il nous manque le versant social, on a des bribes mais on a pas forcément tout euh... pour comprendre un petit peu leur détresse ou (Silence) (Soupir) des fois leurs comportements quoi. »

P1 « Et éventuellement, l'assistante sociale mais encore que ce n'est pas vraiment, pas totalement notre rôle euh... En médecine générale, c'est pas forcément. Enfin c'est la demande des personnes donc c'est rare qu'elles aient cette demande là en particulier. »

3.2.3 Organisation des soins

Améliorer la coordination sous-entend d'optimiser l'organisation des soins. Les généralistes expriment des attentes dans le domaine des urgences, visant à raccourcir les délais, à mutualiser les moyens pour augmenter en efficacité, à anticiper les relais de suivi...

La première demande des participants concernant l'organisation des soins est de **raccourcir les délais** dans le but de limiter les perdus de vue ou la perte de motivation. Le délai acceptable proposé par un des participants est fixé à une semaine.

P4 « pour certains patients, ça pourrait quand même permettre de pas les perdre des fois aussi. »

P13 « Mais ouais, non, c'est savoir si, c'est d'avoir des réponses, des délais (silence) acceptables entre guillemets. [...] (Soupir) Si on a quelque chose dans la... dans la semaine, c'est pas mal. »

Diminuer les délais semble indispensable, notamment pour les situations qualifiées d'urgentes par les participants. Les **critères d'urgence** évoqués sont la mise à l'abri des conduites dangereuses, les demandes de sevrage alcoolique, les instaurations de traitements substitutifs aux opiacés pour des nouveaux patients ou la distinction entre la pathologie psychiatrique et la pathologie addictologique. Pour répondre à ces situations, des généralistes proposent de créer des **créneaux d'urgence** en addictologie et de **faciliter l'accès aux hospitalisations**.

P4 « Des gens aussi qui sont en danger si des conduites addictives sur euh... des drogues, où euh... vraiment il faut les mettre à l'abri, avoir une réponse un peu rapide, en tout cas les mettre dans un circuit d'addicto et pas les faire attendre pendant des semaines et des semaines. »

P4 « Bah... Alors euh. Pour ce qui est du sevrage alcool, je trouve qu'à partir du moment où le patient fait une demande »

P6 « Bah les urgences qui posent problèmes, ça va être les urgences de demande de sevrage, les demandes de prise en charge, euh... Après si on élargit, il va y avoir des demandes aussi de tout ce qui est toxique, pour des demandes un peu plus ou moins justifiées sur des médicaments au dernier moment. »

P6 « Souvent aussi, je dirai aussi un truc important, c'est euh... la prise en charge et la prise en charge psychiatrique autre et l'association des deux et les difficultés de faire la part des choses entre. »

P4 « ça serait vraiment plus simple qu'on ait des interlocuteurs qu'on puisse joindre en direct facilement et pouvoir avoir des consultations rapides pour certains types de patients quoi. »

P3 « Avant, on avait des accès aux cures immédiats, ce qui était bien pratique. Ce qui nous permettait de botter en touche. »

P11 « souvent on est en situation d'urgence donc c'est compliqué. Mais en en discutant un petit peu avec les médecins, souvent ils acceptent. Sous un délai de moins d'une semaine. Pour l'hospit. »

Le temps est précieux pour l'ensemble des protagonistes, ainsi l'amélioration de la coordination permettrait d'épargner du temps et de mieux s'organiser. Un des médecins généralistes se **décharge** ainsi d'une prise en charge s'il a connaissance d'un suivi extérieur. Il leur apparaît important de s'accorder sur le **prescripteur** et d'avoir une **réflexion commune** pour mutualiser les moyens.

P15 « Voilà : j'ai pris en charge votre patient pour tel et tel souci et puis je m'en occupe en fait en gros. »

P2 « C'est qui fait quoi pour pas faire de doublon euh... est-ce qu'il faut qu'on lance des démarches alors qu'en fait ça a peut-être déjà été lancé. Enfin voilà, je pense c'est plus pour être plus efficient. »

P8 « Réfléchir à quelque chose de constructif ensemble quoi. (Silence) Et puis si euh... Si on trouve rien, bah on trouve rien. »

P9 « il avait fallu qu'on se mette d'accord que c'était clair que c'était elle qui prescrivait. »

Le **relai de prise en charge** de l'addictologue vers le médecin généraliste est un moment crucial pour les participants. Cette transition évidente pour les opiacés pourrait être transposée à l'ensemble des situations. Un des participants aimerait plus de douceur et plus de communication.

P2 « Donc euh tout ce qui peut être en relais, alors généralement là de toute façon, là il y a des liens un peu plus formels. En relais de prise en charge pour tout ce qui va être dépendance aux opiacés, avec un relais vers la médecine générale, forcément là il y a un lien un peu plus particulier. »

P12 « C'est juste qu'après quand la balle nous est renvoyée. C'est bien qu'elle soit faite proprement. »

3.3 Propositions des médecins généralistes pour améliorer la coordination

Clairement exprimées par les médecins généralistes, leurs attentes se concrétisent dans des propositions pratiques : rencontres, communication, travailler ensemble ou en réseau.

3.3.1 Rencontre

Les temps de **rencontre** sont primordiaux pour les participants interrogés. Ils imaginent plusieurs formats comme des **soirées de rencontre** entre médecins généralistes et addictologues, des **réunions** autour de cas cliniques de type réunions de concertation pluridisciplinaires, des **formations médicales continues** ou un **blason des métiers**. Ces différents concepts peuvent d'ailleurs s'entrecroiser.

Les **soirées de rencontre** permettraient de **mieux se connaître** et ainsi faciliter les échanges. Le but recherché est de **créer l'alliance** entre médecins généralistes et addictologues et de **fluidifier** les relations. Cette rencontre se concrétiserait en un rendez-vous annuel, physique, un soir au plus près des médecins généralistes. Elle pourrait avoir lieu dans une structure hospitalière par exemple. Au cours de cette rencontre, certains espèrent y **exprimer leurs ressentis** en partant de **situations cliniques** ou **d'échanger leurs pratiques** en groupe pour s'enrichir des pratiques des autres participants. L'un d'entre eux aimerait également recueillir les impressions des addictologues.

P2 « Bon, ça crée un lien et puis on sait bien qu'une fois qu'on se voit, qu'on discute, on s'appelle plus facilement et même si c'est pas formalisé. Ça peut être euh... »

P4 « dès qu'on se connaît, on s'appelle plus facilement, on travaille plus facilement ensemble quoi... Ça c'est sûr. »

P13 « (Silence) Oh si ils pouvaient nous rencontrer plus souvent, ce serait quand même... Enfin je veux dire, plus souvent... Se présenter, parce que des fois c'est pas facile. »

P2 « Mais euh... ne serait-ce que d'avoir des rendez-vous annuels de rencontre. »

P5 « Est-ce que c'est tous les ans, 2 ans ? »

P11 « Bah ça pourrait être au sein de... Je sais pas moi de l'hôpital de Guérande et faire sur le ressenti des médecins et puis voir un petit peu aussi le ressenti des addictologues. Parce que j'imagine aussi que pour eux, c'est pas évident. Donc ce serait bien, justement. [...] Ou Saint-Nazaire. Bien-sûr. C'est vrai que ça commence à faire un petit peu de route après, faut se rendre disponible et cetera. [...] Bah, ça peut être sur un midi. Ou euh... Plutôt en soirée dans ces cas-là euh... Après les consultations. Ça oblige tout le monde à prolonger un peu la journée mais pourquoi pas. [...] Oui c'est ça en fait, ce qui se fait en général dans les formations continues en fait hein. On a souvent un petit topo. Puis après on échange sur les pratiques de chacun, ça enrichit un petit peu le euh... Le dialogue. (Silence) »

D'autres imaginent des **réunions pluriprofessionnelles** avec **supervision** au sujet de situations bien précises. Elles permettent de croiser les regards ou se former. Cependant, des inconvénients sont rapportés : chronophage, intérêt limité ou peu rentable pour seulement quelques patients, difficiles à mettre en place. Pour y pallier et épargner du temps de transport, un participant propose que cette réunion ait lieu en visioconférence.

