



Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanie

par Dr Sophie Lacroix (1), Dr Baudouin Denis (2)

La toxicomanie est un type d'usage de drogues parmi d'autres, et les consommateurs toxicomanes ont des profils et des besoins différents. Le généraliste se doit de cerner la problématique avec son patient, et de lui proposer un accompagnement au plus proche d'une réponse à ses besoins. Cet accompagnement peut se limiter à une réduction des dommages liés à sa consommation, ou peut viser des objectifs plus exigeants tels une réinsertion sociale et familiale, voire l'abstinence. Si les premiers besoins auxquels le patient nous demande de répondre se limitent à une prescription médicamenteuse (substitution notamment), le généraliste, en respectant le rythme du patient, doit aussi élargir le champ de son intervention au domaine médical plus large qu'est la santé globale. Il peut aussi préparer le terrain d'une tierce intervention (domaine psycho-social) et orienter adéquatement. Ce type de consultation nécessite l'instauration d'un cadre thérapeutique, tant pour initier une réinsertion sociale de l'usager que pour garantir un minimum de confort professionnel au généraliste. Ce dernier a également un rôle citoyen à jouer, notamment via l'interpellation des pouvoirs publics sur base de témoignages et d'expertise. Lui incombe aussi une participation à la recherche en ce domaine.

Mots-clés : médecine générale, usage de drogues.

Envisager le rôle du médecin généraliste dans la problématique de la toxicomanie implique de se pencher sur le savoir-être et le savoir-faire du médecin, mais, avant tout, de s'attarder sur le terme « toxicomanie ».

Existe-t-il un réel consensus sur la définition de ce terme, nous ne le pensons pas. Néanmoins, comme point de départ de notre réflexion, prenons note de la définition proposée par D. Richard et J-L. Senon dans le « Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances (Larousse 1999) » : comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psychoactives.

Ceci amène les réflexions suivantes...

Pour accompagner les usagers de drogues, il convient de prendre du recul par rapport à l'amalgame et à la confusion qui règnent encore trop fréquemment dans notre société autour du phénomène de la consommation de drogues, et de se détacher un maximum de la pensée sécuritaire qui amène à différencier les drogues licites des drogues illicites. Nous n'avons pas la prétention de

nous lancer dans des considérations philosophiques pour lesquelles nous n'avons que peu de compétences, mais nous souhaitons pointer du doigt quelques éléments qui ont des implications directes dans le travail quotidien de terrain.

Questionner le regard de la société sur l'usage de drogues... Se dégager des affects pour intégrer une vision plus « scientifique », plus médicale...

Les consommateurs de produits illicites sont en général tous mis dans le même panier, on les appelle des « drogués ». Pourtant, rien ne différencie plus un usager de drogues d'un autre, qu'une personne quelconque de son voisin. Bien sûr, les usagers de drogues ont parfois des points communs, mais notre voisin n'a-t-il pas, tout comme nous, une télévision ou l'une ou l'autre bouteille d'alcool qu'il gère à sa façon ? Dans le cadre de la consultation, il convient donc de mieux cerner le type d'usage de drogues, de voir comment la personne se situe par rapport à son usage, et d'en mesurer, avec elle, les conséquences dans le champ psycho-médico-social. En un mot, cela revient à se poser cette question : la consommation est-elle problématique ou non, et, si oui, où se situe la difficulté et par rapport à qui.

(1) médecin généraliste, responsable du réseau ALTO-Namur,

Email : sophie.lacroix@skynet.be

(2) médecin généraliste, responsable du réseau ALTO-Charleroi,

Place du Nord 11,

B-6000 Charleroi, Belgique.

Email : chnord@skynet.be

ALTO (Alternative à la Toxicomanie) : réseau de médecins généralistes accompagnant des usagers de drogues en Communauté française de Belgique.

Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 22, n°1, 2004



Licite ou illicite...

Usage de drogues et délinquance... C'est cette association d'idées qui sous-tend quelque-unes des lignes de la politique sécuritaire... L'alcoolique est-il autant stigmatisé ?

Même s'il est vrai qu'un certain type d'usage chez un certain type de personne peut amener à poser des actes qui ne peuvent être justifiés, cela ne concerne certainement pas tous les usagers de drogues, ni tous les usages. Par ailleurs, à moins que le comportement de notre patient n'ait des conséquences directes sur nous-mêmes ou nos proches, notre rôle est un rôle de soignant. Bien sûr, nous devons tenir compte des éventuelles trajectoires judiciaires de nos patients et de leurs implications, mais ces faits, commis ailleurs et en d'autres temps, ne devraient pas avoir d'impact nuisant au bon accompagnement thérapeutique. Avons-nous autant de difficultés à accompagner un patient alcoolique qui a commis un accident de roulage ayant occasionné des blessés ?

