



Comment l'accompagnement de M. B. a changé ma pratique ?

M^{me} Martin*, M. Caillard**, Dr Bertin***, Dr Roua****

Regards croisés et témoignages des professionnels du réseau Addica de Reims sur la prise en charge de M. B., un patient alcoolodépendant, désocialisé, SDF.

La situation de M. B.

M. B., 33 ans, présente des conduites addictives depuis l'âge de 16 ans. Son père est décédé en 1983 d'un problème d'alcool. Les quatre enfants ont été placés en foyer à partir de cette période pour les protéger d'une mère maltraitante. Niveau CAP de menuiserie, M. B. a travaillé 6 mois, mais suite à une incarcération pour vol, il n'a plus exercé d'activité professionnelle. À partir de cette période, M. B. se retrouve en grande difficulté sociale, sans domicile fixe, squattant avec deux de ses frères. Il consomme de manière intense des substances psychoactives (principalement alcool et cannabis), n'a plus de suivi social régulier et une absence totale de suivi médical. Il présente également un trouble grave de la personnalité lié au vécu traumatique infantile et aux carences éducatives et affectives subies.

Mme Martin, assistante sociale

Accompagner une personne SDF c'est un peu comme mener des batailles en pleine guerre civile. L'assistante sociale se bat pour qu'on le laisse dormir une nuit dans un centre d'hébergement, l'examine aux urgences, prenne au sérieux sa demande de soins alors qu'il arrive en état d'ivresse avancée pour rencontrer le médecin alcoologue, pour que le médecin généraliste accepte de le recevoir et d'ouvrir sa salle d'attente. Dans cette guerre civile, les ennemis n'en sont pas réellement : ce sont des partenaires à qui il faut imposer cette personne avec toutes ses problématiques. Les alliés ne sont pas, eux non plus, des alliés puisqu'il s'agit en fait de l'usager, lui-même aliéné et freiné par ses difficultés, et de l'équipe sociale qui s'épuise progressivement.

L'accompagnement de M. B. a été une véritable bataille, mais nous étions plusieurs à la mener et nous avons réussi à faire front ensemble : le médecin alcoologue, le généraliste, l'infirmier, l'assistante sociale. M. B. nous avait choisis. Nous avons fait équipe et mis nos idées, nos compétences, nos ressources en commun pour faire avancer son projet de vie. Le réseau a multiplié nos points forts et délayé nos difficultés. J'ai fait des incursions dans ce monde médical que je connaissais si mal et j'ai emmené avec moi l'infirmier et les médecins dans le monde du social.

M. Caillard, infirmier en alcoologie

Le premier contact a été établi avec M. B. en 1998. Mais le suivi débute avec plus de régularité en 2001, dans le cadre de la liaison alcoologique avec le CHU de Reims au décours d'une hospitalisation. Jusqu'au début 2004, son parcours reste en pointillé : réadressé par le CCAS, hospitalisations, fugues, rupture de suivi.

Mais le discours commun qui découlait des échanges entre le travailleur social du CCAS et l'équipe de l'Intersecteur d'alcoologie rassurait peu à peu M. B. Cette approche a favorisé son accroche sur l'Intersecteur d'alcoologie. Un réseau informel s'est organisé progressivement autour de lui, se structurant en novembre 2003 par l'ouverture d'un dossier patient partagé Addica : la multiplicité et récurrence des problèmes somatiques nécessitaient l'intervention d'un médecin généraliste.

L'inscription au sein d'Addica a facilité l'intégration d'un généraliste dans le réseau de M. B. À travers cet outil, nous ne transmettions pas uniquement des informations. C'est un transfert de la confiance qu'il avait placée dans le médecin alcoologue et de moi-même qui s'opérait. Chez ce patient, la coexistence d'addictions, d'une grande précarité se greffant sur une histoire personnelle marquée de carences, de trauma-

Addictions précarité Champagne Ardenne

10, bd Barthou, 51100 Reims

(addica.reseau@wanadoo.fr)

Le principal outil du réseau : les modules de formation coordination

Quatorze groupes de professionnels (600 professionnels au total : médecins généralistes, spécialistes, médecins du travail, pharmaciens, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, diététicienne...) suivent les formations pluriprofessionnelles fondées sur les échanges de pratiques. Une cinquantaine de sessions sont organisées chaque année.