P9 « Il faudrait des réunions pluriprofessionnelles mais ça existe dans toutes les spécialités mais je sais pas si en tant que professionnels, nous et eux, on a vraiment le temps de le faire. Mais ça serait une excellente idée. »

P14 « on faisait des réunions une fois par mois ici au cabinet avec lui. Euh... Où justement, on ... c'était un peu de des groupes Balint un peu. Où on mettait à plat un peu nos dossiers d'addicto et euh... Et c'est vrai que ça nous permettait peut-être de euh... de nous assouplir un

petit peu par rapport à ces patients, de euh... de maintenir le lien des fois dans des situations un peu, un peu limite euh... »

P9 « j'étais allée à Mars pour un échange entre le médecin qui à l'époque s'occupait du patient, l'infirmier, la psycho et moi et je ... Fin, c'est top ! C'était parfait. Mais c'est vrai que concrètement, il faudrait pas que je fasse ça trop souvent, j'ai pas le temps. Et les collègues peut-être non plus. Mais ça c'est parfait en fait, ça je trouve que ça permet vraiment de euh... Pour le patient c'est bien et je pense que pour les professionnels, c'est bien aussi d'avoir le regard des autres et cetera. (Silence) »

P10 « Alors si tu as une patientèle où tu as beaucoup d'addicto, le médecin traitant, il aura pas le temps de faire 36 000 réunions. [...] Mais pratico-pratique au long cours, dans les 2 sens, je pense que ce serait trop chronophage. Et finalement, ça se perdrait parce que soit à un moment, il y en a qui viendrait pas ou il y aurait plus de relance de réunions. Je trouve que ce serait difficile à envisager. Après c'est peut-être faisable mais j'imagine difficile. »

P12 « Oui, fin pour en avoir déjà fait par le passé par rapport à deux patients complexes sur Vénus, bah ça prend vachement de temps et puis après... Fin non, c'est un mauvais choix. Pour un patient, passer 3 ou 4 heures, fin personne n'a le temps pour ça, hein. » « Une réunion quand c'est trop long, ou qu'il y a des patients, ça nous concerne pas donc ça nous intéresse pas d'y aller parce que bah entre guillemets, c'est une perte de temps. »

P10 « Bah en visio, je me dis que ce serait plus faisable déjà pour le coup. »

Ces soirées de rencontre ou réunions se discernent difficilement de soirées de **formations** de type formation médicale continue. A partir de cas cliniques, les participants souhaiteraient acquérir des compétences sur le repérage et le diagnostic avec des **échelles d'évaluation**, les substances psychoactives et les **traitements médicamenteux**, les **outils motivationnels** et **techniques de communication**.

P5 « peut-être avoir d'emblée des précisions sur des thérapeutiques. Je pense au syndrome de ... Moi j'ai personnellement beaucoup de mal avec la prise en charge des traitements, les demandes de sevrage en cannabis par exemple, qui sont pas faciles à traiter à défaut de vrais substituts, médicamenteux j'entends. Euh... Ou des principes voilà sur le relationnel, ou des clés que les addictologues peuvent avoir sur des éléments de prise en charge. » « Oui voilà, une sorte de FMC autour d'un cas complexe quoi. » « Ou peut-être sur les... Alors après c'est pareil,

j'imagine que tous les addictologues sont pas formés mais des petits, des petites techniques de communication en consultation. »

P11 « Oui et les outils, les outils éventuellement. On a des échelles de dépression, on a des tests de Fagerström pour euh voilà. Mais pour les autres pathologies, est-ce qu'il y a d'autres choses quoi ? D'autres outils euh... [...] Ouais, de dépistage. Ouais. »

P3 « Bah peut-être une petite formation quand même, qui nous permettrait de ... Je veux dire, on apprend tous l'alcool dans nos études, on connaît les drogues dures quand on finit en médecine. Mais les drogues, semi-douces ou douces qui... ces trucs, on a beaucoup de mal. On a beaucoup de mal quoi et... » « La reconnaissance éventuelle. Avoir des mots clés, on a tous des mots clés euh... vous savez pour les maladies sexuellement transmissibles. On arrive à piéger les gens un petit peu comme ça, pour savoir des trucs pour, pas piéger, mais pour faire des diagnostics. »

Un des participants cite également le **blason des métiers**. Il s'agit de **mettre en situation** d'autres professionnels pour obtenir **plus de compréhension** et **travailler sur les représentations** à propos des autres professions.

P12 « Il y a des jeux comme ça qu'on essayait de mettre en place de temps en temps. C'est un blason des métiers. C'est-à-dire qu'on se rejoignait entre différents professionnels de santé. Ça peut être travailleurs sociaux, psychologie. Et euh... En fait, essayer d'expliquer, qu'est-ce qu'on pense que l'autre fait et à quoi ressemblent ses journées. Donc voilà. On explique à l'autre personne du coup ce qu'on fait vraiment, à quoi ressemble la journée et cetera. Et en quoi ça consiste de manière assez approfondie. Et après on nous demande de retranscrire, une deuxième fois, qu'est-ce qu'il a vraiment compris. C'est assez intéressant parce qu'en fait souvent, on connaît pas si bien que ça en fait les métiers qu'on pense connaître. Des métiers de tous les jours. Et même des métiers avec qui on travaille tous les jours, c'est assez intéressant à faire. »

3.3.2 Moyens de communication

Au-delà de la rencontre, plusieurs outils de communication sont cités par les participants : le courrier, la messagerie sécurisée, le téléphone et le chat.

3.3.2.1 Courrier

Les médecins généralistes sont attachés au format **courrier** pour communiquer entre professionnels. Ils n'espèrent pas un contenu exhaustif mais plutôt un **contenu court, concis et synthétique**.

P4 « c'est vrai que nous, on aime bien avoir des courriers. (Rires) »

P2 « C'est pas forcément un courrier détaillé pour avoir l'historique du vécu du patient mais ne serait-ce qu'avoir un plan de soin. »

P10 « Mais pas un truc qui fasse 2 pages, sur une page je pense que ça a moyen de tenir. »

P11 « Après, encore une fois, on est pas obligé de tout dire je pense »

Les participants ne sont pas tous d'accord pour que les **comptes-rendus de consultation** comportent l'ensemble des éléments ci-dessous mais ils attendent par exemple :

- Le **motif** de consultation, la pathologie,
- L'**évaluation** du patient et notamment des échelles d'évaluation,
- L'**historique** des toxiques et les **consommations** actuelles,
- La présentation du patient et sa motivation,
- Le **projet de soin**,
- L'**évolution** attendue,
- Le **traitement**, la posologie et les contre-indications,
- Les psycho-traumatismes,
- La **personne référente** et l'interlocuteur.

P2 « Mais je dirais à la base c'est déjà de savoir s'il y a un suivi ou pas. Qu'est-ce qui est mis en place. Quand je parle de plan de soin, ça peut être un document structuré pour dire : voilà, ça c'est fait et puis après. »

P4 « Est-ce que le patient est abstinent ou pas du tout... Euh... »

P10 « Déjà le motif, s'ils l'ont vu pour euh... Est-ce qu'il le voyait pour un suivi psycho ou ils l'ont envoyé au médecin ou est-ce que euh... s'il y a eu des tests de fait, des questionnaires, juste donner les chiffres et cetera et une petite conclusion ou au moins une réponse à la question qu'on a faite en envoyant un courrier quoi. »

P11 « Bah euh... Le traitement bien-sûr hein, quand il y en a un. Les modifications de posologie quand il y en a. Euh... puisqu'il y a souvent des traitements psychotropes associés quand même. Euh... »

P1 « La présentation du patient, de la pathologie et du traitement et avec peut-être euh... tous les trucs contre-indiqués. » « Et bah l'évolution attendue par exemple, est-ce qu'on attend un sevrage ou pas, est-ce qu'il faut envisager une cure à tel moment ou pas, peut-être. » « Ouais l'évolution attendue, bah euh, par exemple, l'évolution attendue si c'est un patient alcoolique qui vient de sortir de cure et qu'on reste dans un objectif de limitation de consommation ou si on a un objectif de zéro ou si le patient a des projets particuliers euh. »

P9 « Un état des lieux de ce que, de comment, de ce qui est proposé au patient, de de de euh... du traitement en cours parfois je ne sais pas ce qu'ils ont comme traitement même. Euh... de euh... oui de l'avancée de la prise en charge et de ce qui est projeté et de ce qui va être fait ou pas fait. »

P14 « Et alors après je pensais à tout ce qui est psycho-traumatisme euh... »

La **fréquence** espérée des courriers est **variable** selon les participants : certains souhaitent un courrier après chaque consultation, d'autres une fois par an, une fois par trimestre, une fois par mois, deux fois par an... Au-delà de la fréquence chiffrée, des participants proposent d'adapter à la fréquence des courriers au patient ou de les envoyer à des **moments clés** : l'**initiation** d'un suivi, les **transitions** ou les **fins de suivi**.

P3 « Ouais, je pense que ça devrait être systématique quasiment. Après chaque consultation. »

P10 « Je dirais au moins, fin s'il est vraiment suivi vraiment régulièrement, je dirais peut-être une fois par mois » « Ou alors quand vraiment il y a un changement notable. »

P6 « une fois par trimestre pour quelqu'un qui a un suivi régulier en addicto, ça me semble bien. Et puis euh... à chaque fois on a envoyé ponctuellement au départ, un courrier disant un peu la... ce qu'on va faire derrière quoi. »

P4 « Alors je demande pas à chaque consult mais peut-être trimestriellement »

P5 « Je pense que la fréquence c'est vraiment patient-dépendant. [...] Plutôt sur des changements en fait, un peu de la situation voilà d'être informé. Mais pour autant si le patient

est équilibré, s'il change pas sa prise en charge, j'ai pas besoin d'avoir euh... un retour forcément en systématique. »

P2 « Je dirai peut-être 2 fois par an, à savoir est-ce que c'est toujours en cours ou pas, est-ce que euh... est-ce que finalement le patient a lâché le suivi ou pas. C'est souvent ça la problématique qu'on va avoir. »

Les participants trouvent dans les courriers de **nombreux intérêts**. Il permet au médecin généraliste de savoir si un **accompagnement est mis en place ou non** et de **se former**. Pour l'addictologue, il lui est possible de **justifier ses stratégies thérapeutiques**. Le patient quant à lui n'est pas obligé de se répéter sur des récits difficiles à partager.

