

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

**BILAN DES PROJETS
MEDROTOX ET METITOX**

Sophie Arnaud, Frank Zobel

Lausanne, mars 2002

PREFACE

Les médecins de premiers recours jouent un rôle primordial dans la prise en charge des patients* toxico-dépendants. La majorité d'entre eux en traitement de substitution par la méthadone le sont chez des médecins privés. Les avantages de cette forme de prise en charge sont multiples. Ne mentionnons que la décentralisation de l'offre thérapeutique dans des régions non urbaines et la facilitation de l'intégration dans son milieu social. Le médecin généraliste en cabinet privé est par contre souvent démuné face à des patients au comportement difficile et dont le traitement est complexe.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis sur pied en 1996, en Suisse romande, un groupe de travail (MedRoTox), chargé de trouver des réponses concrètes aux recommandations du Rapport Méthadone 1995. Il pouvait se baser sur les expériences faites dans un projet pilote du canton de Vaud (PPMT). Son rapport, paru en décembre 1996, a servi de base à la mise sur pied des projets MedRoTox dans les cantons de Suisse romande dès 1998 et au Tessin en 2000.

Cette publication fait le bilan des projets MedRoTox et MeTiTox qui ont pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins médicaux des patients toxicomanes et d'améliorer l'adéquation des traitements. De ce bilan, il est possible de tirer quelques constats généraux. Les contingences liées au statut économique des médecins privés et à la situation légale particulière des traitements de substitution par la méthadone, nécessitent une stratégie à long terme. Simplement mettre à disposition des médecins une offre de formation continue est insuffisant. Elle ne touche que les quelques médecins déjà conscientisés. Il s'agit plutôt de mettre en place une palette d'offres de soutien différenciée, adaptée aux besoins très concrets des médecins. S'ils se sentent soutenus dans leur travail quotidien, un plus grand nombre d'entre eux sera prêt à prendre en charge des patients dépendants et, dans un deuxième temps, à développer leurs compétences professionnelles pour répondre à une prise en charge complexe. Enfin, la mise en place de ces réseaux de soutien doit suivre des stratégies pragmatiques qui respectent les particularités structurelles et culturelles cantonales.

En publiant cette brochure, l'OFSP poursuit son engagement visant à améliorer la qualité de la prise en charge médicale ambulatoire des personnes dépendantes en Suisse. Il s'agit de rendre largement accessible l'expérience faite dans le cadre des projets MedRoTox et MeTiTox, pour faciliter la création de réseaux de soutien semblables dans d'autres régions de Suisse.

L'OFSP tient à remercier tous les participants aux projets MedRoTox et MeTiTox pour leur engagement. La richesse et la variété des mesures expérimentées dans les différents cantons ont permis d'acquérir un savoir-faire précieux pour les développements futurs. Les remerciements vont également aux auteurs de ce rapport qui ont su synthétiser cette information pour en faciliter la compréhension et la diffusion.

Le responsable des projets MedRoTox et MeTiTox à l'OFSP

René Stamm
OFSP
Section Drogues
3003 Berne
E-mail : <mailto:rene.stamm@bag.admin.ch>
Tél. 031 323 87 83

*Pour assurer la lisibilité du texte, n'est utilisée dans la présente publication que la forme masculine. Elle vaut toujours pour les deux sexes.

TABLE DES MATIERES

■	Préface	2
■	Résumé du bilan des projets MedRoTox/MeTiTox.....	4
■	Préambule : objet et méthode du bilan	6
■	Problématique générale	5
■	L'intervention de l'OFSP	6
	Le soutien au PPMT	6
	Le rapport sur la méthadone	6
	Le projet MedRoTox/MeTiTox	7
■	Description du projet	8
	Objectifs	8
	Contenu	8
	Publics cible	8
	Financement et durée	9
	Situation préalable	9
■	Mise en œuvre des projets	10
	Coordination	10
	Accompagnement	11
	Information	11
■	Réalisations	12
	Gestion d'une ligne téléphonique	12
	Création et animation de groupes d'échange	13
	Organisation de formations ponctuelles	14
	Animation du réseau	16
	Promotion de la «juste» rétribution auprès des caisses maladie	16
■	Appréciation des effets des projets dans les cantons	17
	Est-ce que la qualité des prestations médicales et relationnelles s'est améliorée ?	18
	Est-ce que la collaboration interprofessionnelle s'est améliorée ?	19
	Est-ce que les conditions de l'exercice professionnel des médecins se sont améliorées ?	19
■	Enjeux futurs	20
■	Bilan final	21
	Références	23

RESUME DU BILAN DES PROJETS MEDROToX/MeTiToX

Les prises en charges avec prescription de méthadone constituent le traitement «first choice» en Suisse pour les consommateurs d'opiacés (plus de 18'000 autorisations en 2000). Une partie importante de ces traitements est assumée par les médecins de premier recours qui constituent ainsi un élément central du dispositif de lutte contre les problèmes liés à la drogue.

Le travail des médecins de premier recours est confronté à un certain nombre d'enjeux liés à un manque de formations spécifiques, aux particularités des patients dépendants et au contrôle exercé par les autorités sanitaires vis à vis de la prescription de méthadone. C'est pour répondre à ces enjeux que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a notamment soutenu le projet «Prévention et Perfectionnement des Médecins dans le domaine de la Toxicomanie» (PPMT) visant à soutenir les médecins vaudois dans leur pratique.

Sur la base des expériences du PPMT et des recommandations du rapport méthadone de 1995, l'OFSP a mandaté un groupe de travail «Médecins Romands Toxicomanie» (MedRoTox) pour formuler des propositions visant à soutenir les médecins dans les autres cantons romands. Les objectifs étaient de motiver un plus grand nombre de médecins à s'occuper de patients dépendants et d'améliorer la qualité de leurs prestations. Le rapport paru à fin 1996 proposait de nommer un médecin coordinateur MedRoTox par canton ou région pour y développer un réseau et des activités de soutien aux médecins prescripteurs.

Sur cette base, des projets MedRoTox ont ainsi vu le jour dans les différents cantons romands dès 1998, et un autre projet s'est développé au Tessin en 2000 (MeTiTox). La durée prévue était de trois ans, avec un financement conjoint de l'OFSP et des cantons concernés. Les activités de soutien planifiées regroupaient la gestion d'une ligne téléphonique, la création et l'animation de groupes d'échange, l'offre de formations ponctuelles, l'adaptation régionale du classeur genevois (source d'informations pratiques et théoriques pour le traitement des dépendances), la promotion de la collaboration interprofessionnelle et de la «juste» rétribution auprès des caisses-maladie.

Le présent rapport fait le bilan de ces trois années d'expérience.

Les projets se sont appuyés sur les structures locales existantes et ont pris une forme quelque peu différente selon les cantons concernés, en relation avec la situation locale qui prévalait lors de la mise sur pied du projet. Une ligne téléphonique existe presque partout de même que des groupes d'échange d'expériences. Les formations ponctuelles, pour autant qu'elles s'inscrivent dans un calendrier déjà existant, bénéficient d'une bonne participation. Dans le cadre de la négociation avec les caisses-maladie, Genève a obtenu une convention qui garantit désormais le tiers-payant pour 350 patients en cure de méthadone chez des médecins privés. Cette mesure est très importante, car elle améliore les conditions-cadre de la relation thérapeutique médecin-patient, ce qui devrait améliorer le taux de rétention dans les programmes de méthadone.

Les facteurs favorables au développement des projets ont été la mise en place d'une coordination cantonale partagée par plusieurs médecins, le recours à un groupe d'accompagnement comprenant les principaux acteurs cantonaux concernés et le développement d'une stratégie d'information adaptée aux besoins du public-cible.

Les projets MedRoTox/MeTiTox ont favorisé la reconnaissance des problèmes de dépendance comme une préoccupation pour la médecine de premier recours. De plus le renforcement du réseau d'intervenants a permis la mise en commun d'expériences et a réduit le sentiment de solitude de certains praticiens. La collaboration entre diverses professions impliquées dans les traitements a aussi changé et la prise en charge multidisciplinaire s'est améliorée. La collaboration avec les médecins cantonaux a évolué, aboutissant par exemple à la rédaction conjointe de directives en matière de prescription de méthadone. Finalement, certaines initiatives locales ont permis l'amélioration des conditions de travail des médecins.

