



Médecins généralistes et usagers de drogues

Pour une analyse des pratiques en territoire frontalier franco-belge

«Drogué», «toxicomane», «ces gens-là», ..., le médecin généraliste est amené à rencontrer cette population consommatrice de drogues illicites. Souvent peu armé, bardé de préjugés et de peurs, il tente de résoudre cette question : suis-je le médecin de tous ?

Que se racontent douze médecins généralistes qui échangent sur l'accompagnement des usagers de drogues illicites ?

Ils parlent de leurs espoirs, de leurs doutes, de leurs angoisses, de leurs patients et du système de soins. Un projet européen a permis la rencontre de médecins généralistes français et belges pour partager les difficultés liées à leurs pratiques quotidiennes avec les usagers de drogues. Par le biais de dossiers de patients, selon une méthodologie rarement appliquée en médecine, des sociologues et des médecins ont tenté, au cours de trois soirées, de mettre à jour les enjeux de ces pratiques. L'objectif de cette plaquette est de restituer une partie de ces échanges, mais aussi d'éclairer la nécessité et la richesse de ces rencontres entre pairs et sociologues.

Projet financé, de septembre 2006 à septembre 2007, par le Fonds Microprojet et le FEDER (Fonds européen de développement régional) des programmes Interreg III France Wallonie Vlaanderen.

Ce projet associe le Clersé, Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (UMR CNRS 8019), le réseau belge de médecins généralistes ALTO-SSMG et l'association française Généralistes et Toxicomanie 59/62 «Nouvelles pratiques en médecine générale».

Les deux mêmes traitements sont disponibles en France et en Belgique avec une indication pour les dépendances aux opiacés, la méthadone et la buprénorphine, bien que les cadres réglementaires diffèrent.

En France, la méthadone a été réservée, du début des années 1970 à la première moitié des années 1990, à une prescription hospitalière, puis s'est étendue progressivement dans le cadre des centres de soins spécialisés, avec un net développement à partir de 1995¹. Jusqu'en janvier 2002, seuls les centres d'accueil et de traitement méthadone (CSST, centres de soins spécialisés en toxicomanie) étaient habilités par le Ministère de la santé à initier ces traitements, dans les limites de leur possibilité d'accueil. Depuis cette date², tout médecin exerçant en établissement de santé – à l'exclusion des services d'accueil et d'urgence – peut également initier ce traitement avec relais par un médecin de ville ou un centre spécialisé, choisi en accord avec le patient. La durée maximale de prescription en médecine de ville est limitée à 14 jours³. La délivrance est fractionnée par périodes de 7 jours, voire 14 jours sur indication du médecin⁴. Le Subutex® peut, quant à lui, être prescrit par tous les prescripteurs y compris en médecine de ville, sans prise en charge initiale en milieu spécialisé ou en établissement de santé⁵. Il peut être prescrit pour une durée maximale de 28 jours, avec fractionnement tous les 7 jours, sauf mention du prescripteur⁶. Il y a peu, l'offre française de traitement s'est élargie à la buprénorphine Arrow, générique du Subutex®.

Bien qu'une tolérance se soit installée au début des années 1990, notamment avec la conférence de consensus de 1994, la Belgique a mis plus de temps à légiférer en la matière. Il a fallu attendre 2002⁷ et 2004⁸ pour que ces deux mêmes traitements soient légale-

ment reconnus... alors que la commercialisation de la méthadone (sous forme de Méphénon® prescrit dans le cadre des traitements de la douleur) remonte au début des années 1960. Cette législation, toute jeune, vient d'être modifiée par l'introduction d'un nouvel arrêté royal⁹. Les modes de prescription et de délivrance des deux traitements sont similaires. Pour les obtenir, pas besoin d'initier le traitement en centre spécialisé ou en établissement de santé. Le patient se rend chez un prescripteur acceptant de les délivrer. Il est recommandé que la délivrance soit quotidienne avec prise en pharmacie en début de traitement. Lorsque le patient est stabilisé, le prescripteur peut décider de passer en délivrance hebdomadaire, voire pour une durée plus longue. Notons que la Belgique reste attachée à une «tradition méthadone» et se montre frileuse vis-à-vis du Subutex®, introduit il y a peu¹⁰.

