

« Médecins Généralistes et Toxicomanies, qu'en attendre? »

Dr. Clauzet^{}, Dr. Coqus^{**}, Dr. Binder^{***}*

Introduction

La rencontre médecins généralistes et toxicomanes est placée sous le signe de la diversité :

- diversité des toxicomanies,
- diversité des toxicomanes,
- diversité des demandes,
- diversité des attitudes des généralistes face aux problèmes posés.

Mais cette diversité n'est peut-être qu'apparente car il existe, dans la représentation que les uns se font des autres, un certain monomorphisme lié à des apriorismes de part et d'autre, et probablement à une perte supposée d'identité tant du côté du médecin que du côté du toxicomane.

Il n'est pas question ici de développer chaque point évoqué mais plutôt de tenter de faire comprendre l'extrême complexité de la relation médecin Généraliste/Toxicomane, la diversité des rôles que le généraliste peut jouer dans la prise en charge des toxicomanes, les difficultés et les limites de cette prise en charge, l'impossibilité de travailler efficacement dans la seule relation « duelle », le rôle naturel du généraliste médecin de famille dans la prévention. Enfin, et c'est probablement l'élément capital, le médecin généraliste confronté au problème de la toxicomanie doit à tout moment être clair avec lui-même. Il doit pouvoir répondre aux questions : est-ce que je sais ce que je fais, pourquoi je le fais et comment je le fais? Ceci représente tout le problème de la nécessaire formation des médecins généralistes pour s'inscrire dans le système global de la prise en charge des toxicomanes.

Actuellement en France, il existe en fonction du degré de formation, trois types de médecins généralistes face aux problèmes de la toxicomanie.

. Le généraliste de base, simplement sensibilisé par sa propre expérience des toxicomanes rencontrés dans le cours de sa carrière, et par l'information glanée au cours d'une ou deux soirées de formation médicale continue ou de lectures rapides de la presse médicale surabondante mais souvent trop spécialisée.

. Le généraliste ayant pour des raisons personnelles acquis une formation plus poussée : séminaires de formation à la prise en charge des toxicomanes, diplôme de toxicologie et d'alcoologie.

. Enfin le généraliste s'impliquant dans des réseaux de prise en charge des toxicomanes (expérience de terrain, acquisition d'un savoir faire et d'un savoir être).

Cette situation si elle explique la diversité apparente des attitudes thérapeutiques rencontrées, ne doit pas faire oublier qu'il peut s'agir du même généraliste ayant évolué dans l'adaptation de sa pratique à l'enrichissement de ses connaissances.

Cette classification volontairement simple ne doit pas occulter les caractéristiques essentielles du médecin généraliste : individualiste, artiste de la médecine de l'être humain, utilisateur des sciences médicales, respectueux de l'Autre pour être fidèle à son éthique, soumis aux règles qu'il a fait siennes en prêtant serment, viscéralement attaché à la relation duelle médecin/malade, il reste aussi citoyen à part entière c'est-à-dire à la fois acteur et spectateur d'une société dont les lois sont parfois contradictoires avec les siennes propres ou n'allant pas dans le sens de ce qu'il croit être l'intérêt de son patient.

* Docteur P.C. Clauzet, Médecin généraliste 17420 - Cozes

** Docteur J.C. Coqus, Médecin généraliste 51100 - Reims

*** Docteur Ph. Binder, Médecin Généraliste, Président G. & T. 17430 - Lussant

Scène 1 - Des histoires / Docteur P.C. Clauzet

Pour comprendre les différentes facettes du problème Médecin Généraliste/Toxicomane et ce que l'on peut attendre du généraliste, il nous paraît important de faire un rapide état des lieux du côté du médecin de base qui rencontre des toxicomanes. Quel est très schématiquement son profil?

Il est en moyenne âgé de 35 à 40 ans.

Il exerce en groupe avec une secrétaire.

Il est marié, père de famille. Nous le choisissons exerçant dans une petite bourgade de campagne (moins de 5000 habitants). Il a ce que l'on appelle une clientèle moyenne (entre 18 et 25 actes) ce qui représente environ 10 heures de travail par jour. La durée moyenne de son acte médical est d'un quart d'heure en consultation et de 20 à 25 minutes en visite déplacement compris.

Il exerce depuis 10 à 15 ans. Compte tenu de son activité professionnelle, sa formation médicale continue représente 6 à 8 soirées par an, et chaque jour il consacre quelques minutes à la lecture en zigzag de la presse médicale. On ne peut parler, pour ce généraliste, que d'une sensibilisation.

D'après des enquêtes déjà menées, on sait qu'il existe chez le médecin généraliste un certain nombre d'apriorismes bien ancrés, qui vont dans une certaine mesure peser sur son attitude vis à vis des toxicomanes.

