

APPORT DES USAGERS DE DROGUES AUX MEDECINS GENERALISTES

Denis B, Hoffman A, Jacques C, Lafontaine Jb, Romain Jg

Médecins de famille et responsables de groupes ALTO (Alternatives à la toxicomanie)

Beaucoup de choses ont été écrites sur les modalités de prise en charge des usagers de drogues en médecine générale. Elles traitent en général de l'impact de nos pratiques sur les patients. Peu de choses par contre ont été dites sur l'apport spécifique de ce groupe de patients pour notre pratique de médecins de famille. La relation thérapeutique est à double sens, et nous voudrions esquisser ici un bilan de ce juste retour des choses. L'occasion nous en est venue du fait d'une particularité de la prise en charge des héroïnomanes en Belgique francophone : la toute grosse majorité d'entre eux sont suivis dans le cadre d'une pratique privée de médecine générale. La plupart des médecins impliqués dans ces traitements se sont structurés en groupes d'intervision (groupes ALTO), et l'expérience de cinq ans de leur fonctionnement nous permet de préciser les principales modifications que cela a induit dans nos pratiques.

1. Les « jeunes chroniques »

Les toxicomanes ont considérablement rajeuni la population de nos salles d'attente.

En médecine générale, la notion de patients chroniques recouvre la plupart du temps des personnes âgées, avec lesquelles nous entretenons généralement une relation nous semblant peu impliquante sur le plan existentiel. En effet, une part importante des dialogues concerne la pluie et le beau temps, les petits tracassés matériels, les nouvelles de la famille voire de l'animal de compagnie, etc. Nous saisissons parfois avec difficulté le sens caché de nos visites. Bien sûr, il nous arrive d'être confrontés à des questions essentielles tournant autour de la solitude, la souffrance, la mort. Toutefois, l'heure du questionnement existentiel qui va orienter une vie est passé depuis longtemps. L'enjeu est donc autre, il s'agit ici d'accompagner une existence qui va vers son terme, si possible en douceur.

L'irruption de jeunes dépendants dans nos consultations vient fortement perturber cette sérénité. Dans le cadre des traitements substitutifs, nous les voyons tous les dix ou quinze jours pendant des mois ou des années. L'apprentissage de la relation particulière avec ces jeunes chroniques est une nouveauté pour nous. Et ce grand courant d'air frais dans nos cabinets n'est pas sans nous décoiffer. Plus question ici de propos banaux, nous sommes constamment mis sur la sellette : il est question, en vrac, de mal de vivre, de la mort parfois côtoyée au quasi-quotidien, de souffrance existentielle, de révolte ou de fuite vis-à-vis d'une société sans avenir pour eux, de difficulté douloureuse à communiquer, de l'absence de repères familiaux et sociaux, d'exclusion et de violence. Et quand le questionnement est occulté (« je viens pour de la métha, je suis tombé dans l'héro depuis deux ans »), nous savons que le chemin sera probablement encore plus long à réinstaller une parole chargée de sens.

A la longue, tout cela n'est pas sans nous amener à nous poser des questions sur l'utilité réelle de notre métier, sur notre fonction dans la société en tant que médecin, citoyen, parent... Par exemple, le contact avec ces patients aura un impact certain sur la façon dont nous regardons grandir nos propres enfants. Bref, il s'agit de patients constamment interpellants. A force de nous faire partager leur insoluble, ils finissent par nous faire douter de nos propres solutions. Il apparaît en effet rapidement que nos propres réponses existentielles, plus ou moins satisfaisantes pour nous-mêmes, leur sont d'une aide

dérisoire. De même, notre cadre médical traditionnel qui privilégie une démarche linéaire (diagnostic, étiologie, traitement) se révèle inadéquat en la matière. Un des apports incontestables des groupes d'intervention est de permettre de gérer ce questionnement de façon à ce qu'il nous apporte une valeur ajoutée dans nos rapports avec nos jeunes patients en général, et ne nous déstabilise pas outre mesure : ces groupes sont aussi thérapeutiques de notre éventuelle décompensation professionnelle, de notre « burn-out ».

2. Mise en tension des limites de la médecine

Les progrès de la médecine posent autant de questions nouvelles qu'ils n'apportent de réponses à d'anciennes interrogations. Des manipulations génétiques sur l'embryon à la prolongation de la vie dans des conditions très différentes d'une vie « normale », la dimension éthique prend une place croissante dans l'intervention médicale au début ou à la fin de la vie.

Les usagers de drogues ouvrent un troisième front dans cette problématique, un front au cœur même de la vie, en nous interrogeant sur nos pratiques.

