



Amélioration de la prise en charge des addictions chez les patients schizophrènes ou souffrant de troubles psychotiques : analyse qualitative des pratiques et pistes pour renforcer la collaboration psychiatrie – médecine générale



MASTER DE SPÉCIALISATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE
TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDE
2024-2025

Auteur :
Dr Snakenbroek Thibaud

Promoteur :
Dr Schepens Pierre

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des médecins qui ont accepté de m'accompagner dans ce travail, en m'offrant leur temps et leur confiance. Le partage de leurs expériences, leurs mots parfois crus et leurs convictions ont permis de rendre ce travail plus vivant, au plus près du réel.

Merci aux différentes institutions qui m'ont ouvert leurs portes, et tout particulièrement à la Clinique psychiatrique de la Forêt de Soignes, sans laquelle ma découverte du monde psychiatrique aurait été grandement différente. Merci également aux équipes du CHU Brugmann, de Sainte-Anne Saint-Rémi et au Réseau Alto pour leur collaboration.

Je souhaite remercier également le Dr Pierre Schepens, qui a su montrer un intérêt particulier à ce travail et m'a aidé à approcher le monde de la deuxième ligne, en m'accompagnant dans ce projet.

Finalement, je remercie ma famille et mes ami-es, présents dans les plus grands moments de fatigue et de doute. Merci également à mes ami-es médecins en dernière année de spécialisation de médecine générale pour leur solidarité et leur soutien indéfectible.

À toutes celles et ceux qui ont, de près ou de loin, ont permis de réaliser ce travail, **merci**.

Résumé

Introduction : La prise en charge des patients souffrant simultanément de troubles psychotiques et de troubles addictifs, dits double diagnostic, constitue un défi majeur en médecine générale et en psychiatrie. Ces patients, souvent marginalisés, posent une problématique complexe nécessitant une coordination étroite entre médecins généralistes et psychiatres. L'objectif de ce travail était d'analyser qualitativement cette collaboration, d'identifier les freins et leviers existants, et de proposer des pistes d'amélioration.

Méthodologie : Vingt entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins exerçant en Wallonie et à Bruxelles (dix généralistes et dix psychiatres). L'analyse, menée selon une approche thématique inductive puis conceptualisante, a permis de faire émerger huit concepts principaux.

Résultats et discussion : L'étude a mis en évidence une prise en charge hétérogène, sans protocole clairement établi. En ambulatoire, la réduction des risques prédominait, tandis que le sevrage était plutôt recherché en milieu hospitalier. La communication entre les professionnels est apparue insuffisante, freinée par des obstacles logistiques, relationnels et sociétaux. Malgré cela, les intervenants ont souligné l'importance d'un lien thérapeutique humain, centré sur la reconnaissance du patient, la prise en compte du somatique, un cadre souple adapté à l'instabilité, et l'implication du réseau de soins incluant équipes mobiles, professionnels de proximité et familles. Plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées, à trois niveaux : soins directs, coordination des acteurs, et freins structurels.

Conclusion : Face à la complexité du double diagnostic, une prise en charge coordonnée et intégrée est indispensable. Ce travail suggère de renforcer les échanges entre généralistes et psychiatres, d'adapter les structures aux réalités du terrain, et d'impliquer davantage les ressources périphériques pour améliorer la qualité des soins apportés à ces patients particulièrement vulnérables.

Mots-clés : Schizophrénie, troubles psychotiques, troubles addictifs, double diagnostic, médecine générale, psychiatrie, étude qualitative.

Table des matières

Introduction.....	1
Développement de la problématique à travers la littérature	2
Les troubles addictifs	2
La schizophrénie.....	3
Le double diagnostic.....	4
Le rôle du médecin généraliste.....	5
Objectifs.....	5
Méthodologie	6
De l'expérience clinique à la problématique de recherche	6
Justification du choix méthodologique	6
Développement de la grille d'entretien.....	7
Réalisation des entretiens semi-dirigés.....	8
La grille d'analyse	9
Résultats.....	10
1 ^{er} concept : Soigner sans mode d'emploi	10
1.1 Se soigner en consommant ?	10
1.2 Prescrire à tâtons.....	11
1.3 Quand la parole soigne.....	13
2 ^{ème} concept : Une réalité déphasée.....	14
2.1 Parler sans se rencontrer.....	14
2.2 Vivre à côté du monde.....	14
2.3 Savoir saisir l'instant.....	15
3 ^{ème} concept : Un fil entre deux mondes.....	16
3.1 Être reconnu humainement.....	16
3.2 Le corps comme porte d'entrée	17

3.3 Maintenir une présence, malgré l'absence	17
3.4 Le travail d'une vie	18
4 ^{ème} concept : Un cap mouvant	18
4.1 L'ambulateur : Stabiliser sans imposer	19
4.2 L'hôpital : un espace à l'abri	20
4.3 Une continuité dans l'alternance	20
5 ^{ème} concept : Une parole qui ne circule pas	20
5.1 Des verrous logistiques au quotidien	21
5.2 Une peur de l'autre rive.....	22
5.3 Une société de soins pensée en silos.....	23
6 ^{ème} concept : Quand l'hôpital isole au lieu de relier	25
6.1 Une entrée sans dialogue.....	25
6.2 Pendant l'hospitalisation : une parenthèse coupée du réel.....	26
6.3 Une sortie... sans passage de relais	27
7 ^{ème} concept : Tisser autour du patient.....	29
7.1 Équipes mobiles : un relais à géométrie variable	29
7.2 Soins de proximité : un tissu de soin diffus.....	30
7.3 La famille : le poids des liens	30
8 ^{ème} concept : Des limites structurelles qui persistent	32
8.1 Des soins engagés dans un cadre sous tension	32
8.2 Une organisation à contre-temps	32
8.3 Un système connecté, des soins déconnectés	33
Discussion.....	34
Interprétation des résultats	34
Le soin direct au patient	35
La coordination des soins.....	36

Les freins structurels ou politiques.....	38
Limites et biais de l'étude.....	39
Perspectives.....	40
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	42

Introduction

La rencontre. Voilà la raison pour laquelle j'ai choisi la médecine générale. Cette opportunité rare et précieuse de pouvoir accompagner autrui, parfois à un moment de bascule, de trouble, de vulnérabilité. Nous sommes des passeurs, parfois guides, mais toujours des confidents. Dans l'écoute de toutes ces petites histoires des patients, nous créons un lien qui donne un nouveau sens à la médecine générale, qui n'est plus seulement traitante, mais véritablement de famille.

Entre la fin de mon master et le début de mon assistantat, j'ai eu l'opportunité de travailler à la clinique psychiatrique de la Forêt de Soignes. J'y assurais le suivi somatique de patients hospitalisés en psychiatrie générale, médico-légale et addictologie, en collaboration avec les psychiatres en charge. C'est à travers cette rencontre, avec ces patients aux trajectoires de vie complexes que la question de l'addiction et son impact sur le quotidien s'est réellement imposée à moi pour la première fois. Loin des représentations théoriques, elle m'a confronté à la détresse mais aussi aux ressources de ces patients souvent mis à l'écart des soins.

Ce fil rouge n'a cessé de se renforcer au fil de ma formation. Lors de ma première année d'assistantat, j'ai eu l'occasion d'accompagner un patient sans antécédent psychiatrique dans un travail de sevrage progressif de plusieurs substances addictogènes. Ce travail de longue haleine m'a permis de m'intéresser plus spécifiquement aux subtilités rencontrées en médecine générale : l'adhésion, la compliance et les obstacles à l'accompagnement rencontrés en ambulatoire. Et enfin, durant ma deuxième année, en travaillant aux urgences de Sainte-Anne Saint-Remi, j'ai été confronté à plusieurs situations de décompensations psychotiques sur fond de consommation. L'imbrication entre psychiatrie et addiction s'est alors imposée comme une évidence.

Ces patients dits « double diagnostic » subissent une double marginalisation : d'une part en raison de leur maladie psychiatrique stigmatisante, sur laquelle une étiquette indélébile va être apposée et d'autre part du fait de leur consommation qui exacerbe souvent leur souffrance et complique leur prise en charge médicale. Ce que mes rencontres ont pu mettre en évidence, c'est que la prise en charge de ces patients constitue une problématique complexe et particulièrement sensible tant elle met en exergue le manque de structure claire et le manque de communication entre deux secteurs majeurs de la santé, psychiatrie et médecine générale.

Dans un contexte où les soins psychiatriques sont saturés et où la médecine générale est de plus en plus sollicitée pour des problématiques de santé mentale complexes, la coordination entre

psychiatres et médecins généralistes devient cruciale. Pourtant, force est de constater que ces deux acteurs clés du soin restent souvent isolés l'un de l'autre, chacun dans son *silo*, confrontés à des difficultés logistiques et communicationnelles souvent floues et méconnues pour l'acteur se trouvant sur l'autre rive.

Ce travail vise précisément à analyser qualitativement la prise en charge actuelle des patients psychotiques présentant des troubles addictifs en médecine générale, en collaboration avec la psychiatrie spécialisée. À travers l'analyse de vingt entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes et psychiatres, ce mémoire explore les freins et les leviers à l'approche de ces patients et à une collaboration efficace. L'objectif étant de dresser un état des lieux des pratiques existantes, d'en identifier les limites, mais aussi d'en tirer des pistes prometteuses d'amélioration.

Dès lors, ce TFE se positionne comme un pont vers une prise en charge plus intégrée, de ces patients particulièrement vulnérables, représentant parfois simplement une caricature poussée à l'extrême de nos autres patients, pris entre deux secteurs qui se côtoient mais qui ne dialoguent pas.

DEVELOPPEMENT DE LA PROBLEMATIQUE A TRAVERS LA LITTERATURE

Pourquoi certains patients psychotiques consomment-ils régulièrement des substances, malgré les risques connus de décompensation ? Pourquoi, malgré les alertes, malgré les hospitalisations, la consommation persiste, voire s'intensifie ?

Et surtout : que faire, en tant que médecin généraliste, lorsqu'un patient revient, chaque mois ou chaque semaine, oscillant entre stabilité et rechute ?

La littérature, si elle documente bien les statistiques de ces réalités, reste plus discrète lorsqu'il s'agit d'éclairer la place du médecin généraliste face à ces patients à double vulnérabilité. C'est dans cet entre-deux que s'ancre ce travail.

Les troubles addictifs

Les troubles addictifs représentent une problématique fréquente en médecine générale, et d'autant plus dans les contextes de précarité sociale ou de vulnérabilité psychique. En Belgique, selon l'Enquête de Santé de Sciensano (2018) et le rapport interfédéral 2024-2025, plus d'un quart des adultes (27,4 %) présentent des épisodes d'hyperalcoolisation mensuelle. Le tabac concerne encore 19 % de la population, bien que son usage diminue chez les jeunes, désormais plus exposés à la cigarette électronique.

Le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée (22,6 % au cours de la vie, 7 % dans l'année), mais la consommation de cocaïne, d'ecstasy/MDMA et d'amphétamines est en nette augmentation. Le protoxyde d'azote, bien que difficile à mesurer précisément, semble également émerger comme usage à risque, notamment chez les jeunes.

Cette évolution se confirme dans des travaux de terrain : les mémoires de Orlov-Andersen (2024) et Matchikh (2023), menés en milieu hospitalier psychiatrique, rapportent une hausse marquée de la consommation de cocaïne (de 5,4 % à 14,5 %), de cannabis (de 56 % à 74 %), et d'opiacés (de 12,5 % à 27,5 %) en dix ans. Ces données mettent en lumière une polytoxicomanie croissante, souvent en lien avec des parcours de vie précaires et fragmentés.

La schizophrénie

Les troubles psychiatriques sévères représentent une problématique de santé publique majeure. Aux États-Unis, leur prévalence est estimée à 4,2 % chez l'adulte. En première ligne de soins, la prévalence du trouble bipolaire varie entre 0,5 % et 4,3 %, tandis que celle des maladies du spectre bipolaire atteint environ 9 %. La schizophrénie, quant à elle, touche environ 24 millions de personnes dans le monde, soit une personne sur 300.

Son début précoce, souvent entre 18 et 30 ans, et son évolution chronique exposent à une désinsertion progressive. Les patients atteints de troubles psychotiques présentent une surmortalité 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale, avec une espérance de vie réduite de 10 à 17 ans, due majoritairement (60%) à des comorbidités somatiques mal prises en charge.