P15 « ça pourrait être un petit courrier de début de suivi en fait. Que nous on sache en fait que le patient est... Parce que quand on le conseille oralement et qu'on donne des coordonnées téléphoniques. Bah qu'on sache bah votre patient a été vu en consultation... »

P1 « Quand on est médecin généraliste, je trouve qu'on s'améliore avec les comptes-rendus du coup. [...] Mais typiquement, les substitutions opiacés s'ils vont en ambulatoire mais qu'on peut avoir aussi les explications pour le rappel de la différence METHADONE® / BUPRENORPHINE® / SUBUTEX® et cetara ça aiderait vachement je pense à ... bah à être plus... à se sentir plus à l'aise et à comprendre les prescriptions. »

P10 « Quand tu es suivi à un endroit et que c'est une prise en charge pas facile, que tu dois expliquer une première fois, et que tu dois revenir à un autre endroit et réexpliquer la même chose, bah ça... Je pense que ça les dissuade un petit peu à consulter. »

Même si les intérêts sont indéniables, les participants évoquent aussi des **limites** au courrier. Les courriers actuels ne **répondent pas** toujours à la **question** posée ou la réponse arrive **trop tardivement**. Ils imaginent que la mise en place de ces courriers sera difficile pour les addictologues. Ils ont également conscience que l'absence de courrier permet au patient de s'autonomiser dans sa prise en charge.

P12 « Les courriers, en fait en général, on a parfois la réponse mais c'est même pas certain et on l'a très longtemps après et c'est très... C'est archaïque comme moyen de communication. »

P15 « Et après pas forcément besoin d'avoir un retour papier à chaque fois. Je sais que c'est matériellement pas possible, enfin c'est compliqué. »

P9 « C'est que le patient il devient acteur de son, de son suivi, de son, de sa, la gestion de son addiction et c'est lui aussi qui peut nous, nous re..., nous relater ce qu'il fait, ce qu'il entre... enfin ce qu'il a mis en place. »

3.3.2.2 Messagerie sécurisée

Le format du courrier importe peu pour certains mais l'essentiel est qu'il soit **sécurisé**.

P6 « Oh bah moi clairement c'est le courrier, enfin on parle du courrier électronique hein, je ne parle pas du courrier papier, je ne comprends pas qu'on continue pour certains à envoyer encore du courrier papier. Le courrier étant dit sécurisé, par la messagerie sécurisée, nous on ne garde aucun papier, on fait tout comme ça. »

P11 « Messagerie sécurisée hein ! »

P14 « Hum. Et aussi des adresses de messagerie sécurisée aussi, parce que ça c'est vrai que nous on l'utilise de plus en plus et euh... Voilà, c'est pratique quoi. »

3.3.2.3 Téléphone

Un autre moyen de communication est vanté par les participants : le **téléphone**. Préféré aux réunions, il présente l'intérêt d'un **échange direct, interactif et immédiat**. Il répond à un besoin d'**instantanéité**. Les échanges pourraient se faire au cas par cas **en fonction des besoins** en ayant au préalable fixé un **rendez-vous téléphonique**.

P8 « Ne serait-ce qu'un coup de fil, je pense que c'est ce qu'il y a de plus euh... (Silence) fluide. Plutôt que d'organiser encore des réunions, des RCP ou je ne sais quoi, bon ça ça nous euh... On voit bien, hein, qu'il y a une lourdeur derrière euh... »

P7 « Moi je trouve que le téléphone permet de réagir tout de suite et d'avoir une réponse et de poser une question, que d'écrire des mails voilà... » « Tu décroches le téléphone, tu échanges l'information et puis voilà. »

P8 « Mais je trouve quand même que se parler, c'est euh... je trouve ça mieux, hein vraiment. [...] Bah parce que ça permet de rebondir sur ce que l'autre a dit, d'élaborer plus rapidement hein que par échange de mails. »

P8 « C'est pour ça que je parlais d'une prise en charge au cas par cas. Quand on a besoin, on décroche le téléphone. »

P4 « Alors euh, dans la limite évidemment, fin je ne peux pas toujours répondre mais en tout cas, je euh... fixer des rendez-vous téléphoniques. »

Le téléphone a aussi ses **limites** et peut être **saturé**.

P6 « Ouais parce qu'en fait le téléphone euh... C'est difficile le téléphone. Parce que c'est souvent saturé dans un sens et dans l'autre. »

3.3.2.4 Chat

Un des participants propose un moyen de communication moderne et inattendu : le **chat sécurisé**. Il s'agit d'un **système d'échanges interactifs et instantanés** entre professionnels, l'équivalent d'un réseau social. Il avance les avantages suivants : **transmission rapide** des informations et **garantie de l'exécution de la tâche**.

P6 « Mais déjà si on peut avoir des courriers, à chaque fois, même très courts dans la messagerie sécurisée à chaque fois, du coup c'est très rapide. On reçoit euh... [...] Oui, sur des trucs sécurisés. Oui parce que ça se fait, nous on peut le faire en multisite avec notre logiciel et oui c'est quasiment des chats sauf que c'est entre professionnels. Et du coup, ça peut être des messageries très rapides quoi... Mais l'un n'empêche pas l'autre. C'est-à-dire qu'on peut tout à fait faire des courriers et imaginer un système plus rapide avec des messageries très rapides et plus court enfin plus rapide avec des réponses plus rapides. J'ai fait l'ordonnance pour 1 mois de ton patient, tu pourras prendre la suite ensuite pour sa prise en charge. Okay bien reçu, je le vois dans 1 mois. Ça, ça pourrait être rapide comme ça et je pense qu'on a les outils informatiques pour le faire. »

P6 « Donc quand on est en cours de consultation, qu'on a envie de transmettre quelque chose, on appelle une fois, 2 fois et après tant pis, on peut jamais les avoir et tout. Alors que si on avait un système, tuctuctuc, hop, je t'envoie un petit message. Comme un chat en fait. Alors à voir après comment ça peut être sécurisé et tout mais. »

3.3.3 Travailler ensemble

La coordination sous-entend de travailler ensemble dans une étroite collaboration.

Certains participants ont évoqué un dispositif en place dans leurs maisons de santé : les **consultations avancées d'addictologie**. Ils y trouvent de **nombreux avantages**. La coordination entre médecins généralistes, infirmiers addictologues et médecins addictologues leur semble bien meilleure. Les **relations** sont **facilitées** par des **échanges écrits** réguliers et **systématiques** et des **discussions informelles** dans les couloirs. Informés des projets de soin, ils considèrent que la transparence est meilleure. Ils y reconnaissent aussi la notion d'**aller vers** en facilitant l'accès aux soins et déstigmatisant la prise en charge addictologique. Des **réunions de coordination** sont indissociables de ce dispositif et permettent aux professionnels de mieux se connaître personnellement. Ce dispositif n'est pas réalisable dans tous les cabinets médicaux mais des maisons de santé se proposent comme **relai** pour d'**autres médecins généralistes**.

P2 « Bah nous on a des relations facilitées sur la maison de santé dans le sens où on a des consultations avancées. C'est-à-dire que tous les 15 jours, on a un addictologue du CSAPA qui vient. [...] Euh... Donc euh, donc voilà on a des relations régulières, on peut adresser les patients avec un courrier. On a un retour aussi qui est fait. Tous les 3 mois, on a une réunion de coordination qui est faite pour discuter des patients ou échanger sur des, sur des problématiques de prise en charge donc voilà. Donc nous on a des relations régulières là-dessus, de par ce biais-là. »

P2 « Alors nous on fait des courriers d'adressage effectivement et après soit on a un retour, alors là comme physiquement c'est dans le même lieu, soit on a un retour informel à l'oral. Du coup c'est pratique, ça facilite quand même pas mal les choses. Ou soit on peut avoir un retour écrit, au moins pour nous tenir au courant du le projet de soin éventuellement. »

P6 « Le lien, il est facilité par la maison de santé parce que c'est un addictologue qu'on connaît et qui vient régulièrement au sein de la maison de santé avec lequel on a l'habitude de travailler. »

P5 « Quand il est là, il vient le matin, et donc s'il a des choses à nous dire, soit il les dit directement entre 2 patients, soit il vient après sa matinée sur notre pause déjeuner, là aussi il nous fait un retour un peu informel sur nos patients quoi. »

P8 « D'avoir quelqu'un qui vient dans un cabinet, enfin dans son, dans le cabinet médical où il a l'habitude de venir. Enfin nous, dans notre cas précis d'organisation, je trouve que c'est

vraiment vraiment une plus-value pour le patient. Sachant que pour beaucoup de gens, aller au centre d'addictologie par exemple, ou en consultation d'addicto à l'hôpital, pour eux, c'est compliqué de franchir le pas. Je pense. Souvent. Là, on vient à eux et ça c'est beaucoup plus facile pour eux. »

P2 « On aborde déjà les cas qu'on souhaite aborder qu'on a en tête et après on a la liste de tous les patients qui ont été adressé sur 3 mois et on reprend. [...] Et soit ça peut être très rapide parce que c'est géré et c'est en cours. Ou soit justement on fait des points plus précis. On peut s'arrêter un quart d'heure pour un patient parce que ça soulève, soit pour le médecin qui a adressé, des réponses ou même pour le groupe, des fois c'est euh comment prendre en charge tel trouble ou comment réagir à une situation euh... je dirai c'est même une formation aussi pour les autres, pour les autres médecins autour. »

*P2 « on peut pas mettre de consultations avancées dans tous les cabinets. Il faut être lucide. »
« ça pourra pas se développer partout mais par contre ça peut s'imaginer d'avoir des lieux de proximité. Euh... Si ça se fait avec les autres cabinets, ça me dérange pas si d'autres patients des autres cabinets viennent sur ces consultations avancées dans notre maison de santé. »*

Si les consultations avancées d'addictologie sont implantées dans de rares structures, les **infirmiers ASALEE** sont plus étoffés. Ils accompagnent des patients fumeurs. Un des participants évoque l'intérêt de ce dispositif avec des avantages similaires aux consultations avancées : **dossiers partagés, comptes-rendus, échanges informels...** Le participant détaille le contenu des consultations et aimerait que des consultations avancées d'addictologie se développent dans sa maison de santé sans préjuger de la profession (médecin, psychologue ou travailleur social).