Avec eux, sommes-nous dans le normal ou dans le pathologique ? La majorité de ces jeunes adultes sont exempts de toute pathologie organique, du moins au début de leur toxicomanie. Et la plupart de ceux qui sont suivis en médecine générale ne relèvent pas d'une affection psychiatrique à proprement parler. Dans quelle galère nous embarquons-nous, dès lors ?

Avec eux, sommes-nous dans le médical, le judiciaire, le social, le psychologique ? Les limites de notre rôle se mettent à trembler. Quel sens a vraiment notre travail d'accompagnement et de « lutte » contre la drogue quand persistent les blessures existentielles auxquelles cette drogue apporte un soin palliatif ? Faut-il décréter que, quand elle se cherche une réponse dans la chimie illégale, toute souffrance psychologique devient maladie mentale à médicaliser ou que toute forme d'auto-exclusion ou d'incongruence sociale devient sociopathie à criminaliser ? Ou encore que, la frontière entre ces maux étant ténue et poreuse, l'usager de drogues sera perpétuellement écartelé entre la blouse blanche et la robe noire ?

Ces questions que nous feignons de nous poser à nous-mêmes, ce sont eux qui nous les posent très concrètement. De mille manières : demande de documents « pour la probation », jeux de pouvoir où ils demeurent plus que tout autre patient maîtres du proposé thérapeutique, mise en ballottage de nos schémas d'intervention par la diversité de leurs vécus et de leur devenir.

Loin d'être théorique, ce questionnement qu'ils nous imposent élabousse notre approche des autres patients : il situe clairement l'intervenant polyvalent qu'est le médecin généraliste à l'intersection de domaines artificiellement cloisonnés, l'amenant à se redéfinir sans cesse. Deux exemples parmi tant d'autres. La prescription de médicaments antidépresseurs et tranquillisants est en progression permanente : est-ce un bienfait de la recherche pharmacologique, un effet pervers du marketing pharmaceutique, le signe d'un malaise soulagé par la médecine ou une manière d'évacuer des tensions que la société redoute d'affronter ? La demande de « certification » médicale est exponentielle, comme un besoin d'assurance « scientifique » sur la vie. Prescription, certification : ces gestes si naturellement « médicaux » retrouvent dans l'accompagnement de l'usager de drogues tout leur poids d'interrogation. Assumer en tant qu'intervenant non spécialisé la prise en charge de ces usagers, c'est s'exposer à se faire interpellé par l'ensemble du corps social, mais c'est aussi se confronter à la nécessité de lui renvoyer les questions dont il veut se débarrasser.

3. La gestion du transfert

Transfert et contre-transfert interviennent de façon plus ou moins évidente dans la plupart de nos relations avec les patients. Mais quand il s'agit de patients toxicomanes, cela se passe toujours, très vite, très fort et sur un mode assez stéréotypé.

La toxicomanie masque l'échec de la construction d'une identité « suffisamment » satisfaisante. La relation peut alors se résumer à une demande parfois insistante de produits et à la difficulté répétée à respecter notre cadre de travail (horaires, paiements, etc.). Il faudra un temps parfois fort long avant que la réalité de l'ancrage relationnel ne commence à émerger.

Dans les débuts de cette relation, nous serons investis, dans une alternance parfois éprouvante, des rôles de Sauveur et de Persécuteur (1). Si nous n'y sommes pas préparés et fonctionnons au premier degré, nous risquons fort de tomber dans le rôle de la Victime et de mettre ainsi nous-mêmes un terme à la relation. Dans les premiers temps, nous avons tous entendus des phrases du genre « Vous êtes le seul qui savez m'en sortir », ou « Vous, au moins, vous me comprenez ». Prenons garde à ce piédestal car le ton risque fort de changer dans les jours qui suivent : « Je n'ai jamais vu un nul comme vous », ou « On dirait vraiment que vous voulez que je crève ». C'est l'étape où tout est encore centré sur le produit : lui son héroïne et nous nos médicaments, même si nous n'en connaissons pas toujours autant sur la drogue qu'il n'en connaît sur notre compendium pharmaceutique ! Il est prêt à consommer nos prescriptions, nous « consommer » comme un produit. Nous avons beau frimer en parlant « shoot » et « packson », il n'est pas dupe de notre savoir livresque ou journalistique et la querelle d'experts se profile rapidement à l'horizon : voilà que le puissant médicament prescrit ne lui fera certainement rien du tout. « Vous rigolez, on m'a déjà donné ce truc dix fois, ça ne marche pas ». Cette petite phrase assassine de notre supposé « savoir » est souvent difficile à récupérer !