La littérature décrit un tableau clinique marqué par des troubles cognitifs, une méfiance vis-à-vis des soins, une faible observance et une tendance à l'isolement. Ainsi, les symptômes psychotiques s'associent fréquemment à des troubles dépressifs (42,4 %), anxieux (38,6 %) ou paniques (24,8 %).

Depuis les années 1990, plusieurs études ont souligné l'importance du rôle du médecin généraliste dans leur approche globale pour améliorer la qualité de vie de ces patients. En effet, plusieurs études européennes ont montré que les patients atteints de troubles psychotiques consultent leur médecin généraliste autant, voire plus que la population générale, notamment pour des problèmes somatiques ou des demandes indirectes.

Le double diagnostic

Le terme de double diagnostic désigne la co-occurrence d'un trouble psychiatrique sévère et d'un trouble lié à l'usage de substances. Selon le DSM-5 et l'EMCDDA, cette situation concerne 30 à 50 % des patients atteints de troubles psychotiques. Le cannabis et l'alcool sont les substances les plus souvent impliquées, mais la cocaïne, les amphétamines ou les opiacés apparaissent de plus en plus fréquemment.

La littérature propose plusieurs hypothèses étiologiques : facteurs génétiques partagés, mécanismes neurobiologiques communs, contexte social défavorisé. Aucune ne suffit à elle seule, mais toutes soulignent une vulnérabilité multifactorielle.

Les études convergent pour souligner que le double diagnostic est associé à une majoration des difficultés thérapeutiques : instabilité clinique, rechutes fréquentes, mauvaise observance, hospitalisations répétées, et isolement social. Ces patients présentent également un risque plus élevé de comorbidités somatiques, de troubles cognitifs, de marginalisation et de comportements à risque.

Face à cette complexité, la littérature distingue plusieurs modèles de prise en charge :

- le modèle séquentiel, qui traite un trouble après l'autre ;
- le modèle parallèle, dans lequel deux filières distinctes prennent en charge chacune un trouble ;
- et le modèle intégré, dans lequel une seule équipe suit les deux dimensions.

Ce dernier est aujourd'hui largement recommandé, pourtant, en pratique, les prises en charge intégrées restent rares. Les patients naviguent entre deux services qui se renvoient la responsabilité : la psychiatrie ne prenant pas en charge les consommations actives, et l'addictologie refusant les psychoses non stabilisées.

Le rôle du médecin généraliste

Alors que les modèles théoriques existent, la littérature reste discrète sur le rôle réel du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en double diagnostic. Très peu d'études explorent les pratiques concrètes des médecins généralistes face à ces patients, leurs ajustements quotidiens, leurs dilemmes ou leurs ressources. Et encore moins s'intéressent aux relations entre généralistes et psychiatres dans ce contexte spécifique.

Pourtant, dans la littérature, il semblerait que les généralistes sont souvent les seuls à voir régulièrement ces patients, à assurer les renouvellements, à entendre les rechutes, à détecter les signaux faibles, à maintenir un lien minimal avec le soin.

C'est cette zone grise que ce travail cherche à explorer : non pas celle des grands modèles théoriques, mais celle du terrain, des rencontres difficiles, des équilibres précaires, et des efforts souvent invisibles pour faire tenir, tant bien que mal, une alliance thérapeutique.

OBJECTIFS

Après avoir exploré cette problématique et ses zones d'ombre, l'objectif principal de ma recherche est d'identifier plus clairement les obstacles rencontrés dans le suivi en médecine générale des patients souffrant simultanément de troubles psychotiques et de troubles addictifs. Ce travail vise également à repérer les leviers et ressources mobilisables autour de ces patients, en s'intéressant tout particulièrement à la relation entre la psychiatrie et la médecine générale.

Plus spécifiquement, cette recherche vise à :

- Documenter la manière dont les troubles addictifs sont pris en charge chez les patients psychotiques, notamment en première ligne.
- Identifier les obstacles rencontrés et les facilitateurs repérés dans les pratiques cliniques des médecins généralistes et des psychiatres autour de ces patients.
- Analyser la communication entre le milieu spécialisé psychiatrique et la médecine générale autour du patient psychotique dans le cadre du sevrage des addictions pour mettre en lumière les points de rupture et les possibilités d'amélioration.
- Proposer, à partir de cette double lecture croisée des entretiens, des pistes d'amélioration concrètes pour renforcer la continuité et la qualité de la prise en charge de ces patients doubles diagnostics.

Méthodologie

De l'expérience clinique à la problématique de recherche

L'élaboration de ma recherche s'est construite par étapes, à partir de mes expériences cliniques et de questionnements apparus au cours de ma pratique. Elle a ainsi commencé durant mon parcours académique où j'ai pu constater que les troubles psychotiques et les addictions étaient abordés de manière séparée, sans réelle formation approfondie sur leur lien, alors même que leur association est fréquemment décrite dans la littérature.

J'ai alors entrepris une première recherche bibliographique visant à identifier les connaissances existantes et les zones d'ombre entourant la prise en charge des patients souffrant à la fois de psychose et d'addiction (Annexe 1). J'ai ainsi pu développer 3 questionnements principaux dont un qui, selon moi, portait vraiment l'essence de ma réflexion :

Faut-il toujours pousser au sevrage chez les patients psychotiques ou existe-il des situations dans lesquelles il serait préférable de laisser une consommation légère pour ne pas nuire à l'équilibre du patient ?

Fort de ce questionnement, j'ai ainsi commencé à en discuter autour de moi, auprès de collègues, à d'autres médecins. Les avis étaient souvent divergents mais témoignaient de l'expérience du terrain, où chacun bricolait avec ses propres outils. C'est ainsi que j'ai décidé de mener une enquête qualitative auprès des deux types de professionnels les plus directement impliqués dans la prise en charge de ces patients : les médecins généralistes et les psychiatres.

Justification du choix méthodologique

Touchant profondément à l'humain et à ses représentations, la recherche qualitative s'est ainsi naturellement imposée dans ce cadre permettant de recueillir des données riches sur les expériences personnelles des médecins, et d'obtenir une meilleure compréhension de la complexité de la prise en charge de ces patients.

Cherchant à faire naître une réflexion chez les intervenants, sans imposer d'hypothèse préconçue, j'ai opté pour une analyse thématique inductive qui s'est par la suite précisée en analyse par catégories conceptualisantes. Mon intention initiale était de favoriser une effervescence d'idées à travers la dynamique collective des focus groupes, composés de 6 à 12 participants d'une même spécialité. Cependant, face aux difficultés logistiques, je me suis tourné finalement vers la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec les mêmes objectifs.

Pour m'encadrer dans ce projet, je me suis tourné vers le Dr Schepens Pierre, Directeur général médical & médecin chef de la clinique psychiatrique de la forêt de Soignes que j'ai eu la chance de rencontrer et qui a pu porter un réel intérêt à cette problématique tout en m'accompagnant dans ce parcours.

Développement de la grille d'entretien

A partir des expériences cliniques, des questionnements issus de la littérature et en collaboration avec le Dr Schepens, une première grille d'entretien a pu être élaborée (Annexe 2). Elle comprenait de multiples questions ouvertes articulées autour de 3 axes principaux : la prise en charge des addictions, le patient psychotique et la communication inter-disciplinaire. Pour recueillir le plus d'informations des entretiens, ces questions étaient structurées en 3 volets : une partie commune, une partie spécifique aux médecins généralistes et une autre réservée aux psychiatres.

Au fil des entretiens, cette grille a pu être adaptée pour mieux capter les nouveaux éléments émergents et de mieux s'adapter aux réponses des intervenants. La grille a ainsi connu quelques évolutions avec un tri naturel des questions qui a permis d'obtenir une version finale plus flexible (Annexe 3).

Une fois la première grille réalisée, une demande d'approbation a été introduite auprès du Groupe d'Ethique Interuniversitaire de Médecine Générale (GEIMG) en date du 22 septembre 2024. Le 21 novembre 2024, les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, que le projet de TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'UCLouvain.

Réalisation des entretiens semi-dirigés

L'approbation éthique obtenue, la phase d'entretiens a pu débuter. La sélection des participants s'est faite selon les critères d'inclusions suivants :

- Médecins généralistes diplômés ayant suivi des patients présentant différents troubles psychotiques travaillant en Wallonie ou en région de Bruxelles-Capitale.
- Psychiatres spécialisés dans la prise en charge de patients psychotiques travaillant en Wallonie ou en région de Bruxelles-Capitale.

Aucun critère d'exclusion n'a été posé, hormis une absence d'expérience sur le sujet ou une barrière linguistique. Le recrutement s'est fait par mail, appels téléphoniques, bouches-à-oreilles et contacts directs où les différentes modalités de l'étude ont pu être expliquées. Finalement, aucun participant n'a été exclu.

Au total, un échantillon final de vingt entretiens a été constitué : dix auprès de médecins généralistes et dix auprès de psychiatres. Ils ont été réalisés en présentiel, en visio-conférence ou encore par téléphone pour s'adapter aux disponibilités et possibilités de chacun. Chaque entretien a duré en moyenne entre 30 et 55 min pour un total de près de 12h d'interviews (Annexe 5) et ont été réalisés entre mi-février et mi-mars 2025.

Avec le consentement préalable des participants, les échanges ont été enregistrés puis intégralement retranscrits avant d'être détruits. Pour faciliter mon travail de retranscription, j'ai utilisé le logiciel professionnel SonixAI. J'ai également veillé à garantir l'anonymat des intervenants et des patients en supprimant toute donnée permettant une identification.

Au final, l'échantillon a pu être constitué grâce à la collaboration de la Clinique psychiatrique de la Forêt de Soignes, du réseau Alto, du CHU Brugmann, de la Clinique Sainte-Anne Saint-Remi, ainsi que de plusieurs médecins généralistes indépendants.

La grille d'analyse

L'analyse qualitative a été ainsi conduite selon une démarche d'analyse par catégories conceptualisantes. Dès les premiers entretiens menés auprès des médecins généralistes, une première version de la grille d'analyse a été élaborée, organisée autour de plusieurs thèmes émergents.

Au fur et à mesure de l'analyse, la grille s'est enrichie, de nouveaux sous-thèmes sont apparus, certains autres ont été réorganisés ou fusionnés. Ce phénomène s'est d'autant plus accentué avec le passage aux premières interviews des psychiatres dont le nouveau point de vue a nécessité une adaptation de la grille initiale.

Enfin, après l'analyse de l'ensemble des 20 entretiens, la grille a connu une dernière modification et a pu être finalisée (Annexe 4). De ces thèmes et sous-thèmes, huit grands concepts principaux ont émergé, dessinant la réalité du patient double diagnostic :

- 1. Soigner sans mode d'emploi**
- 2. Une réalité déphasée**
- 3. Un fil entre deux mondes**
- 4. Un cap mouvant**
- 5. Une parole qui ne circule pas**
- 6. Quand l'hôpital isole au lieu de relier**
- 7. Tisser autour du patient**
- 8. Des limites structurelles qui persistent**

Chaque concept regroupe des sous-thèmes spécifiques, organisés à partir des verbatims, de manière à restituer au plus près la richesse des discours recueillis. L'analyse s'est ainsi faite manuellement, à l'aide de tableaux thématiques croisant les entretiens.

Résultats

1^{ER} CONCEPT : SOIGNER SANS MODE D'EMPLOI

1.1 Se soigner en consommant ?

Les professionnels interrogés rapportent une grande variété de substances consommées par les patients psychotiques. Les plus fréquemment citées sont le cannabis, l'alcool, le tabac et la cocaïne, dont plusieurs soulignent la banalisation récente et l'accessibilité accrue. À un moindre degré, d'autres substances sont également mentionnées comme les benzodiazépines, les antalgiques puis viennent le crack, l'héroïne, l'ecstasy/MDMA et autres amphétamines. Une augmentation de la consommation du protoxyde d'azote est aussi remarquée, principalement depuis la période post-covid.

« La cocaïne, c'est un petit peu moins. Enfin, c'est nettement moins addictif que le crack, même si ça reste très addictif au niveau psychologique. Vous aurez remarqué que ça devient aussi une drogue particulièrement accessible. [...] ça devient très banalisé. Ce n'est plus du tout la drogue des années 80. Ça devient vraiment la drogue du pauvre maintenant » Psy 1

Une complexité supplémentaire évoquée est la présence quasi constante de polyaddictions. Certains psychiatres précisent un peu les propos en sous-tendant que l'addiction s'articule souvent autour d'une substance principale accompagnée d'autres, parfois moins ancrées.