Thèmes : pratique en réseau et secret partagé, utilisation des outils du réseau, aide à l'arrêt du tabac, alcool : repérages et interventions brèves, dépendance à l'alcool, consommation de cannabis, traitements de substitution, etc.

80% des professionnels formés se disent satisfaits de la formation reçue.

Résultats évaluation externe après 6 ans de fonctionnement consultable sur : www.addica.org

Le système d'information

Le site Internet Addica, mis en ligne depuis novembre 2001, a été vu par plus de 50 000 visiteurs.

Les télé-expertises drogues illicites, hépatite, alcool, social et tabac sont opérationnelles. Vingt experts sont disponibles pour répondre le plus rapidement possible aux demandes des soignants.

Le dossier patient partagé : 2300 dossiers patients partagés ont été inclus dans le réseau.

Les enquêtes en ligne : l'enquête hépatite C mise en ligne en 2002 a mobilisé 144 médecins généralistes. Une enquête tabac sur les freins à l'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale a été mise en ligne en 2004 et a mobilisé 122 médecins généralistes.

Les guides de bonnes pratiques

Trois guides de bonne pratique sont disponibles et ont été envoyés aux 2000 médecins généralistes de la région Champagne-Ardenne : Tabac, Dépendance à l'alcool, Alcool en dehors de la dépendance, Hépatite C.

Autres parutions : trois numéros de *La lettre du réseau* sont diffusés chaque année.

www.addica.org <<http://www.addica.org/>>

* Assistante social au CCAS de Reims.

** Infirmier à l'Intersecteur d'alcoologie de Reims.

*** Médecin alcoologue à l'Intersecteur d'alcoologie de Reims.

**** Médecin généraliste à Taissy.



tismes, donnent à la question de l'accroche une toute autre dimension.

Nous avons attendu plus de deux ans, pour qu'il prenne ses rendez-vous sans passer par le secteur social, en moins de 6 mois, le médecin généraliste fut non seulement repéré, mais investi d'une réelle confiance.

Cette répartition bien repérée nous a permis de nous repositionner sur la question alcoologique. M. B. savait que l'information serait transmise. Ce dernier point était très présent dans son discours "vous noterez sur l'ordinateur ?" me demandait-il. Au-delà de l'aspect fonctionnel indéniable de l'outil, M. B. s'était saisi de toute la symbolique de la notion de réseau sur laquelle cet homme, au parcours chaotique et instable, a accepté de se reposer. Ce fut un moment charnière dans son suivi multidisciplinaire. Rapidement, il n'a plus eu besoin d'être accompagné pour ses consultations avec le généraliste, ni dans les prises de rendez-vous.

À partir de cette période, les hospitalisations ont été préparées, voire planifiées. M. B. a accepté de temporiser, ses hospitalisations s'intégraient dans un projet alcoologique. C'est également à partir de cette période qu'il a pu adhérer et maintenir un projet de logement, envisager une réinsertion professionnelle et quitter la rue.

■ Dr Bertin, médecin alcoologue

En quoi l'entrée dans le réseau de M. B. a modifié la prise en charge proposée au centre d'alcoologie ? M. B., du fait de sa pathologie, était rencontré uniquement dans des situations d'urgence qu'elles soient d'ordre somatique ou psychique. Sa demande souvent floue, ou parfois plutôt celle de son accompagnateur social, était de prendre en charge les difficultés somatiques, de le raser sur sa condition, mais ne permettait pas de penser avec lui à un réel projet de soins dans le temps. À partir de ce constat, un travail de synthèse a été mis en place par les intervenants sociaux et alcoologiques pour proposer un cadre de soins cohérent et adapté. Cette collaboration a déjà dans un premier temps permis d'apprivoiser M. B. : il a mieux compris les enjeux de la prise en charge médicale spécialisée. Cette démarche était, à mon sens, inaugurale et très proche d'un travail en réseau.