■ PREAMBULE : OBJET ET METHODE DU BILAN

Le présent document fait état d'un bilan, et non d'une évaluation, des projets MedRoTox et MeTiTox. Il a pour objectif de permettre une mise en commun «critique» des expériences faites dans les différents cantons participant au projet, et ceci avec le soutien d'un acteur extérieur au projet (IUMSP/UEPP^a). Ce document devrait aussi permettre un transfert de connaissances à de nouveaux acteurs susceptibles de vouloir reproduire un tel projet dans leur canton.

Les informations recueillies et analysées pour ce bilan proviennent de deux sources :

- la documentation existante sur les projets MedRoTox et MeTiTox;
- les résultats d'une journée de travail avec les coordinateurs de ces projets.

Les responsables cantonaux étaient tenus de rédiger un rapport annuel contenant les données quantitatives et qualitatives se référant aux activités réalisées dans le cadre des projets. Ces documents ont été analysés de manière transversale et ont donc constitué une première source d'informations. Une série d'autres documents relatifs à la problématique ciblée par les projets ont également été passés en revue.

La journée de travail a été organisée par l'OFSP et animée par l'UEPP. Elle a réuni tous les coordinateurs cantonaux, ainsi que le collaborateur scientifique du Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA). Cette journée de bilan a été structurée autour de trois ateliers, orientés sur les réalisations, une auto-appréciation de l'impact et les perspectives futures. Elle visait à compléter l'information disponible dans les rapports d'activités.

L'ensemble des informations récoltées a ensuite été analysé par les auteurs du rapport qui ont choisi la forme et défini le contenu de ce document.

■ PROBLEMATIQUE GENERALE

Les prises en charge ambulatoires avec prescription de méthadone constituent le traitement «first choice» en Suisse pour les consommateurs d'opiacés¹. En 2000, plus de 18'000 personnes avaient accédé à un tel traitement². Même si des données complètes ne sont pas disponibles, il faut remarquer qu'une partie importante, voire une majorité, de ces traitements sont dispensés par des médecins privés³ qui, de fait, constituent un élément central du dispositif de lutte contre les problèmes liés à la drogue en Suisse. Cette prise en charge dans les cabinets privés constitue aussi un élément de normalisation puisqu'elle permet de traiter les problèmes liés à la drogue dans le cadre du dispositif sanitaire non-spécialisé. Cela est confirmé par une récente enquête auprès de médecins privés prescripteurs de méthadone (n=122) qui a fait apparaître qu'ils traitaient en moyenne huit cas et que ces patients représentaient pour la grande majorité des médecins moins de 1% de leur clientèle⁴.

Cette situation, soit un nombre très élevé de traitements à la méthadone et une part importante de ceux-ci pris en charge par les médecins privés, implique aussi un certain nombre de défis parallèles auxquels il faut tenter de répondre pour s'assurer de la qualité et de la continuité des traitements. Le premier défi tient à la formation des médecins pour la prise en charge de patients dépendants. Ces formations sont en règle générale peu ou pas développées dans le cursus d'apprentissage de la profession de médecin. Il en résulte un double enjeu : d'une part, intégrer des éléments relatifs au traitement de la dépendance dans la formation de base et, d'autre part, développer l'offre de formation continue sur ce thème.

^a Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne, Unité d'Evaluation de Programmes de Prévention.

Un autre enjeu, complémentaire, est lié aux particularités des patients consommateurs de drogues. Celles-ci peuvent concerner les problèmes psycho-sociaux qui sont souvent associés à la dépendance et pour lesquelles le médecin généraliste peut nécessiter un soutien extérieur, mais aussi des difficultés liées aux relations entre le patient et le médecin, qu'il s'agisse de questions de respect dans l'univers du cabinet médical ou de paiement des prestations fournies par le médecin. Différentes formes de soutien peuvent alors permettre de résoudre ou de réduire les problèmes rencontrés dans la pratique.

Finalement, l'une des particularités de la prescription de méthadone est que le médecin est soumis à une série de mesures de contrôle et de suivi (autorisation, questionnaires de suivi) auxquelles il n'est guère confronté avec ses autres patients. Il peut en résulter une situation conflictuelle entre le médecin, habitué à une liberté de pratique très étendue, et l'autorité sanitaire qui lui impose de rendre des comptes concernant son action. Cette situation peut ensuite avoir un effet négatif sur les traitements eux-mêmes puisqu'elle peut décourager certains médecins d'accepter des patients nécessitant de la méthadone. Or, si il n'est pas possible de supprimer la contrainte liée aux traitements, il est cependant imaginable d'en amoindrir les effets notamment en soutenant les médecins dans les démarches associées à la prescription de méthadone.

■ L'INTERVENTION DE L'OFSP

Depuis 1991, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'est engagé de façon importante dans la lutte contre les problèmes liés à la toxicomanie, entre autre dans le domaine de la formation, un des dix domaines du Programme de mesures de santé publique de la Confédération pour réduire les problèmes de drogue (ProMeDro).

LE SOUTIEN AU PPMT

L'OFSP a notamment soutenu le programme vaudois de Prévention et Perfectionnement des Médecins dans le domaine de la Toxicomanie (PPMT) qui avait pour objectifs de sensibiliser les médecins de premier recours, d'améliorer leurs compétences et de leur apporter un soutien pratique et pertinent, et ceci à l'aide de trois instruments :

- une permanence téléphonique à l'usage des médecins;
- une brochure présentant une synthèse des connaissances actuelles en matière de toxicomanie;
- des groupes décentralisés d'échanges d'expérience.

L'évaluation de ce programme a fait apparaître que les médecins se sentaient moins isolés face aux problèmes rencontrés lors de la prise en charge des consommateurs de drogues, que la permanence téléphonique était un instrument «extrêmement précieux», et que le problème de la «juste» rétribution représentait un des obstacles majeurs à la prise en charge de ces patients^{5,b}.

LE RAPPORT SUR LA METHADONE

Le troisième rapport sur la méthadone (1995) publié par l'OFSP évoquait quant à lui les difficultés de prise en charge des consommateurs de drogues par les médecins dans un contexte de décentralisation des structures d'aide. Les problèmes auxquels les médecins étaient confrontés révélaient un besoin pour un soutien leur permettant d'assurer la qualité de leurs

^b Le projet n'est plus actuellement financé par l'OFSP du fait de son fonctionnement établi. Dans le canton de Vaud, l'OFSP a participé au lancement du centre St-Martin, projet qui comporte aussi un objectif de formation pour les médecins prescripteurs de méthadone.

de leurs prestations. Le rapport soulignait également un manque d'harmonisation de la prescription de méthadone, tant au niveau des concepts thérapeutiques que des possibilités de perfectionnement destinées aux médecins et autres intervenants. En matière de formation continue, les recommandations du rapport ont été suivies de manière fort différente entre les cantons, et cela en fonction des ressources humaines et matérielles présentes. Ces recommandations étaient :

- la mise en place de cours d'introduction obligatoires pour les médecins qui veulent prescrire des traitements à la méthadone;
- la mise en place de colloques destinés aux médecins et aux pharmaciens sur le thème des drogues en général, des dépendances, de la prescription de méthadone, du suivi psycho-social des patients sous méthadone, de l'évaluation de ces traitements;
- la désignation de services de consultation auxquels les médecins peuvent s'adresser pour les questions relatives aux problèmes qu'ils rencontrent dans ces traitements;
- la création de groupes Balint^c destinés aux médecins et pharmaciens qui remettent de la méthadone dans les régions où ces groupes n'existent pas encore;
- une information périodique sur les résultats récents en matière d'évaluation des traitements à la méthadone;
- l'intégration de formations sur ce thème dans les cours généraux de perfectionnement des médecins.

LE PROJET MEDROToX/METITOX

Suite aux recommandations du rapport sur la méthadone, l'OFSP a mandaté un groupe de travail Médecins Romands Toxicomanie (MedRoTox) chargé de faire un état des lieux de la situation dans les cantons romands et d'émettre des propositions d'interventions visant à soutenir les médecins dans la prise en charge des personnes dépendantes et à améliorer leurs conditions de travail. Ce groupe a rassemblé des représentants de tous les cantons concernés, des domaines somatiques et psychiatriques, ainsi que des institutions publiques et de la médecine privée.