Sans vouloir être exhaustif ces apriorismes se regroupent sous plusieurs rubriques :

- . Le temps et la disponibilité : « un toxicomane me prend du temps, beaucoup trop de temps ».
- . Le lieu : « je ne verrai pas beaucoup de toxicomanes à mon cabinet, car ils consultent plutôt dans des « centres » faits pour cela ».
- . L'intérêt : « ça ne sert pas à grand chose de le voir car je ne peux pas le guérir de sa drogue ».
- . Le toxicomane : « c'est un menteur qui me tend des pièges, c'est un violent qui souffre lorsqu'il est en manque, qui a besoin de drogue et qui ne peut ou ne veut rien comprendre. C'est aussi quelqu'un qui peut être atteint de maladies graves (sida, hépatite C, MST) qu'il faut sevrer et traiter en milieu hospitalier.

Enfin les expériences vécues par le médecin généraliste dans ses rencontres avec les toxicomanes vont aussi conditionner, et souvent de manière importante, ses attitudes futures. Trois histoires vécues, racontées par certains de nos confrères méritent d'être rapportées ici.

Le Docteur P... est appelé une nuit dans une maison isolée en pleine campagne pour une jeune fille dans le coma. A son arrivée, il y a une douzaine de jeunes de 17 à 25 ans, plus ou moins ivres, très énervés pour la plupart, qui lui expliquent que la jeune fille en question a bu, pris des médicaments et peut-être s'est piquée à l'héroïne.

Overdose ? Coma ? Rien à tirer de plus par l'interrogatoire. L'examen clinique est pauvre, la pression de l'entourage se fait de plus en plus lourde. Dans la trousse d'urgence pas de NARCAN (réservé à l'époque à l'usage hospitalier) qui aurait pu antagoniser les effets d'une éventuelle overdose. Il faut appeler sans retard le SAMU, malgré l'attitude de plus en plus hostile et agressive de l'entourage qui craint la venue concomitante de la police.

Ce confrère garde en mémoire un souvenir fait d'un mélange de peur, d'angoisse, d'impuissance, teinté de dégoût et de rejet. S'il a su par l'hôpital que sa patiente d'un soir avait bien fait une overdose et s'en était bien tirée malgré lui, il garde la certitude que son expérience, son manque de formation ne lui ont pas permis de gérer cette situation comme il l'aurait souhaité.

Le Docteur A... reçoit à son cabinet Mme X. 37 ans dont il soigne toute la famille. Elle vient consulter pour un problème gynécologique et son asthme. Après l'examen, Mme X déclare brutalement qu'elle pense que son fils se drogue au haschisch. Pendant un moment le Docteur A. ne l'interrompt pas et se contente de l'écouter attentivement. La logorrhée semble intarissable, mélangeant les échecs scolaires ainsi explicables, les sentiments de rejet pour ce fils tant aimé mais indigne de l'amour de sa mère, les craintes de le voir

« risquer le sida », l'angoisse d'en parler à son mari qui ne s'est jamais occupé de l'éducation des enfants alors qu'elle a tout sacrifié pour eux, et surtout pour ce fils toujours malade, instable, qu'il fallait protéger de la vindicte paternelle.

Le Docteur A... se souvient du malaise qu'il a éprouvé devant cette douleur qui devait couvrir depuis longtemps, devant cette souffrance morale qui avait pris corps, brusquement déclenchée par la révélation du problème de drogue remettant en cause un équilibre précaire dans cette famille. Il se souvient d'avoir eu l'envie d'éluder le problème, d'avoir été banalement rassurant, mais surtout d'avoir eu le désir d'aller plus loin dans l'écoute de cette femme et de lui avoir conseillé de reprendre rapidement rendez-vous pour l'aider à gérer ce problème. Il se souvient des interrogations que la décision qu'il venait de prendre avait fait naître, de l'inconfort, de la position dans laquelle cette femme l'avait placé. Il garde très présent à l'esprit le sentiment de solitude, d'isolement, d'impuissance, qui le pousse, chose très inhabituelle chez lui, à téléphoner à un confrère pour en parler.

Mr. Toxicomane a forcé le barrage de la secrétaire du Docteur J.B. Il est installé dans la salle d'attente où il fait vraiment désordre. Lorsque le Docteur J.B. ouvre la porte il voit ce grand énergumène s'engouffrer dans son bureau et lui déclarer qu'il est toxicomane. Sans plus attendre celui-ci monopolise la parole, déclarant être en cours de sevrage. Il dit venir de Paris, avoir oublié son ordonnance pour les médicaments qu'il lui faut absolument. Comme il souffre, qu'il est très mal et ne dort plus, il faut lui prescrire ces médicaments dont il a besoin.

Pas dupe des motivations qui l'ont conduit à pousser sa porte, sûr de son ascendant habituel sur ses patients, et pour abréger un dialogue de sourds, le Docteur J.B. le conduit (le pousse dit-il) dans la salle de soins. Il y procède dans le silence (ce qui les surprend tous les deux) à un examen clinique succinct mais général et termine en faisant part à son patient de ses constatations sur son état physique.