L'inclusion dans le réseau Addica avait pour but, d'une part, de mettre en place un intervenant médical de proximité (le médecin généraliste) et, d'autre part, de permettre à ce patient de mieux appréhender le rôle

de chacun des intervenants dans sa prise en charge.

De mon point de vue, cette inclusion a permis à M. B. de s'autonomiser vis-à-vis de ses soins, ses demandes étant plus claires et surtout adressées au bon interlocuteur. De ce fait et du partage d'informations via le dossier patient partagé, les réponses étaient, elles aussi, plus concertées, adaptées et surtout mieux acceptées dans un lien de confiance fort.

L'acceptation de M. B. d'entrer dans le réseau Addica témoigne certes du lien thérapeutique existant avec notre structure spécialisée, mais il en a été conforté et même renforcé.

Ainsi, j'ai pu en tant que médecin alcoologue me dégager des questions somatiques très angoissantes pour lui (m'appuyant ainsi sur le médecin généraliste) pour aborder avec lui dans une continuité un projet de soins alcoologique contenant.

■ Dr Roua, médecin généraliste

Quelle place peut bien avoir un médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient alcoolodépendant, désocialisé, SDF... ?

Aucune, avons-nous envie de répondre, et c'est vrai qu'il ne semble guère raisonnable d'accueillir au sein d'une consultation de médecine libérale un patient qui relève plus d'un service d'alcoologie, des services sociaux, voire directement de l'hôpital.

Pourtant durant 3 ans j'ai rencontré, avec une moyenne de sept consultations par an, dans mon cabinet, ce patient qui se pliait aux règles de la consultation en respectant les heures de rendez-vous.

Comment en est-on arrivé là et quelle place le médecin généraliste a pu prendre dans un parcours médical aussi chaotique et difficile ?

Lors de notre première rencontre, M. B. avait 29 ans. État de santé précaire, je répondais à sa demande de soins justifiée par une rhino bronchite surinfectée et lui offrais mon accueil, mes compétences et une prise en charge ordinaire pour tout un chacun, mais beaucoup plus exceptionnelle pour lui.

Mais il n'arrivait pas dans mon cabinet par hasard, pris en charge au sein du réseau de soins Addica* par plusieurs équipes sur le plan médico-psychosocial et volontaire dans sa prise en charge, le patient souhaitait également rencontrer un médecin généraliste, se faire connaître et reconnaître comme un patient ordinaire.

J'ai accepté très naturellement de recevoir M. B. car mon intervention s'inscrivait dans une prise en charge coordonnée pluriprofessionnelle. Cette notion est importante car

elle apporte un confort au médecin qui sait qu'il est interpellé à bon escient et qui peut s'appuyer sur d'autres dans cette situation inhabituelle. Le dossier patient partagé* ouvert à cet effet facilite la communication, mais surtout conforte la coordination de soins ce qui évite l'épuisement et parfois le renoncement.

Nos motifs de rencontre furent multiples, médicaux bien sûr, car son état de santé le fragilisait, mais également administratifs : s'excuser de son absence pour maladie par un arrêt de travail en bonne et due forme à remettre à la structure qui l'accueillait sur un stage de réinsertion, ou pour des problèmes beaucoup plus intimes suite à une rencontre... c'était une étape importante de sa réinsertion progressive, retrouver une activité professionnelle, un hébergement décent et avoir comme d'autre son médecin traitant, être reconnu et accueilli comme un autre patient, même si sa "pathologie", son histoire et sa situation n'étaient pas très "banales".

Par mon accueil, je lui rendais la reconnaissance que les patients peuvent perdre lors des multiples passages aux urgences où ils ne rencontrent jamais la même personne, où les problèmes sont traités dans l'instant et où l'anonymat et, parfois, l'indifférence deviennent pesants.