Dans son rapport, le groupe de travail a défini le but du projet à mettre en place, à savoir intéresser un plus grand nombre de médecins à accepter des patients toxicomanes, augmenter leur niveau de connaissances et de compétences, et promouvoir leur collaboration avec les pharmaciens et les travailleurs sociaux⁶. Au départ centré sur les seuls problèmes liés à la consommation de drogues illégales, le projet a évolué vers un concept plus large, englobant aussi les problèmes liés à l'alcool.

Pour pouvoir réaliser ces objectifs, le groupe de travail a proposé d'instaurer pour chaque projet un poste de coordinateur cantonal chargé de mettre en place les mesures. Ceci a eu pour effet de donner un statut officiel aux responsables, avec la reconnaissance qui lui est liée, et de quitter le bénévolat, qui, à long terme, pouvait devenir improductif.

Pratiquement, le projet MedRoTox a vu le jour dans différents cantons romands dès 1998 et au Tessin en décembre 2000, sous le nom de MeTiTox. Le groupe de travail, de son côté, a poursuivi ses rencontres quatre fois par année, afin d'assurer l'échange d'information et une coordination romande. De nouvelles possibilités d'action ont aussi été développées en extension du projet. Le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA) est ainsi né de la nouvelle vision globale du projet. Ce COROMA se divise en dicastères, dont un est spécifiquement consacré à MedRoTox, les autres étant regroupés autour des centres ambulatoires médicalisés, des aspects légaux et de santé publique, des liens avec le réseau

^c Groupe au sein duquel les médecins mettent en commun leurs expériences sur un thème donné.

d'alcoologie et de l'appui logistique scientifique aux membres du COROMA⁷. Le développement de ce réseau a certainement aussi donné une impulsion bénéfique pour la création de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSMA), née en novembre 2000.

■ DESCRIPTION DU PROJET

OBJECTIFS

L'objectif final du projet MedRoTox/MeTiTox est de faciliter la prise en charge des patients dépendants (alcoolisme et toxicomanie) par les médecins de premier recours.

Le groupe de travail a défini les objectifs intermédiaires suivants pour y parvenir :

- motiver le plus grand nombre possible de médecins de famille à prendre en charge des personnes toxico-dépendantes;
- améliorer la qualité des prestations des médecins au niveau médical et relationnel;
- améliorer la collaboration interprofessionnelle;
- améliorer les conditions de travail des médecins dans ce secteur.

CONTENU

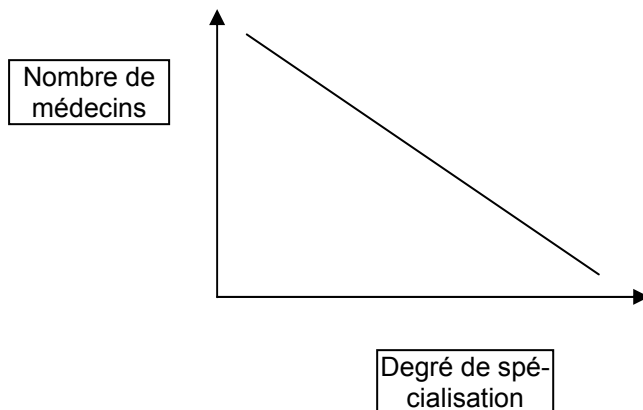
Pour atteindre les objectifs cités plus haut, le groupe de travail a proposé une série d'activités à réaliser, reprises en partie du PPMT vaudois, et organisées en fonction des besoins et des ressources propres à chaque canton. Ces activités comprennent :

- la gestion d'une ligne téléphonique;
- la création et l'animation de groupes d'échanges;
- l'organisation d'une offre de formations ponctuelles;
- la publication d'articles;
- la promotion de la collaboration interprofessionnelle;
- la promotion de la «juste» rétribution auprès des caisses-maladie.

PUBLICS CIBLE

Le public cible du projet est assez hétérogène et le schéma ci-dessous permet de mieux visualiser la situation au niveau des médecins et de leurs connaissances dans le domaine des dépendances.

Figure 1 Lien (schématique) entre le nombre de médecins et le degré de spécialisation dans le domaine des dépendances



Il existe un grand nombre de médecins avec un faible degré de spécialisation, alors que les spécialistes sont peu nombreux. En réalité, on peut distinguer trois niveaux d'implication des médecins dans la prise en charge des patients dépendants et par-là même trois groupes cibles ayant chacun leurs besoins propres :

- le premier groupe est celui des médecins qui sont peu ou seulement occasionnellement confrontés aux problèmes de dépendances. Il s'agit de les sensibiliser à cette problématique, de diminuer les préjugés négatifs et de leur faire connaître le réseau d'intervention;
- le second groupe concerne les médecins qui sont déjà confrontés aux problèmes de dépendances dans leurs activités quotidiennes, ainsi que ceux qui y sont confrontés par leur fonction. Il s'agit de les soutenir et de renforcer leurs compétences;
- le troisième groupe est plus restreint et il est composé de médecins qui se spécialisent sur le thème des dépendances et qui peuvent devenir ou sont déjà des personnes ressources pour leurs pairs.

FINANCEMENT ET DUREE

En pratique, les cantons intéressés à établir un poste de coordinateur pour les activités de soutien des médecins dans le domaine des dépendances devaient déposer un projet auprès de l'OFSP. Puis, dans le courant de l'année 1998, des projets MedRoTox ont été instaurés dans trois cantons (VS, GE, FR) et dans la région BeJuNe (BE francophone, JU et NE). La durée des projets était de trois ans et ils sont tous terminés à l'heure actuelle, à l'exception de Fribourg qui, suite à un démarrage différé, est au bénéfice d'une prolongation d'une année. Sur le modèle MedRoTox, un projet MeTiTox a aussi vu le jour au Tessin à la fin de l'année 2000, avec un terme prévu pour fin 2003.

L'OFSP a établi un contrat avec chaque canton pour financer, à raison de 50% chacun, le poste de coordinateur et les activités des projets MedRoTox/MeTiTox. La participation de l'OFSP s'étend de 50'000 à 150'000 francs par projet pour la durée du mandat de trois ans. Ce sont donc des projets à relativement faible investissement et dont les dépenses principales sont occasionnées par la rétribution des collaborateurs (env.85% du budget). On peut aussi noter que les budgets n'ont généralement pas été dépassés et que plusieurs cantons présentaient un solde positif à la fin de l'exercice financier.

SITUATION PREALABLE

Les projets cantonaux MedRoTox/MeTiTox sont nés dans des environnements comportant déjà différentes mesures ciblant le soutien aux médecins prescripteurs de méthadone.

En Valais, la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) est active depuis 1970 et couvre aujourd'hui un champ d'activité allant de la prévention à la thérapie en milieu fermé⁸. Il s'agit donc d'un acteur central dans le canton. En 1996, la LVT suivait environ 1400 personnes dépendantes de manière ambulatoire (la plupart avec un contrat), dont 380 dépendantes de l'héroïne. Sur les 1400, 900 étaient également suivies par un médecin, dont 240 par un psychiatre. A ce moment-là, 79 personnes étaient au bénéfice d'une cure de méthadone, dans le cadre d'un contrat tripartite (patient – médecin – intervenant en toxicomanie). En matière de formation, un «Forum Drogue» existe depuis 1991 et réunit tous les trois mois les professionnels concernés par les problèmes liés aux drogues (travailleurs sociaux, médecins, personnel pénitentiaire, juges, responsables d'associations de parents, etc.)⁹. Ce forum fonctionne d'une part sur un mode d'échange d'expériences et d'autre part à l'aide de présentations d'orateurs extérieurs. Par ailleurs, des formations «autogérées» de médecins généralistes avaient lieu occasionnellement.