Il se souvient avoir rédigé deux ordonnances, l'une prescrivant des sérologies d'hépatites et de VIH après en avoir expliqué la nécessité, et l'autre prescrivant antispasmodiques et somnifères. Il aurait bien voulu prescrire le TEMGESIC convoité, mais il se sentait dit-il, trop mal à l'aise avec ce type de prescription pour accéder à cette demande.

Il lui reste le souvenir de son étonnement lorsque longtemps après il fut choisi par ce patient pour l'accompagner dans une vraie démarche de sevrage. Il raconte que c'est alors qu'il s'est intéressé vraiment aux problèmes des toxicomanes et qu'il s'est investi dans une association locale d'aide aux toxicomanes et séropositifs.

Commentaires et réflexions

Si l'on peut artificiellement dégager un profil du généraliste, si l'on peut parler de ses apriorismes comme facteurs conditionnants ses attitudes face aux toxicomanes, on voit que l'expérience acquise auprès de ceux-ci est essentielle et conditionne aussi pour le généraliste la prise de conscience de ses limites, de ses possibilités d'intervention, de ses rôles dans la prise en charge.

Mais il serait erroné de croire que seul le médecin décide de ses actions et s'il existe des apriorismes du côté du médecin, il en existe aussi du côté des toxicomanes et de la société qui interagissent sur ses décisions. Ainsi le médecin est souvent perçu par les toxicomanes comme un fournisseur de produits, parfois comme un voyeur, rarement comme un Docteur. Le mensonge lui paraît indispensable, il est le moyen d'obtenir des médicaments. La société dont le toxicomane est, et reste un des membres (même si à tort ou à raison d'aucuns ou lui-même, le considèrent comme exclu), fait du médecin celui qui prescrit et qui doit guérir. Le médecin lui-même, membre de la société, évoluant en elle et par elle, oublie trop souvent que son rôle premier, s'il est de guérir parfois, reste avant tout celui de soulager. (« Je n'ai pu guérir le malade que tu m'avais confié » disait un disciple à son Maître. « L'as-tu au moins soulagé? » répondit le Maître).

On voit donc ainsi que des attentes différentes de part et d'autre dans la relation Généraliste/Toxicomane rendent difficile et complexe la prise en charge des toxicomanes et la définition des rôles précis du généraliste. Dans les trois exemples de rencontre que nous avons choisis, certains éléments peuvent éclairer un peu ce problème.

Quels que soient les médecins généralistes, les demandes qui leur sont faites en matière de drogues sont faciles à classer :

- . le toxicomane demande,
- . la famille demande,
- . un tiers demande.

Dans cette attente et quelle que soit la demande (soins, sevrage, information...) il existe un certain nombre de pressions exercées sur le médecin qui conditionneront plus ou moins l'instauration d'une relation possible ou non et son éventuel devenir. Citons parmi ces pressions le désir réel de consulter ou l'obligation de consulter (parents, justice...).

Dans les trois exemples cités et dans les réflexions faites par nos confrères sur leur propre expérience, bien qu'ils aient la sensation d'avoir eu affaire à un patient comme un autre, ils n'ont pu s'extraire d'un sentiment de manipulation influençant leur décision, créant un malaise du fait de la perte de leur libre arbitre, et les conduisant à s'interroger sur les limites de leur pratique.

C'est probablement une des raisons du refus d'un bon nombre de confrères de s'impliquer dans cette prise en charge en adoptant des attitudes extrêmes : « Je ne prescris jamais ça, les toxicomanes ne viennent plus chez moi »; ou au contraire « il faut accéder à leur demande car je ne peux rien faire d'autre pour eux ».

A l'inverse c'est en sentant le danger de telles attitudes que d'autres confrères vont s'investir dans une connaissance plus vaste des problèmes toxicomaniaques pour nuancer leurs pratiques.

Toujours à partir de ces trois exemples et des réflexions de ces médecins, il nous semble intéressant de relever certains éléments qui peuvent éclairer la nécessité pour le médecin impliqué dans cette relation d'être à tout moment maître de son comportement.

En cela le deuxième exemple est très révélateur. En effet le médecin a senti le besoin de voler au secours de cette femme et a perçu qu'il entrait dans une relation transférentielle. Mais serait-il capable de gérer cette situation? Il en sentait tous les dangers, il percevait l'équilibre fragile de la famille, véritable échiquier où tout déplacement d'un pion bouleverse de manière imprévisible l'équilibre de chacun des autres pions. Il risque de faire l'expérience malheureuse d'un échec pour lui, sa patiente et son entourage et d'outrepasser son rôle d'intervenant dans des domaines qu'il perçoit mais dont il ne maîtrise pas forcément les moyens thérapeutiques.