Ce qui a changé : "M. B. a marqué notre carrière de soignant. Il a profondément fait évoluer nos conceptions, notre approche des personnes en grande précarité et de l'intérêt du travail au sein d'un réseau."

■ En résumé

■ Pour l'infirmier en alcoologie

Le bout de route réalisé auprès de cet homme m'a permis de prendre pleinement conscience des particularités de cette population en grande précarité. Nous avons dû proposer un aménagement personnalisé de l'offre de soins reposant sur l'adaptabilité et la disponibilité. Nos communications devaient répondre aux mêmes critères, le support du dossier patient partagé associé à la messagerie sécurisée nous offrait un outil adapté à ces contraintes.

M. B. a suscité autour de lui l'engagement de nombreux soignants et travailleurs sociaux (cette situation fait apparaître la proximité et la superposition de nos champs d'activités rendant toutes nos actions "soignantes"). Ces dernières années, il a pu connaître et investir ce qu'il nous avait posé comme projets : un logement, un emploi et une relation amoureuse (à la qualité de vie) ?

Pour l'assistante sociale

Pour ceux qui ne l'ont pas expérimenté, le travail en réseau se limite à avoir une liste de professionnels compétents selon les domaines et que l'on peut solliciter en cas de problème.

Mon expérience du réseau est toute différente. Elle m'a permis de m'appuyer sur les compétences et l'expérience des autres partenaires. La situation de M. B. nous a réunis et le réseau nous a permis de travailler ensemble, d'avancer et de construire son projet dans le respect de nos logiques respectives.

La prise en charge de M. B. a été lourde et compliquée, mais je n'ai pas été seule face aux interrogations, aux échecs, aux remises en question, à la prise de décision.

J'ai été enrichie de M. B., son histoire, sa personnalité, ses faiblesses et ses forces. J'ai beaucoup appris de mes collègues et du travail qu'on a accompli ensemble.

Pour le médecin alcoologue

Le partage avec les autres intervenants autour de M. B. a été fondamental dans l'approche et la compréhension de sa pathologie et de sa trajectoire de vie. Cette trajectoire douloureuse a suscité en nous de nombreuses interrogations, et du découragement.

Les outils du réseau Addica (dossier patient partagé, téléexpertise, formations, coordinations) nous ont permis d'échanger autour de nos ressentis et de réfléchir sur nos limites, au sens de nos réponses thérapeutiques et au cadre proposé. La prise en charge de M. B. dans le cadre du réseau a eu un effet positif sur mon savoir-faire certes, mais aussi mon savoir-être.

Le travail en réseau a permis à chaque professionnel de santé de retrouver sa légitimité, sa fonction, son efficacité, mais aussi son envie d'accompagner M. B. Une véritable coordination des soins a pu exister aboutissant à un projet thérapeutique clair partagé par les intervenants et par le patient.

Pour le médecin généraliste

Prendre en charge M. B. m'a permis d'assumer totalement ma mission de médecin en apportant à cet "indigent" mes compétences d'omnipraticien avec, en retour, le sentiment de n'avoir fait aucune discrimination sociale. Comme avec quelques patients, la relation fut forte car la situation était singulière et chacun ressentait la valeur particulière de nos rencontres.

Le médecin généraliste a sa place dans de très nombreuses situations cliniques ou sociales où son intervention nécessite le soutien d'autres professionnels de santé. Il apporte ses compétences spécifiques d'omnipraticien qui viennent compléter la prise en charge globale du patient.

Seul le travail en réseau avec une coordination des soins, un outil de communication et une culture commune acquise lors des sessions de formation du réseau, ont permis à chaque professionnel de santé de retrouver sa place, sa fonction et son efficacité. ■

Lutte antitabac dans le monde : c'est pas gagné !