« Donc la 90% des patients actuellement avec des troubles de l'usage de substances sont effectivement avec... ce que j'appelle des polytoxicomanies. Donc il y a des assuétudes à différents produits qui peuvent varier d'une période à l'autre d'ailleurs, hein, mais c'est très très rare que j'ai encore des patients avec une seule substance. » MG 10

« Moi je remarque quand même plutôt une addiction principale avec d'autres consommations qui vont s'articuler autour. Mais il y a des substances qui vont être plus faciles à stopper et d'autres qui vont rester. » Psy 7

Outre leur diversité, l'usage de substances est souvent décrit comme un moyen d'automédication visant un apaisement à court terme, anxiolytique. Cette quête de soulagement immédiat, guidée par la recherche d'une énergie désinhibante, s'impose comme un point central de l'usage addictifs chez ces patients. Elle semble répondre à un besoin de s'émanciper de l'effet camisolant de leurs traitements, sans réel regard sur les conséquences à plus long terme.

Certains soignants notent que l'alcool, le tabac et le cannabis sont largement banalisés, en lien avec un environnement social souvent précaire. Elles s'ancrent ainsi dans le réseau social de ces patients, souvent déjà limité, rendant plus difficile leur sevrage.

« Alors vous voyez l'addiction, c'est la manière de la voir aussi qui est importante. Si vous avez une fragilité par rapport à un produit et qu'il existe un produit qui vous permet de vous libérer d'une camisole chimique par rapport à un médicament, bah... » MG 2

« Je dirais le fait qu'il (le cannabis) a quand même beaucoup de place au niveau du réseau social du patient. Et ça, c'est vraiment quelque chose qui est facile à échanger, qui est de l'ordre du convivial, quoi. [...] et donc arrêter complètement, ça revient parfois à changer de fréquentations. Donc ça, c'est vraiment quelque chose de compliqué. Il y a le rôle anxiolytique en soi aussi, donc il y a vraiment tout un travail de psychoéducation à faire à ce niveau là. Je compare parfois ça au sucre pour les diabétiques. Ça fait plaisir sur le moment même, mais ça déstabilise la maladie par après ». Psy 1

Par ailleurs, plusieurs médecins trouvent important de rappeler que ces consommations sont loin d'être anodines et agissent comme un facteur clé de décompensation psychotique, pouvant faire basculer rapidement l'équilibre fragile du patient. Elles entraînent fréquemment un arrêt brutal du traitement, ouvrant la voie à une rupture thérapeutique difficile à rattraper. Le lien de causalité entre le cannabis et les premières décompensations psychotiques est également clairement identifié sur le terrain.

« Franchement, c'est très compliqué une fois qu'ils sont intoxiqués à la cocaïne. [...] il faut travailler à la fois sur une plus grande prudence par rapport à la consommation de cocaïne, même récréative. [...] Ça dérape très vite, ça dérape très très vite. [...] une perte de maîtrise sur la consommation et donc naturellement, dans cette foulée là, un tas de problèmes sociaux, financiers, judiciaires qui se mettent en route et donc un arrêt du traitement psychotique. » Psy 5

1.2 Prescrire à tâtons

Du point de vue des outils disponibles, l'accompagnement des patients en double diagnostic apparaît comme très hétérogène, adapté à la situation spécifique du patient. Aucun protocole standardisé n'est évoqué de manière systématique. Concernant le sevrage des addictions, plusieurs soignants rapportent une utilisation fréquente du diazépam, en particulier dans les phases aiguës de craving, reposant essentiellement sur l'expérience du terrain.

« C'est pas très guideline, mais c'est plutôt empirique. Disons que le diazépam permet d'anxiolyser et de sédaté légèrement, ce qui permet de passer la première phase du sevrage qui est la plus compliquée, [...] Pour être honnête, y a pas grand chose qui aide. Mais ça on voit que ça aide un petit peu. Donc on va quand même recourir souvent à ça » Psy 1

Par ailleurs, plusieurs médecins généralistes et psychiatres s'accordent sur l'utilité de l'utilisation des antipsychotiques, indispensables pour stabiliser la psyché du patient. Certains favorisent ainsi les formes injectables en dépôt, permettant d'éviter les risques de mauvaises compliances ou d'oubli. De plus, ces traitements sont également vu comme un levier permettant le maintien d'un lien régulier avec le patient, aspect décrit comme central dans l'établissement du lien thérapeutique.

« J'utilise le plus ce qui existe en injectable en dépôt, [...]. Parce que je pense que l'oubli est très humain. On n'est pas fait pour être très compliant malheureusement. Donc voilà. Mais en dehors de ça, non, je n'ai pas de préférence d'antipsychotique. Je pense que j'utilise un peu le tout. » Psy 3

Face à des crises aiguës de décompensation chez des patients schizophréniques non traités, certains médecins généralistes instaurent parfois eux-mêmes des antipsychotiques avec prudence, privilégiant alors le risperidone^a ou l'olanzapine^b. Cependant, d'autres expriment une réticence liée à un manque de formation et une méconnaissance sur ces traitements ou sur leurs effets secondaires. Certains décrivent une démarche d'essai-erreur et déplorent le manque de retour de la deuxième ligne quant à leurs questionnements. Certains préféreraient obtenir parfois un simple avis spécialisé ponctuel, sans demande de suivi de psychiatrie associée.

« Je trouve que, en médecine générale, on n'est pas assez formé[...]. C'est à dire que moi j'ai appris sur le tas en imitant ce qu'un psychiatre a fait il y a deux ans sur une dame qui n'était même pas schizophrène, [...], mais elle avait des hallucinations visuelles. Et en gros, je me souviens [...], oui, ça marche pour les hallucinations visuelles, on va essayer. [...] ça a marché super fort, mais c'était de l'essai-erreur, tu comprends? » MG 1

^aCBIP : Posologie initiale de Risperidone : instauré à 2mg/j avec augmentation possible à 4mg au 2^{ème} jour

^bCBIP : Posologie initiale d'Olanzapine : instauré à 10 mg/jour pour épisode schizophrénique

« En général, où j'aimerais bien avoir des avis psychiatriques plus pointus, c'est sur les interactions médicamenteuses et les associations médicamenteuses [...]. C'est pas forcément un suivi, ça pourrait être comme on demande un avis cardio. » MG 9

1.3 Quand la parole soigne

Au-delà des traitements pharmacologiques, plusieurs soignants insistent sur l'importance d'autres approches thérapeutiques relationnelles, centrées sur l'accompagnement du patient dans la durée. Certains décrivent des outils complémentaires considérés comme des aides supplémentaires tels que l'entretien motivationnel ou la promotion d'activités alternatives. Ces approches sont perçues comme des leviers permettant de construire un nouveau sens comblant le vide ressenti, laissé par le sevrage.

« L'idée, c'est quand même de trouver une autre manière de fonctionner sans (les addictions). [...] C'est beaucoup plus intéressant de s'intéresser à faire autre chose, de s'intéresser à une passion, [...] que de consommer quoi. [...] c'est plutôt des choses qui enfin les inscrivent dans un parcours de construction et de vie qui a du sens quoi. » Psy 8

D'autres intervenants insistent davantage sur l'importance du lien continu, reposant sur la parole, l'écoute ou la co-construction d'un récit. Dans ces discours, la relation constitue l'outil central du soin, parfois en dehors de tout cadre structuré.

« L'outil le plus performant et le plus puissant, c'est le langage. C'est la parole. C'est les mots. Il n'y a pas d'autres outils au fond en psychiatrie. [...] la parole qui construit du sens. Construire un texte qui construit du sens. Donc voilà, on écoute les patients, on écrit leur histoire et on tente de cette écriture d'ouvrir de nouvelles perspectives. Il n'y a pas de question de motivation. » Psy 8

« Et dire tu vas aller l'envoyer faire du footing ? Oh là là, on est loin de ce genre de choses là, quoi. Tu vois, déjà ce qui va être important, c'est d'essayer de les garder en lien... » MG6

2^{EME} CONCEPT : UNE REALITE DEPHASEE

2.1 Parler sans se rencontrer

La majorité des intervenants décrivent ces patients double diagnostic comme peu engagés dans leur propre suivi, marqués par un manque de conscience morbide. Ce retrait s'accompagne souvent d'une méfiance diffuse, teintée de paranoïa, envers les acteurs du soin, qu'il s'agisse des médecins, des aides ou des traitements eux-mêmes. Cette défiance s'accompagne parfois d'une rétention des informations, volontaire ou non, que ce soit par honte ou désir de ne pas dévoiler certaines consommations. Cela rend difficile, pour les soignants, l'entrée dans un discours de vérité, au risque de tomber dans ce que certains appellent une « fausse rencontre », où il ne se passe rien, sans jamais accéder au fond.

« Souvent il y a quand même un déni de leur maladie [...], ils se méfient un peu de tout. Ça fait partie de leur pathologie. [...], ils sont en dehors de la réalité. » Psy 6

« Le schizophrène ou le psychotique aime diffracter et donc il va dire une chose à l'un, une chose à l'autre et ne va pas se présenter de la même manière à sa famille. Et donc d'essayer de mettre tout ça ensemble, ça fait une pression, c'est l'idée ». MG 9

2.2 Vivre à côté du monde

Outre les troubles psychiques et des consommations, les soignants soulignent la précarité sociale dans laquelle s'inscrit la majorité de ces patients comme un facteur aggravant central. Les témoignages évoquent des trajectoires de vie instables, des environnements sociaux imprégnés par la toxicomanie, des logements délabrés, voire l'absence totale de domicile. Cette désinsertion progressive les place en marge de la réalité, hors-cadre de la société.

« D'un point de vue plus philosophique, on est dans une société qui est de plus en plus normative, où tout le monde doit faire la même chose au même moment et de la même façon. Et ces gens là, ils doivent se sentir, mais tellement déphasé par rapport à la réalité de ce qu'ils vivent [...] Et c'est des gens qui parfois se sentent tellement exclus de partout [...]. Je trouve qu'il y a parfois un peu des dérives. Quand parfois le médecin conseil voudrait qu'on les remette au travail dans deux mois ou dans trois mois, parce qu'il faut qu'ils soient efficaces et rentables, alors que vous voyez bien que le patient, il décompense, il ne va pas bien et il ne sait plus par quel bout prendre les choses. Oui, il y a un décalage, C'est compliqué quoi. » MG 2

Les médecins rapportent que l'entrée dans les soins ne se fait que rarement à l'initiative du patient. Ils évoquent des situations où le recours au soin est déclenché par l'extérieur via les familles épuisées, les services judiciaires, ou des procédures médicales comme la mise en observation. Certains soulignent que cette dynamique contribue à une désertion des soins, en particulier en médecine générale, où ces patients apparaissent peu ou pas insérés dans un parcours de soin continu.

« Ce sont quand même souvent des patients qui accèdent aux soins en santé mentale via la contrainte. Et puis il faut voir quand il n'y a plus de contrainte, quelle proportion d'entre eux va pouvoir accepter de poursuivre les soins volontaires. [...] Donc je pense que c'est vraiment l'accès aux soins qui est un gros, gros obstacle avant tout autre. » Psy 7

2.3 Savoir saisir l'instant

Malgré les obstacles, plusieurs professionnels évoquent que certains patients, par instants, accèdent à des moments de lucidité, parfois très fugaces, mais précieux pour initier un travail thérapeutique. Ces patients expriment alors un désir de stabilité, d'appartenance et de normalité, en quête de lien social.

*« Ils sont dans l'excès tout le temps, que ce soit d'un côté avec les symptômes positifs ou les symptômes négatifs, il n'y a pas de stabilité. Ils veulent à la fois une stabilité, mais ils veulent une vie normale. C'est ce qu'ils m'ont déjà expliqué. [...] C'est pour ça aussi que je me bats. »
MG 1*

« Ce sont des patients qui vont manquer des rendez-vous, vont pas spécialement prévenir, mais vont m'appeler [...] c'est un moment de prise de conscience, c'est un moment, c'est un peu l'ampoule qui s'allume et faut pas la louper cette ampoule qui s'allume parce que c'est à ce moment là où on peut les avoir. Parce qu'on est le seul médecin qu'ils ont. » MG 1

Ces éclaircies se heurtent cependant à des difficultés structurelles : l'instabilité psychique, les conditions sociales ou les rythmes de vie rendent souvent difficile le respect des rendez-vous, la ponctualité ou la régularité du suivi. Face à cela, chaque médecin a sa pratique, qu'il va adapter à son patient. Certains proposent un accueil sans rendez-vous, d'autres instaurent un cadre plus souple tout en maintenant des repères. Tous cherchent à préserver une disponibilité suffisante pour *ne pas rater la rencontre*, lorsque le patient, même brièvement, est prêt à s'engager. La plupart s'accordent cependant sur l'importance de poser des règles, pour

responsabiliser le patient et le faire entrer dans cette normalité recherchée, établissant l'une des bases du lien thérapeutique.