Ainsi fondée sur cette croyance dans les produits, il est impossible que la rencontre réussisse. Il est même indispensable qu'elle échoue, amenant le patient à reconsidérer son « projet de vie », aussi frustré soit-il, et nous amenant à reconsidérer notre projet thérapeutique, notre contre-transfert : pourquoi attachons-nous tant d'importance au fait que le patient soit abstinent dès le début du traitement ? Refuserions-nous nos soins à un coronarien qui continue de fumer ? Tout comme notre patient, nous apprenons à supporter l'échec et le « manque » : manque du pouvoir sur l'autre, manque de notre savoir médical.

Une fois passé ce cap houleux, nous n'arrivons pas forcément en eaux calmes ! Car nous risquons fort d'être alors investis du rôle du Père, davantage compatible avec un projet thérapeutique mais non exempt de pièges et de dérives. La déficience de la fonction paternelle et la carence des modèles identificatoires sont très souvent l'une des causes du passage du jeune en toxicomanie. Les pères décédés, perdus de vue ou inconsistants sont d'une sur-fréquence frappante chez ces patients, avec l'image en miroir d'une mère couveuse, sur-productrice et fonctionnant sur un mode parfois encore fusionnel avec son grand enfant. Ce n'est donc pas par hasard que le thérapeute, s'il réussit à établir une relation de confiance au delà des négociations sur les produits, se trouvera investi du rôle de « père de substitution ». Le risque est alors bien réel de sur-investir dans la relation et de décompenser en cas d'échec, de freiner la fin d'un traitement par crainte inconsciente de laisser le patient voler de ses propres ailes, de glisser vers un maternage anti-thérapeutique, d'entrer dans des conflits presque conjugaux avec la mère du patient, de se laisser aller à une certaine complicité ou à une confusion avec un rôle de « bon copain dealer ». Ici aussi il faut souligner l'importance des groupes d'intervision dans la remise des pendules à l'heure. Riche apprentissage, qui pour beaucoup d'entre nous a été une formation accélérée et compacte à la gestion de la relation transférentielle en général.

4. Apprentissage du travail en réseau

Le médecin généraliste est traditionnellement un travailleur solitaire, voire un individualiste parfois forcené, et éprouve parfois beaucoup de mal à fonctionner sur un autre terrain que celui du colloque singulier. S'agissant d'usagers de drogues, il est confronté d'une part au fait qu'il n'est pas la seule référence du patient - ou, pire encore, qu'il n'en est parfois pas la référence principale - et d'autre part à l'évidence qu'une coordination, voire une concertation des divers intervenants conditionne le succès de la prise en charge. Si ses rapports avec l'éventuel psychiatre, gynécologue ou interniste posent peu de problèmes, il n'en va pas de même pour son articulation avec les intervenants psychosociaux. L'apprentissage du partage du secret professionnel partagé, même clairement délimité au champ commun d'intervention et avec l'accord du patient, ne se fait pas sans difficultés ni angoisses. Cette difficulté est encore accentuée quand tout cela se passe dans le contexte d'une politique de réduction des risques, qui exacerbe la crainte du médecin de se voir fonctionner comme agent de normalisation sociale et sanitaire et non plus comme thérapeute. Hormis le cas apparemment insoluble de la collaboration entre le médecin et l'assistant de probation du patient, nous avons tous néanmoins expérimenté que quand elle était possible, cette concertation était particulièrement féconde. Par ailleurs, on assiste parfois aussi à la difficulté de certains généralistes à assumer plusieurs rôles successifs ou simultanés : ceux de médecin, confident, camarade, parent, aîné, éducateur, etc.

L'absence, toujours actuellement, de formation adéquate à cette pathologie dans le cursus universitaire pousse tout naturellement les généralistes confrontés à ce problème à fréquenter l'un des nombreux groupes de formation organisés par des centres spécialisés ou à l'initiative de généralistes plus particulièrement impliqués. En général, ils s'y inscrivent avec l'idée d'y acquérir en un cycle court un outil scientifique et technique, voire quelques « trucs » rapidement assimilés. Un peu comme le patient va trouver le médecin en se disant qu'il s'en sortira avec deux ou trois bouteilles de méthadone... Il est frappant de constater que la majorité d'entre eux demandent ensuite de rester en contact avec d'autres via les groupes d'intervision et que cinq ans plus tard ils estiment toujours nécessaire de partager leur expérience et leurs problèmes en se réunissant mensuellement, en dehors de toute obligation ni rémunération.