Le dernier rapport de l'OMS sur la lutte antitabac dans le monde, publié le 7 février dernier, est alarmant : sur les 179 États membres qui ont fourni des informations sur leurs politiques de santé en matière de tabagisme, aucun n'applique l'ensemble des mesures préconisées par l'OMS. Pire : 80% n'appliquent aucune de ces mesures. La grande majorité des personnes exposées vivent dans les pays en voie de développement, dans lesquels se concentrent 80% des 8 millions de décès annuels imputables au tabac prévus d'ici 2030. À l'inverse, les pays qui ont mis en œuvre l'une des mesures princeps visant à réduire la consommation de tabac, ne regroupent que 5% de la population mondiale.

Autre triste constat : au niveau mondial, les sommes dépensées par les pouvoirs publics pour cette lutte sont inférieures, en moyenne, de 500 fois à celles des recettes fiscales perçues sur le tabac... et 9000 fois dans les pays pauvres ! Seulement 5% de la population mondiale est protégée par une législation nationale relative à l'interdiction de fumer. Dans 40% des pays, on peut toujours fumer dans les hôpitaux et les écoles et l'interdiction de publicité ou de promotion en faveur du tabac ne concerne aussi que 5% de la population mondiale.

Enfin, seulement 15 pays exigent l'apposition de mises en garde sur les emballages de produits du tabac et 9 seulement disposent de services destinés à la tabacologie.

Renseignements : www.who.int/tf. In : *Actualités Tabac*, 2008;87 (Inpes).

risque est particulièrement importante en ce qui concerne la mortalité coronarienne et vasculaire cérébrale, un peu moins celle par maladie respiratoire. Enfin, en ce qui concerne le risque de décès par cancers pulmonaires, il ne disparaît jamais totalement, même trente ans après l'arrêt du tabac. Il diminue malgré tout de 87% par rapport à celui des fumeuses au-delà de 20 ans.

Stacey et al., *JAMA*, 7 mai 2008, N° 17, Vol 299

Coupables d'incitation à l'anorexie ?

On en parlait. Ils l'ont fait : sous l'impulsion du ministère de la Santé et des Sports, la présidente de l'Union nationale des agences de mannequins, le président de la Fédération française du prêt-à-porter, la défenseure des enfants ont signé une **charte d'engagement volontaire contre l'anorexie**. Ils se sont engagés à "sensibiliser le public à l'acceptation de la diversité corporelle", "à ne plus accepter la diffusion d'images de personnes qui pourraient contribuer à promouvoir un modèle d'extrême maigreur", à rappeler "les risques des troubles alimentaires et des régimes". De bonnes intentions qui ont semblé insuffisantes à **Valérie Boyer, députée UMP des Bouches-du-Rhône**. Le 15 avril dernier, elle a déposé à l'Assemblée nationale une proposition de loi "visant à combattre l'incitation à l'anorexie". Avec, à la clef, 2 ans d'emprisonnement et 30000 euros d'amende pour tous ceux qui encourageraient "les restrictions alimentaires prolongées" et "pousseraient à une maigreur excessive".

L'anorexie, qui touche quelque 30 à 40000 personnes en France, dont 90% de femmes, est une maladie grave puisque 50% seulement des personnes qui en sont atteintes s'en sortent après des années de suivi, sans séquelles notables. Et 10% en meurent au bout de 20 ans, soit par dénutrition soit par suicide.

Reste que l'incitation, même celle qui fonde l'existence des sites Internet pro-ana (pro-anorexie), n'en n'est pas la première responsable. Il faut un terrain et des facteurs sociaux et personnels particuliers qu'il vaudrait mieux savoir "repérer" avant l'installation des troubles alimentaires.

P.d.P.

Déclin des risques de maladies chez les exfumeuses

L'étude "Nurses'Health Study" qui a inclus près de 105000 femmes, entre 1980 et 2004, a montré qu'environ 64% des décès parmi les fumeuses et 28% parmi les anciennes fumeuses pouvaient être attribués au tabac. Les chercheurs de l'équipe de Stacey ont trouvé également une réduction de 13% du risque global de mortalité pendant les cinq premières années suivant l'arrêt du tabac, et un risque proche de celui des femmes qui n'ont jamais été fumeuses après vingt ans. Cette baisse du