3^{ÈME} CONCEPT : UN FIL ENTRE DEUX MONDES

Face à un arsenal thérapeutique limité et à une réalité psychotique souvent disloquée, les médecins interrogés établissent que la création d'un lien de confiance reste au cœur de la prise en charge de ces patients. Ils soulèvent principalement quatre dimensions clés : la reconnaissance humaine, le somatique comme porte d'entrée, un cadre souple mais structuré et la discontinuité des soins.

3.1 Être reconnu humainement

Le point le plus important soulevé est cette reconnaissance humaine constituant la première marche dans cette alliance. Offrir une oreille attentive, parfois la seule dont le patient dispose, contribue à le rendre légitime dans la relation de soin, considéré "comme un patient comme un autre". Cette égalité de traitement, même symbolique, participe à l'ancrage relationnel.

« Pour moi, la première chose, c'est de le considérer comme un patient comme un autre. Donc c'est de le recevoir, de prendre du temps avec lui autant que pour un autre patient, de lui dire « bien non, écoute, c'est pas ton tour. Il y avait quelqu'un d'autre avant toi. Il y avait cette madame qui vient. Donc je reçois madame, et puis je te prends après ». [...] ça fait partie du traitement d'être considéré comme un patient comme un autre. » MG 8

En effet, certains décrivent des attachements très forts pouvant se créer avec le soignant. Le patient choisit parfois une personne référente, autour de laquelle se cristallise la relation de confiance, avec un effet stabilisateur.

« Le patient quand il s'accroche avec quelqu'un, il choisit cette personne et il ne veut voir que cette personne. [...] Et donc il faut toujours travailler dans le sens du relais en athlétisme, de passer le témoin si tu veux, mais de rester dans l'affaire. » Psy 1

3.2 Le corps comme porte d'entrée

La deuxième dimension décrite est celle du corps, souvent oublié face à la pathologie psychiatrique. Certains insistent sur l'importance de le considérer comme porte d'entrée du soin, que ce soit à travers les prescriptions de médicaments, des actes simples ou à travers l'écoute des plaintes physiques. En effet, ce rapport au corps offre une opportunité concrète de création de lien et de reconnexion à la réalité du soin. Le suivi de pathologies chroniques ou la gestion ponctuelle de la santé physique deviennent ainsi des fils tenus pour maintenir une présence médicale régulière.

« Je laisse venir. Je suis disponible. Je suis très à l'écoute des plaintes physiques. Qui sont souvent mises de côté chez les patients psychiatriques lourds. C'est souvent ramené à leur pathologie psychiatrique et on est parfois étonné de trouver une hypertension majeure chez un patient qui... En fait, ça fait trois ans qu'il se plaint de maux de tête, qu'il pense que la CIA est dans son hémisphère gauche et qu'en fait... [...] Plus personne n'écoutait. [...] Et puis j'ai pris sa tension et il était à 240 et en fait, il avait mal de tête à cause de ça. [...] ce patient est revenu reprendre sa tension et en fait parfois de s'occuper des plaintes physiques. Ça, ça les humanise aussi. Et moi je les revois là, [...]. Et ça leur fait du bien, je pense, de rester dans notre rôle de généraliste. [...] Enfin voilà, essayer d'avoir un suivi, même chez ceux qui sont complètement déracinés. Rester le médecin en fait. » MG 3

3.3 Maintenir une présence, malgré l'absence

La troisième dimension évoquée est celle d'un cadre à la fois souple et structuré, pensé pour s'adapter à l'instabilité de ces patients. Il ne s'agit pas de suivre des protocoles rigides, mais de proposer des repères clairs, qui permettent de responsabiliser le patient et de l'inscrire dans une forme de normalité, à travers des règles simples et une certaine régularité.

Une consultation toutes les quatre à six semaines est souvent jugée optimale en période de stabilité, avec un rythme plus rapproché lors des phases de décompensation. Pour beaucoup, cette régularité contribue à maintenir la continuité du lien, même lorsque celui-ci demeure fragile.

3.4 Le travail d'une vie

Enfin, la quatrième dimension évoquée est celle de la discontinuité des soins. Le lien, aussi précieux soit-il, reste hautement fragile : les rechutes, les absences, les silences font partie intégrante du parcours. Face à cela, plusieurs soignants insistent sur l'importance de changer de regard sur les objectifs thérapeutiques. Il s'agit d'accepter les retours en arrière, de supporter les lenteurs et de s'ancrer, non pas dans une logique de résultat, mais bien d'accompagnement. Pour ces patients double diagnostic, certains médecins décrivent ce combat comme étant le *travail d'une vie*.

« C'est aussi important d'accompagner ses patients, même à travers la rechute, et surtout à travers les rechutes et de ne jamais considérer que c'est dans la poche, c'est toujours : gagner jamais, soigner souvent, et accompagner toujours. C'est ça le principe. » Psy 1

« C'est une question qu'on me pose souvent. Est ce que finalement vous arrivez à les guérir? Est ce que vous arrivez à les sevrer des produits? Je dis oui et non. Oui, parce qu'on arrive quand même à ce qu'il ne consomme plus le produit de base, mais non, parce qu'ils restent sous traitement tout le temps. Et alors? Est ce qu'un diabétique on va le taxer parce qu'il prend de l'insuline à vie ? » MG 8

4^{EME} CONCEPT : UN CAP MOUVANT

Après avoir exploré la complexité de la réalité psychotique, ainsi que la création du lien thérapeutique, une question revient avec insistance :

Faut-il toujours pousser au sevrage chez les patients psychotiques, ou existe-t-il des situations dans lesquelles il serait préférable de laisser une consommation légère pour ne pas nuire à l'équilibre du patient ?

Cette interrogation, portée comme fil rouge au long des entretiens, révèle une diversité d'objectifs thérapeutiques selon les contextes de soins. Si certains privilégient l'abstinence comme horizon, d'autres adoptent une logique de réduction des risques ou de maintien du lien. La distinction la plus nette semble se dessiner non pas entre psychiatres et généralistes, mais entre milieu ambulatoire et hospitalier.

4.1 L'ambulatoire : Stabiliser sans imposer

En ambulatoire, qu'il s'agisse de médecine générale ou de psychiatrie extrahospitalière, l'abstinence est rarement envisagée comme un objectif réaliste mais plutôt vu comme une utopie thérapeutique. L'accent est de préférence mis sur la stabilisation du patient, la réduction des risques et le maintien du lien. Pour certains, le maintien d'une consommation minimale peut même faire partie de l'équilibre du patient, s'ils sont stables et ne présentent pas de risques pour les autres ou eux-mêmes. De plus, l'impact des consommations sur le cercle social est un point important à prendre en considération.

« Ça, c'est la grande question. Ne pas tomber dans la dérive, de sevrer à tout prix. Il faut que le patient, l'un dans l'autre, il soit confortable et suffisamment fonctionnel » Psy 10

« Comme souvent en psychiatrie, on est rarement dans la guérison. Donc c'est plus de l'accompagnement d'essayer d'éviter que les choses s'aggravent ou ne dérapent, ou les consommations augmentent [...]. Comment avancer petit à petit en ayant une bonne alliance thérapeutique avec le patient pour qu'il puisse quand même imaginer diminuer ou arrêter tout à fait sa consommation. Mais voilà, c'est pas toujours simple. » Psy 6

Cela ne signifie pas que le sevrage est écarté comme horizon. Certains soignants évoquent l'intérêt d'un "wash-out", une période sans consommation permettant de faire la part entre les effets de la substance et ceux du trouble psychique. Lorsqu'un avant/après sevrage est observable, il devient alors un levier de soin, une base pour construire une relation plus claire, et une ressource mobilisable en cas de rechute. Dans cette optique, le sevrage peut alors être envisagé, s'il est progressif, accompagné et surtout décidé avec le patient. Il s'inscrit alors dans une construction de soi, derrière le produit.

« J'ai un monsieur [...] borderline compliqué à gérer en salle d'attente. Mais chaque fois que je le vois sous cocaïne, je lui dis « Putain, t'es vraiment chiant au possible quand tu es comme ça. ». Et quand il ne l'est pas, c'est super chouette. [...] là, il a été hospitalisé pour une endocardite. Et là je peux le voir comme il est réellement. Et ça me fait un outil formidable pour quand il va revenir chez moi en consultation. [...] Sans ça, ben en fait, je n'ai pas de poids en fait. Donc les outils qu'on pourrait utiliser, c'est de pouvoir avoir des contacts avec eux quand ils ne sont pas sous emprise pour pouvoir dire « mais là je te vois et je peux voir la vraie personne que tu es et c'est celle-là que j'ai envie de voir, et c'est à celle-là que je parle en fait. C'est... c'est l'outil le plus fort. » MG 6

4.2 L'hôpital : un espace à l'abri

En milieu hospitalier, le sevrage complet est plus fréquemment poursuivi comme objectif central. Il s'inscrit dans un cadre structuré, régi par des règles explicites du service. Dans de nombreux cas, cette démarche est déclenchée par des pressions extérieures : injonctions judiciaires, demandes familiales, risques médicaux.

À l'inverse, lorsque l'hospitalisation est initiée par le patient lui-même, les professionnels décrivent une démarche plus progressive, souvent précédée de consultations de préadmission et de délais d'attente, signe d'un engagement réfléchi. Cette temporalité permet d'ancrer le sevrage dans un projet plus stable. L'hôpital devient alors un lieu propice à une mise à distance des consommations, un espace protégé pour un wash-out, soutenu par le cadre institutionnel et la présence continue de l'équipe pluridisciplinaire.

4.3 Une continuité dans l'alternance

Ces deux approches, loin d'être incompatibles, sont vues comme complémentaires et nécessitent l'une et l'autre pour s'articuler correctement. La stabilisation ambulatoire peut constituer une étape préalable essentielle avant une hospitalisation volontaire. À l'inverse, un sevrage hospitalier, s'il est amorcé, nécessite un relais solide à la sortie, pour éviter la rechute. Pour que ce va-et-vient thérapeutique puisse fonctionner, les intervenants insistent sur la nécessité d'une coordination forte entre les acteurs du soin, ainsi que d'une communication claire entre les différents dispositifs. Faute de quoi, la trajectoire se fragmente, et la continuité des soins s'en retrouve brisée.

5^{ÈME} CONCEPT : UNE PAROLE QUI NE CIRCULE PAS

La complexité du patient double diagnostic nécessite ainsi un accompagnement au long cours, impliquant une coordination étroite entre les acteurs du soin. Or, les entretiens mettent en évidence une communication encore largement déficiente entre médecine générale et psychiatrie, se heurtant à une série d'obstacles, à la fois logistiques, relationnels et sociétaux. Il ne s'agit pas seulement d'un manque ponctuel d'information, mais bien d'une rupture dans la chaîne du soin, vécue comme un frein majeur à une prise en charge continue.

« Un obstacle qui revient pour tous les troubles de façon générale, [...] Les psychiatres font partie des rares spécialités, mais c'est connu hein, où on n'a pas de retour. » MG 1

5.1 Des verrous logistiques au quotidien

Des deux côtés, le manque de temps fait unanimité. Les pratiques sont déjà saturées, où chaque appel devient un effort difficile à intégrer dans la densité d'une journée. De plus, à ces contraintes s'additionnent des tâches administratives toujours plus nombreuses, notamment en lien avec la multiplication des rapports exigés. Un obstacle également mis en évidence par les psychiatres et déjà discuté auparavant est le manque de précision sur l'identification du médecin généraliste. Certains patients n'en ont pas, et certains ne connaissent pas leur nom, difficulté particulièrement marquée dans les maisons médicales où les intervenants sont multiples.