Dans le premier exemple, c'est le vécu d'une situation à risques qui est souligné. La violence à l'égard d'un tiers non toxicomane pénétrant dans un groupe de toxicomanes engendre un sentiment de peur, l'état de gravité, l'urgence des soins sont des facteurs de stress. Les faibles moyens thérapeutiques dont dispose le généraliste amplifient le sentiment d'impuissance face au problème de la drogue. Ceci est très peu différent du problème rencontré vis à vis des autres urgences pour lesquelles de plus en plus de généralistes ont tendance à boudier leur implication, jugeant leurs moyens trop faibles par rapport à l'énorme machinerie mise en oeuvre par les centres d'urgence : seule la proximité fait d'eux des acteurs de premier recours.

Dans le troisième exemple, c'est à travers une rencontre assez bruyante qu'attitudes et rôles paraissent pouvoir le mieux se définir. Si l'aspect présenté est assez caricatural on voit facilement que le médecin y a conservé son rôle habituel de soins, englobant les temps habituels de son acte, interrogatoire, examen et décision thérapeutique. C'est dans cette forme de médecine qu'il est le plus à l'aise, utilisant tantôt la prescription, tantôt sa capacité de soutien et d'accompagnement, ou encore faisant appel à son réseau habituel de spécialistes pour affiner son diagnostic ou faire prendre en charge une thérapeutique hors de son domaine de compétence propre.

En conclusion, nous avons vu à travers trois exemples de rencontres que le généraliste directement au contact de sa clientèle, reste un individu attaché à son identité et à celle de ses patients. S'il possède certes un savoir, il est toujours confronté à la différence, à la situation unique et reste réfractaire à l'uniformisation car elle est réductrice. Il constate des faits et adapte son savoir et sa pratique à ce qui lui semble le plus adéquat pour son patient. Toujours en interrogation, loin des certitudes, il soigne des individus et seule son expérience (enrichissant son savoir) et le regard qu'il pose sur l'homme (son semblable) lui permettent de se forger une pratique fiable. Mais il apprend dans le domaine de la toxicomanie à connaître

ses limites et s'aidant de la formation et du travail en réseau il peut élargir son champ d'activités, diversifier ses rôles dans le processus global des prises en charges multidisciplinaires.

Scène 2 - un patient comme un autre?... le temps du médecin / Docteur J.C. Coqus

1. Ouverture : un patient, une demande

Ce que décrit la formule parfois utilisée : « Le médecin qui reçoit le toxicomane, patient comme un autre », se situe entre ce qui place le médecin dans une situation de surprise (scène 1) et ce qui le place dans une position de spécialiste, plus précisément dans une situation de liens de travail assurés (scène 3).

Pourquoi en effet le toxicomane ne représenterait-il pas un patient comme un autre? Et si c'est le cas, pratiquement dévie-t-il de la clientèle du cabinet médical parce que la drogue intervient dans sa pathologie, ou parce que la personne globalement est indésirable?

Recevoir le toxicomane comme patient, entre donc dans les rôles souhaités pour le généraliste d'abord parce que la drogue est ciblée comme toxique, comme de la toxicologie, donc du domaine de la pathologie somatique.

Recevoir le toxicomane comme patient dépend aussi de la conception de ce médecin quant à la cible personnelle : un sujet à souffrance somatique, psychique et sociale (5) dont la demande particulièrement parasitée par la drogue comme extraordinaire, n'en reste pas moins authentique et complexe.

« Le médecin qui reçoit le toxicomane, patient comme un autre », accepte aussi l'idée du singulier du cas, par delà la série des clients, du particulier de la demande, par delà les discriminations inhérentes à chaque médecin.

Ainsi si le médecin ne se reconnaît pas dans cette formule approchée du toxicomane patient comme un autre, il aura à cheminer rapidement comme décrit dans la première partie de cet article. S'il a des réserves quant à cette formulation, il aura à reconnaître ses limites et rechercher les moyens d'orienter les actes dans cette dialectique originale entre le pôle drogue et le pôle personne souffrante que vient réactualiser la demande avec drogue.

2. Une demande avec drogue

Les deux polarisations des actes à poser se regroupent assez bien dans le partage entre la médicalisation, inhérente à tout acte médical soutenue par le discours de la médecine et de ses effets d'une part, et par la démedicalisation, inhérente à la relation médecin-malade, bien que déliée de l'approche somatique de l'être humain.

C'est bien parce que la demande du toxicomane, adressée au médecin, est conjointe à celle de la drogue que le praticien convoqué doit être à l'aise avec sa conception de la toxicomanie et en particulier avec la place et l'apport du médecin généraliste dans les attentes du toxicomane dans sa vie en général.

S'il polarise la prise en charge côté drogue, il fait fonctionner le champ toxicologique le plus éloigné de la problématique personnelle. Il a des moyens connus, radicaux, d'intervenir.

S'il polarise la prise en charge côté personne, il fait fonctionner le champ psychosocial le plus éloigné de la problématique somatique. Il a des moyens moins connus, ou mésestimés, d'intervenir.

