

## Réseaux et assuétudes

Dr Daniel Lejeune, médecin généraliste, responsable Alto  
Tournai, membre actif des réseaux Citadelle et Le Phare

### *Petit rappel historique de l'apparition des réseaux « assuétudes » en Belgique*

Début des années 80, c'est le temps de l'épidémie d'héroïnomanie, avec augmentation de la délinquance urbaine, casses de pharmacies en série, etc. ; les premiers centres résidentiels de traitement de substitution apparaissent dans les grandes villes, pour un coût de fonctionnement prohibitif et une capacité de prise en charge très limitée ; les traitements se font avec le Méphénon®, puis avec la méthadone en magistrale. Devant l'insuffisance manifeste d'offre de soins, des « cowboys » de la substitution (médecins généralistes (médecin généraliste) et psychiatres isolés) entrent en action et se font rapidement fusiller par la Justice pour entretien de toxicomanie. En réaction à cela, on voit se créer les premiers centres ambulatoires (le Lama, le RAT) au coût annuel à l'époque de +/- 30 millions de FB par an et toujours avec une capacité restreinte de prise en charge. 1989 voit arriver le premier réseau ambulatoire : Citadelle, constitué de travailleurs médicaux et psychosociaux issus de 4 institutions tournaisiennes, 2 maisons médicales et 2 centres de santé mentale. Capacité croissante, et coût de l'ordre de 1 à 1,5 million de FB par an.

Début des années 90, survient l'initiative de la ministre de la santé de l'époque, madame Magda de Galan, de mettre sur pied une formation destinée aux MG afin de leur permettre de prendre en charge leurs propres patients usagers. Cette formation est présentée aux Marronniers à Tournai puis débute à Mons, fief de Luc Leclercq, MG actif en substitution dès la première heure. Elle se déroule à Tournai en 94, 20 à 30 heures y sont consacrées, réparties sur toute l'année et orchestrée par Citadelle. Alto voit le jour à cette époque, proposant déjà le regroupement des MG dûment formés.

En 1995, le Phare est créé à Mouscron, pour répondre à une demande extrêmement importante de patients essentiellement d'origine française ; ce réseau compte à l'époque, dix MG, un Psychiatre, une psychologue, une assistante sociale et des éducateurs de rue issus du Conseil de Prévention local ; ce réseau se constitue en conformité avec un avis de l'Ordre des Médecins du Hainaut (travail en réseau obligatoire pour la prise en charge multidisciplinaire de la toxicomanie) .

## ***Définition d'un réseau en assuétudes***

Qu'est-ce qui caractérise un réseau de soins, et, plus spécifiquement, un réseau en assuétudes ? C'est la reconnaissance de l'utilité de la mise en commun d'informations et de compétences venant d'intervenants distincts autour d'une même pathologie ; les plus concernées sont celles qui ont un important retentissement psychosocial comme l'alcoolisme et l'usage problématique de produits illicites. Chez nos voisins français, ce sont les réseaux alcool qui sont d'abord apparus, très structurés et organisés verticalement, du monde des spécialistes vers les généralistes, comme toujours en France. En Belgique, ce sont les réseaux toxicomanie qui apparaissent, s'organisant de la base médicale vers le politique, comme souvent chez nous ; les principes de fonctionnement en sont les mêmes : organisation d'interventions et de formations regroupant tous les intervenants de base qui le souhaitent.

Un réseau assuétudes est donc l'**officialisation du choix d'intervenants divers, ayant en commun la rencontre et le suivi des usagers de drogues (usager de drogues) locaux, de travailler ensemble pour optimiser les moyens disponibles dans l'entité.**

**Officialisation= reconnaissance mutuelle publique**

**Choix d'intervenants divers = état des lieux, quelles sont les ressources locales, privées et/ou publiques, pour lesquelles un fonctionnement en commun est possible pour tous sur un pied d'égalité, sans risquer d'interférences (par exemple entre le judiciaire et la santé) , tout en respectant le secret professionnel de chacun ?**

Ceci nécessite de définir d'emblée un **cadre de fonctionnement**

- ***géographique***: quelle est l'entité en question, limites, frontières...
- ***professionnel***: quels sont ceux qui vont accepter de mettre en commun leur expérience?
  - Médecins généralistes
  - Spécialistes: psychiatres, internistes, gynécologues, pédiatres...
  - Assistants sociaux: centres de santé mentale ou de guidance, centres de planning familial, maisons médicales
  - Psychologues: idem + privés
  - Educateurs de rue, régies de quartier
  - Structures communales de prévention
  - Autres...