« Certains patients ne savent pas où ils sont suivis. [...] Et puis on appelle la maison médicale et on ne sait pas très bien chez qui ils ont été. Ils n'ont pas vraiment de médecin attribué » Psy 10

Du côté des médecins généralistes, l'accessibilité au psychiatre relève souvent de la *croix et la bannière*, principalement ressenti lors de deux moments critiques : la sortie d'hospitalisation et les phases de décompensation aiguë. Cette difficulté est partiellement expliquée par la surcharge des praticiens et par extension le manque de disponibilité pour de nouveaux patients, les nouveaux psychiatres étant rapidement pris d'assaut et complets en quelques mois seulement, mais pas uniquement. Un autre frein logistique fréquemment mentionné est l'absence de messagerie directe sécurisée ou de canal d'échange permettant des échanges différés et à un défaut d'identification de psychiatres disponibles.

« On appelle, on appelle, on appelle encore. » MG 3

« Et puis au moment où on a besoin d'avoir un contact avec eux (les psychiatres), [...] y'a personne au bout du fil. [...]. Ce sont deux silos différents le silo de la première ligne de soins et de la pratique de terrain et le silo de la pratique spécialisée en milieu psychiatrique. » MG 8

Comme évoqué précédemment, plusieurs généralistes déplorent le manque d'accès rapide à la seconde ligne en cas d'urgence pour des avis rapides sans suivis. Certains évoquent des propositions de permanence psychiatriques sans rendez-vous dans l'idée d'obtenir un accès plus simple à la deuxième ligne. Dans ce sens, il est intéressant de noter que quelques psychiatres adaptent déjà leurs horaires pour laisser certaines plages de consultations libres dédiés aux demandes d'avis.

« D'avoir des psychiatres plus accessibles dans certains centres par exemple, pas sur rendez-vous justement parce que là, ça aurait du sens. Par exemple une consultation psychiatrique un peu plus ouverte, des permanences en fait. Où la deuxième ligne descend en première ligne, ça pourrait être quelque chose d'utile. [...] Voilà une porte sur la deuxième ligne en fait. » MG 3

5.2 Une peur de l'autre rive

Si les obstacles logistiques entravent les échanges entre généralistes et psychiatres, d'autres freins, plus subtils, relèvent du registre relationnel. Un frein fréquemment évoqué par les médecins généralistes est la peur de déranger face aux spécialistes souvent perçus comme surchargés et inaccessibles. Certains évoquent des retours froids, ou un manque d'ouverture à l'échange.

« Avant, je faisais ça beaucoup, maintenant je n'ose plus. [...] Parce qu'ils n'ont pas le temps. J'ai vraiment peur de les déranger » MG 9

« Enfin moi, j'ai euh, un caractère un peu timide, mais téléphoner à un psychiatre, c'est quelque chose de difficile. Mon dieu, j'ai l'impression qu'on se sent toujours jugé ou pris pour des imbéciles. » MG 4

Ce climat d'hésitation alimente un cercle vicieux : l'absence de contact nourrit un sentiment d'isolement, qui entraîne un désengagement progressif, certains généralistes renonçant à appeler ou préférant gérer seuls les situations complexes. Derrière cette peur se cache aussi une impression d'infériorité implicite entre les deux disciplines, parfois vécue comme un manque de reconnaissance, voire un refus de coopération.

« Alors là, je peux vous dire, c'est pas compliqué, c'est le manque de communication avec le monde psychiatrique, voire même le refus de communication. Donc ça, c'est la plus grosse catastrophe thérapeutique qu'on a. C'est de ne pas avoir de reconnaissance du monde psychiatrique et de participation du monde psychiatrique à notre accompagnement. » MG 8

« Ils se rendent même pas compte. Je me souviens d'en avoir discuté et ils m'ont simplement dit « Ah, ça vous intéresse? » Je dis « oui, oui, je suis médecin, je peux comprendre des mots psychiatriques. Je suis quand même pas semi-débile. [...] Je peux comprendre certains éléments de votre diagnostic et des hypothèses thérapeutiques que vous mettez en place et je pense que c'est important que je les sache par rapport aux interactions médicamenteuses, aux risques que

pourraient prendre certains médicaments qui ne sont pas appropriés, [...] Mais ça n'a pas l'air de changer beaucoup la donne. » MG 8

Ces freins relationnels sont largement partagés dans les entretiens. Même si certains psychiatres sont décrits comme plus ouverts, le sentiment général est celui d'un clivage persistant, qui semble s'enraciner dans un système de soin plus fragmenté, où les disciplines peinent à se reconnaître mutuellement.

5.3 Une société de soins pensée en silos

Les discours recueillis révèlent à quel point la coordination entre médecine générale et psychiatrie reste conditionnée par une logique de secteurs isolés, chacun évoluant dans son univers. Du côté psychiatrique, certains reconnaissent eux-mêmes cette tendance à l'entre-soi, où contacter l'autre acteur n'est parfois pas volontaire mais plutôt un oubli.

« On est pris dans le quotidien, on est comme dans un autre monde, on est dans un entre soi un peu psy comme ça, où on pense pas spécifiquement aux médecins généralistes. Ça c'est vrai, c'est notre problème. » Psy 1

Ce cloisonnement est d'autant plus manifesté à travers le partage d'informations. De nombreux médecins généralistes soulignent le retard systématique dans l'envoi des rapports post-hospitalisation, ou même parfois simplement absents. L'appel au généraliste pendant l'hospitalisation reste rare.

De plus, le manque de partage de rapport sur le réseau de santé wallon amplifie cette scission. Plusieurs psychiatres expriment des réticences à y partager certaines informations, invoquant la sensibilité des données psychiatriques et par raisons éthiques, pour éviter que tel patient soit étiqueté tel ou tel diagnostic, rendant souvent leur accès aux soins plus compliqués, par préjugés.

« Parce qu'on sait bien que quand un patient, qu'il ait quoi que ce soit comme problème, [...] et qu'il est marqué psychotique, ils n'ont pas encore vu le patient, mais ils ont déjà appelé le psychiatre [...] c'est difficile aussi quand on suit un patient régulièrement, de faire un rapport de chaque consultation parce que c'est des choses qui touchent à l'extrême intime, etc. [...] C'est pour ça que l'idée des réunions de concertation autour du patient sont intéressantes. » Psy 1

Pour pallier ce cloisonnement, certains médecins, généralistes comme psychiatres, privilégient alors les réseaux locaux plus fermés aux contacts plus fréquents, souvent créés à travers un réseau de connaissance déjà établi ou de proximité permettant d'accéder à un partage d'informations plus riche. Certains préfèrent contourner l'impossibilité du partage à travers les réseaux de santé habituels en privilégiant les réunions de concertation. Ce travail est facilité également lorsqu'il est déjà inscrit dans une pratique de groupe comme la maison médicale ou les centres de dépendance multidisciplinaires.

« C'est apprendre à se connaître, apprendre à voir la réalité quotidienne de l'autre, et puis de créer ce réseau comme ça, en faisant le lien. Comme on fait avec le patient lambda quoi. » Psy 1

« C'est mon principe. Je refuse jamais un coup de fil. Donc j'ai un numéro de téléphone qui est assez accessible. [...] Mais on a quelques bonnes collaborations aussi, hein, Faut pas croire. Mais c'est souvent en maison médicale. C'est plus difficile pour un individu, pour un médecin généraliste qui travaille à l'ancienne [...] de porter ce genre de patients avec tout ce que ça comporte de complexités... » Psy 5

Cependant, plusieurs psychiatres interrogés soulignent que cette fragmentation ne résulte pas uniquement d'un manque d'outils ou d'organisation. Elle serait aussi liée à des représentations sociales persistantes, qui contribuent à l'évitement de certains profils de patients, en particulier les patients psychotiques. Ils décrivent un désengagement de la part de certains généralistes, extérieurs aux réseaux collaboratifs, qui ne souhaitent pas investir les ressources, le temps ou l'énergie nécessaire pour créer de tels liens parfois par crainte ou par méconnaissance de ces troubles.

« Ca manque de secteur de psychiatrie générale, de psychiatrie d'accueil et de l'autre côté, une sensibilisation au niveau des médecins généralistes [...] de dire que ce sont des patients comme les autres. Il n'y a pas une raison particulière de ne pas les prendre en charge parce qu'ils sont psychotiques. [...] un autre thérapeute aussi connu m'a reconnu, m'a envoyé un patient parce qu'il était bipolaire, donc il estimait qu'il ne pouvait pas s'en occuper, ce qui est complètement ridicule, tu vois. Et donc il y a quand même aussi beaucoup de représentations sociales sur lesquelles il faut travailler. » Psy 1

Ces paroles rappellent que le cloisonnement ne tient pas seulement à l'organisation du système de soins, mais aussi à la manière dont la société pense, ou évite, la question de la folie.

6^{EME} CONCEPT : QUAND L'HOPITAL ISOLE AU LIEU DE RELIER

L'hospitalisation psychiatrique a déjà été évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens, tantôt comme cadre de sevrage plus structuré, tantôt comme réponse à des situations de crise, souvent sous pression extérieure (famille, justice, urgence médicale). Elle peut aussi être le fruit d'un choix réfléchi, amorcé par un patient stabilisé.

Mais au-delà de ces fonctions, l'hospitalisation apparaît ici comme un moment charnière où la communication interdisciplinaire fait souvent défaut.

6.1 Une entrée sans dialogue

Plusieurs psychiatres notent qu'il est relativement rare que l'hospitalisation soit initiée par un médecin généraliste. Cette situation est souvent attribuée à la désinsertion du parcours de soins de ces patients, ou à une difficulté d'identification du médecin traitant, déjà évoquée plus tôt.

Lorsque les patients arrivent via d'autres structures (urgences, institutions psychiatriques ou sociales), le contact entre généralistes et psychiatres reste exceptionnel, sauf en cas de comorbidité somatique urgente nécessitant une clarification.

« J'ai très peu de contacts avec les médecins généralistes, pour ne pas dire aucun, je pense que j'ai eu un seul contact avec un médecin généraliste là, en six mois et c'était juste pour être sûr qu'il était bien suivi chez lui [...]. Personnellement, je dois être beaucoup plus systématique avec chercher qui sont les généralistes. [...] C'est un peu compliqué, on n'a pas le temps, on tombe sur leur messagerie » Psy 9

À l'inverse, lorsqu'un généraliste est à l'origine de la demande d'hospitalisation, les professionnels décrivent des conditions plus favorables à l'échange. Les contacts sont alors plus fréquents, plus naturels.

Cependant, un décalage de perceptions persiste : chacun croit être le plus souvent à l'initiative du contact, tout en regrettant de ne pas être davantage sollicité par l'autre. Cette asymétrie de représentation illustre un réflexe de communication fragile, qui peine à s'installer, même lorsque les conditions sont réunies.

Pourtant, tous les psychiatres interrogés estiment qu'il est toujours bienvenu d'avoir un contact avec le généraliste en début d'hospitalisation pour de nombreux bénéfices. Cela permet d'accéder à des données essentielles (antécédents, état somatique, dynamique familiale) et témoigne d'un ancrage du patient dans un parcours de soins déjà existant.

« On s'étonne souvent de ne pas avoir plus de contacts des généralistes parce que quand on nous appelle, on décroche. Et je pense que chacun est tellement pris par son truc que nous même on n'appelle pas suffisamment, on n'a pas assez le réflexe. » Psy 1

6.2 Pendant l'hospitalisation : une parenthèse coupée du réel

Une fois la porte de l'hôpital franchie, la communication entre soignants reste faible, voire quasi absente. Le contact entre psychiatres et médecins généralistes est rare, dans un sens comme dans l'autre, malgré une conscience partagée de son utilité. Plusieurs psychiatres interrogés estiment qu'un échange au moins une fois par séjour serait souhaitable, mais reconnaissent ne pas toujours y parvenir.

« J'essaie toujours de prendre contact au moins une fois avec le généraliste. [...] Mais je me demande parfois si les généralistes n'osent pas nous déranger. Ils pensent qu'on est trop débordés pour répondre. Alors c'est souvent le cas. Mais on décroche quand même. » Psy 1

De leur côté, certains médecins généralistes interrogés prennent l'initiative de contacter eux-mêmes leurs patients hospitalisés. L'objectif est autant d'avoir un retour clinique que de préserver un lien, à la fois humain et thérapeutique, dans un moment perçu comme flou ou coupé du réel.

En effet, certains rapportent que l'hospitalisation est parfois mal vécue par le patient car pouvant être porteur de désillusions. Certains patients, en attente d'un "miracle", vivent mal le contraste entre leurs espoirs et la réalité institutionnelle : entre médicaments très dosés, le changement de rythme imposé, et les contacts parfois moins fréquents qu'en ambulatoire.