P13 « en tabaco, moi je bosse avec une infirmière ASALEE ici qui fait le sevrage tabagique et on est déjà... Fin... Elle a accès... Elle se sert de nos dossiers enfin... » « En dossier partagé. Là on est en coordination. (Rires) [...] Oui, bah oui, on mange avec elle le midi. Sauf aujourd'hui, elle est pas là, elle est en formation. Mais ouais, non non, c'est bien parce que elle les teste, elle fait tester au CO, elle peut prescrire les patchs. Elle fait... Elle oriente si besoin. Euh... Elle fait tous les tests avant, bon il y a le Fagerström mais il y en a pas mal, elle a une batterie que nous on n'a pas. On connaît pas tout ce qu'elle fait. Et puis elle est, elle fait testeur et puis elle prescrit les patchs (Silence) oui c'est ça... et puis les vapo, euh... les vapo. Je sais pas comment

on dit maintenant. La e cigarette, elle oriente si besoin, si elle retrouve que c'est nécessaire. [...] Et par contre, tout ce qu'elle prescrit elle nous dit et puis on en reparle. » « Elle rajoute du psy pas mal en même temps (Rires) de l'accompagnement et de la motivation. »

P13 « Non si on avait une addicto ici, ce serait pas mal. » « En consultation ouais. » « Psy, ce serait l'idéal. Euh... Après on aurait un travailleur qui recevrait un petit peu, qui ferait un petit peu le social que nous on fait pas ou on ... Euh... »

L'idée de travailler ensemble s'envisage même au sein des consultations. Un participant propose des **consultations tripartites** avec le patient, le médecin généraliste et un autre intervenant comme un travailleur social.

P4 « C'est des consultations tripartites avec des travailleurs sociaux qui viennent avec des patients qui sont en situation de précarité sociale. Et donc qui venaient à mon cabinet. Moi j'avais accepté qu'il y a ait le travailleur social donc c'était soit une assistante sociale soit un éducateur, le patient et moi. Et en fait, on avançait vraiment bien. Donc pourquoi pas, en addicto, faire ce genre de chose là, de temps en temps, 1 ou 2 fois par an, si le patient est okay. »

P13 « Fin parce que eux, je sais qu'ils bossent pas mal en ... fin ils voient pas forcément le patient tout seul. Fin moi ce que je regrette c'est de le voir tout seul. »

3.3.4 Réseau

Enfin, certaines propositions peuvent s'articuler dans un **réseau addictologique**. Afin de simplifier les démarches, un participant demande l'instauration d'un **guichet unique**, d'une interface pour toutes les structures addictologiques du bassin Nazairien. Comme une **ligne de recours**, il permettrait une orientation adaptée à la demande. Le téléphone ou les courriers électroniques seraient utilisés pour obtenir des **avis addictologiques** et une conduite à tenir.

P6 « Il faut un numéro fin un guichet unique pour lequel on va pouvoir appeler avec des gens derrière qui peuvent décrocher et puis derrière des médecins qui peuvent aider à la décision et de savoir si tel patient on le voit plutôt en consultation avec un professionnel ou directement avec un médecin ou en hospitalisation. Mais ça, c'est dans un monde utopique, où il y aurait beaucoup de créneaux, où il y aurait beaucoup d'addictologues et c'est ça qui pourrait fonctionner, c'est d'avoir un espère de guichet unique ou un numéro où on peut appeler, où au

moins quelqu'un qu'on pourrait avoir au téléphone euh... directement quoi, qui pourrait nous aider dans tel ou tel cas. »

P13 « Mais on aurait un service d'écoute, de euh... par un psy euh... tout le temps, ce serait, ce serait pas mal. Ils ont déjà les urgences. Fin ils ont déjà pas mal de boulot, je pense. (Rires) Mais c'est vrai que... d'avoir un portable dédié je pense que ce serait... (Silence) Pour les hospitaliers. »

P9 « je sais pas, par exemple qu'il y ait un temps dans le planning, une fois de temps en temps, ils sont disponibles pour nous répondre, ça peut être une euh... ça peut être une chouette chose. Le principe à l'hôpital du téléphone d'astreinte, bah peut-être que ce soit pas toute la semaine et cetera mais des plages horaires où on sait qu'on va pas peut-être trop déranger et qu'on peut nous répondre. »

P1 « mais la ligne d'avis d'addicto, ce serait vraiment super important. Hum. Même par mail comme pour les dermatos quoi, la mailing liste avec les demandes, les réseaux de soin ou tu dis bah voilà moi j'ai cette situation je sais pas quoi faire, même si c'est à l'écrit quoi. »

Une autre proposition est de créer un **répertoire** sous forme de **plaquette territoriale** avec toutes les ressources en addictologie existantes dans le bassin Nazairien. Cette plaquette comprendrait les **personnes** (avec des **photographies**), leurs numéros de téléphone, leurs **missions** et leurs **territoires** correspondants. Le **versant social** devrait y être intégré.

P4 « ça me faisait tilt de refaire un inventaire de tout ce qui existe en fonction de l'âge du patient, en fonction de son profil de consommation et vers qui on peut adresser et d'avoir un petit mémo en fait. Bah tiens lui c'est un ado, euh, bah voilà, hop la consult jeune consommateur, hop on a le numéro. D'avoir une fiche comme ça mémo, peut-être que ça ça m'aiderait. »

P14 « Ce qui pourrait être intéressant, si c'est peut-être d'avoir une plaquette euh, je dirai territoriale. Avec les personnes à contacter, ça c'est toujours bien. Là moi je pense que je prends les pages jaunes pour contacter Vénus... Vénus mais est-ce qu'il n'y a pas euh... Je sais pas un... On pourrait faire une petite, il faudrait faire une petite plaquette qui dise euh... En cas de difficulté, euh... si vous êtes à Mars, contactez telle personne. Je sais jamais trop en fait si ils doivent aller en consultation avancée ici à Mars, ou suivi euh... là-bas. Fin je sais pas trop non plus est-ce que le suivi est le même entre euh... les deux endroits et cetera. Voilà. »

P15 « on avait les photos de de de et puis les noms et ça ça... C'est toujours, c'est toujours... ça on aime bien ça, fin moi j'aime bien ça en tout cas (Rires) mettre un visage sur les gens qu'on appelle. »

P4 « on avait listé, tous les interlocuteurs sociaux, on avait fait un petit annuaire qui pouvaient intéresser les médecins généralistes, et donc notamment il y avait toute une partie sur addictions. »

Certains participants aimeraient **prendre les rendez-vous** en addictologie **pour leurs patients**. Même s'ils connaissent les motifs de refus des addictologues, ils souhaiteraient essayer dans quelques situations. Ils pensent que cela pourrait faciliter la démarche du patient.

P15 « Alors c'est vrai que ça fait partie de la démarche aussi de vouloir prendre le rendez-vous en addicto, on est d'accord. Mais euh... Mais euh... Peut-être que parfois, pour certains profils de patients, si on les aidait à faire cette démarche, ça pourrait améliorer les choses. (Silence) Je pense. » « mais je sais... j'avais, je sais plus quand, mais j'avais déjà discuté à ce sujet-là. Et du coup, on me disait bah ouais mais quand c'est vous qui prenez les rendez-vous, les patients ils viennent pas en fait. Et oui, ce que je peux, ce que je peux entendre aussi. Donc je sais pas quelle peut-être la solution pour euh... Mais je pense que pour certains, pour qu'ils amorcent le suivi, si on pouvait leur donner leur rendez-vous peut-être que ça pourrait... je pense que ça pourrait être... Alors je sais pas, peut-être, à tester quoi... »

Un des participants affirme qu'un **co-suivi** des patients **au long cours** est nécessaire. Une réévaluation annuelle par les addictologues est souhaitée en complément du suivi du médecin généraliste.