La conception communément admise est celle d'une intrication somatique et psychique se réalisant de manière spectaculaire dans le comportement d'appétence et d'intoxication du toxicomane. Elle nécessite du médecin de retenir tout ce qu'il est légitime d'attendre d'une

réponse compétente à l'intoxication et de ces conséquences biologiques reconnues. Elle nécessite en même temps de retenir tout ce qui ne peut être oublié de la causalité psychologique, de l'insistance caractérielle, de la souffrance morale dépressive parfois masquée à laquelle ne répond pas la drogue en tant que toxique.

Le praticien s'il accepte cette place (parce qu'il en prend le temps, et parce qu'il a pris le temps de se former) fait la part entre la cible drogue du somaticien et la prise en charge globale du patient. Autrement dit, à ce stade de réponse, le médecin n'inonde pas l'acte de drogue, il met la drogue à sa place en accueillant un patient.

3. Médicalisation : le versant toxicomanie comme maladie (38)

A toutes les étapes de la consultation, le patient toxicomane aura tendance, tentera ou réussira à détourner l'acte médical, à remettre en cause l'exercice de l'art, à différer une indication. Bref ce patient se défend, est inquiet, court le risque de rencontrer ce médecin qui fait son travail en déployant sa pratique.

Ainsi se joue la place du médecin actuel dans l'histoire, les croyances, les récurrences d'accès à la médecine, aux médecins et aux médicaments. C'est le temps de la médicalisation au sens premier, de faire entrer dans un discours technique ce que recueillent les interrogations et les signes cliniques à partir du patient.

3.1. L'état somatique immédiat est évalué dans ses références toxiques en comparaison avec l'anamnèse. Il fait le point de l'effet biologique de la drogue.

3.2. Le comportement récent d'intoxication est évalué, en recoupant les dires, les informations, les antécédents. Il fait le point de l'effet psychologique.

3.3. Les antécédents récents et anciens, avant et depuis l'usage de drogue sont étudiés. Ils font le point sur l'attente, la réussite et l'échec des rapports à la médecine (63).

3.4. L'environnement relationnel immédiat permet de construire le début d'un puzzle familial. Il permettra de savoir sur qui le patient veut compter, peut compter et sur qui il est raisonnable de compter. Cela fonde les bases du choix de l'orientation après avoir posé les objectifs. Aucun systématisme quant à la famille (53) (26) (25) ne peut remplacer l'évaluation particulière.

3.5. Les incidences pathologiques somatiques liées au toxique, ou à l'acte, ou toute autre pathologie extra toxicomane sont répertoriées. Elles retiendront ainsi l'intérêt pour la santé physique, de bribes d'histoires du corps et les indications d'urgence éventuelles. Nous renvoyons ici à la pathologie somatique exhaustive du toxicomane (47).

3.6. La pression extérieure répressive sera ici mesurée dans le cadre des motivations et soutiens de la demande. Pourquoi vient-il aujourd'hui, le voir, lui? L'aspect obligation de soin, injonction thérapeutique, médico-légal, sera retenu comme positif puisque amenant ce toxicomane à se faire patient. Les avis divergent quant à l'efficacité d'une telle mise en place (36). Cependant la clinique montre que ces rencontres font date, s'inscrivent pour un effet immédiat ou différé et que les arguments antirépressifs ou autres contraintes (on ne soigne pas quelqu'un contre son gré), oublient la pratique quotidienne et les demandes qui y sont réellement entendues, même dans une réelle obligation.

3.7. Conclusion : même si elles ne sont pas traitées immédiatement, ces différentes approches constituent un état de la santé, de l'environnement, de l'histoire directement intriquées à la possibilité de médicaliser la demande avec drogue alors retenue. Les objectifs et choix sont encore conditionnés par la place qualitative puis tactique que prend la médecine dans la prise en charge globale.

4. Démédicalisation : le toxicomane demandeur en tant que sujet

4.1. Une conception psychanalytique du toxicomane dit que le toxicomane fait la drogue (2). Entendons que ce patient dit toxicomane fait sa drogue d'un produit toxique stupéfiant réel. Le médecin accède ici à la trajectoire historique de son patient qui reconnaît une vie avant la drogue et une vie avec la drogue. Ce patient a oublié son histoire, l'étendue de toute son existence pour la réduire à un lien unique et tout puissant à la drogue. L'histoire personnelle, accessible d'emblée avec les ouvertures sur les événements réels et les repères imaginaires importants, constitue un début de relocalisation de la rencontre de la drogue dans l'époque de la problématique sans drogue. Le médecin entend là redonner sa place à ce qui voudrait être minimisé au nom de l'urgence, l'état, la gravité immense du jour.

4.2. L'incidence familiale (13) doit absolument, quel que soit l'âge du praticien être décrite.

- La famille telle qu'elle est constituée, par les personnes nommées spontanément, ainsi que les personnes omises ou écartées dans la narration.

- La famille pour ce qu'elle compte de personnes remarquables dans une connotation bénéfique ou péjorative.

- La famille comme repère, valeur, efficacité ou lien de séparation, rupture, dévalorisation de l'individu qui se cherche.