« Les patients en hospitalisation psychiatrique se sentent peu pris en charge [...]. Ils sont débordés aussi je pense. [...] Alors qu'ici, parfois on les voyait tous les jours. [...] Elle est souvent mal vécue quand même au début [...] Le problème, c'est qu'il faut essayer de garder un discours cohérent. [...] On a vraiment en général un lien de confiance très fort. On se connaît bien. Les patients se confient beaucoup » MG 3

Par ailleurs, psychiatres comme médecins généralistes insistent sur l'importance du sevrage hospitalier. Ce moment de "wash-out", déjà évoqué précédemment, permet une fenêtre d'observation précieuse pour voir le patient en dehors de l'effet des substances. Cette observation constitue souvent un repère clé pour la suite du suivi.

« C'est de pouvoir faire la part des choses justement au niveau clinique de ce qui peut être du induit par leur consommation et leur symptomatologie et donc leur traitement aussi. [...] La limite c'est d'y voir clair de ce qui peut être dû à quoi ? Quel est l'état ? Quelle partie est induite par l'addiction et quelle partie en dépend ? » Psy 4

6.3 Une sortie... sans passage de relais

La sortie d'hospitalisation repose généralement sur l'atteinte d'une forme de stabilité clinique, dans les cas où le patient n'a pas été exclu pour non-respect du cadre. La durée habituelle mentionnée dans les entretiens est d'environ trois semaines, avec comme perspectives une posture en clinique ou un retour à domicile. Pour certains psychiatres, la sortie s'inscrit dans un projet de soins construit progressivement avec le patient.

« Moi ce que je dirais, c'est que la psychose s'équilibre à certains moments comme elle peut [...] Et alors quand on vient à l'hôpital, on tente de passer d'un équilibre à un autre, de quitter des pratiques de consommation pour aller vers autre chose. [...] Le travail avec la psychose, c'est la recherche de moyens qui permettent un nouvel équilibre. » Psy 8

Mais du côté des généralistes, cette sortie est souvent perçue comme un moment de rupture, sans véritable passage de relais.

En effet, le principal moyen de communication est le rapport de sortie qui constitue souvent l'unique trace de ce qui s'est passé durant le séjour. Or, sa transmission est jugée problématique : absence de transmission via le réseau de santé wallon, délais trop longs, ou dépendance au patient lui-même pour faire le lien. Ceux-ci s'accordent ainsi pour dire que ce délai de réception les confrontent parfois à une situation de crise où le manque d'information complique la situation.

« J'ai un cas par exemple, où l'hôpital a organisé un suivi ambulatoire avec un infirmier qui vient s'occuper des traitements, etc. Et donc nous, on a juste le patient qui arrive en catastrophe parce qu'il manque un médicament, soit parce qu'il a un autre problème de santé, mais on est au courant de rien, on ne sait pas son traitement, on n'a pas de rapport, il n'y a rien sur le réseau de santé wallon et on doit travailler normalement comme ça. Non, non, c'est vraiment une catastrophe. » MG 8

Les entretiens révèlent également un décalage d'attentes entre psychiatres et généralistes sur ce rapport. Certains généralistes aimeraient y trouver un diagnostic clair, ne serait-ce que partiel,

pour pouvoir adapter leur prise en charge. Cependant, plusieurs psychiatres soulignent l'absence de cases claires dans le diagnostic psychiatriques, s'agissant habituellement d'un syndrome plus qu'une entité définie.

« Le diagnostic en psychiatrie, c'est une construction, ça reste quelque chose de compliqué. C'est pas une pneumonie à pneumocoque, quoi. C'est un spectre. Et dans spectre, il y a fantôme... » Psy 8

Au-delà du diagnostic, les généralistes attendent surtout : une compréhension de ce qui s'est passé pendant l'hospitalisation (adhésion, événements majeurs), une clarification du traitement prescrit à la sortie, et une ligne directrice claire pour la suite.

En effet, cette orientation thérapeutique est considérée par beaucoup comme un maillon essentiel dans la continuité des soins du patient double diagnostic pour éviter que le patient ne soit lâché dans la nature ou qu'il ne retourne à la case départ. Même une orientation brève, si elle est claire et transmise rapidement, est perçue comme précieuse

« C'est surtout une ligne de conduite et un côté participatif. [...] le patient, il va venir chez nous [...]. Mais donc nous, on travaille sans savoir quel traitement prend le patient. On n'a aucune communication, même parfois sur des problèmes somatiques qui ont été gérés en milieu psychiatrique, on ne sait même pas. » MG 8

Certains psychiatres en ont pleinement conscience et cherchent déjà des moyens d'adapter leur pratique pour faciliter la transmission. L'un des principaux problèmes rencontrés dans le transfert du rapport est le temps induit par les démarches de correction/validation de l'hôpital et un système peu optimisé pour une rapidité d'exécution. Pour outrepasser cela, certains privilégient des rapports plus succincts, parfois moins précis mais permettant un envoi rapide comme déjà réalisé en Flandre ou propose l'envoi du *draft* (brouillon) par mail.

« Le rapidement dépend pas forcément de nous. [...] Mais c'est pas parce que nous on fait le rapport que le médecin a tout de suite le rapport parce que ça doit passer par le secrétariat qui doit le corriger. Ensuite, ils doivent renvoyer pour validation. Moi je dois le valider et ensuite il part dans un autre secrétariat qui va les imprimer et les mettre sous enveloppe et les envoyer par courrier. Donc vous voyez déjà logiquement que ça doit faire. On n'a pas tout le monde dans le système d'envoi électronique. Donc voilà, dans la mesure du possible, on envoie par voie électronique, mais pas tout généraliste est affilié. Donc à ce moment-là, c'est sur papier. Et sur papier, ça prend vraiment tout ce temps » Psy 3

Lorsqu'une notion d'urgence est ressentie, les intervenants insistent sur l'importance du contact téléphonique en sortie avec les généralistes pour la transmission d'information en attendant que le rapport plus complet ne suive. Certains psychiatres proposent également de laisser des coordonnées de contact en fin de rapport pour toute question sur l'hospitalisation.

Ces psychiatres insistent également sur le rapport somatique rédigé de préférence par un généraliste responsable du suivi général de ces patients, appelant à une meilleure intégration dans les outils informatiques, aujourd'hui encore trop compartimentés.

Pour finir, pour que l'hospitalisation soit bien clôturée, les psychiatres évoquent plusieurs conditions : la présence d'un suivi psychiatrique, la présence d'un médecin généraliste référent disponible, que le patient dispose d'un logement stable et la présence d'un entourage impliqué, que ce soit la famille ou une structure relais.

« Euh lorsqu'il y a un médecin généraliste... Parce que c'est souvent aussi là que le bât blesse. On essaye d'avoir une communication avant la sortie pour que les informations soient transmises parce que les rapports d'hospitalisation, ben ils suivent quand ils suivent hein, C'est quand même déjà quelques semaines plus tard qu'ils apparaissent sur le réseau de santé. Mais souvent il n'y a pas de généraliste... On est dans une espèce de no man's land »
Psy 7

7^{EME} CONCEPT : TISSER AUTOUR DU PATIENT

Au-delà du binôme médecin généraliste et psychiatre, les intervenants mettent en évidence l'importance d'un ensemble de structures et de personnes, parfois plus discrètes mais pourtant essentielles, dans la prise en charge des patients double diagnostic. Ces ressources participent à entourer le patient et à lui offrir un minimum de stabilité dans sa vie hors soins.

7.1 Équipes mobiles : un relais à géométrie variable

L'une des principales ressources citées est l'équipe mobile, dont le rôle, selon les intervenants, est d'accompagner le patient sur son lieu de vie, de faire le lien entre les lignes de soins, et d'intervenir en situation de crise ou de rupture. Cependant, les entretiens mettent en lumière une différence d'expérience entre psychiatres et médecins généralistes quant à leur accessibilité et leur fonctionnement.

Du côté des psychiatres, les équipes mobiles sont souvent perçues comme des partenaires fiables, notamment en amont de l'hospitalisation ou en sortie, dans un cadre de stabilité, avec l'objectif de créer un réseau autour du patient.

« Mais on travaille avec une équipe mobile, avec même plusieurs hôpitaux, pour qu'il puisse de temps en temps se poser et stabiliser les choses. » Psy 1

À l'inverse, les médecins généralistes dressent un tableau plus contrasté. Beaucoup décrivent des difficultés à activer ces équipes en ambulatoire, en particulier dans les moments de crise, évoquant : un manque de réactivité ainsi qu'un décalage entre les besoins du patient et le fonctionnement des équipes. Ils mettent principalement en évidence une difficulté à faire rentrer le patient dans ces parcours de soins.

« Moi j'ai vraiment le sentiment que c'est les mettre dans le parcours de soins qui est compliqué et qu'il y ait une certaine adhérence, on va dire, au projet. » MG issu Psy 10

7.2 Soins de proximité : un tissu de soin diffus

D'autres figures apparaissent dans le quotidien des patients : infirmiers pour les injections ou suivi à domicile, psychologues en ambulatoire, kinés ou même accueillantes en maison médicale jouant parfois un rôle de premier filtre. Certains généralistes insistent sur l'importance d'avoir des pharmaciens inscrits dans un réseau local qui peuvent alerter en cas d'instabilité, ou assistants sociaux pour les démarches administratives et le logement.

« La possibilité qu'une infirmière [...] puisse aller, sous prétexte de prendre la tension, de l'aider pour un soin X ou Y [...] et qu'on puisse avoir un suivi plus rapproché qui permettrait d'éviter des dérapages [...] Et donc, si on peut avoir un infirmier, un kiné, le pharmacien [...]. Moi je travaille beaucoup avec les délivrances, je dirais plus rapprochées par le pharmacien qui permet donc d'avoir un regard sur ce qui se passe [...] ça veut dire qu'on est en collaboration pour l'amélioration de la santé du patient. » MG 8

7.3 La famille : le poids des liens

Lorsqu'elle est mobilisable, la famille ressort des interviews comme une ressource très précieuse, permettant d'être une présence rassurante pour le patient ainsi qu'un soutien pour le logement et la compliance au traitement. De par leur proximité, les familles agissent souvent comme déclencheur d'alerte lors des décompensations et sont souvent à l'initiative de demande

d'hospitalisation permettant de faire le relais avec les soins. Leur présence est ainsi valorisée comme un filet de sécurité.

Cependant, la famille apparait aussi comme une ressource à protéger car à risque de surcharge. Elle est parfois source de tension rappelant parfois les erreurs passées du patient qui cherche aujourd'hui à s'en émanciper. Certains soignants insistent sur l'importance des groupes de parole ou filets d'écoute pour soulager celle-ci.

« La famille c'est une poisse et c'est un truc merveilleux en fait. Par exemple, [...] il a pété des dents à sa maman... Et donc la maman elle revient tout le temps avec le passé en fait. [...]. Et donc c'est compliqué parce que ça le ramène toujours dans sa nullité. Parce que c'est humiliant en fait d'avoir été fou. Et en même temps, la maman, elle fait attention au traitement [...]. Et donc elle est en même temps un atout. Maintenant le but du jeu ça va être de trouver un intervenant qui va permettre de sortir un petit peu la maman du lien et de la mettre un tout petit peu à distance, pas la sortir, mais la mettre un tout petit peu de manière plus périphérique. Parce qu'elle a souvent porté toute seule les choses pendant des années et ça c'est très très lourd. » MG 6

Mais cette présence familiale, aussi essentielle soit-elle, n'est pas toujours synonyme d'apaisement. Certains professionnels soulignent la tendance de certaines familles à projeter un besoin de contrôle, ou à attendre des soignants qu'ils interviennent à la place du patient, dans une forme d'urgence parfois incompatible avec les rythmes du soin. Dans ces situations, les attentes familiales peuvent entrer en décalage avec l'alliance thérapeutique, voire la compromettre. Le travail des soignants consiste alors à s'assurer qu'il s'agit bien du patient au centre de la prise en charge.

« On doit s'assurer que c'est bien le patient qui reste au centre et pas les membres de la famille qui viennent déborder. On essaie de concilier le tout parce que ces patients-là ont encore, par contre, souvent besoin de leur famille quelque part » MG 3

8^{EME} CONCEPT : DES LIMITES STRUCTURELLES QUI PERSISTENT

Au-delà des dynamiques cliniques et relationnelles analysées jusqu'ici, plusieurs intervenants soulignent la présence d'obstacles structurels majeurs politiques qui entravent durablement la prise en charge des patients en double diagnostic.