Les prises en charges d'usagers de drogues ont aussi considérablement modifié les relations entre généralistes et pharmaciens : habituellement interlocuteur purement technique et sous-traitant du médecin traitant, le pharmacien est devenu un intervenant thérapeutique à part entière par son contact quotidien avec le patient, dépassant rapidement la simple délivrance de méthadone vers un rôle de conseiller dans les problèmes en tout genre, en matière d'éducation sanitaire ou d'éducation des enfants par exemple, au départ de simples réponses sur la composition des biberons. Le retour de son avis sur l'évolution du patient est particulièrement important pour le médecin ; de plus en plus de pharmaciens et de médecins généralistes se téléphonent ou collaborent plus étroitement.

Au total, la pratique de ces prises en charge a fortement amélioré la quantité et la qualité des contacts professionnels du médecin généraliste avec les confrères et les autres intervenants de la même région, lui donnant davantage le sentiment de se trouver, en quelque sorte, au sein d'une « communauté thérapeutique ». Cette capacité à travailler en réseau s'avère d'ailleurs un bénéfice appréciable pour de nombreux autres problèmes rencontrés dans sa pratique : maltraitance, décrochages scolaires, cas sociaux, etc.

5. Reconnaissance d'une expertise et apprentissage de la recherche en médecine générale

A la différence de nos confrères généralistes anglo-saxons, nous sommes peu enclins à faire de la recherche clinique ou épidémiologique dans le cadre de notre pratique de médecine générale. Nous

sommes encore moins habitués à être considérés comme experts en quoi que ce soit par nos confrères spécialistes. Mais le champ de la recherche concernant les usagers de drogues étant quasiment vierge et inaccessible aux hospitaliers (hormis les psychiatres), les généralistes se sont trouvés placés, par la force des choses, en position privilégiée pour collecter et traiter les données sur la co-morbidité associée à la toxicomanie (2,3), les caractéristiques démographiques (4), sociales, familiales des usagers, l'évaluation des prises en charge (5), les problèmes de parentalité liés à la toxicomanie (6), etc. Nombreux parmi nous sont ceux qui se sont dès lors lancés dans des travaux de recherche et des publications. Ce type de démarche et les contacts qu'elle entraîne a considérablement ouvert vers l'extérieur nos cabinets étriés et changé radicalement notre propre regard sur notre pratique en général : contaminés par le virus de la recherche, certains généralistes se sont mis à travailler de la même façon pour l'évaluation de stratégies préventives en médecine générale, dans des domaines aussi divers que la vaccination anti-grippale chez les personnes âgées, la maîtrise des facteurs de risque cardio-vasculaires ou les procédures de dépistage des cancers... Globalement, il nous semble que ces prises en charge ont grandement contribué chez les médecins généralistes à la prise de conscience de l'importance de leur fonction en matière de santé publique.

En conclusion, il nous semble clair que ces modifications positives générées par les patients toxicomanes dans nos pratiques professionnelles sont vraiment à la mesure des soucis qu'ils ne manquent par ailleurs pas de nous apporter ! D'une façon plus générale, les relations humaines difficiles sont peut-être aussi les plus enrichissantes et formatives pour les médecins généralistes.

Références

Lobos-Wild R., *Le cabinet du médecin généraliste : point de chute et pierre d'achoppement pour les toxicodépendants*. Revue Médicale de la Suisse Romande, 1993 ; 113 : 367-70.

Denis B et al. *Hépatite C et toxicomanie : étude GEMT, résultats préliminaires*. Revue Française de Gastro-Entérologie 1997 ; 324 (33) : 1130-5.

Jamouille M. *Le Rohypnol, une drogue dure amnésiante*. Résultats d'une recherche en médecine de famille. Psychotropes-RIT, 1996 ; 2 : 53-66.

Picard E, Reisinger M, Tafforau J, Lafontaine Jb, Romain Jg, Denis B. *SIDA et toxicomanie en médecine générale*. Revue de la Médecine Générale, Mars 1997, 141 : 28-35.

Ledoux Y, Remy C, Corten P, Roussaux Jp, Sand Ea, Pelc I. *Evaluation d'un traitement de substitution : le cas du réseau d'aide aux toxicomanes (RAT) 1989-1993, premiers résultats*. Nouvelles de la Science et des Technologies, 1993 ; 11(4) : 89-98.

Jacques C, Remy C, Swartebroecx M, Lafontaine Mf. *Toxicomanie et parentalité*. Bulletin de liaison ALTO, octobre 1997,4: 3-9.