P12 « Et puis après, soit ça... Euh il n'y a plus de réévaluation annuelle, fin un truc au moins se dire. Une fois par an euh... Le patient qui est coronarien, une fois par an ou tous les deux ans maximum, il va être revu par son cardiologue. Fin c'est un suivi. Voilà, il y a l'idée de se dire, c'est une maladie chronique, je l'aurai toujours et donc je suis suivi parce que je peux récidiver. C'est exactement pareil en addictologie sauf qu'ils le font pas. »

P11 « Mais d'avoir un suivi conjoint, c'est plutôt une bonne chose, je trouve. (Silence) »

4 DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

4.1.1 Des accompagnements cloisonnés

Nous avons donc mis en évidence que les accompagnements réalisés par les médecins généralistes et les addictologues du bassin Nazairien étaient très clivés. La communication entre les deux disciplines au sujet de leurs patients communs est absente. Les participants notent l'absence de lien, d'échange ou d'appel téléphonique et décrivent l'addictologie comme une discipline obscure et désorganisée. Les délais de consultation ou d'hospitalisation sont jugés trop longs obligeant les généralistes à contourner le parcours de soin sans réelle coordination. Les participants se sentent démunis et isolés dans leurs pratiques avec des propositions de soin peu synchrones à leurs besoins et ceux des patients. Ils estiment que les professionnels d'addictologie manquent d'empathie envers eux. Ce constat est partagé par d'autres travaux s'intéressant aux addictologues mais aussi aux professionnels de la santé mentale au sens large. Dans la littérature, l'addictologie et la santé mentale sont peu distinguées.

Dans une thèse s'intéressant aux échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale de Lille, sur l'ensemble des patients adressés par leurs médecins généralistes, seuls 34,8% bénéficiaient d'un retour pour leur médecin généraliste. Ils déplorent un retour d'information insuffisant et des délais pour accéder aux consultations de psychiatrie trop longs. [30]

Le lien est encore plus rare avec les psychologues libéraux. Parmi leurs nouveaux patients, 23% sont adressés par des médecins généralistes, dont des motifs addictologiques. [31] Les psychologues ne rencontrent jamais le médecin généraliste et leur font un retour dans 14% des cas. [31] Les psychiatres se justifient par une volonté de ne pas desservir leur patient et le constat que les pathologies mentales évoluent rapidement et ne sont pas figées dans le temps. [23] Estimant que la psychiatrie constitue déjà une prise en charge globale du patient, ils sont méfiants pour échanger les informations. [23] Ils craignent que leurs propos soient modifiés ou annoncés trop brutalement aux patients ou que le secret soit rompu. [23] Enfin, ils rappellent que, la psychiatrie étant une spécialité de premiers recours, ils ne sont pas dans l'obligation d'établir un courrier.

Cependant, des solutions existent pour parer à cette communication défailante, caractérisées sous l'entité générale de la collaboration interprofessionnelle. Les pratiques collaboratives sont définies par l'OMS lorsque de « nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités afin de prodiguer des soins de la plus grande qualité possible des différents milieux d'intervention. » [32] Cette définition s'applique parfaitement à l'addictologie avec des patients, leur entourage, des soignants, des médecins de différentes spécialités, des infirmiers, des psychologues, des diététiciens, des éducateurs sportifs, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des partenaires judiciaires...

Au Québec, la collaboration interprofessionnelle est modélisée par D'Amour et ali en quatre dimensions : objectif et vision commune, internalisation (qui réunit la connaissance mutuelle et la confiance mutuelle), la gouvernance (qui rassemble la centralité, le leadership, le support à l'innovation et la connectivité) et la formalisation (qui regroupe les outils de formalisation et les lieux d'échange d'information). [33] Ce modèle est utilisé pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie. Ces situations peuvent s'apparenter à certaines situations complexes en addictologie. [34] Les objectifs en addictologie peuvent varier selon plusieurs points de vue : besoins du patient, obligations professionnelles, attentes de l'entourage ou de partenaires, complications somatiques majeures... Ainsi chaque acteur y trouvera son objectif et y accordera des importances inégales. Mais si des objectifs communs et une vision commune sont définis, alors il sera plus facile d'offrir des soins centrés sur le patient. Par ailleurs, la connectivité est définie par des professionnels reliés entre eux avec des espaces de discussion et la construction de liens. C'est donc un modèle intéressant pour répondre à la communication défailante mise en évidence. Les consultations avancées évoquées dans l'étude apportent des espaces de discussion par les réunions de coordination ou les échanges informels et permettent de façonner des liens.

En Belgique, les compétences nécessaires pour promouvoir la collaboration entre médecins de première ligne et de deuxième ligne sont classées par Janssen et ali en 6 grands thèmes et recourent le modèle présenté précédemment. Ces thèmes sont :

- Soins centrés sur le patient,
- Attitude collaborative et respect,
- Rôles et responsabilités,

- Connaissance et compréhension mutuelle,
- Communication (savoir communiquer, quand et comment),
- Leadership. [35]

Ces compétences font écho aux attentes des médecins généralistes retrouvées dans cette étude. La définition des rôles, des responsabilités et limites de chacun étaient une préoccupation des participants.

Même si la collaboration est d'efficacité variable selon les études, des auteurs Suisses y voient une manière de faire face à la spécialisation croissante et à la pénurie de médecins et d'améliorer la qualité des soins centrés sur les besoins du patient. [36]

4.1.2 Une attente de transparence

Eu égard du cloisonnement des accompagnements, les participants attendent des addictologues une véritable transparence dans leurs pratiques avec une augmentation des échanges, un partage des expériences. Ils leur demandent de clarifier l'offre de soin, d'explicitier le projet de soin, de justifier leurs décisions. Certains participants estiment que les addictologues doivent fixer le cadre de soin et se rendre disponible pour donner un avis spécialisé. Leur position d'appui et de soutien serait particulièrement appréciée. Ce sont des données que nous retrouvons dans le modèle de D'Amour avec la notion de gouvernance. La centralité attribuée à un professionnel d'addictologie donne une orientation claire et explicite. [33] Ce professionnel n'est d'ailleurs pas nécessairement un médecin mais pourrait être une infirmière. Les participants sont favorables à la transdisciplinarité. Pour améliorer la communication, des auteurs Australiens proposent un processus avec rétroaction qui regrouperait des rencontres, des dossiers médicaux partagés, des dossiers conservés par le patient, des courriers standardisés, des personnes référentes et des rapports. [37] Ces données sont similaires aux attentes ou propositions des participants, notamment avec les consultations avancées ou les consultations d'infirmiers ASALEE. Dans une étude du Réseau Régional d'Addictologie de la Réunion pour optimiser la qualité des soins, les médecins généralistes aimeraient bénéficier d'un annuaire de l'offre de soin en addictologie, de protocoles médicaux et d'outils diagnostiques et d'une aide à la coordination de parcours des patients. [38] Ces résultats quantitatifs renforcent ceux de notre étude.

4.1.3 Les informations utiles au médecin généraliste

Nous avons mis en évidence que les médecins généralistes sont particulièrement attentifs aux fins ou ruptures d'accompagnement. Ils désirent comprendre pourquoi une prise en charge s'arrête, il leur paraît donc important que les soignants fassent le lien à ce moment précis. Cette demande est aussi retrouvée dans la littérature lorsque les patients ne viennent plus à leurs rendez-vous. [20] De nombreuses autres informations d'ordre addictologique sont utiles au médecin généraliste pour le suivi des patients bénéficiant d'un accompagnement addictologique ambulatoire. Ils souhaitent que les informations suivantes figurent dans les comptes-rendus de consultation :

- Le motif de consultation, la pathologie,
- L'évaluation du patient et notamment des échelles d'évaluation,
- L'historique des toxiques et les consommations actuelles,
- La présentation du patient et sa motivation,
- Le projet de soin,
- L'évolution attendue,
- Le traitement, la posologie et les contre-indications,
- Les psycho-traumatismes,
- La personne référente et l'interlocuteur.

Devant l'absence de recommandations retrouvées en addictologie, nous comparerons nos données aux recommandations professionnelles établies par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. [39] Les propositions des médecins généralistes concordent par exemple avec l'avis diagnostique ou les hypothèses diagnostiques, les risques évolutifs immédiats, le projet de soin, l'organisation de la prise en charge et la prescription médicamenteuse. La synthèse est propre à la psychiatrie mais propose d'autres éléments et notamment les modalités psychothérapeutiques de suivi et la réponse aux questions du médecin généraliste. Ce dernier élément n'a pas été cité par les participants mais de manière indirecte lorsqu'ils exprimaient que les courriers ne répondaient pas toujours à leur question ou de manière trop différée. Les participants exigeaient que les informations soient communiquées via une messagerie sécurisée.