Prendre conscience que les idées véhiculées par la société peuvent avoir un impact sur notre pratique, c'est déjà un pas vers la neutralité bienveillante nécessaire qui devrait sous-tendre notre travail.

L'usage toxicomaniaque doit donc être différencié, entre autres, et la liste n'est pas exhaustive, de l'usage occasionnel, récréatif, d'un usage fréquent sans dépendance, et il doit être appliqué à tous les produits, qu'ils soient licites (tabac, alcool et médicaments) ou illicites.

La toute grande majorité des usagers rencontrés en médecine générale vient de sa propre initiative et demande de l'aide. Il s'agit alors d'analyser avec le patient les diverses facettes de sa problématique ainsi que les raisons et les buts de sa demande.

Accompagner...

Les notions de traitement de la toxicomanie, prise en charge, guérison, articulées autour du concept « CURE » des anglo-saxons, nous semblent ici inadaptées et génératrices d'échecs. Nous leur préférons la notion d'accompagnement (concept « CARE ») plus adaptée à la gestion d'un problème de santé chronique et où le choix des objectifs repose davantage sur une concertation entre le patient et le thérapeute. Ces objectifs seront donc à géométrie variable et nous devons abandonner toute approche standardisée. Pour certains patients particulièrement déstructurés, nous devons peut-être nous contenter au début d'un objectif purement sanitaire et nous limiter à une réduction des dommages liés à la consommation. Pour d'autres – ou pour les mêmes à un stade ultérieur de leur parcours – il pourra s'agir d'un objectif de « démarginalisation », de réinsertion sociale et familiale. Pour d'autres enfin, nous participerons à l'émergence de projets de vie et au développement accéléré de potentialités longtemps mises en stand-by par la toxicomanie : nous verrons le patient (re)découvrir des plaisirs élémentaires comme celui

de partager un bon repas, d'être « propre sur lui », d'aller à un spectacle, d'être amoureux, de désirer avoir des enfants. A ce stade nous pourrions travailler avec lui sur sa santé globale et sur l'image de soi.

Dans ce cheminement à petits pas, chaque patient a son propre rythme et il importe pour nous de le respecter. Comme le dit si bien un proverbe chinois, « ce n'est pas en tirant sur les feuilles d'un arbre qu'on le fait pousser ».

Et l'abstinence là dedans ? Habituellement les médecins généralistes, lors de leurs premières « prises en charge » de toxicomanes, la posent comme objectif principal et souvent même comme condition de la poursuite du traitement. Ils ne consacreront leur énergie au patient que « s'il veut vraiment s'en sortir » et testeront ses motivations. Cette attitude est héritée de leur formation universitaire et correspond d'ailleurs parfaitement aux pressions de l'entourage du patient et de la société. « En sortir », d'accord, mais pour aller où ? L'héroïne a généralement pour le patient une fonction d'« écran total » devant une réalité douloureuse et source de souffrance : un monde insupportable. Quitter la toxicomanie, c'est s'y confronter à nouveau. Il nous semble évident que nous devons lui donner le temps et l'aider à se reconstruire un monde acceptable et gratifiant avant d'attendre de lui cette démarche finale. Même si travailler dans le cadre de la consommation n'est pas forcément aisé, nous devons donc nous garder de poser l'abstinence comme objectif en tant que tel. Se focaliser sur ce seul but, c'est oublier tous les petits pas progressivement posés par le patient vers l'acquisition de plus d'autonomie par rapport à sa consommation, c'est aussi oublier que toute consommation n'est pas forcément problématique. L'abstinence sera plutôt la conséquence « imprévisible » de notre accompagnement, le jour où le patient s'y décidera. La « cerise sur le gâteau », en quelque sorte.

L'accompagnement demande du temps : prendre le temps d'écouter, de trianguler (nous y reviendrons), d'attendre les réponses à nos propositions, d'évaluer la situation personnelle, conjugale et familiale. En tant qu'intervenant de première ligne nous sommes bien placés pour évaluer les risques que prennent ces personnes par rapport à elles-mêmes, mais aussi pour évaluer ceux qu'elles peuvent potentiellement faire courir à l'entourage (violence conjugale, négligence ou maltraitance d'enfants). A nouveau, ici, prenons du recul par rapport aux croyances ambiantes : toute personne toxicomane n'est pas forcément un mauvais conjoint ou un mauvais parent; cependant, il est évident que lorsque les besoins d'une personne ne sont pas ou insuffisamment comblés, il est difficile pour cette même personne de satisfaire aux nécessités de son entourage. Veillons donc à répondre aux besoins de nos patients, dans les limites de ce que nous estimons faisable.