8.1 Des soins engagés dans un cadre sous tension

L'un des constats les plus fréquemment partagés est le manque criant de ressources humaines, en particulier dans certaines régions. Le manque de psychiatres accessibles, notamment pour des suivis ambulatoires ou des situations urgentes, est perçu comme un problème chronique, aggravé par l'augmentation des demandes. Ce déficit structurel contribue à renforcer le sentiment d'isolement de première ligne.

Parallèlement, plusieurs médecins interrogés soulignent l'inadéquation entre le temps nécessaire à ces suivis complexes et le manque de reconnaissance symbolique et financière de ce temps de soin. Ces consultations, longues, irrégulières et exigeantes, ne rentrent pas dans un cadre de rentabilité. Ils soulignent que, bien que l'engagement soit souvent profondément humain, il s'inscrit dans une organisation qui peine à le valoriser.

« C'est des consult où je passe entre 40 et 50 minutes, certainement avec chaque patient. Donc c'est sûr que rien que le temps que ça prend au cabinet est énorme. [...] Mais c'est pas grave, ça me dérange pas en soi de le faire, mais c'est sûr que [...] c'est extrêmement mal rémunéré [...]. Mais en même temps c'est quelque chose qui m'intéresse, donc je trouve qu'on touche à des choses profondément humaines. » MG 5

8.2 Une organisation à contre-temps

À ces limites humaines s'ajoutent des lourdeurs administratives croissantes, vécues comme une pression à la fois épuisante et anxiogène, mobilisant un temps qui n'est plus consacré à la relation thérapeutique.

« Trop d'obligations administratives en fait. Tellement trop que la clinique, finalement, elle passe à la trappe. Et ça, la communication aussi. Je crois bien. Nous, tout ce qu'on a à faire maintenant qu'on ne devait pas faire avant. Enfin tous ces rapports tout le temps médecin conseil aux assurances, [...] tout justifier, tout argumenter. Et maintenant on risque même d'avoir des contrôles, oui, et plus que des contrôles, même des amendes. » Psy 4

De nombreux intervenants dénoncent également le manque de structures spécifiquement adaptées à la double problématique psychiatrique et addictive vite saturées et indisponible lors des décompensations. Lorsqu'elles existent, elles apparaissent parfois mal adaptées pour des patients en errance ou peu stabilisés. Faute de structures adaptées, ces patients se retrouvent parfois intégrés à des groupes plus stables. Leur instabilité y provoque alors du rejet ou de l'incompréhension. Dû aux différentes difficultés rencontrées, certains médecins parlent également de véritable rejet institutionnel refusant de prendre en charge ces patients double diagnostic.

« C'est assez compliqué à soigner parce que personne ne les veut dans les unités d'addictologie psychotiques et souvent personne ne les veut dans les hôpitaux psychiatriques. Donc c'est évidemment plus difficile à gérer. » Psy 1

8.3 Un système connecté, des soins déconnectés

Enfin, certains professionnels regrettent le manque de visibilité des initiatives existantes : protocoles de soins, dispositifs gouvernementaux ou réseaux de coordination, dont l'information ne circule pas jusqu'aux prescripteurs.

« Mais moi j'ai appris par mes patients qu'il y avait un protocole de sevrage de l'hôpital pour les pharmaciens lancé à l'initiative du gouvernement. Et bien entendu, j'ai jamais entendu parler de ce truc-là. » Psy 5

Par ailleurs, pour terminer, plusieurs intervenants évoquent une asymétrie d'accès à l'information, notamment autour des prescriptions. Les pharmaciens disposent d'un accès global aux traitements via les bases de données, alors que les prescripteurs n'ont pas de visibilité sur ce que d'autres collègues prescrivent. Cela crée des situations de doublons, d'interactions risquées, voire de perte de contrôle sur le suivi. Ce défaut de transparence est vécu comme une perte de contrôle clinique, renforçant l'impression de travail en silo, malgré les apparences d'un système connecté.

« Le pharmacien, il a accès à toutes les prescriptions que reçoit le patient. [...] Mais le médecin titulaire avec son patient ne sait pas qu'un collègue a prescrit la même chose en double. [...] » Psy 5

Discussion

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

À travers ces huit concepts, ce travail met en lumière la difficulté persistante de prise en charge des patients double diagnostic, constamment mise sous tension. Ces concepts ne se contentent pas de décrire la réalité de ces patients ; ils explorent aussi tout ce qui gravite autour d'eux : soignants, structures, famille, dispositifs périphériques. C'est l'écosystème entier qui est interrogé.

Car au fond, la question centrale ne porte peut-être pas uniquement sur comment mieux prendre en charge ces patients, mais sur ce que leur accompagnement révèle du fonctionnement global du système de soin.

Leur difficulté n'est pas la cause des dysfonctionnements, elle n'en est qu'un symptôme. Elle agit comme un révélateur et met en évidence des soucis organisationnels, relationnels et de communication défailante entre le monde de la médecine générale et celui de la psychiatrie. C'est justement parce que ces patients sont plus complexes et requièrent plus de temps, plus d'énergie, plus de souplesse, qu'ils soulignent, par contraste, l'importance et la fragilité du travail collectif.

Et pourtant, à travers les entretiens, surgissent par instants des moments de lucidité, des désirs de stabilité, d'appartenance, de normalité. Il apparaît que ceux-ci ne réclament rien d'autre que ce que tout patient attend : la création d'un lien à travers une rencontre.

Ainsi, il n'existe pas de mode d'emploi dans la rencontre avec ces patients. Le soin ne s'inscrit pas dans un parcours balisé mais est bien basé sur l'expérience propre, devant s'adapter à une situation toujours unique. À partir de là, le soin devient un tissage fragile, fait de relations humaines, de relais improvisés, d'actes simples qui permettent de "tenir le fil".

Mais au milieu de ces zones grises émergent des leviers d'amélioration concrets, formulés par les soignants eux-mêmes à partir de leurs difficultés rencontrées. Ce ne sont pas des solutions miracles mais bien des pistes de terrain, des ajustements, à partir desquels il devient possible d'agir.

C'est sur la base de ces propositions que cette discussion s'organise, en les regroupant selon trois niveaux d'analyse complémentaires :

- Le soin direct au patient ;
- La coordination entre les acteurs ;
- Et les freins structurels ou politiques traversant encore notre système de santé.

Le soin direct au patient

Le patient en double diagnostic, tel qu'il émerge des entretiens, est rarement stable, rarement demandeur, rarement simple. Il n'accède que rarement aux soins de manière spontanée, et présente une conscience morbide limitée, souvent absente. Sa parole est diffractée, marquée par la méfiance et la paranoïa. Cherchant à s'émanciper de l'effet camisolant des traitements antipsychotiques, la consommation apparaît comme une forme d'automédication visant un apaisement immédiat plutôt qu'une construction durable, malgré les risques de décompensation. La polyaddiction devient ainsi la norme plus que l'exception, et les substances s'articulent souvent autour d'un produit principal, accompagné d'autres plus fluctuants. À cette complexité clinique s'ajoute une fragilité sociale, un isolement quasi constant. Dans cette configuration, le risque est grand de rater la rencontre, de se croiser sans jamais se relier.

Et pourtant, c'est de cette rencontre, fragile mais essentielle, que dépend l'entrée dans le soin.

Au fil des entretiens, quatre piliers sont décrits comme fondations de ce lien :

1. La reconnaissance humaine, simple mais cruciale. Être reçu, écouté, considéré comme un patient "comme les autres" constitue souvent la première marche vers l'alliance.
2. La prise en compte du corps et du somatique, souvent négligé en psychiatrie, mais perçu ici comme porte d'entrée vers le soin.
3. Un cadre souple mais régulier, pouvant s'adapter à l'instabilité de ces patients et instaurant des règles de normalité. Une consultation toutes les 4 à 6 semaines est souvent citée comme un repère réaliste et soutenant en période stable.
4. L'acceptation de la discontinuité : absences, rechutes, silences font partie intégrante du processus. Pour le patient, il s'agit d'un combat qu'il mènera toute sa vie.

Au-delà du lien, les soignants insistent sur la nécessité de sortir du modèle idéal du sevrage total. L'arrêt complet reste un horizon, mais rarement atteignable d'emblée en ambulatoire. Le

maintien d'une consommation réduite peut participer à un équilibre transitoire. Le plus important étant la construction d'un nouveau sens derrière le vide laissé par le produit.

Dans ce cadre, certains évoquent l'intérêt du "wash-out, souvent permis par l'hospitalisation. Cette période sans substance permet d'observer plus clairement l'état du patient, de distinguer les effets de la substance de ceux du trouble. Cette « véritable » rencontre avec le patient peut alors jouer le rôle de levier précieux par la suite en cas de rechute.

Sur le plan pharmacologique, quelques pratiques partagées émergent : prescription ponctuelle de diazépam en cas de craving et la préférence des antipsychotiques à longue durée d'action sous forme injectable en dépôt. Ce moment d'injection peut alors devenir un repère, parfois même un rituel permettant d'ancrer le patient dans une trajectoire de soin. Ces stratégies restent empiriques, construites sur l'expérience plus que sur les recommandations officielles.

Lorsque l'hospitalisation est envisagée, souvent alors pour un sevrage complet, plusieurs soignants soulignent l'importance de préparer cette étape, d'en désamorcer les attentes « miracles », et surtout de maintenir un lien durant la parenthèse par exemple par un court appel, pour éviter une rupture de suivi.

Enfin, la prise en charge de ces patients s'inscrit presque toujours dans un contexte de vulnérabilité sociale : précarité, isolement, instabilité. D'où l'importance, pour les soignants, de s'appuyer sur des relais complémentaires : infirmiers, assistants sociaux, accueillantes, psychologues, équipes mobiles, pharmaciens... autant de soutiens périphériques, parfois discrets, mais essentiels.

Parmi eux, la famille tient une place ambivalente. Elle peut être un filet de sécurité, mais aussi une source de surcharge émotionnelle ou de conflit. L'enjeu est de l'impliquer sans la centraliser, et de maintenir le patient au cœur du dispositif de soin.

La coordination des soins

Le deuxième axe de réflexion concerne la coordination entre acteurs, souvent décrite comme lacunaire, malgré une interdépendance évidente dans la prise en charge de ces patients. Le double diagnostic agit ici comme un révélateur : il oblige à sortir de l'entre-soi, à faire dialoguer deux rives qui fonctionnent encore trop souvent en parallèle, sans pont entre les deux. Des deux côtés, les freins sont nombreux.

Les médecins généralistes évoquent surtout la difficulté d'accès aux psychiatres, en particulier dans les situations critiques (décompensation, sortie d'hospitalisation), l'absence de retours ou

de rapports transmis tardivement, et un sentiment d'isolement, renforcé par la peur de déranger ou la crainte d'être jugés implicitement inférieurs. Certains finissent par renoncer à appeler, préférant gérer seuls.

Côté psychiatrique, plusieurs professionnels disent être peu sollicités, alors qu'ils se déclarent ouverts à l'échange. Ils reconnaissent néanmoins un manque de réflexe d'appel de leur part pour initier le contact. D'autres soulignent le flou autour de l'identification du médecin traitant ou encore la difficulté à trouver des médecins disposés à accompagner ces patients complexes.

Ce manque de lien n'est pas toujours dû à un refus de communiquer : il reflète aussi un décalage de perceptions, chacun croyant être à l'initiative du contact, tout en regrettant de ne pas être davantage sollicité par l'autre. Cette asymétrie fragilise le réflexe de communication, même lorsque la volonté de coopérer est présente.

Face à ces freins, plusieurs propositions concrètes émergent des interviews :

- Reconnaître pleinement le médecin généraliste comme acteur du soin et faciliter son identification dans le parcours du patient, via une présentation au psychiatre ou au moins via le référencement dans le dossier médical global (DMG).
- Créer un annuaire actualisé des médecins généralistes et psychiatres acceptant de nouveaux patients, avec des coordonnées directes pour faciliter l'orientation.
- Développer l'accès à des avis spécialisés rapides, sans suivi psychiatrique, notamment en cas de doutes sur les interactions médicamenteuses ou les ajustements de traitement. Ces avis pourraient être transmis par téléphone ou via une messagerie sécurisée, sans attendre un rendez-vous formel.
- Mettre en place des canaux de communication sécurisés, réactifs et directs. Actuellement, la plupart des échanges passent encore par e-mail, peu adapté aux urgences. Certains professionnels regrettent l'absence d'une messagerie instantanée sécurisée, qui permettrait des échanges brefs mais efficaces, tout en respectant la confidentialité des données, favorisant la réactivité, mais aussi la création d'un lien plus spontané entre première et deuxième ligne.
- S'appuyer sur des réseaux locaux ou informels, là où des liens personnels ou géographiques ont déjà permis d'instaurer une confiance.