- La famille extensive des représentants, des familiers, des proches, ainsi que les rencontres qui font parfois déjà famille : concubinage, mariage, divorce, naissance.

4.3. Ainsi les relations affectives, amicales, sexuelles (10), sont retenues comme facteurs de stabilité ou de déséquilibre. Les ruptures et les deuils comme les liens forts, font séquences de recherche d'identification, de reconnaissance, de relation d'objet, d'amour.

La sexualité (24), au sens large et les pratiques sexuelles permettent une estimation des possibilités extra toxicomaniaques de rencontre et de désir, ainsi qu'une autre approche de la conception du corps du toxicomane. La relation à l'autre sexe, et le désir ou l'existence d'enfant marquent le présent de l'empreinte du passé.

4.4. Enfin, l'insertion intellectuelle, culturelle, scolaire ou professionnelle, ainsi que les choix de loisirs et d'engagements complètent le profil extra-médical du patient alors pris globalement dans ses intérêts, hors la drogue envahissant le cabinet médical.

4.5. Conclusion : s'ajoutant aux aspects médicaux somatiques et aux causes de la demande, les données démedicalisantes peuvent à tout moment prendre une place prévalente. Elles tiennent une place essentielle dans le suivi à moyen terme lorsque la prise en charge somatique semble satisfaisante. Il ne serait pas cohérent d'évacuer ici la question de l'argent (56). Un patient comme un autre paye comme un autre, c'est à dire avec tout moyen disponible en vigueur dans la rémunération de l'acte médical et chaque praticien y va de sa pratique et de ses habitudes quant à cette question.

5. Objectifs et choix

Un fort courant de praticiens français mettent en avant que le médecin généraliste peut utiliser tous les moyens à sa disposition pour proposer une réponse à tel patient, quand son travail d'investigation et d'évaluation débouche sur un diagnostic, un traitement, un suivi.

Il n'est pas médical de rejeter une demande, il n'est pas médical non plus de se débarrasser, en faisant vite, d'une demande complexe mais qui à ce niveau de réflexion n'est plus embarrassante.

Le risque pour le toxicomane de rencontrer le médecin généraliste se fonde sur la divergence de vue entre eux sur la médicalisation, son urgence, son objectif. Mais le risque subjectif est plus encore de se retrouver "nu" : si il n'est pas pris pour toxicomane et seulement cela, soudain plus d'anonymat, plus de look, plus d'uniforme, plus de badge, plus de surnom, plus de séduction. Le corps, la souffrance, un nom, un prénom, un âge viennent avec un sexe humaniser la drogue qui sans cela ne serait rien.

Nous retenons trois orientations à la disposition du médecin généraliste que nous formulons ainsi :

- hospitalisation - désintoxication

- désintoxication - médicalisation
- médicalisation - maintenance

5.1. Hospitalisation - désintoxication

Le médecin ainsi éclairé par une formation et par la consultation avec son patient retiendra ici que la demande recouvre l'intention d'arrêter, « sevrage », « désintoxication », « cure », « s'en sortir », initient les propos plus réservés suivants : ne pas souffrir, tenir le coup les premiers jours, ne pas ressentir le manque physique, pouvoir dormir, ne pas galérer, avoir quelque chose (des médicaments). Ensuite, une fois établi qu'il s'agit bien d'une demande de désintoxication compatible avec un état réellement intoxiqué dans un parcours récent de dépendance, le lien et l'environnement recouvrent la question du où, puis de la durée.

L'hospitalisation (43) (39) (9), en hôpital général, en service spécialisé, en hôpital psychiatrique ou en institution spécialisée, en clinique peut paraître souhaitable. Les arguments reposent sur la médicalisation de la désintoxication et sur la nécessité d'une mise à l'abri avec surveillance sanitaire bienveillante mais garantissant le bon déroulement de la dite « cure ».

L'hôpital, pour huit jours, « pour se retaper » , pour être à l'écart de la rue, voue le projet à l'échec s'il y a malentendu sur l'objectif que représente de façon précise, la seule désintoxication. Ainsi l'hospitalisation s'inscrit dans un avenir immédiat de prise en charge en partenariat dont il sera fait état plus tard.

Le médecin ne pourra se laisser surprendre par l'échec d'une hospitalisation délibérément demandée comme seule solution, urgente et applicable immédiatement. Le médecin aura par ailleurs des contacts professionnels en temps réel avec ses collègues hospitaliers.

La rupture du contrat, unilatéral le plus souvent lors des premiers jours d'une cure de désintoxication repose le conflit connu depuis des dizaines d'années du toxicomane mal venu à l'hôpital, que la politique actuelle, la pathologie infectieuse, le redéploiement de solutions alternatives aux centres spécialisés, obligent à reconsidérer.

5.2. Désintoxication - médicalisation

L'indication et la faisabilité d'une prise en charge en ambulatoire ne sont plus aujourd'hui refutés (15) (32). Sur la nature de l'acte médical et son impact, et sur l'objectif défini, la cure dite ambulatoire offre une alternative médicalisée, personnalisée, maintenant le lien relationnel fort du médecin avec son patient.