Le passage du paradigme de l'abstinence aux politiques de réduction des risques ne s'est pas fait sans heurts et ne va toujours pas de soi pour certains professionnels de santé. Cette nouvelle politique de santé publique a bouleversé les relations entre usagers de drogues et les médecins, bien que les mécanismes de rejet restent vivaces. Face aux sollicitations d'usagers de drogues, quatre profils se distinguent. Certains médecins refusent en invoquant la peur, le manque de formation, le fait que l'usage de drogues ne relève pas de la médecine générale, présentant la pratique comme «dangereuse» et les patients comme «pervers», ... D'autres acceptent en prônant «un cadre strict» et des règles invariables, s'assurant ainsi une faible file active et le respect du protocole thérapeutique par les patients. D'autres encore acceptent sous condition (proximité géographique et/ou relationnelle avec le patient ou sa famille, sa connaissance préalable, ...). D'autres enfin posent un «cadre souple» souhaitant un assouplissement des réglementations en vigueur, considérant l'usager de drogues comme un «naufragé» qu'il faut à tout prix tenter de soulager, quels que soient les moyens mis en œuvre.

¹ Premières commercialisations en officine en 1996.

² Circulaire DGS 2002/57 du 30 janvier 2002.

³ Arrêté ministériel du 8 février 2000.

⁴ Art. R.5213, Code de la santé publique.

⁵ Circulaire ministérielle DGS/SP 3/95 n°9 du 31 mars 1995.

⁶ Art. R.5212, Code de la santé publique.

⁷ Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution du 22 août 2002, *M.B.*, 1^{er} octobre 2002.

⁸ Arrêté royal réglementant les traitements de substitution du 19 mars 2004, *M.B.*, 30 avril 2004.

⁹ Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant les traitements de substitution, *M.B.* 21 novembre 2006.

¹⁰ Commercialisé en 2001, ce traitement est remboursé par les organismes assureurs depuis le 1^{er} août 2003.

La frontière : un enjeu pour la recherche de soins

Le Nord de la France et le Hainaut belge sont marqués par des mobilités transfrontalières de patients en recherche de soins adaptés. Les usagers de drogues ne font pas exception. Le poids de la tradition et l'importance du bouche à oreille expliquent que certains médecins soient amenés à composer avec ces mobilités. Sur les 10.000 patients en traitements de substitution en Belgique, l'Inspection des pharmacies dénombre plus de 1.200 patients venant de France (Ledoux, 2005). Les Belges sont moins nombreux à se rendre en France pour ces traitements, certains sociologues (Jeanmart, 2005) soulignent cependant l'attrait de spécialités moins coûteuses en France. Les flux de patients sont donc inégaux selon le sens, mais le praticien est amené à tenir compte de ces réalités.

La rencontre entre pairs et sociologues

Un projet européen a eu pour ambition de mettre autour de la table différents médecins pour discuter de dossiers de patients. Mettre sur pied un tel groupe de travail et d'analyse présente plusieurs avantages. Il permet tout d'abord la rencontre de médecins souvent isolés dans leurs pratiques, l'échange d'informations sur ce qui se fait de l'autre côté de la frontière. Il permet ensuite de parler de situations concrètes, certains participants ayant accepté de présenter des dossiers problématiques. Ce dispositif ne ressemble toutefois pas aux interventions classiques. La participation de deux sociologues du Clersé à ces rencontres a permis de mettre en œuvre une méthodologie originale pour aborder la problématique. Le regard sociologique permet un retour réflexif sur les pratiques et confronte les médecins à des enjeux et des questions un peu décalés au regard de leurs préoccupations habituelles. Cette participation permet d'éviter les différences de statut entre médecins animateurs, médecins participants, etc. L'ensemble des détails organisationnels est géré par les sociologues qui orchestrent les échanges et les débats, hors de tout enjeu médical.

Par une méthodologie adaptée¹¹, l'objectif est de laisser la parole à chacun sans jugement, ni imposition d'une manière de faire. Cette méthode part du postulat que, sur lui-même et sur ses propres expériences, le médecin produit une connaissance réflexive. L'objectif de la méthode est de rassembler des participants tous concernés par une problématique commune tout en occupant des positions diversifiées. Le but poursuivi n'est pas de mettre tous les participants du groupe d'accord sur une interprétation unanime de la situation, mais de les mettre d'accord sur une formulation de leurs désaccords.