Genève représente une situation particulière. En effet, les médecins concernés par les problèmes de dépendances ont constitué en 1994 un groupe actif, le Groupe Genevois des Praticiens en Médecine de l'Addiction (GPMA), dont les membres partagent leur expérience de la prise en charge médicale. Créé de manière autonome et indépendante, le GPMA a élaboré une réflexion sur les objectifs de formation post-graduée dans le domaine des dépendances. Il organise un enseignement multidisciplinaire et s'efforce d'optimiser la collaboration avec les différents partenaires de l'action communautaire dans ce domaine. Il offre aussi une permanence téléphonique pour les professionnels⁹. Les médecins de premier recours traitent environ la moitié des patients en cure de méthadone dans le canton (2000: 1729 patients).

Pour la région BeJuNe, la prise en charge des cures de méthadone était très variable entre les trois cantons. Ainsi, dans le Jura et le Jura bernois les patients étaient presque tous suivis par des médecins privés alors qu'à Neuchâtel ce suivi se répartissait entre les services spécialisés et les praticiens privés. En ce qui concerne la formation continue, il existait depuis 1987 à Neuchâtel un groupe de médecins et de pharmaciens se réunissant sous la direction du médecin directeur du Drop In environ une soirée tous les deux mois⁶. Le groupe fonctionne sur le mode d'échanges d'expériences.

Peu d'indications sur la situation préalable au projet à Fribourg sont disponibles. Seule certitude, deux tiers des patients en cure de méthadone étaient suivis par des centres psychosociaux.

Finalement, au Tessin, tous les patients sont suivis par des médecins privés étant donné qu'il n'existe pas de centres spécialisés médicalisés. Au début du projet, il y avait presque 1000 patients en cure de méthadone¹⁰, ce qui place ce canton au 5^{ème} rang, à l'échelon suisse, en terme du nombre de patients en traitement avec de la méthadone. Pour connaître les besoins en formations des médecins dans le canton, une évaluation a été menée en 1998-1999 et a abouti à la publication d'un rapport et à la mise en place de journées de perfectionnement qui ont été organisées en 1998 et 1999, à raison de deux cours d'une demi-journée par année¹¹. Ce projet s'inscrivait dans le panel de mesures préparé en 1997 par le médecin cantonal, en collaboration avec l'Ordre des médecins du canton du Tessin.

■ MISE EN ŒUVRE DES PROJETS

COORDINATION

Selon le rapport du groupe de travail MedRoTox de 1996 et sur la base du modèle PPMT, la mesure prioritaire était de «dégager dans chaque canton un temps de travail pour organiser et coordonner des activités de formation pour les médecins». L'implantation de cette mesure

dans la pratique a fait apparaître deux conditions essentielles à son efficacité. La première est que cette coordination devrait être assurée par des personnes qui sont susceptibles de vivre les mêmes problèmes que le médecin qui viendra chercher de l'aide, autrement dit par des pairs. Cette approche favorise un climat de confiance et assure une meilleure stabilité des répondants, puisqu'un médecin de premier recours est généralement installé pour plusieurs années. La seconde condition est que cette coordination devrait être effectuée par plusieurs médecins. En effet, il est très difficile de trouver un médecin disponible pour consacrer 20% de son temps à une telle tâche. Dès lors, une coordination plurielle apparaît comme étant la solution la plus adéquate^{9,12,13}. Ce sont alors plusieurs médecins qui consacrent une partie de leur temps au projet et qui sont rétribués sur la base d'un salaire horaire. La plupart des cantons se sont dotés de ce système, exception faite pour BeJuNe, où le coordinateur a un poste fixe à mi-temps. Là, ce sont des raisons contextuelles plus que stratégiques qui ont abouti à cette situation spécifique. Aujourd'hui, la volonté est ici aussi d'évoluer vers le schéma prévalant ailleurs, à savoir un chef de projet relayé par des médecins régionaux. Mis à part le côté pratique qu'il représente, ce pluralisme permet aussi d'éviter la focalisation sur une seule personne. Il permet ainsi d'éviter les risques liés à une vision unique et de s'enrichir des apports de chacun⁹.

ACCOMPAGNEMENT

L'OFSP avait demandé à ce que chaque projet soit accompagné d'un groupe de professionnels. Celui-ci pouvait notamment favoriser la transparence des activités de MedRo-Tox/MeTiTox, afin de diminuer les craintes et les réticences vis-à-vis du projet, ainsi que l'implantation et la valorisation du projet auprès des instances cantonales concernées. La composition du groupe d'accompagnement varie d'un canton à l'autre. Par exemple, au Tessin, les membres sont principalement les responsables régionaux du projet et le médecin cantonal, alors qu'à Genève ce groupe réunit des médecins praticiens du GPMA, des représentants de l'autorité sanitaire, des médecins du milieu universitaire, ou encore des psychiatres. Ceci a permis au groupe de prendre la forme d'un véritable forum et de devenir un lieu d'échange et de discussion. Il semble donc souhaitable d'établir un groupe d'accompagnement qui ne se limite pas aux collaborateurs du projet et qui soit aussi large que possible.

INFORMATION

Les stratégies d'information pour faire connaître le projet aux publics cible ont généralement été la publication d'articles dans des revues spécialisées, des présentations aux sociétés médicales et aux intervenants dans le domaine de la toxicomanie, ainsi que différentes mesures moins formelles. Au-delà de ces stratégies «classiques», une autre voie d'information a été celle de recourir à la liste des médecins prescripteurs gérée par le médecin cantonal. Celle-ci ne peut être transmise pour des raisons de confidentialité mais il est envisageable de l'utiliser en demandant à cette autorité de transmettre une information au sujet du projet à l'ensemble des médecins prescripteurs. Il importe toutefois de s'assurer que le projet ne sera pas assimilé aux activités de surveillance des traitements à la méthadone et que l'approche par les pairs soit clairement mise de l'avant.

Plus généralement, il s'agit de tenir compte des moments clés au cours desquels il est possible d'atteindre les populations cible parce qu'elles sont intéressées par le réseau qui les entoure ou parce qu'elles sont dans une situation de besoin d'aide. Ces moments sont les suivants : l'installation en cabinet, la recherche d'aide lors de la confrontation avec un problème nouveau et le remplacement pour une période limitée (vacances, absence) ou illimitée. Ces événements constituent des opportunités à saisir pour faire connaître le projet, dans un contexte général dans lequel les médecins sont très occupés et surchargés d'informations de différentes natures⁹.

De l'avis des responsables cantonaux, il est trop tôt pour vouloir faire connaître le projet via internet. En revanche, cet instrument peut être un vecteur important pour des informations ponctuelles, telles que les annonces de formation ou les forums de discussion. Selon une enquête sur les besoins des médecins réalisée à BeJuNe en début de projet, plus de la moitié des médecins répondants ont un accès à internet, et ils seront plus des trois quart dans les douze prochains mois¹⁴. Cependant, une autre enquête réalisée auprès de médecins romands par la Dresse Pelet affirme que 64,8% des répondants utilisent effectivement internet, mais que seuls 17,4% le font pour chercher des informations sur les dépendances¹⁵.

■ REALISATIONS

Le rapport sur la méthadone de 1995, puis celui du groupe de travail MedRoTox en 1996, mettaient l'accent sur une offre de formation trop lacunaire, tant au niveau du contenu que des structures, et ce dans un contexte où les besoins des médecins semblaient importants. Les projets ont alors fourni plusieurs prestations en relation avec la formation : la gestion d'une ligne téléphonique, la création et l'animation de groupes d'échange d'expérience, ainsi que l'organisation de formations ponctuelles.

GESTION D'UNE LIGNE TELEPHONIQUE

C'était l'un des trois éléments de base du projet vaudois PPMT et, selon l'évaluation de ce projet, «la permanence téléphonique représente l'élément du PPMT le mieux en mesure de s'adapter aux besoins individuels des médecins»⁵. En conséquence, l'OFSP demandait aux différents projets cantonaux de MedRoTox/MeTiTox de mettre sur pied un tel service destiné à renseigner et à soutenir les médecins dans leur travail. Dès le départ, il n'était pas question que la ligne soit à disposition des patients eux-mêmes. En revanche, la diffusion de son numéro aux intervenants autres que les médecins fut une initiative reçue positivement.