Il y a donc des possibilités d'actions **curatives** et/ou **préventives** à déterminer. Il est utile de mettre au point d'emblée des **règles de fonctionnement communes**.

- **Relationnel: comment travailler ensemble?**
  - Quels sont les budgets disponibles pour rétribuer ce travail spécifique?
  - **Aspect interprofessionnel:** comment mettre autour d'une même table divers professionnels ayant besoin régulièrement les uns des autres pour travailler efficacement et qui peuvent s'éclairer mutuellement sur les divers aspects de la relation d'accompagnement des UD; comment tirer avantage du regard différent de chaque profession par une mise en commun des savoirs, enrichissante pour sa propre pratique et celles des autres
  - **Aspect intraprofessionnel:** dans chaque profession participant au réseau, il y a émulation, parrainage, partage de vécu, de connaissances et d'expérience ;

Les MG reçoivent au départ des demandes pour lesquels leur cursus académique ne les a guère préparés, et, s'ils ne disposent pas dans leur entité d'institutions spécialisées dans ce domaine acceptant de fonctionner de manière ouverte, ils se retrouvent isolés dans la prise en charge de problématiques qui dépassent leurs compétences personnelles.

En se réunissant pour parler de leurs expériences individuelles, ils vont pouvoir se former eux-mêmes et forger un outil de travail plus efficient, évitant ainsi de se trouver débordés par la charge de travail et de ne plus être autre chose que des distributeurs de produits de substitution.

Participer à un réseau local par le biais d'intervisions régulières offre donc aux MG locaux l'occasion

- de ne plus avoir peur des « toxes » et de ne plus les considérer comme des extra-terrestres, même s'ils ont leurs spécificités,
- de se former mutuellement,
- d'améliorer leurs prises en charge;
- d'éviter le burn out ou la déviance de leur pratique,
- et de présenter à la Société et aux autres professionnels une alternative valable et efficace à la prise en charge institutionnelle, lourde et coûteuse ( ...), toujours insuffisante en places disponibles.

Cet investissement de départ, certes pas toujours facile à mettre en place, vous apportera un confort et un plaisir de travail peut-être insoupçonné.

Le réseau ALTO est l'association de MG de Wallonie, actifs en assuétudes qui acceptent une même philosophie de travail centrée sur le respect des usagers (cfr Charte), association ouverte aux intervenants médicaux spécialisés, aux pharmaciens que nous ne pouvons oublier car ils sont encore plus isolés que nous, aux acteurs psychosociaux, voire même aux acteurs judiciaires quant ils acceptent de jouer le jeu correctement avec nous.

Notre réseau est structuré sur 2 plans : d'abord le plan local, avec tous les acteurs de terrain choisissant de travailler ensemble ; un responsable est désigné pour organiser des intervisions et des formations pour sa région, ensuite, le plan régional constitué par la Coordination regroupant tous les responsables régionaux ; cet organe a les objectifs suivants :

- **Sensibiliser**, informer et former les professionnels à la problématique des usagers.
- **Sensibiliser**, informer les responsables politiques à cette même problématique, notamment par la représentation des intérêts des MG vis à vis du législatif (cfr l'AR réglementant les traitements de substitution).
- **Rencontrer** tous les acteurs de terrain, créer des synergies avec les institutions hospitalières ou autres, se positionner au sein de la constellation psycho-médico-socio-judiciaire.

Il est possible que la charge de travail supplémentaire que nécessite cette prise en charge constitue un obstacle pour certains d'entre nous, qui préfèrent continuer à travailler seuls dans leur coin, d'autant plus que la rémunération de ces efforts reste modeste.

Nous mettons toute notre expérience au service de ceux qui sont disposés à tenter d'offrir aux usagers la place qu'ils nous réclament, c'est à dire être soignés comme des patients « comme les autres », dans le respect de leur originalité propre.