Par ailleurs, les médecins généralistes expriment une attente importante concernant la personne référente et l'interlocuteur. En l'absence de courrier, de lien ou de coordination,

les interlocuteurs sont inconnus des médecins généralistes qui ne savent pas qui contacter pour leurs patients bénéficiant d'un accompagnement addictologique ambulatoire. La signature d'un courrier par une personne leur permet donc d'obtenir le nom d'un soignant en charge de leur patient. Ils ont conscience que l'accompagnement peut être réalisé par plusieurs personnes de professions différentes au sein de la même structure. Ils demandent donc à connaître la personne référente du patient. Cette notion est particulièrement intéressante et fait écho au concept, d'avantage développé dans les pays anglo-saxons, de *case-manager*. Les traductions ne sont pas strictement superposables mais la HAS l'interprète comme coordonnateur de parcours de santé. [21] Le case-manager est le garant du case-management qui consiste à « favoriser la continuité des soins et permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions. ». Il sert de « référence à la prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de pathologies chroniques ». [40] Il permet aussi d'adapter l'intensité du suivi requis en fonction des besoins du patient en ayant une vision globale de l'ensemble des partenaires de proximité pouvant intervenir. Ce coordonnateur est garant du parcours du patient et impliqué dans l'élaboration du projet individuel. Il est témoin de son évolution et fait le lien avec les partenaires externes à l'organisation. Il transmet les informations aux médecins, aux familles, aux autres intervenants... Défini pour la santé mentale au sens large, ce rôle est facilement prêté aux infirmiers en psychiatrie. Ainsi, il pourrait être intéressant d'adapter ce concept en addictologie pour les usagers autour desquels gravitent de multiples intervenants et ce avec leur accord. La connaissance exhaustive des partenaires susceptibles d'intervenir reflètent en quelque sorte le guichet unique proposé par certains participants.

4.1.4 Des rencontres pour mieux se connaître

Il ressort de notre étude que les structures sont incarnées par des personnalités fortes, probablement lié au manque de connaissance mutuelle. Or, selon D'Amour, les professionnels doivent se connaître personnellement et professionnellement s'ils veulent développer un sentiment d'appartenance à un groupe et réussir la mise en commun d'objectifs. [33] C'est d'ailleurs ce que réclament les participants à l'étude lors de soirées de rencontres. Elles permettraient de créer l'alliance et fluidifier les relations, ce que D'Amour appelle la connaissance mutuelle et la confiance mutuelle. [33] Ces rencontres seraient l'occasion de

discuter autour de situations cliniques et d'échanger sur les pratiques. Des mises en situation seraient appréciées avec l'idée de connaître un peu plus les autres professions, toujours dans cette idée de collaboration interprofessionnelle. D'autres participants évoquent quant à eux une formation médicale continue avec un contenu défini de formation ou des réunions pluriprofessionnelles avec supervision au sujet de situations bien précises.

Les réunions de coordination indissociables des consultations avancées d'addictologie au sein de maison de santé permettent de se connaître personnellement et professionnellement. Notre investigatrice a pu assister à une de ces réunions. Elle s'est déroulée sans inhibition de la part des participants qui ont à peine remarqué la présence de l'investigatrice. Elle a pu observer les échanges entre médecins généralistes et l'addictologue présent, la définition d'objectifs communs, l'harmonisation des pratiques, l'établissement d'un protocole, la non-venue d'un patient à 2 reprises aux consultations avancées... Elle a constaté certaines représentations des médecins généralistes et certaines craintes, notamment vis-à-vis des demandes de traitements de substitution aux opiacés et de la violence ou pression exercée par les patients. Cette réunion est bien implantée dans la routine des généralistes, notamment grâce à sa proximité et simplicité d'organisation, également mise en évidence dans la littérature. [36] Elle a lieu dans la salle de réunion de la maison de santé. Nous pensons que la collaboration interprofessionnelle concerne vraiment tous les acteurs comme les pharmacies ou la médecine du travail. Par exemple, un des participants dit avoir signé un certificat de stagiairisation pour la fonction publique pour un patient peu connu alors que des contre-indications addictologiques existaient selon lui. Mais il préférerait le protéger et ne pas lui retirer son activité professionnelle de peur qu'il perde des ancrages sociaux. Nous nous interrogeons donc sur le lien à mettre en place avec la médecine du travail par exemple et avec quelles réserves légales et éthiques. A noter qu'un des participants a rappelé l'absence de financement de ce genre de réunion.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Forces

L'objectif principal de notre étude était de recueillir les attentes des médecins généralistes concernant la coordination avec les professionnels d'addictologie dans le bassin Nazairien. L'objectif secondaire était de lister les informations d'ordre addictologique utiles

au médecin généraliste pour le suivi des patients bénéficiant d'un accompagnement addictologique ambulatoire. Le choix d'une étude qualitative est donc apparu comme évident. Cette méthode semblait la plus pertinente pour recueillir les attentes des médecins généralistes, leurs expériences, leurs difficultés, leurs vécus, leurs ressentis et leurs points de vue. Les entretiens individuels semi-dirigés avec des questions ouvertes permettaient une **expression libre** et non induite par l'investigatrice. Des propositions ont même émergé spontanément.

Les participants se sont exprimés avec **authenticité** et avec le moins d'inhibition possible, qu'on pourrait retrouver dans un focus groupe par exemple. Ils se sont questionnés sur leurs pratiques actuelles et ont entamé une véritable **réflexion**. Les techniques de reformulations ou de relance neutre ont permis l'approfondissement des idées. Nous avons pu mettre en lumière certaines représentations de participants concernant leurs patients souffrant de conduites addictives, les professionnels d'addictologie ou la discipline en elle-même.

Nous avons cherché à **diversifier** le plus possible **les profils** des participants sur des critères de genre, d'âge, de lieu d'installation, de mode d'exercice, d'attrait pour l'addictologie, permettant une variation maximale, sans désir de représentativité. Le nombre de participants n'a pas été défini au préalable. Les idées se répétant après 15 entretiens, nous avons estimé avoir suffisamment d'éléments pour affirmer la saturation des données.

Une des forces de cette étude est d'être ancrée sur une **zone géographique limitée**. Cette zone est couverte par le même réseau d'addictologie. Les attentes des médecins généralistes pourront donc être présentées aux protagonistes de ce réseau avec des **pistes concrètes d'amélioration**. Ce travail a d'autant plus de **sens** qu'il est réalisé par une interne de médecine générale diplômée en addictologie. Il résonne avec son parcours. Animé par un intérêt personnel, cette recherche façonnera indéniablement son exercice futur au sein du service d'addictologie de l'hôpital de Saint-Nazaire et constituera une base de travail solide pour répondre aux attentes des médecins généralistes en termes de coordination. Il s'intègre dans une volonté affichée d'organisation du réseau addictologique du bassin Nazairien.

4.2.2 Limites

Cette étude présente un certain nombre de limites. L'absence de représentativité, l'évaluation d'un seul réseau d'addictologie sur un secteur précis et le nombre restreint de participants ne permettent pas de généralisation notamment statistique. A noter que la méthode qualitative n'a pas cet objectif mais vise à expliquer un phénomène.

L'entretien individuel n'insuffle pas de dynamique de groupe ou de réflexion commune retrouvées en focus groupe par exemple. Mais il permet l'expression libre et sans jugement des opinions de chaque participant.

Le **positionnement de l'investigatrice** a pu influencer les réponses. En présentant son parcours, elle a parfois été associée aux addictologues et donc aux représentations que les participants s'en faisaient. Mais la position d'interne de médecine générale a aussi permis une identification des participants ou une proximité avec l'investigatrice libérant plus facilement la parole. Par ailleurs, la documentation et le travail bibliographique préalable aux entretiens influencent les contenus des entretiens et donc la subjectivité de l'investigatrice. Son apparence, son attitude ou ses réactions influencent les réponses des participants. Il n'était pas toujours facile de maintenir une attitude neutre en répondant aux questions des participants. Ils prêtaient à l'investigatrice des connaissances et des opinions.

La conduite de l'entretien semi-dirigé individuel demande des compétences et un apprentissage à sa réalisation. Par manque d'expérience, les premiers entretiens étaient plus directifs et les réactions de l'investigatrice moins maîtrisées. Mais la pratique a permis d'adopter une conduite des entretiens plus libre, en laissant transparaître le moins possible ses propres pensées ou associations d'idées. Certains entretiens étaient très courts, l'investigatrice ayant procédé de la même manière, nous l'expliquons par une élaboration moins évidente pour certains participants et peut être une fatigabilité.

Le **biais de subjectivité** est donc indiscutable et se retrouve également dans l'analyse des données. L'analyse des discours, des opinions et des comportements sont des **interprétations** et comportent inévitablement de la subjectivité. La triangulation des données permet de limiter son impact.

L'**absence de point de vue des professionnels d'addictologie** est discutable. Il aurait été intéressant de recueillir leurs avis sur la coordination avec les médecins généralistes pour

mieux expliquer le phénomène. Cependant, l'augmentation des données auraient rendu difficile l'analyse dans les délais impartis et nous nous serions écartés de l'objectif principal.

Par ailleurs, les médecins généralistes acceptant de participer à l'étude étaient volontaires et donc possiblement intéressés par le sujet. Le secteur étant limité, ils connaissaient presque tous, de manière plus ou moins proche, la directrice de thèse. La présentation courte du travail influençait forcément les discours des participants avec un biais de désirabilité probable.

4.3 Perspectives

Ce travail offre de multiples propositions qui pourront servir de base de travail pour améliorer la coordination entre médecins généralistes et addictologues. Seul le point de vue des médecins généralistes a été recueilli. Afin de compléter cette étude, l'avis des addictologues pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs. D'autre part, certaines propositions ou attentes de médecins généralistes existent déjà mais ne sont pas utilisées. Au contraire, d'autres propositions sont peu réalisables. Les addictologues ont donc tout intérêt à communiquer davantage sur les dispositifs actuellement en place, éduquer sur leurs missions et faire preuve de pédagogie auprès de leurs interlocuteurs, en expliquant les motifs de refus d'hospitalisation de sevrage pour répit de l'entourage par exemple. Les demandes d'avis, d'appui et de soutien sont l'exacte définition des ELSA qui souffrent donc d'un déficit de notoriété. La demande, parfaitement légitime, de raccourcir les délais est à opposer avec la pénurie d'addictologues dans le bassin Nazairien et soulève la question épineuse des moyens mis en place. Cependant, cette coordination duelle s'intègre dans le concept plus large de collaboration interprofessionnelle et mériterait d'être observée et théorisée de manière spécifique à l'addictologie et exhaustive concernant les protagonistes.