Les lignes téléphoniques qui ont été mises en place fonctionnent de deux manières différentes : soit sur un mode de permanence, comme à Genève, soit à partir d'une offre décentralisée, comme en Valais. Dans le premier cas, les appels sont reçus par un télé-secrétariat médical, qui indique comment joindre le coordinateur en fonction (les gardes hebdomadaires sont organisées sous la forme d'un tournus). Dans le second cas, les numéros à disposition sont ceux des quatre médecins MedRoTox. Ils peuvent donc être appelés en tout temps et c'est la région d'exercice du médecin qui détermine la personne de référence.

Le nombre d'appels pour la période concernée s'élève à 279 pour Genève et à 48 pour le Valais. La différence, qui peut paraître importante, doit être considérée en fonction du nombre de patients traités dans chacun des cantons et l'on retrouve ainsi un volume d'appels comparable par patient entre les deux cantons. A Genève, seul canton à avoir fourni des statistiques concernant les appels, on constate que 53% des appels proviennent de la population cible, à savoir les médecins installés. Les autres appels sont issus de la Division d'Abus de Substances (HUG) et d'autres institutions, comme la Fondation Phénix, la prison, ainsi que des appels divers (pharmacien, médecin, services sociaux).

Deux projets cantonaux n'ont pas mis en place de ligne téléphonique. Les raisons invoquées sont différentes : pour l'un, c'est le manque de besoin (Fribourg) et pour l'autre (BeJuNe) c'est un choix stratégique qui est de mettre plutôt l'accent sur un forum internet. Pour le responsable de BeJuNe, un tel forum présente l'avantage de créer une mémoire des questions posées et de leurs réponses. Il permet donc une évaluation en temps réel des problèmes et

des besoins des praticiens^{16,17}. Il est accessible à tous les utilisateurs munis d'un mot de passe^{d,18}.

Un outil complémentaire au fonctionnement de la ligne téléphonique ou du forum est le classeur élaboré par les responsables MedRoTox/MeTiTox dans chaque canton, et qui est basé sur celui édité par le GPMA en 1997. Les informations qu'il contient sont autant d'ordre théorique que pratique pour mener un traitement par la méthadone. Ce classeur a été diffusé de différentes manières, à la demande ou à large échelle, mais généralement les médecins prescripteurs des cantons concernés l'ont tous dans leur bibliothèque. Outre son utilité directe comme source d'informations pour le médecin, ce classeur, au travers de la coordination romande, contribue à harmoniser les directives cliniques servant de standard pour les traitements des dépendances.

CREATION ET ANIMATION DE GROUPES D'ÉCHANGE

Ces groupes d'échange d'expériences sont également inspirés du PPMT. Ils avaient alors permis aux médecins d'améliorer leurs connaissances thérapeutiques et d'harmoniser leurs pratiques. Ces groupes sont ainsi apparus comme un lieu privilégié de mise en commun d'expériences personnelles et de discussion de cas. Ils permettent aussi aux participants de briser un sentiment de solitude face aux problèmes de dépendance et de discuter les difficultés liées à la prise en charge des patients.

^d <http://www.romandieaddiction.ch/pro/> .

Tableau 1 Organiser des activités de formation/animation de groupes d'échange

Cantons	Nombre groupe	Supervision	Nombre réunions	Nombre partenaires	Remarques
VS	3	oui	H-VS : 1 par mois B-VS + central : 1 tous les 2 mois	5 à 9	Reconnu comme crédit de formation
GE	1	non	15 réunions pour les 3 ans	10 en moyenne, mais 31 diff.	Réunions sur des thèmes spécifiques + cas Reconnu comme crédit de formation
BeJuNe	2(Ne)	non	6 pour le haut du canton NE	3 à 6	Participation de médecins et pharmaciens
FR	3	non	3 à 4/an	4 à 7	Discussion de cas et revue de littérature
TI	5	non	12 pour les 5 régions (1 an)	8 à 10	multidisciplinaire

Tous les cantons ont organisés de tels groupes et, généralement, avec une bonne couverture régionale, puisque le Valais et Fribourg ont chacun créé trois groupes couvrant notamment les différentes régions linguistiques, et que le Tessin a lui mis sur pied cinq groupes régionaux. La composition des groupes, leurs fonctionnements et les questions abordées varient toutefois sensiblement d'un canton à l'autre. Au Tessin, des intervenants non médecins ont souvent participé aux activités des groupes. Ailleurs, ce sont presque exclusivement des médecins qui ont fréquenté les réunions. La fréquence de celles-ci varie passablement puisqu'on en recense entre une et douze par année selon les cantons. La participation est de manière générale assez faible et varie selon que la tradition de collaboration est plus ancrée chez les médecins de la région concernée. Ces réunions semblent toutefois utiles aux praticiens puisqu'elles répondent notamment à un besoin de «décloisonner» les pratiques. Généralement, la formule adoptée pour ces groupes est celle de discussion de cas, mais il n'est pas rare d'avoir des présentations sur un thème donné, comme cela se fait à Genève.

La supervision externe n'existe en pratique qu'en Valais. Elle est réalisée soit par un spécialiste des dépendances, soit par une personne du domaine psychiatrique. Ces superviseurs, plutôt spécialistes de la relation humaine que du traitement à la méthadone, permettent aux participants de prendre du recul vis-à-vis de leur pratique et ne sont pas là pour sanctionner ce qui est «juste» ou «faux»¹². La satisfaction des participants vis à vis de ces supervisions semble élevée et leur participation donne lieu à des crédits de formation. A ce propos, la reconnaissance de ces activités par les sociétés médicales est quelque chose d'important dans le cadre de MedRoTox/MeTiTox, non pas forcément pour le fait d'acquérir des points de formation continue (le quota nécessaire est vite atteint), mais plutôt parce que le traitement des problèmes de dépendance doit être reconnu par la médecine au même titre que d'autres spécialités.

ORGANISATION DE FORMATIONS PONCTUELLES

Un des constats du rapport du groupe de travail MedRoTox était la disparité des moyens à disposition entre les cantons disposant d'une faculté de médecine et les autres. Il fallait alors

fournir une offre décentralisée pour éviter que ces disparités entre les centres universitaires et la périphérie ne s'accroissent.

Tableau 2 Organisation d'activités de formation/formations ponctuelles

Cantons	Nombre formations	Nombre part. total	Thèmes/type	Module alcoologie	Remarques
VS	3	125 (75 méd.)	Toxicomanie, alcool, entretien motivationnel	oui (B-VS) début H-VS	Reconnues comme crédit
GE	2		Analyse dans les urines		Public : médecins et assistantes
BeJuNe	BeJuNe : 1	11	Module de formation sur 3 après-midi		Enquête préalable pour mettre à jour les besoins
	Be : 1	50 (15méd.)	Colloque multidisciplinaire de réseau		
	BeJu : 2	8, resp. 14	Méd. et dépendances, resp. pharmacothérapie des dépendances		
FR	2	40 méd.	Toxicomanie, méthadone et comorbidité, alcool	Oui (10 participants)	
TI	2	105 (77 méd.)	Toxicomanie, méthadone et comorbidité	Non	Public : médecins, intervenants sociaux, pharmaciens

L'organisation de formations ponctuelles figurait dans le mandat de chaque canton. La réalisation de cette activité varie passablement d'une région à l'autre, principalement en raison de choix stratégiques différents. Ce sont surtout le Valais et Fribourg qui se sont investis pour mettre sur pied des journées de formation, Genève et BeJuNe ayant choisi de s'investir sur d'autres points en orientant plutôt les praticiens soit vers une offre déjà existante (FORDD, etc.), soit vers des formations préparées pour le projet et organisées à un niveau supra-cantonal (p.ex. COROMA).

Selon les responsables, organiser de telles manifestations demande un investissement important, tant au niveau des ressources humaines que financières, alors même que la participation est relativement peu élevée. En conséquence, il peut être suggéré d'utiliser des projets comme MedRoTox/MeTiTox comme relais ou diffuseurs de l'offre existante plutôt que comme créateur de formations. Il semble aussi que, pour les praticiens déjà concernés par la prise en charge des patients toxicomanes, ces formations ponctuelles ne répondent pas véritablement à un besoin : «les médecins qui acceptent ces patients s'estiment bien formés et ne sont que modérément demandeurs de formation continue»¹⁸. Les réticences à prendre en charge des personnes dépendantes paraissent plus liées à une question de représentation et d'attitude, et il est peu réaliste de vouloir modifier ceci par le biais de formations spécifiques.