Les conditions doivent être remplies : tout critère comportant l'indication d'hospitalisation ne peut faire varier dans le choix du traitement. Si différend il y a, le point 5.3 pourra orienter.

La prise en charge ambulatoire au cabinet du médecin et dans l'environnement choisi par le toxicomane repose sur l'investigation complète réalisée lors des premières rencontres. Elle utilise tous les moyens médicaux, médicamenteux, allopathiques ou homéopathiques, paramédicaux et hygiénistes que le médecin sait manier. Il est préférable qu'il utilise ses actes et prescriptions connues, même si elles sont rares ou spécialisées, plutôt que de s'aventurer au maniement de prescriptions prétendues les meilleures. La médicalisation dépend ici d'une conception de la désintoxication :

- excluant les produits opiacés dans le cas-type de l'héroïnomane et consommateur d'autres opiacés,
- limitant les produits dépendogènes convertissant une dépendance en une autre,
- limitant les produits les plus confusogènes traitant l'aspect psychique du réveil du manque par une anxiolyse, telle une hallucination thérapeutique, peu compatible avec la reprise des sensations du corps comme passage nécessaire et aidé à qui se prive de drogue.(60)

La médicalisation représente l'atténuation des plaintes annoncées et déjà là des souffrances redoutées et déjà à l'oeuvre.

L'impact pharmacologique tient compte de la chimie de la drogue, de la durée et de l'intensité de la période d'intoxication, du mode de rapport au corps, à la douleur, à l'angoisse, à l'insomnie, du profil psychologique, de la partition entre les signes somatiques du manque et l'émergence du manque comme redécouverte de la vie hors l'emploi du temps toxicomaniaque.

La liste de familles pharmaceutiques et des spécialités de chaque famille est longue. Ainsi, il n'est plus pertinent de dire que le médecin ne ferait rien, alors qu'il fait son travail et prescrit un traitement à visée étiologique, symptomatique et médico-psychologique (19).

Le traitement justifie un suivi. La responsabilité du suivi incombe d'abord au médecin, puis aux personnes parties prenantes de la prise en charge.

Quelle est la responsabilité du patient ? Nous parlons plutôt quant à lui de l'engagement, de la réaction au ressenti, de l'écart entre la manipulation et le maniement de la relation médicale. Ce suivi s'évalue sur l'effet reconnu du traitement, sur ce qui est dit revenir à tel ou tel médicament autant que sur la plainte insistante ou nouvelle, et le silence.

Cette médicalisation pour une désintoxication ambulatoire vise à maintenir une relation compétente retenant le soin médical comme légitime, contre la souffrance liée au somatique comme réel. Ici interviennent l'insatisfaction, le malentendu, l'angoisse, la certitude du manque qui ne sauraient être versés trop hâtivement dans un comportement d'échec. Elle relance au contraire des questions insuffisamment approchées ou révélées par le début du traitement. Ceci se traite au jour le jour et ouvre à la perspective psychothérapeutique.

5.3. Médicalisation - maintenance

Si le paragraphe précédent étudiait la médicalisation comme moyen de désintoxication liminaire d'une prise en charge dans l'objectif du sevrage, nous étudions ici la série de deux autres types de médicalisation.

5.3.1. La substitution (62) : c'est la maintenance de l'état d'intoxication opiacée par la prescription d'un produit substitué auquel on reconnaît des qualités comparativement à la drogue utilisée. Elle crée une nouvelle dépendance. A cette argumentation se lie l'hypothèse du contrôle des actes d'injection pour le moindre risque de transmission des infections virales (37). C'est la médicalisation comme but.

5.3.2. Le suivi médical du patient qui ne demande pas d'aide à l'arrêt de la drogue mais des soins pour ses affections : cela peut poser une question éthique ou étiologique au médecin. Cela représente une partie non négligeable de l'exercice médical, bien connue pour d'autres types de pathologie liées aux addictions de toute nature. La limite survient lorsque l'exigence toxicomaniaque tend à déplacer le but médical repérable dans l'acte.

6. Le temps du médecin

6.1. Le médecin de la scène que nous avons décrite a le temps pour lui. Il a pris le temps de la formation. Il est disponible pour un patient nouveau. Il n'est pas en urgence quand il entend le mot drogue.

6.2. Ce médecin connaît les effets immédiats attendus de ses actes. Il ne méconnaît pas les effets différés de sa prise de position, de son attention, de son discours et ses propositions.

6.3. Ce médecin ne se satisfait pas de l'effet immédiat du traitement médicamenteux (toxicomanie, somatique, bien-être verbalisé) quand se prépare la souffrance morale de la rupture avec la drogue, un toxique bien sûr mais très vite d'abord un lien totalitaire sur la vie, le comportement, le désir.