A partir de la présentation de dossiers par les participants, les débats sont ensuite organisés de manière systématique. Chacun est amené, dans un ordre précis, à prendre la parole sur ce que le confrère a présenté (tant sur la forme que sur le fond). L'obligation de prise de parole, selon des tours de table stricts, permet à chacun de s'exprimer (les plus discrets sont donc encouragés dans leurs prises de parole et les plus bavards à se modérer). L'enjeu, de taille, est donc que chacun s'exprime librement, puisse faire part de ses «arrangements» personnels en dehors de tout esprit d'imposition d'une «bonne manière de faire». L'animation laissée aux sociologues et l'explication détaillée des objectifs des rencontres a permis d'éviter tout jugement, même si parfois les médecins avaient conscience de ne pas avoir respecté la déontologie, les recommandations ou la législation.

Douze médecins ont participé à l'expérience (6 Belges et 6 Français). Ils ont été choisis par les sociologues en fonction de différents critères : leur sexe (hommes et femmes), leur lieu d'exercice (Hainaut belge et Nord de la France, à la fois en milieu urbain mais aussi rural), l'appartenance à un réseau spécialisé (certains médecins pratiquant seuls et d'autres, plus ou moins investis dans un réseau), les pratiques à l'égard des usagers (nous voulions réunir des médecins correspondant aux différents profils présentés ci-dessus). Il était indispensable de confronter les pratiques et d'éviter de

¹¹ Ouvrage de référence : Van Campenhoudt L., Chaumont JM., Franssen A., *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, DUNOD, Paris, 2005.

réunir les « incontournables » présentant un discours, à certains égards, moralisateur.

Mobilités transfrontalières : quelles rationalités ?

La question des mobilités a été l'objet de longues discussions. Les participants belges s'interrogent sur leurs motivations mais aussi sur la véracité des dires des patients : « On reçoit bien sûr des toxicomanes français et on a toute une série d'informations qui sont réelles ou fausses, on n'en sait rien ». L'un des objectifs du projet était notamment d'apporter des précisions aux médecins belges s'interrogeant sur les réglementations françaises.

Tout patient français a la possibilité de se rendre en Belgique pour quelque traitement que ce soit, notamment un traitement de substitution. Toutefois, on constate différentes stratégies mises en place par les médecins belges en rapport à ces patients français. Certains acceptent les patients français « tout venant ». D'autres acceptent les patients français relayés par un centre français et travaillent en collaboration avec le centre. Enfin, certains (aucun membre du groupe) refusent systématiquement les patients français et ne se consacrent qu'aux patients belges.

Selon les participants, les motivations des mobilités renvoient à quatre dimensions : le dispositif légal, l'organisation locale des soins, le traitement et les représentations des usagers de drogues.

Les arguments liés au dispositif sont les plus nombreux :

- l'absence, dans certaines régions françaises, de centres spécialisés de proximité.
- la restriction française de l'initiation du traitement méthadone à certains médecins et non aux médecins généralistes.
- les contraintes de prescription et délivrance de la méthadone en France, notamment la durée de prescription.
- l'injonction au suivi psychosocial en centre français qui ne se justifierait pas chez un certain nombre de patients.

Certains participants évoquent des mobilités liées à l'organisation locale des soins en France :

- les listes d'attente de certains centres.
- les horaires d'ouverture des centres incompatibles avec les horaires professionnels de certains patients.
- la stigmatisation induite par les centres français.
- la fuite d'une certaine population marginalisée et violente fréquentant les centres.



D'autres arguments renvoient aux traitements en tant que tels :

- les « déçus du Subutex® à qui on a prescrit du Subutex® et qui n'en sont pas contents » et qui considèrent le cadre méthadone en France trop contraignant.
- la recherche du même traitement sous une autre forme, notamment la méthadone en gélules, non (encore) disponible en France.
- selon les usagers, la Belgique serait « plus généreuse » dans les dosages.

Enfin, quelques arguments renvoient aux rumeurs qui circulent entre usagers :

- la réputation des centres français selon laquelle les délais d'attente seraient importants.
- les représentations de l'efficacité des traitements : « Il y a un bruit qui court que la méthadone belge est beaucoup plus efficace que la méthadone française ».