L'activité de formation garde néanmoins tout son intérêt quand il s'agit de sensibiliser aux problèmes de dépendance de nouveaux médecins qui s'installent. Dans cette optique, il est

néanmoins aussi préférable de s'inscrire dans un calendrier de formation déjà existant. Ceci va permettre d'une part de bénéficier d'une participation plus importante, et d'autre part de toucher un public qui ne se sent pas concerné au premier abord.

ANIMATION DU RESEAU

Dans l'ensemble, les cantons font beaucoup pour promouvoir les relations avec les instances qui s'occupent des problèmes liés aux dépendances.

Dans le Haut-Valais, par exemple, où se faisait sentir une plus grande réticence à la prise en charge des patients dépendants par des médecins privés, le coordinateur régional a mis sur pied un groupe «KOS» (Koordinationsgruppe Oberwallis für Suchtprobleme). Celui-ci réunit différents acteurs, responsables d'institutions impliquées dans la prise en charge de patients dépendants (alcool ou drogues illégales) dans le but d'obtenir une meilleure coordination des actions, et surtout de faire reconnaître les médecins de premier recours comme de vrais partenaires. Un autre exemple est celui de Fribourg, où le responsable a organisé une table ronde avec différents acteurs concernés. Enfin, dans la région BeJuNe, un projet de protocole de collaboration interprofessionnelle existe pour Ne et Ju. Pour Ne, il s'agit de la collaboration entre les médecins de premier recours et le Centre de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie.

Finalement, le GPMA à Genève et le coordinateur de BeJuNe sont très impliqués dans différentes commissions comme l'Association des Médecins de Genève, la Commission mixte en matière de toxicomanie et la Commission officielle de Jeunesse pour le premier; le groupe de pilotage du COROMA, la Commission d'experts de l'OFSP pour la formation dans le domaine des dépendances, parmi d'autres, pour le second.

PROMOTION DE LA «JUSTE» RETRIBUTION AUPRES DES CAISSES MALADIE

Le problème du paiement des prestations médicales par les patients toxicomanes n'est pas nouveau. Le rapport d'évaluation du programme PPMT en 1994 relevait déjà ce dysfonctionnement et recommandait la recherche de solutions. Aujourd'hui, il semblerait que la situation n'ait pas fondamentalement évoluée, exception faite pour le canton de Genève, puisque l'étude auprès des praticiens romands concernés par la prise en charge des toxicomanes révèle que 56,7% des répondants ont des difficultés de paiement des consultations¹⁵. Les arrangements se font alors au cas par cas, souvent en s'appuyant sur les services sociaux régionaux.

Tableau 3 Améliorer les conditions de l'exercice/promotion de la «juste» rétribution

Cantons	Convention	Démarche
VS	Non	2 rencontres avec les représentants des caisses dans l'idée d'obtenir le tiers-payant + forfait
GE	Oui	Résultat : 350 patients en cure de méthadone bénéficient de cette convention
BeJuNe	Non	pas spécifié
FR	Non	Démarche auprès des caisses pour l'introduction d'un formulaire de cession. La FFAM n'entre pas en matière
TI	Non	Proposition auprès de la Commission mixte avec les assurances maladie

Genève est le seul canton à avoir obtenu une convention entre certains assureurs et un certain nombre de médecins. Actuellement, 33 médecins ont signé ce document, ce qui représente 350 patients en cure de méthadone en médecine privée. Il est important que ce problème soit réglé, car cela permet une thérapie moins problématique et un gain d'efficacité. En effet, le système du tiers garant représente un écueil majeur dans le cadre de la prise en charge des personnes toxico dépendantes. Il arrive fréquemment que l'argent des honoraires médicaux soit détourné par le patient pour son propre usage. Il en résulte un non-paiement du médecin, qui, de fait, se trouve de moins en moins enclin à s'occuper de tels cas. De plus, le patient toxicomane peut développer un sentiment de culpabilité vis-à-vis de son thérapeute, et ainsi vouloir l'éviter.

■ APPRECIATION DES EFFETS DES PROJETS DANS LES CANTONS

Les effets attendus des projets MedRoTox et MeTiTox étaient les suivants :

- motiver le plus grand nombre possible de médecins de famille à prendre en charge des personnes toxico-dépendantes;
- améliorer la qualité des prestations des médecins au niveau médical et relationnel;
- améliorer la collaboration interprofessionnelle;
- améliorer les conditions de travail des médecins dans ce secteur.

Certaines des prestations effectuées dans le cadre des projets permettent d'avoir des indicateurs quantitatifs d'utilisation, comme le nombre de participants aux formations, aux groupes de supervision, ou encore le nombre d'appels téléphoniques. Ces éléments ont déjà été discutés au chapitre précédent.

En rapport avec le premier objectif ci-dessus, seuls deux cantons précisent qu'il y a eu une augmentation du nombre de demandes d'autorisation de prescription. Pour le Valais, cette augmentation s'élève à vingt-sept autorisations, alors que pour Fribourg, elle représente 10% de nouveaux médecins prescripteurs. Cependant, il n'est pas possible d'évaluer si ces demandes sont directement liés aux effets des projets MedRoTox. Il serait évidemment intéressant de savoir combien parmi les nouveaux prescripteurs ont déjà eu un contact avec les

activités mises en place au cours des projets, et dans quelle mesure cela a influencé leur démarche.

A Genève, bien que la situation soit un peu différente du fait de l'existence antérieure au projet du GPMA, les efforts consentis ont permis d'augmenter considérablement l'intérêt des praticiens concernés par les problèmes de dépendances, puisque le groupe a passé de 15 membres en 1995 à 90 en 2001.

EST-CE QUE LA QUALITE DES PRESTATIONS MEDICALES ET RELATIONNELLES S'EST AMELIOREE ?

Juger de la qualité des prestations médicales est trop ambitieux pour le présent bilan. En revanche, il est possible d'estimer l'impact de certaines mesures sur le contexte global de la prise en charge des patients dépendants. Jusque-là, les médecins s'occupant des problèmes de dépendances étaient souvent quelque peu marginalisés au sein de leur profession : d'une part vis-à-vis des sociétés médicales et d'autre part au sein même des réseaux de praticiens où ils étaient parfois perçus comme des «bricoleurs isolés». L'enjeu était alors de taille : il fallait donner une reconnaissance au secteur des dépendances, le soutenir et obtenir une plus grande participation de la part des médecins installés. La réussite majeure du projet dans son ensemble aura été cette reconnaissance, sans laquelle le projet n'aurait eu qu'une portée minimale. Le traitement des problèmes de dépendances est alors admis au sein même du secteur médical comme une entité à part entière. Le cas de Genève, où le GPMA fait partie intégrante de l'Association des Médecins de Genève (AMG), illustre bien ce propos. Parallèlement, l'identification du réseau MedRoTox/MeTiTox au sein du public cible a aussi contribué à son extension. Fort de cette double reconnaissance, le réseau a pu alors pleinement jouer son rôle de soutien aux médecins généralistes.

Au cours du développement des projets, les responsables se sont aussi trouvés au centre de situations qu'ils n'avaient pas envisagées auparavant. Certains des appels téléphoniques ont contraints les répondants à endosser un rôle nouveau de «médiateur», soit un rôle d'intermédiaire entre les intervenants et les médecins praticiens, ou encore entre les autorités sanitaires et les médecins prescripteurs^{9,12}. Ce développement a mis en lumière deux éléments essentiels du projet : la nécessité d'une fonction d'écoute répondant au besoin des praticiens, et l'importance de l'approche par les pairs, qui permet notamment d'aplanir une difficulté d'ordre relationnel avec une autorité.

Dit autrement, le réseau MedRoTox/MeTiTox joue aussi un rôle de «filet de sécurité» pour les médecins et les patients. Il permet de combler des lacunes dans le fonctionnement du système (p.ex. lorsqu'un médecin est débordé par le nombre de ses patients) et d'accélérer le traitement de certains cas d'urgence.