Nous plaidons pour une approche vraiment



« généraliste » du patient toxicomane. Nous le considérons comme un patient parmi les autres, sans le stigmatiser ni lui donner des passe-droits. Il importe qu'il puisse se retrouver dans une salle d'attente parmi le « tout venant ». Ce sera souvent son premier lieu de réinsertion sociale ! De même il faut clairement lui signifier que nous attendons de lui le respect d'un cadre minimal : respect des horaires, participation financière (fût-elle symbolique), calme de la salle d'attente etc. Poser ce cadre, c'est déjà en soi thérapeutique pour ces patients chez qui la notion de limites a depuis longtemps disparu (le « tout, tout de suite »). Un des corollaires est de ne pas suivre un nombre excessif de patients toxicomanes de front : la salle d'attente deviendrait rapidement ingérable. Il y va d'ailleurs de notre propre santé mentale : ces patients jeunes que nous allons voir chroniquement nous interpellent souvent par leurs questions existentielles, voire nous déstabiliseront. Il s'agit souvent de patients particulièrement attachants et le transfert n'est pas toujours simple à gérer. Et si l'un d'entre eux va particulièrement mal, nous risquons fort de nous « prendre la tête » et d'emporter ce souci dans notre vie privée et notre sommeil. Nous connaissons tous l'un ou l'autre confrère qui a glissé de « médecin de famille » vers « médecins des toxicos » et y a perdu son équilibre personnel, familial et professionnel. Nous ne pensons pas qu'il faille pour autant réglementer des « quotas de file active » : c'est une question de bon sens individuel, où chaque médecin doit sentir ses limites.

Nous considérons également la toxicomanie comme un problème de santé parmi les autres et visons une approche globale de la santé : un héroïnomanie peut aussi être hypertendu ou avoir trop de cholestérol et nous devons progressivement élargir le champ restreint de la prescription d'un médicament de substitution vers une prise de conscience de tous les autres facteurs de risque conditionnant son avenir. Il y a bien sûr aussi la gestion des pathologies couramment associées à la toxicomanie, notamment par voie intraveineuse : phlébites, abcès, délabrement dentaire, hépatites virales B et surtout C, HIV dans une moindre mesure. Et ne tardons pas à parler de contraception à nos patientes héroïnomanes : à force d'avoir vécu des années en aménorrhée et en relative infertilité, elles se sont souvent habituées à l'absence de toute précaution et ne savent pas forcément que sous méthadone leur cycle menstruel et leur fertilité seront rapidement restaurés. Et ce n'est pas toujours le moment idéal pour une grossesse !

Spécifiquement, en tant que médecin, nous pouvons aussi apporter une aide médicale via la prescription d'un traitement de substitution. La méthadone a fait ses preuves en terme d'amélioration de l'état de santé global des héroïnomanes, et de leur réinsertion sociale, et les benzodiazépines sont indispensables dans le sevrage de la personne alcoolique, mais ces traitements doivent s'accompagner d'autres volets thérapeutiques, psychologiques et sociaux. Les médecins étant les

seuls à pouvoir prescrire, c'est avec cette demande que se présente la toute grande majorité de nos patients. Pour nouer un lien de confiance et/ou thérapeutique, il est primordial, disions-nous, de d'abord envisager de répondre aux besoins (ce qui ne veut pas dire que toute demande, notamment de médicaments, doit être acceptée, il est important que le médecin respecte ce qu'il pense être ses propres limites tout en justifiant ses choix au patient). Ainsi, étant donné que la majorité des usagers de drogues illicites que nous rencontrons sont des héroïnomanes, le traitement de substitution s'avère être un bon moyen d'ancrage d'une relation de confiance qui permettra d'aborder un accompagnement psychomédico-social plus large.

Accompagner, c'est accepter les choix du patient en réponse à ce que nous proposons. Dans certaines situations, il faut cependant être clair : si le patient n'investit aucune autre proposition d'aide qui nous semble indispensable (soutien psychothérapeutique ou initiative de réinsertion sociale par exemples), le seul traitement de substitution ne lui permettra pas, à lui seul, de répondre à toutes ses demandes de mieux-être. Nous ne pouvons parcourir le chemin à sa place. Accompagner, c'est aussi, parfois, accepter d'être manipulé... Là encore, il faut distinguer une manipulation intentionnelle à notre égard (ce qui est par ailleurs rare), d'une manipulation comme seul moyen d'assouvir ses envies, ou d'une manipulation devenue au fil de la toxicomanie la façon habituelle et « normale » d'entrer en relation avec autrui. Dans ces deux derniers cas, nous ne sommes pas la cible de la manipulation, mais n'en sommes que le moyen. Comprendre cela permet parfois de dépasser certaines difficultés.

L'accompagnement psychosocial et la triangulation...