Ces mobilités peuvent également se comprendre dans la continuité des déplacements fréquents vers les Pays-Bas pour l'achat de produits.

Les mobilités sont notamment induites par le patient, mais elles peuvent également l'être par certains professionnels. Ainsi, des arrangements transfrontaliers voient le jour en période de vacances notamment : certains médecins français organisent le relais vers la Belgique de patients s'absentant plus de 15 jours.

D'après les participants belges, les patients français « mobiles » seraient davantage insérés et plus motivés que les patients belges. Toutefois, une interrogation persiste : comment savoir si le patient français n'est pas déjà suivi en France ? Les participants soulignent une absence d'informations à ce sujet.

La pratique avec les usagers de drogues : de l'incertitude des rencontres

Les échanges ont également été orientés sur les difficultés, les incertitudes de la pratique, mais aussi sur l'importance de leur venir en aide.

De l'impersonnalité des règles à l'humanité de la relation

Tous les participants s'accordent pour distinguer ce qui tient au cadre et ce qui tient à la situation individuelle avec le patient. Il serait irréaliste, selon eux, de respecter l'ensemble des injonctions, la pratique étant un compromis entre le cadre et la situation.

De la relativité du marché noir et de son rôle thérapeutique

L'existence d'un marché noir de substitution conduit le médecin à prendre conscience que « tous nos patients seraient en possibilité de participer à ce marché noir ». Les traitements de substitution sont d'ailleurs parfois l'objet d'échange, de dépannage entre usagers. Ceux-ci se comprennent comme une « prolongation de la culture de l'héroïne ». Toutefois, les participants s'accordent sur sa relativité, présenté comme un « trafic de fourmi » plutôt que comme un trafic organisé à grande échelle. Pour certains d'ailleurs, il serait un premier pas vers le soin, voire un « espace thérapeutique transitionnel » qui permettrait aux usagers de tester et de déterminer le traitement qui leur convient avant de se rendre chez un « vrai » thérapeute. D'ailleurs, rares sont les patients qui n'ont pas « essayé la méthadone ou la buprénorphine dans la rue, au marché noir avec des copains ».

Différentes stratégies permettent d'avoir une prise sur cette incertitude : impliquer les parents dans la

distribution quotidienne du traitement ou exiger le fractionnement de la délivrance et le passage à la pharmacie plusieurs fois par semaine. Toutefois, «quitter l'idée sécuritaire» serait nécessaire pour s'occuper de ces patients. «Il faut qu'on arrive avec nos patients à quitter l'idée sécuritaire [et se poser la question :] est-ce que ce que je fais peut correspondre à de la clinique au sens médical? Est-ce que je reste dans l'idée clinique? Dans ces cas-là, ça tient. Couper une gélule en deux peut avoir un sens clinique. Mais si on commence à entrer dans le sens sécuritaire, (...) on n'est plus médecin».

Substitution : enjeux sans frontière ?

Une pratique coûteuse

L'un des enjeux les plus évidents de ces mobilités est lié au remboursement de la prescription et de la délivrance des traitements de substitution. Les patients français n'étant pas assujettis à la sécurité sociale belge, il leur revient de payer la consultation chez le médecin et le pharmacien. A ces coûts s'ajoutent les frais de déplacement.

Les dérives médicales

Certains évoquent l'émergence de «nouveaux dealers» : quelques rares prestataires de soins entre- raient dans une véritable économie souterraine avec les patients français non assujettis.

Et le retour au pays ?

Peu de contacts existent entre professionnels trans- frontaliers notamment, et les retours des patients au pays se font généralement sans que de réels relais ou contacts ne soient établis avec des praticiens situés de l'autre côté de la frontière. Outre ces dif- ficultés de relais, les participants soulignent le peu de contacts entre Belges et Français, principale- ment dans le cadre des dossiers de patients trans- frontaliers. De même, ils regrettent l'absence de contrôles communs aux deux pays pour ces mêmes patients. Les passages de frontière sont également

problématiques dans le cadre des demandes d'exa- men complémentaire.