De l'avis des responsables de projets, la mise en place des réseaux a permis de briser l'isolement dans lequel se trouvaient les praticiens auparavant. Ceux-ci sont plus en confiance et leurs réticences vis-à-vis des patients dépendants ont diminué.

On peut encore noter que, dans l'étude concernant l'attitude des praticiens romands à l'égard de leurs patients dépendants, 62% des répondants genevois et valaisans affirment chercher de l'aide auprès de confrères en cas de problèmes de médication, contre environ 30% dans les autres cantons¹⁵. Or, les réseaux MedRoTox sont particulièrement bien identifiés dans les cantons du Valais et de Genève et il existe peut-être un lien entre ces deux éléments. Finalement, on peut relever que dans un canton comme Genève, où le groupe GPMA est constitué depuis 1994, le soutien financier de l'OFSP via le projet MedRoTox, a permis de structurer les activités et de les développer, ainsi que de lui assurer une reconnaissance envers les pairs et les structures médicales et cantonales.

EST-CE QUE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE S'EST AMELIOREE ?

Un des objectifs du projet était d'envisager une prise en charge plus multidisciplinaire des patients souffrant de dépendances. Selon les responsables des projets cantonaux, c'est surtout au niveau des attitudes entre les différents acteurs que les changements sont sensibles. Au Tessin, particulièrement, où les relations entre les médecins de premier recours et les autres acteurs dans le domaine des dépendances étaient tendues, il y a aujourd'hui plus de considération du travail des uns et des autres. C'est aussi dans ce canton que les groupes d'échanges sont souvent pluridisciplinaires et que 80% des participants reviennent régulièrement dans les groupes. Il y a donc maintenant un interface de discussion entre les différents acteurs et les médecins, et l'on s'oriente désormais plus vers un travail d'équipe. Par ailleurs, les revendications des médecins pour obtenir des centres ambulatoires médicalisés ont progressé grâce à l'appui structuré que représente MeTiTox.

La relation interprofessionnelle a aussi fait un pas en avant dans la collaboration avec les psychiatres qui prend de l'importance dans certaines régions. En Valais, certains groupes d'échanges sont supervisés par des psychiatres et les relations avec la psychiatrie ambulatoire se sont améliorées. A BeJuNe, le travail de réseau serait l'axe prioritaire pour une éventuelle suite du projet, et principalement en instaurant une collaboration plus étroite avec les centres spécialisés.

Finalement, une évolution dans les relations entre les médecins de premier recours et les médecins cantonaux est aussi à noter. De l'avis des responsables cantonaux des projets, elles se sont améliorées et la collaboration aujourd'hui est plus effective. Les médecins cantonaux paraissent aussi parfois désireux de pouvoir s'appuyer sur un groupe et, par la même occasion, de pouvoir se décharger de quelques responsabilités dont certaines liées à la formation des médecins. Par ailleurs, les directives en matière de prescription de méthadone ont été revues dans plusieurs cantons (Genève, Jura et Neuchâtel), et la rédaction de ces directives s'est faite en collaboration entre les médecins cantonaux et les acteurs du réseau MedRoTox/MeTiTox.

EST-CE QUE LES CONDITIONS DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES MEDECINS SE SONT AMELIOREES ?

L'un des principaux défis au niveau des conditions d'exercice était les négociations avec les caisses maladie au sujet des modalités financières de la prise en charge des patients en cure de méthadone. L'obtention d'une convention rassemblant un certain nombre d'assureurs et de médecins dans le canton de Genève est une grande première. Il faudra maintenant évaluer l'impact que celle-ci aura sur la motivation des praticiens à prendre en charge ces patients.

Il faut signaler que la rédaction de nouvelles directives en matière de prescription de méthadone, notamment à Genève, Jura et Neuchâtel, a contribué à leur assouplissement. Le responsable de MedRoTox Genève précise que les directives ne revêtent plus de caractère réglementaire, mais qu'au contraire elles se présentent essentiellement sous la forme de recommandations pratiques plus à même d'orienter le médecin dans ses choix thérapeutiques. Dans les cantons du Jura et de Neuchâtel, la rédaction des nouvelles directives a abouti à la suppression de la notion de dosage maximal pour les traitements à la méthadone, ce qui confère une plus grande liberté de prescription individuelle pour le médecin.

Le projet MedRoTox Genève a mis en place un système pratique et rapide de recherche de places de cure. Basé sur l'emploi du fax comme vecteur d'information, la coordination du GPMA demande trimestriellement aux médecins du groupe quelle est leur disponibilité en matière de places de cure. Une liste est alors tenue à jour et à disposition des médecins et des intervenants. Cela permet d'orienter plus facilement les patients, et surtout d'éviter que le fonctionnement de bouche à oreille ne fasse converger toutes les demandes vers les personnes les plus connues⁹. Il serait alors intéressant de savoir si ce système permet réelle-

ment de raccourcir les délais de prise en charge des patients toxicomanes par des médecins de premier recours.

Par ailleurs, toujours à Genève, un impact très positif a été constaté lors de la recherche de remplaçants. En effet, lorsqu'un médecin généraliste s'occupant de patients dépendants prend des vacances ou sa retraite, il est souhaitable que son remplaçant ait aussi l'habitude de telles prises en charge. Ceci permet assurément un meilleur suivi du patient. Les médecins du groupe GPMA sont tous regroupés sur une même liste qui facilite la recherche d'un tel remplaçant.

■ ENJEUX FUTURS

Le projet MedRoTox/MeTiTox vise les problèmes de dépendances liés aux drogues illégales **et** à l'alcool. Sur les cinq projets étudiés, deux se définissent essentiellement comme des projets «méthadone», un troisième est en train de se réorienter vers les problèmes de dépendance à l'alcool et les deux derniers sont plus clairement des projets visant les dépendances en général. Tous les responsables s'entendent pour dire que le thème de la méthadone doit être le noyau autour duquel vient se cristalliser le projet. C'est certainement le sujet «rassembleur». On peut, par la suite, utiliser la dynamique créée par les problèmes liés aux drogues illégales pour se profiler, lors d'une seconde étape, sur l'ensemble des problèmes liés aux dépendances.

Les projets MedRoTox et MeTiTox ont principalement visé les médecins de premier recours en réponse aux objectifs énoncés. Cependant, peut-être que d'autres secteurs pourraient être intéressés par un tel projet. Le secteur pénitentiaire est par exemple un domaine où les traitements de substitution sont en développement et où les médecins sont confrontés quotidiennement aux problèmes de dépendances. On peut alors s'imaginer que ces médecins pourraient aussi retirer des bénéfices d'une participation à un réseau de type MedRoTox/MeTiTox.

Les relations avec les centres psychiatriques restent encore difficiles, bien que certains cantons aient déjà marqué un pas, comme l'illustre l'exemple des groupes de supervision valaisans. L'étude de la Dresse Pelet a aussi mis en évidence le faible recours aux médecins psychiatres par les généralistes dans la prise en charge des patients dépendants. Pourtant, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et certains spécialistes estiment même que les deux pathologies seront bientôt systématiquement conjointes^e. On sait aussi qu'une (ou plusieurs) comorbidité psychiatrique peut diminuer la réponse au traitement de substitution. Il paraît donc important qu'un accent soit mis sur cette collaboration entre médecins de premier recours et médecins psychiatres.

Le rôle du pharmacien dans le réseau de prise en charge des personnes dépendantes reste aussi une question ouverte. En effet, il fait partie intégrante de ce réseau puisque, dans un grand nombre de cas, c'est lui qui dispense la méthadone dans son officine. Il a alors un contact quotidien avec le patient. Et, comme pour le médecin, le client en cure de méthadone ou le patient en désintoxication alcoolique n'est pas un client comme les autres. Ses demandes et ses attentes ne sont pas les mêmes. Actuellement, les relations entre médecins et pharmaciens sont généralement décrites comme bonnes, et parfois les pharmaciens participent aux groupes de supervision, comme c'est le cas depuis longtemps dans le canton de Neuchâtel. Sinon, si un problème se pose avec un patient en cure de méthadone, le pharmacien prendra directement contact avec le médecin prescripteur, car ce sont généralement des problèmes très concrets et individuels. Dans un système comme MedRoTox/MeTiTox, le pharmacien ne serait certainement pas le premier utilisateur d'une ligne

^e Selon un entretien téléphonique avec le D^r Jacques Besson (Centre St-Martin, Lausanne)

téléphonique, mais en revanche sa participation à des groupes d'échanges, comme à Neuchâtel, apporte très certainement une contribution aux questionnements en vue d'une amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes.