En plus de recueillir le point de vue des addictologues, il serait intéressant de présenter ce travail aux différentes structures addictologiques et de confronter les idées afin de réfléchir conjointement aux pistes d'amélioration pratiques. Le service d'addictologie de l'hôpital de Saint-Nazaire bénéficiera de cette intervention. Des courriers pourraient être envoyés de manière plus systématique en créant un contenu éventuellement standardisé. A l'heure de la cybersécurité, il est urgent de mettre en place une messagerie sécurisée afin de garantir la protection des données des usagers particulièrement sensibles. Etant donné que l'hôpital

envoie déjà ses comptes-rendus d'hospitalisation par mail sécurisé, la mise en place technique ne semble pas être une limite. Au-delà des comptes-rendus d'hospitalisation, d'autres informations transitent par mail que ce soit de la part de l'hôpital, des structures médico-sociales ou des médecins généralistes. En pratique, le développement des messageries sécurisées est le substrat non négociable pour améliorer la coordination. Par ailleurs, la plaquette territoriale sera développée et largement diffusée, en particulier auprès des participants à l'étude. Il serait intéressant d'évaluer son impact en pratique. Enfin, des soirées de rencontre et de formations destinées à plusieurs maisons de santé de la ville de Saint-Nazaire avaient été envisagées avant que la pandémie mondiale liée à la COVID 19 ne viennent balayer ces initiatives. Si la démarche était de nouveau d'actualité, ce travail pourrait étoffer le contenu de ces rencontres.

Les médecins généralistes détaillent le contenu des formations auxquelles ils souhaiteraient participer. Enfin, cette collaboration interprofessionnelle est un concept intéressant et mériterait d'être développé le plus tôt possible dans les cursus des différents professionnels impliqués. Actuellement des partenariats sont proposés entre les filières médecine et pharmacie ou avec des étudiants en soins infirmiers ou en kinésithérapie. Les objectifs de mieux se connaître et se mettre en situation permettraient peut-être de limiter des représentations qui s'installent dès le cursus étudiant.

CONCLUSION

Les liens entre la médecine générale et l'addictologie ambulatoire, tous deux acteurs de premier recours, sont rares. Généralement placés comme pivot dans la coordination des soins, les médecins généralistes entrent en concurrence avec les addictologues qui ont également une vision très globale du patient.

Cette étude qualitative constate que la coordination actuelle entre les médecins généralistes et les addictologues du bassin Nazairien n'est pas efficiente et que la communication est défailante voire absente. Les médecins généralistes ont une opinion assez négative des addictologues, les trouvant peu accessibles, difficiles à joindre, obscurs et avec des longs délais. Isolés et démunis, les médecins généralistes y voient un cloisonnement des accompagnements à mille lieues du concept de collaboration interprofessionnelle bien théorisée par des auteurs Québécois.

Les attentes des médecins généralistes pour améliorer la coordination avec les addictologues sont nombreuses. Ils souhaitent plus d'échanges, de partages d'expériences, de compétences et une considération accrue de leurs avis. Ils aimeraient une définition plus claire des rôles et limites de chacun et une meilleure organisation des soins.

Les participants établissent des propositions concrètes à propos des moyens de communication (courrier ou téléphone), de différentes rencontres (soirées de rencontre, réunions autour de cas cliniques, formations médicales continues, blason des métiers), de travail ensemble ou en réseau. Ils énumèrent les éléments qu'ils aimeraient voir figurer dans un compte-rendu de consultation. Si une personne référente était identifiée dans les courriers, elle deviendrait l'interlocutrice privilégiée des médecins généralistes à l'instar du case-manager défini dans les pays anglo-saxons.

Il serait intéressant de recueillir les attentes des addictologues pour les mettre en perspective à celle des médecins généralistes du bassin Nazairien. Ainsi, s'engagerait une véritable réflexion commune. Elle serait bénéfique à tous les professionnels de santé mais aussi aux patients qui en seraient les grands gagnants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Morel d'Arleux J. Drogues, chiffres clés. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. [Internet] 2019 ; 8 [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/drogues-chiffres-cles-8eme-edition-2019/>
- [2] Costes JM, Richard JB, Eroukmanoff V, Le Nezet O, Philippon A. Les Français et les jeux d'argent et de hasard Résultats du Baromètre de Santé publique France. Tendances Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. [Internet] 2020 ; 138 [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-francais-et-les-jeux-dargent-et-de-hasard-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france-2019-tendances-138-juin-2020/>
- [3] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prévalence des troubles du comportement alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature. Nutrition clinique et métabolisme. 2019;33(1):110-112
- [4] Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance – Addictovigilance de Grenoble. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances, Principaux résultats enquête DRAMES 2018. [Internet]. 2018 ; France [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : <https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/>
- [5] Brisacier AC, Lermenier-Jeannet A, Palle C. Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins. In : Drogues et addictions, données essentielles. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2019. p.60-67. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
- [6] Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108(24):148-55
- [7] République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [Internet]. Légifrance du 13 Août 2004 [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>
- [8] Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In: INPES, éditeur. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis ; 2011. p. 177–201.
- [9] Saint-Guily J. Prise en charge de l'alcoolisme, Le rôle du médecin généraliste. Actualité et dossier en santé publique. 1998 ;24 :53-54
- [10] Serriari N. Echanges d'informations médicales entre centre d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2018. 68p.
- [11] Dassonville AF. Mésusage d'alcool : articulation entre médecins généralistes et centre de soins d'Accompagnement et de Prévention en addictologie [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2019. 100p.

- [12] Jaury P, Peyrebrune C. Rôle et pratiques du médecin généraliste. In : Raynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Traité d'addictologie. 2e ed. Paris, France : Lavoisier Médecine Sciences ;2016. p. 416-422.
- [13] Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018 ; 2 :1-191
- [14] Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Paris : Haute Autorité de Santé ; 2015.
- [15] Anthoine E, Caillon J, Deparis X, Blanche M, Lebeauvin M, Brochard MA, et al. Assessing the acceptability and feasibility of a web-based screening for psychoactive substances users among a French sample of university students and workers: a mixed-method prospective study. *Journal of Medical Internet Research*. 2021 ; [Publish Ahead of Print] DOI: <https://doi.org/10.2196/preprints.15519>
- [16] République Française. Circulaire DHOS du 26 septembre 2008 Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 [Internet] [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf
- [17] Service Public Régional de l'Orientation. Bassin Nazairien : Portrait du territoire. [Internet]. 2015 [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : https://www.cdr-copdl.fr/doc_num.php?explnum_id=25169
- [18] République Française. Article R1112-1 code de la santé publique relatif aux informations des personnes accueillies dans les établissements de santé. [Internet] Légifrance du 01/01/2017 [cité le 30/08/2021] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032926024/
- [19] Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation > 24h, référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. Paris : Haute Autorité de Santé ; 2014
- [20] Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*. 2014 ; 90(5):359-371
- [21] Rodde-Dunet M, Fumey M, Lafont M, Depaigne-Loth A, Prigent A. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration. Paris : Haute Autorité de Santé ; 2018.
- [22] Fau L, Ample BG, Meunier FP. Psychiatrie et médecine générale : vers un futur commun ? *L'information Psychiatrique*. 2017 ; 93(2):107-10
- [23] Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et Techniques Médicales ; 2012. 104p.
- [24] Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care : a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Disord* 2012;142(1-3):297-305.
- [25] Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire. Démographie des médecins psychiatres en Pays de la Loire, Situation 2017 et évolutions. *La santé observée* ; 2018, 4 p.

[26] Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire. Les médecins généralistes libéraux face aux évolutions de la démographie des professionnels de santé. Perceptions et pratiques dans les Pays de La Loire ; 2020, 4p.

[27] Mohler L. Consultations avancées d'addictologie à la Maison de Santé Laennec de Saint-Nazaire : patients accueillis et évolution des pratiques des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives. [Mémoire de capacité d'addictologie clinique] [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et Techniques Médicales ; 2018. 64p.

[28] Le Floch V, Prin D. Analyse qualitative du fonctionnement des consultations avancées de psychiatre au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles en Loire-Atlantique : avis des médecins généralistes et des équipes de psychiatrie. [Thèse d'exercice]. [France] Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et Techniques Médicales ; 2021. 115p.

[29] Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint-Cloud : Collège National des Généralistes Enseignants ; 2021. 192p.

[30] Bazinian-Mournet T. Etudes des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et Techniques Médicales ; 2014. 71p.

[31] Vergès Y. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues : le point de vue des psychologues. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Toulouse. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et Techniques Médicales ; 2017. 80p.