La plupart des toxicomanes ont des difficultés dont ils souhaitent parler, mais ils ne veulent surtout pas entendre parler de « psy ». Le médecin peut prendre le temps d'écouter tout en énonçant clairement ses limites dans les domaines psychologique et psychiatrique, et doit présenter les relais professionnels lorsque les difficultés énoncées impliquent une prise en charge qui le dépasse. Le relais vers des instances sociales s'inspire des mêmes idées.

La présence de ces relais amène la notion de triangulation. Présenter un relais implique d'avoir précédemment noué un lien avec le patient afin qu'il ne vive pas cette proposition comme un désinvestissement de la part du médecin, et présuppose une connaissance adéquate des partenaires afin d'orienter au mieux en fonction des besoins du patient. Passer la main n'allège pas non plus le médecin du souci de s'assurer que le chemin parcouru ailleurs est réellement investi. Cela implique donc une triangulation où le médecin a une place centrale de pilier tout en garantissant le secret professionnel. Il importe que nous fassions percevoir cette triangulation de façon positive pour le patient :



Sources bibliographiques

BERTSCHY G., *Pratique des Traitements à la Methadone*, Edition Masson, 1995.

PARRINO MW, *State Methadone Treatment Guidelines*, U.S. Department of Health and Human Services, 1992 (Traduction Française : *Traitement à la Méthadone*, Médecine et Hygiène, 1994).

Brochure Citadelle - Cèdre Bleu « *Le médecin belge, le patient français et la Méthadone* », Interreg 2000.

JAMOULLE P., *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, De Boeck Université, collection Oxalis, 2000.

JACQUES J.-P., *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck Université, collection Oxalis, 1999.

JAMOULLE P., *La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risque*, De Boeck, collection Oxalis, 2002.

des éclairages complémentaires, supports vers plus d'autonomie, et non pas une surveillance sous trois feux conjugués.

En fait, toutes ces notions sont, à peu de choses près, communes avec le suivi de patient ayant une maladie chronique tel diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle ou insuffisance respiratoire... Nos patients bronchitiques chroniques n'ont-ils pas, consciemment, détruit leurs poumons, et ne continuent-ils pas de fumer... ?

En matière de toxicomanie, le médecin généraliste a aussi une fonction citoyenne, un devoir de témoignage et d'interpellation et une mission de recherche. Cette pathologie est de l'ombre, souterraine et échappe aux moyens classiques d'évaluation, que ce soit par les épidémiologistes ou les décideurs politiques. Nous sommes parmi les intervenants les mieux placés pour apporter un éclairage à ce sujet. Le concept de « recherche-action » est ici particulièrement adapté aux généralistes, et ils ont déjà mené à bien dans notre pays des recherches intéressantes sur des thèmes tels que « parentalité et toxicomanie », « hépatite C et toxicomanie », « benzodiazépines et toxicomanie », « évaluation des traitements méthadone en médecine générale ». Nous sommes également bien placés pour refléter aux pouvoirs publics les problèmes émergents, les carences, inadéquations et priorités en la matière.

Tous, nous cherchons du plaisir dans la vie, et si ce n'est du plaisir, nous cherchons à compenser les

difficultés de la vie. Beaucoup d'entre nous ont grandi dans des familles qui ont pu satisfaire leurs besoins et où l'argent était suffisamment à disposition pour s'offrir les plaisirs légaux que la société propose. Mais la société n'offre pas uniformément ses avantages, et des bulles de précarité prennent de l'expansion un peu partout. Là, il faut survivre, et l'économie souterraine permet de se débrouiller. Les trajectoires de nos patients toxicomanes nous apprennent qu'ils sont souvent nés et ont grandi dans ces sphères de précarité. La société a à ce point peu répondu à leurs besoins et à ceux de leur famille, qu'ils ont accepté ce que leur société de débrouille leur proposait comme accès à un certain détachement et à un certain plaisir, fut-il coûteux et lourd de conséquences...

Ces personnes, peut-être plus que d'autres, ont droit à toute notre attention, et toute notre bienveillance lorsqu'elles demandent des soins. N'étant pas dénués d'affects, le suivi de ces personnes peut être difficile. C'est ici le rôle des groupes ALTO d'intervention clinique : osons dire nos limites, partageons notre épuisement avec l'un ou l'autre collègue, analysons le pourquoi de notre irritation, et, le cas échéant, expliquons clairement les choses afin d'évoluer vers un modus operandi qui soit agréable pour tout un chacun. Sachons aussi que la relation thérapeutique peut évoluer vers la rupture, et qu'elle ne signifie pas forcément échec. En effet, fort de cette expérience, le patient peut entamer une nouvelle relation sur d'autres bases avec un autre thérapeute, et, si nous acceptons les remises en question, elle peut nous apporter bien des enseignements...