■ BILAN FINAL

Des projets MedRoTox et MeTiTox ont vu le jour dans tous les cantons romands et au Tessin. Du point de vue organisationnel, ce sont des projets qui ne nécessitent pas de structures particulières. En effet, une caractéristique de ces réseaux est de se modeler au contexte local et d'utiliser les ressources existantes, voire de les optimiser. De fait, ce sont des projets qui ne demandent pas non plus un grand investissement.

Du fait de cette capacité d'adaptation au terrain, les projets ont pris des formes un peu différentes en fonction des priorités envisagées dans chaque canton. Certains, comme BeJuNe, ont également effectué une enquête préalable auprès de la population visée afin de définir quelles étaient ces priorités.

La coordination des projets, d'abord envisagée par le biais d'une personne par canton, a rapidement évolué vers un partage à plusieurs. Ceci a permis de trouver plus facilement des personnes disponibles et, par ailleurs, d'éviter une focalisation sur des choix et opinions individuelles.

Un groupe d'accompagnement du projet judicieusement composé favorise sa reconnaissance auprès des différentes instances concernées par ce domaine. Cela permet également de devenir un lieu de discussion des problèmes liés à la prescription de méthadone.

L'expérience a montré qu'il est primordial d'insister sur une bonne stratégie d'information. Insérer des articles dans les revues spécialisées, présenter le projet lors des assemblées des sociétés médicales, ou encore envoyer un courrier aux professions concernées sont les moyens privilégiés.

Dans le cadre des activités de formation, l'offre est assez hétérogène à travers les cantons. Si la ligne téléphonique et les groupes de supervision sont présents presque partout, il subsiste des différences au niveau de l'utilisation de ces services. Il semblerait, qu'en ce qui concerne les groupes d'échanges, une tradition de collaboration soit un facteur favorisant. Pour ce qui est de l'offre de formations ponctuelles, certains projets cantonaux privilégient l'accès à celles déjà existantes au niveau régional et national, considérant que les investissements organisationnels sont trop importants en regard des résultats. Cependant, lorsque de telles formations sont mises sur pied, pour autant qu'elles s'inscrivent dans un calendrier déjà connu, elles bénéficient d'une bonne participation.

Dans le cadre du remboursement des prestations médicales, Genève est actuellement le seul canton à avoir obtenu une convention, signée par un certain nombre d'assureurs et de médecins, et garantissant le tiers-payant à 350 patients en cure de méthadone dans le domaine privé.

Plus généralement, MedRoTox/MeTiTox a favorisé la reconnaissance des problèmes de dépendances comme étant une préoccupation qui doit concerner aussi les médecins généralistes et qui n'est pas l'apanage des seuls spécialistes. Le médecin de premier recours a son rôle à jouer, pour autant que les moyens lui en soient donnés. Jusqu'à maintenant ce médecin était parfois marginalisé dans sa profession, et, de fait, se retrouvait relativement seul face à son patient. Aujourd'hui, il sait qu'il peut être soutenu au sein d'un réseau et qu'il peut partager son expérience avec d'autres.

Grâce aux groupes d'échanges multidisciplinaires, aux groupes d'accompagnement, MedRoTox/MeTiTox a aussi permis un changement d'attitude entre les divers professionnels concernés par les problèmes de dépendance. On s'oriente plus vers une prise en charge

conjointe. De même, les relations avec les médecins cantonaux se sont améliorées, aboutissant à une meilleure collaboration, par exemple lors de la rédaction de nouvelles directives en matière de prescription de méthadone. En outre, les projets MedRoTox/MeTiTox ont développé un cadre dans lequel il est possible d'expérimenter des modèles, comme celui d'un protocole de collaboration interprofessionnel entre les centres spécialisés et les médecins pour la prise en charge des cas lourds.

Finalement, certaines initiatives locales ont permis l'amélioration des conditions de travail des médecins, comme la recherche de places de cure ou de remplaçants à Genève.

En conclusion, on peut donc observer que l'implantation de projets du type de MedRoTox/MeTiTox semble constituer une réponse adéquate aux défis posés par la croissance des cures de méthadone et à leur prise en charge par les médecins de premier recours. Ce peut être aussi une réponse aux problèmes des contraintes inhérentes à la prescription de stupéfiants. En effet, en responsabilisant les médecins, on allège les relations d'ordre réglementaire avec les médecins cantonaux. De tels projets, peu contraignants et peu dispendieux, méritent sans doute d'avoir une place dans tous les cantons de Suisse qui comptent une importante population de personnes dépendantes.

REFERENCES

- 1 Rehm J, Uchtenhagen A. Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001.
- 2 Office fédéral de la santé publique, editor. Statistique nationale de méthadone. Berne: 2002. URL: <http://www.act-info.ch/nms2000/fNMS.htm>.
- 3 Falcato L, Eichenberger A, Zimmer-Höfler D, Rössler W. Die Methadonverschreibung an Opiat-abhängige im Kanton Zürich: Behandlungszahlen, Eintrittsmerkmale und Verlauf. In: Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M, eds. Santé, médecin et société: contributions à la sociologie de la santé. Zürich: Seismo; 1999. p. 332-357.
- 4 Hermann H. Aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz (2000). Basel: Büro für sozioökonomische Studien und Projekte; 2002.
- 5 Meystre-Augustoni G. PPMT: prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie. Rapport d'évaluation. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 112).
- 6 Baierlé JL, Bertschy G, Conne G, et al. Groupe de travail MedRoTox: propositions de mesures susceptibles d'améliorer les conditions de travail des médecins confrontés aux problèmes de dépendances, d'améliorer la qualité de leurs prestations et d'en augmenter le nombre. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1996.
- 7 Favrat B. Vers un réseau romand de médecine de l'addiction (COROMA). Bulletin des médecins suisses 2001;82(11):538-41.
- 8 Pilet F. Approche pluridisciplinaire: l'expérience valaisanne. Rev Med Suisse Romande 1993;113(5):361-2.
- 9 Junet C. MedRoTox Genève: rapport final 01.08.1998-31.12.2001. Genève: 2002.
- 10 Bosia C. Medici Ticinesi Attivi contro la Tossicomania MeTiTox: primo rapporto annuale 1.12.2000-30.11.2001. Lugano: 2001.
- 11 Bosia C, Cassis I, Bernasconi PL, Salvadé G, Testa S, Gianinazzi A. Ordine dei medici del Cantono Ticino, Ufficio del medico cantonale-DOS, editors. MeTiTox: un ruolo per il medico di famiglia 2001-2003. Bellinzona: 2000.
- 12 Pilet F. Formation de médecin de premier recours dans le domaine des dépendances MedRoTox Valais/Wallis: rapport final 15.07.1998-31.08.2001. Vouvry: 2001.
- 13 Lüthi P. MedRoTox Fribourg: rapport intermédiaire 01.10.1999-01.10.2001. Montilier: 2001.
- 14 Dubois JA. MedRoTox BeJuNe: enquête auprès des médecins prescripteurs de méthadone en pratique privée de la région BeJuNe. La Chaux-de-Fonds: 2000.
- 15 Pelet A, Favrat B, Besson J, and Pécoud A. Etude de l'approche des médecins de premier recours à l'égard des patients consommant des drogues dites «dures» et illégales en Suisse romande. A paraître.
- 16 Dubois JA. MedRoTox BeJuNe: rapport intermédiaire I 01.09.1998-31.08.1999. La Chaux-de-Fonds: 1999.
- 17 MedRoTox BeJuNe: rapport final 01.09.1998-31.01.02. La Chaux-de-Fonds: 2002.
- 18 MedRoTox BeJuNe: rapport intermédiaire II 01.09.1999-31.08.2000. La Chaux-de-Fonds: 2000.