[32] Associations des Infirmières et Infirmiers du Canada. La collaboration interprofessionnelle. [Internet]. 2011 [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : <https://cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/ressources-humaines-de-la-sante/collaboration-interprofessionnelle>

[33] D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research. 2008;8(188):14p.

[34] Bordeleau L, Leblanc J. La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de la littérature. Revue de Santé Mentale au Québec. 2017;42(2):229-243

[35] Janssen M, Sagasser MH, Fluit CR, et al. Analyse brève Compétences pour la promotion de la collaboration entre médecins de première et de deuxième ligne : une revue intégrative. Minerva 2020;21:179

[36] Gerber M, Kraft E, Bosshard C. La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. Bulletins des médecins suisses. 2018;99(44):1524–1529

[37] Fuller D, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care : a narrative review part 1. BMC Health Service Research. 2011;11:72

[38] Baronne S, Marin S, Bouyssier V, Gauthier S, Fusiller C. L'Addictologie à l'île de La Réunion : Enquête sur les pratiques et opinions des médecins généralistes libéraux à l'aube de la création du

Réseau Régional d'Addictologie en 2013. Réseau Régional d'Addictologie. Santé Addiction Outre-Mer. [Internet] 2013 [cité le 30/08/2021]. Disponible sur : <http://peidd.fr/spip.php?article8530>

[39] Collège National pour la qualité de soins en psychiatrie. La coopération médecins généralistes – psychiatres. Les courriers échangés entre médecins généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Synthèse des recommandations professionnelles. Paris : Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie ; 2010.

[40] Petitqueux-Glaser C, Acef S, Mottaghi M, Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? Eres Vie sociale. 2010 ;1:109-128

ANNEXES

Annexe 1 : Auto-questionnaire sur les caractéristiques des participants

Informations complémentaires

1. Quel est votre genre ?
 - Femme
 - Homme
 - Autre :

2. Êtes-vous ?
 - Installé.e
 - Remplaçant.e

3. Depuis quand exercez-vous la médecine générale ?

4. Si vous êtes installé.e, depuis quand êtes-vous installé.es ?

5. Si vous êtes installé.e, exercez-vous en milieu ?
 - Urbain
 - Semi-rural
 - Rural

6. Si vous êtes installé.e, exercez-vous en cabinet ?
 - Cabinet individuel
 - Cabinet de groupe
 - Cabinet pluri-disciplinaire
 - Cabinet pluri-professionnel
 - Maison de santé

7. Combien de patients par jour voyez-vous en moyenne ?

8. Avez-vous déjà suivi une formation continue en addictologie ?
 - Oui
 - Non

9. Appartenez-vous à un réseau d'addictologie ?
 - Oui
 - Non

10. Exercez-vous une activité professionnelle autre que la médecine générale ambulatoire ?
 - Oui. Laquelle ?
 - Non

Annexe 2 : Guide d'entretien version 1

1. Pourriez-vous vous présenter ?

Relance : âge, sexe, lieu d'exercice, nombre d'années d'exercice, autres expériences que médecine générale, exclusivité d'exercice en médecine générale, nombre de consultations par jour, appartenance à un réseau d'addictologie, formation spécifique en addictologie.

2. Racontez moi la dernière fois où vous avez été en lien avec un.e addictologue.

3. Pourriez-vous me décrire vos relations avec les addictologues ?

Relances : connaissance du réseau, échanges avec les centres d'addictologie, moyens de communication, points positifs / points négatifs des échanges d'infos, difficultés rencontrées de communication avec les centres d'addictologie, vécu de concurrence dans la prise en charge globale

4. Qu'aimeriez-vous connaître de l'accompagnement addictologique ambulatoire (réalisé par un.e addictologue) avec un.e de vos patient.e.s ? (OBJECTIF PRIMAIRE)

Relances : attestation de suivi / courrier détaillé, suivi en cours / fin de suivi, stade motivationnel, avis diagnostique, risques évolutifs immédiats, facteurs environnementaux (positifs ou négatifs), projet de soins, organisation de la prise en charge, recours en cas de difficultés ou d'urgence, prescription médicamenteuse, surveillance, modalité psychothérapeutique de suivi, entretien type...

5. Comment souhaiteriez-vous obtenir ces informations ? (OBJECTIF SECONDAIRE)

Relances : sous quelles formes ? A quelle fréquence ?

6. Que représente pour vous l'interlocuteur.rice à l'origine de l'échange d'information ? (infirmier.e, assistant.e social.e, psychologue, médecin)

Relances : interdisciplinarité de l'addictologie, accompagnements réalisés par tous les professionnels, crédit différent en fonction de la profession...

7. Existe-t'il pour vous des particularités en fonction des patients ?

Relances : mineurs reçus en consultation jeunes consommateurs ? Question du secret médical, de l'alliance, de la divulgation aux parents ?

Annexe 3 : Guide d'entretien version 2

1. Racontez moi la dernière fois où vous avez été en lien avec un.e addictologue.

2. Pourriez-vous me décrire vos relations avec les addictologues ?

Relances : échanges avec les centres d'addictologie, moyens de communication, difficultés rencontrées, vécu de concurrence dans la prise en charge globale

3. Qu'aimeriez-vous connaître de l'accompagnement addictologique ambulatoire (réalisé par un.e addictologue) avec un.e de vos patient.e.s ?

Relances : attestation de suivi / courrier détaillé, suivi en cours / fin de suivi, avis diagnostique, risques évolutifs immédiats, projet de soins, organisation de la prise en charge, recours en cas de difficultés ou d'urgence, prescription médicamenteuse, surveillance, modalité psychothérapeutique de suivi, entretien type...

4. Comment souhaiteriez-vous obtenir ces informations ?

Relances : Quelles formes ? A quelle fréquence ?

5. Que représente pour vous l'interlocuteur.rice à l'origine de l'échange d'information ? (infirmier.e, assistant.e social.e, psychologue, médecin)

Relances : interdisciplinarité de l'addictologie, accompagnements réalisés par tous les professionnels, crédit différent en fonction de la profession...

6. Existe-t'il pour vous des particularités en fonction des patients ?

Relances : mineurs reçus en consultation jeunes consommateurs ? Question du secret médical, de l'alliance, de la divulgation aux parents ?

Annexe 4 : Guide d'entretien version 3

1. Racontez moi la dernière fois où vous avez été en lien avec un.e addictologue.

2. Pourriez-vous me décrire vos relations avec les addictologues ?

Relances : échanges avec les centres d'addictologie, moyens de communication, difficultés rencontrées, vécu de concurrence dans la prise en charge globale, explorer le sentiment d'exclusion des soins...

3. Qu'aimeriez-vous connaître de l'accompagnement addictologique ambulatoire (réalisé par un.e addictologue) avec un.e de vos patient.e.s ?

Relances : attestation de suivi / courrier détaillé, suivi en cours / fin de suivi, avis diagnostique, risques évolutifs immédiats, projet de soins, organisation de la prise en charge, recours en cas de difficultés ou d'urgence, prescription médicamenteuse, surveillance, modalité psychothérapeutique de suivi, entretien type...

4. Comment souhaiteriez-vous obtenir ces informations ?

Relances : Quelles formes ? A quelle fréquence ?

5. Existe-t'il pour vous des particularités en fonction des patients ?

Relances : mineurs reçus en consultation jeunes consommateurs ? Question du secret médical, de l'alliance, de la divulgation aux parents ?

Vu, le Président du Jury,

Professeur GRALL-BRONNEC Marie

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur MARTINEZ Florence

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur JOLLIET Pascale

ANALYSE QUALITATIVE DE LA COORDINATION ENTRE ADDICTOLOGUES ET MEDECINS GENERALISTES : ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN NAZAIRIEN

RESUME

Introduction : Les liens entre la médecine générale et l'addictologie ambulatoire sont rares. Les médecins généralistes se placent comme pivot dans la coordination des soins mais leur vision croise peu celles des addictologues. Il existe des intérêts à améliorer cette coordination. Les objectifs sont de recueillir les attentes des généralistes sur leur coordination avec les acteurs addictologiques et les informations utiles aux généralistes pour les patients bénéficiant d'un accompagnement addictologique.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée par entretien semi-dirigés avec des médecins généralistes du bassin Nazairien de février à juin 2021. L'échantillon a été constitué par variation maximale. Les données ont été analysées de manière ouverte avec triangulation des données.

Résultats : Quinze entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Les généralistes déplorent l'absence de lien et d'échange avec les addictologues. Leurs propositions sont peu synchrones aux besoins des généralistes qui demandent une meilleure transparence, une clarification de l'offre de soin et plus d'échanges. Les généralistes aimeraient une définition plus claire des rôles et limites de chacun et proposent la mise en place d'une messagerie sécurisée, de courriers systématiques (notamment au moment des fins de suivi) dont le contenu est détaillé, d'un référent, de rencontres avec les addictologues, d'un annuaire et d'un réseau.

Discussion : La personne référente pourrait être l'interlocutrice des médecins généralistes à l'instar du case-manager des pays anglo-saxons et favoriserait la collaboration interprofessionnelle décrite par D'Amour. Il serait intéressant de recueillir les attentes des addictologues.

MOTS-CLES

Médecin généraliste – Addictologie – CSAPA – Collaboration interprofessionnelle – Coordination – Coopération – Echanges d'informations de santé – Etude qualitative