Un engorgement difficilement gérable

Les passages de frontière concernent plus de 1.000 patients français qui se rendent chez quel- ques rares médecins belges. Actuellement, dans le Hainaut, certains médecins suivent plus de 100 patients français par mois. Ils éprouvent des difficultés à pratiquer avec des patients venant par- fois de Marseille, Paris, Soissons ou de Corse. Se dessinent ainsi des champs de pratiques différen- ciés, les médecins belges pratiquant différemment avec des usagers de proximité et les usagers fran- çais.

Se mettre dans l'illégalité pour aider des patients ?

La méthadone étant classée comme stupéfiant, son transfert à l'étranger est illégal sans autorisa- tion préalable des autorités compétentes. Certains médecins et centres spécialisés s'en prémunissent en remettant au patient une attestation de soins sti- pulant qu'il est effectivement en traitement et qu'un suivi est en cours. Il est également recommandé au patient de ne pas circuler avec son traitement plus que nécessaire et de déposer l'ensemble des gélu- les dans un endroit sécurisé. Mais qu'en est-il du patient qui part en vacances ou du routier ?

Ces mobilités posent question de part et d'autre de la frontière. Certains généralistes français revendiquent le droit de pouvoir initier le trai- tement à la méthadone évacuant ainsi une partie des contraintes liées à sa primo-prescription en centre. De même, les participants belges évo- quent une inquiétude quant à la nouvelle légis- lation en matière de traitement de substitution. Il leur est recommandé, lorsqu'ils suivent un patient non stabilisé qui ne réside pas en Belgique, de demander une attestation d'un centre français. Les difficultés liées à cette démarche conduisent à l'abandon de la demande.

Pistes pour continuer...

Cette expérience transfrontalière nous a fait prendre conscience de l'importance de créer des lieux de rencontre entre généralistes, mais hors d'un cadre contraint. On peut en effet contraindre à échanger, mais avec quels résultats? Il est nécessaire d'informer les médecins sur ce qui se passe dans leur pays mais aussi de l'autre côté de la frontière, la nécessité aussi de les former en déstigmatisant la pratique pour que chaque médecin puisse prendre en charge ses propres patients évitant ainsi l'engorgement de certains confrères. Il semble également nécessaire de constituer des lieux d'échanges qui ne soient pas lieux de diffusion de « bonnes pratiques », mais plutôt qui permettent à des médecins qui ne sont pas tous engagés dans des réseaux de confronter et de discuter de leurs pratiques. Beaucoup de fraternité s'est dégagée de ces discussions tant chacun apporte à travers des situations vécues, une part de la souffrance sociale. Soulignons enfin la richesse et la pertinence d'intégrer des « regards extérieurs » aux dispositifs destinés aux professions médicales qui contribuent à mettre à distance les pratiques, le temps d'un moment de réflexion.

C.J.

Références

Jeanmart Caroline, 2005, La recherche d'aide d'usagers de drogues et de leurs familles. Analyse de trajectoires de recours en territoire transfrontalier franco-belge, rapport de recherche, Interreg III.

Ledoux Yves, 2005, Evaluation de la délivrance de Méthadone en Belgique: rapport final, Gent, Academia Press.

Ont participé à ce projet : Dr Alain Bardoux (Maubeuge), Dr Christian Depelchin (Mons), Dr Sabine Gaillard-Starzmann (Hem), Dr Frantz Gentholtz (Tourcoing), Dr Freddy Kicq (Mons), Dr Dominique Lamy (Nimy), Dr Yannick Millot (Hem), Dr Jean-Jacques Muny (Frameries), Dr Jean-Louis Raviez (Lille), Dr Bertrand Riff (Lille), Dr Frédéric Sapin (Blaugies), Dr Claude Vrielynck (Tournai) et deux sociologues du Clersé : Dominique Duprez et Caroline Jeanmart.

Coordination du projet : Caroline Jeanmart

Alto-SSMG Rue de Suisse, 8 B -1060 Bruxelles Tel. +32 (0)2 533.09.80 e-mail : ssmg@ssmg.be

G&T 59/62 Rue de Solférino, 267 F - 59800 Lille Tel. + 33 (0)3 20 52 35 25 e-mail : gt-nord@nordnet.fr

Clersé USTL, Faculté des sciences économiques et sociales, Bâtiment SH2 F – 59655 Villeneuve d'Ascq Cedex Tel. + 33 (0)3 20 12 54 20 e-mail : Caroline.Jeanmart@univ-lille1.fr