- Encourager les rencontres interprofessionnelles, même ponctuelles, pour créer des ponts, mieux comprendre les contraintes de l'autre et sortir du cloisonnement.

L'hospitalisation représente un moment clé pour structurer cette articulation. Deux gestes simples pourraient déjà renforcer la continuité :

- Un appel à l'entrée, pour transmettre les éléments cliniques de terrain, de préférence par le généraliste si c'est lui qui oriente ;
- Un appel à la sortie, pour assurer le relais, en particulier si le rapport d'hospitalisation n'est pas encore disponible.

Enfin, le rapport de sortie en lui-même est à repenser. Il ne s'agit pas tant d'attendre un diagnostic net que de transmettre des éléments concrets et utiles : traitement actualisé, événements majeurs du séjour, et surtout une ligne directrice claire pour la suite. Un rapport synthétique, même sous forme de brouillon, peut répondre à ce besoin tant qu'il est transmis rapidement.

Les freins structurels ou politiques

Au-delà des dynamiques cliniques et relationnelles, de nombreux intervenants soulignent des freins plus systémiques : un cadre organisationnel, politique et institutionnel encore mal adapté à la complexité du double diagnostic.

Le premier constat, largement partagé, est le manque criant de ressources humaines, en particulier de psychiatres disponibles pour un suivi ambulatoire. La lourdeur administrative aggrave encore cette situation. Multiplication des rapports, justification constante auprès des mutuelles... autant de tâches chronophages qui empiètent sur le temps clinique et entravent la communication entre les lignes de soins.

À cela s'ajoute une pénurie de structures adaptées au double diagnostic. Lorsqu'elles existent, elles sont vite saturées ou mal adaptées à des patients instables. Certains soignants évoquent un véritable rejet institutionnel, les structures se renvoyant parfois la responsabilité de ces profils « trop complexes ». Une fragmentation qui tient autant à l'organisation qu'à des représentations sociales encore bien ancrées. Plusieurs médecins témoignent d'un désengagement d'une partie du corps médical qui ne souhaite pas suivre ces profils, parfois perçus comme "trop lourds" ou "hors du cadre".

Dans ce contexte, plusieurs pistes d'amélioration concrètes ont pu être proposées par les soignants :

- Mieux former les médecins généralistes aux traitements psychiatriques, pour leur donner des repères plus solides et réduire l'appréhension face à ces patients.
- Créer davantage de structures spécifiques pour le double diagnostic, ou au minimum mieux encadrer ces patients dans les structures déjà existantes, en préservant des espaces adaptés à leur instabilité.
- Travailler sur les représentations sociales et professionnelles, encore trop souvent marquées par une stigmatisation implicite de ces patients, y compris dans certains milieux médicaux. Leur instabilité ne devrait pas être confondue avec de la mauvaise volonté.
- Améliorer les outils numériques, trop cloisonnés, et mieux diffuser les initiatives existantes, souvent mal connus des prescripteurs.
- Donner aux médecins prescripteurs un accès à l'historique des traitements, y compris ceux prescrits par d'autres, sans forcément afficher leur identité, pour limiter les doublons et mieux sécuriser les prises en charge.

Enfin, plusieurs soignants appellent à une reconnaissance institutionnelle plus forte de leur engagement auprès de ces patients. En médecine générale comme en psychiatrie, ce travail exige du temps, de la souplesse, de la disponibilité. Il repose encore trop souvent sur la seule motivation individuelle, alors qu'il mériterait d'être valorisé symboliquement et soutenu concrètement.

Car en l'état, le système rend difficile ce qui devrait être évident : accompagner ensemble des patients qui vivent en bordure de tout.

LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Comme tout travail qualitatif, cette recherche porte la trace de mon positionnement personnel et du regard que je pose sur ce terrain. Plusieurs limites doivent être soulignées pour replacer les résultats dans leur juste contexte.

D'abord, la sélection des participants constitue un biais majeur. Les professionnels rencontrés étaient souvent déjà engagés ou sensibles à la question du double diagnostic. Cela a certainement influencé la tonalité des échanges, plus ouverte, plus collaborative, que ce que

d'autres voix plus en retrait auraient pu exprimer. Par souci de faisabilité, les entretiens ont été menés uniquement en Belgique francophone, limitant la portée des résultats et ne permet pas de tirer d'enseignements du côté néerlandophone.

Ensuite, ma position de jeune médecin a sans doute influencé la dynamique des entretiens, tant dans l'écoute que dans la formulation des questions. Malgré une volonté de neutralité, certaines formulations ou le ton employé ont pu orienter les réponses. Ce positionnement a été à la fois une force et une limite, dans la mesure où il a nécessairement façonné, même de manière implicite, certaines interprétations.

Enfin, la volonté d'identifier des leviers d'action a pu orienter l'analyse vers des éléments constructifs, laissant en arrière-plan certains vécus plus marqués par le découragement, l'impuissance ou la rupture. Ce choix assumé n'efface en rien la complexité, ni la gravité de certaines situations évoquées au fil des entretiens.

PERSPECTIVES

Ce travail n'a pas pour finalité de clore la réflexion sur le double diagnostic, mais permet d'en ouvrir de nouvelles pistes pouvant prolonger et enrichir les résultats présentés ici.

La première, sans doute la plus évidente, serait d'intégrer le point de vue des patients eux-mêmes. Leurs attentes et leur manière de percevoir les soins, en miroir de ce que les professionnels projettent ou interprètent, permettant de confronter les discours à l'expérience vécue du soin.

Il serait également essentiel d'inclure les voix d'autres professionnels : infirmiers, assistants sociaux, kinés, psychologues, pharmaciens. Nous avons pu mettre en évidence que leur rôle est central dans le quotidien de ces patients, mais reste peu documenté. Leur parole permettrait d'élargir la compréhension des relais, des impasses et des ajustements concrets sur le terrain.

Par ailleurs, une exploration plus large du terrain, incluant les régions néerlandophones, pourrait mettre en lumière d'autres réalités, d'autres obstacles, mais aussi d'autres formes de coopération.

Enfin, il serait pertinent de tester concrètement certaines des propositions évoquées dans ce travail. La faisabilité d'une messagerie sécurisée directe entre médecins, la mise en place d'avis psychiatriques ponctuels sans suivi plus accessibles, ou encore l'envoi plus rapide d'un rapport de sortie synthétique sont autant de mesures qui pourraient faire l'objet de projets spécifiques.

Conclusion

Ce travail est né d'un intérêt croissant pour ces trajectoires en marge, ces patients double diagnostic dont la complexité ne tient pas à une seule pathologie, mais à l'enchevêtrement de deux vulnérabilités. Ils subissent une double marginalisation, et rendent visibles, presque malgré eux, les zones de friction entre deux mondes qui communiquent mal : la médecine générale et la psychiatrie.

À travers vingt entretiens, ce mémoire a tenté de saisir ce qui se joue dans leur accompagnement. Ils révèlent les fragilités d'un système parfois cloisonné, parfois débordé, mais aussi les ressources de ceux qui, au quotidien, tentent de maintenir un lien, malgré tout.

Car derrière les tensions, les décrochages, les silences, une chose revient avec constance : le soin, ici, ne tient pas sur des protocoles, mais sur une parole offerte, une disponibilité, un ajustement. Il se construit dans des gestes simples, dans des présences régulières, dans des appels passés pour ne pas laisser retomber la relation. Ce soin-là est souvent lent, incertain, fait d'allers-retours et de renoncements provisoires. Mais il existe. Et il mérite d'être reconnu.

Ce mémoire a voulu rendre visibles les freins, mais aussi les leviers concrets. Il a voulu montrer que ce travail ne peut reposer uniquement sur des efforts isolés. Accompagner ces patients exige du collectif qu'il soit logistique, relationnel ou sociétal.

Enfin, ce travail m'a permis de mieux comprendre ce qui, dans ma propre posture de futur médecin généraliste, m'attire vers ces histoires fragmentées. Parce qu'elles rappellent que la médecine ne se joue pas uniquement dans l'acte, mais dans l'écoute. Qu'elle demande parfois de sortir des cadres définis et d'improviser, de faire avec l'incertitude, en suivant son instinct.

Il n'y a pas de chemin tout tracé pour ces patients. Mais il y a des soignants qui essaient, qui se relaient, qui inventent.

Et si ce soin peut tenir, ce n'est pas sur des murs.

C'est sur des ponts.

Bibliographie

1. L. Gisle, S. Drieskens . Enquête de santé 2018 : Usage des drogues Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.44/68.
2. Cellule générale politique des drogues : Stratégie interfédérale pour une politique globale et intégrée en matière de drogues. 2024-2025 [i](#)
3. Orlow-Andersen F, Kornreich C. Quels sont les caractéristiques des patients consommateurs de cocaïne et ses dérivés soumis à une mesure d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie ? État des lieux au CHU Brugmann. Évolution des caractéristiques des patients consommateurs de cocaïne hospitalisés sous contrainte au CHU Brugmann entre 2013 et 2023. ULB : Mémoire de fin d'études 2023-2024
4. Matchikh Monir I, Kornreich C. 30ans après la loi du 26 Juin1990, quelle est la place de l'hospitalisation sous contrainte dans un hôpital publique bruxellois ? État des lieux au CHU Brugmann. ULB : Mémoire de fin d'études 2022-2023
5. Aarab C, Elghazouani F, Aalouane R, Rammouz I. Facteurs de risque de l'inobservance thérapeutique chez les patients schizophrènes: étude cas-témoins [Risk factors for treatment adherence in patients with schizophrenia: case-control study]. *Pan Afr Med J*. 2015 Mar 20;20:273. French. doi: 10.11604/pamj.2015.20.273.3380.
6. Oud MJ, et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract*. 2010 Nov 25;11:92. doi: 10.1186/1471-2296-11-92.
7. Oud MJ, et al. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract*. 2009 May 6;10:29. doi: 10.1186/1471-2296-10-29.
8. Oud MJ, et al. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract*. 2007 Jun 28;8:37. doi: 10.1186/1471-2296-8-37.
9. De Hert M, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011 Jun;10(2):138-51. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x.
10. Daumit GL, et al. Characteristics of primary care visits for individuals with severe mental illness in a national sample. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002 Nov-Dec;24(6):391-5. doi: 10.1016/s0163-8343(02)00213-x.
11. Torres-González F, et al. Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014 Jan 16;10:97-110. doi: 10.2147/NDT.S41063.

12. Gilbody S, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019 May;6(5):379-390. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30047-1. Epub 2019 Apr 8.
13. Besson, J., et al. Dépendances, *Rev Med Suisse*, 2009/185 (Vol.5), p. 8–13. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2009.5.185.0008>
14. P. Thomas, A. Amad, T. Fovet, Schizophrénie et addictions : les liaisons dangereuses, *L'Encéphale*, Volume 42, Issue 3, Supplement 1, 2016, Pages S18-S22, ISSN 0013-7006, [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(16\)30218-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(16)30218-4).
15. Anne Daron, Travailler en réseau : le patient schizophrène et son médecin généraliste. *Santé conjugée* - juillet 2009 - n° 49
16. Atzendorf, J., et al. (2019). The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(35-36), 577–584. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
17. Boffin, N., et al. (2020) General practice patients starting treatment for substance use problems: observations from two data sources across levels of care. *BMC public health*, 20(1), 960. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09038-0>
18. Boffin, N., et al. (2016). General practice patients treated for substance use problems: a cross-national observational study in Belgium. *BMC public health*, 16(1), 1235. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3885-0>
19. Jayaram MB, Hosalli P, Stroup TS. Risperidone versus olanzapine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005237. DOI: 10.1002/14651858.CD005237.pub2. Accessed 29 March 2025. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005237.pub2/full>

Intelligence artificielle

L'intelligence artificielle ChatGPT, basée sur le modèle GPT-4.0 développé par OpenAI, a été utilisée comme outil d'assistance dans la rédaction de ce travail, notamment pour la synthèse de la revue de littérature, la mise en forme bibliographique, ainsi que pour la relecture syntaxique et grammaticale. L'image de la page de garde a également été générée par ce biais.

20. OpenAI (2024-2025). ChatGPT, modèle GPT-4.0. <https://www.openai.com>

21. SonixAI (outil de retranscription automatique). <https://sonix.ai>