6.4. Il ne galvaude pas dans son évaluation du cas l'utilisation du mot manque et du mot dépression. Ils justifient en effet d'établir entre le médecin et son patient un fonds commun de savoir ce que représentent ces deux mots en résistant aux insistances légitimes des tiers.

6.5. Au-delà de ces objectifs et de ces choix, le médecin généraliste se positionne alors au carrefour du partenariat pour le partage nécessaire de l'espace médical.

Scène 3 - une affaire de réseau / Docteur Ph. Binder

La nécessité

La diffusion actuelle de la toxicomanie appelle des réponses de **proximité**. La moitié des usagers de drogue ne prennent pas contact (27) ou trop tardivement avec le dispositif spécialisé. En effet, leurs moments d'appels à l'aide sont brefs, fugitifs, peu fréquents et concernent leur environnement relationnel immédiat. Or la toxicomanie se répand de plus en plus en des zones disparates souvent loin de tout centre spécialisé et si la famille accepte de se déplacer il n'en va pas de même pour l'intéressé. Il est donc nécessaire de construire un tissu de contacts de proximité disponibles et compétents et ceux-ci ne pourront être que divers.

La complexité des problèmes, engendrés ou à la source des toxicomanies appelle des **concertations** multiprofessionnelles de terrain loin des réflexions profondes de commissions officielles. Certaines professions très au contact, comme les pharmaciens et les médecins généralistes, ont un sentiment de malaise et d'impuissance (35)(18).

. L'isolement naturel de leur pratique stérilise leurs possibilités. L'expérience de rencontres pluri-professionnels en réseau leur ouvre de nouvelles perspectives (30).

. L'intrication des problèmes de comportement avec de nouvelles affections somatiques appelle à **médicaliser** davantage un certain nombre de prises en charge (42). De nouveaux impératifs de santé publique imposent de raccourcir le délai d'accès aux soins et de diminuer l'incidence des contaminations infectieuses.

. Enfin, la longue durée des prises en charge appelle à **une stabilité** des réponses des intervenants et des repères sociaux.

Tous ces facteurs ont généré le développement des interventions de généralistes qui ont motivé certains à se coordonner entre eux, puis avec le dispositif spécialisé.

Les difficultés

En effet, **les généralistes**, par leurs permanences, stabilité et disponibilité, leur diffusion géographique, les possibilités administratives de remboursement de soins, leur caractère non spécialisé, leur connaissance du milieu familial (22)(13) et leurs réseaux de correspondants naturels, (pharmaciens, spécialistes, hôpitaux...), ont une base structurelle pouvant compléter utilement le dispositif spécialisé. Ils sont d'ailleurs régulièrement sollicités par les jeunes en difficultés (57), par les centres spécialisés (6) et par les pouvoirs publics (58).

Mais les médecins savent que ces nouveaux investissements ne s'improvisent pas (21). Ils nécessitent une formation aux connaissances et à la relation, une concertation et une évaluation continue au sein même de la profession. Les toxicomanes eux-mêmes ayant observés ces carences (57). La nécessité d'un travail de partenariat avec les acteurs du dispositif spécialisé impose encore d'**être présent** aux temps et aux lieux de contact ou de réflexion des autres intervenants. Or, ceci est par contre inhabituel pour le généraliste et se heurte aux inconvénients liés au caractère individuel de son exercice, liés à ses types de correspondants limités plutôt au milieu médical et à l'absence de rémunération de ses temps de réunions et de déplacements.

D'autre part la **sollicitation des généralistes** par les intervenants est teintée de méfiance (45) et se limite en général à leurs prescriptions sur ordonnances. Ils sont donc plutôt attendus pour mener des soins ou un bilan somatique, et par certains pour un soutien substitutif. C'est ainsi que leur capacité à pratiquer des sevrages ambulatoires, d'accompagnement à long terme et d'intervention dans des actions de prévention est largement sous estimé. C'est également vrai à l'étranger (1) où les études les proposent pour un rôle d'évaluation, de décision et d'orientation (33) motivant leur investissement plutôt dans la prise en charge du Sida (50) et le cantonnent avec méfiance (40) (44) à un rôle d'appoint, pour des sevrages de toxicomanies « légères » (9)(17) ou pour les programmes de substitution (46).

Les possibilités

Surmontant ces réticences et ces difficultés un petit nombre de généralistes a développé puis formalisé une pratique coordonnée au sein de la profession et auprès du dispositif spécialisé en prenant une structure de **réseaux**; ils ont ainsi potentialisé puis ouvert de nouvelles possibilités de prises en charge. Ces aspects touchent essentiellement la formation, les

sevrages, les rapports avec la justice, la substitution, la prévention (12). C'est **la formation du médecin** qui a bénéficié en premier de ce type de fonctionnement. Loin d'un savoir universitaire mal adapté (51) le médecin développe d'abord avec ses pairs un compagnonage interactif qui fait fondre ses multiples craintes. Puis avec les correspondants spécialisés socio-éducatifs, un apprentissage réciproque apprivoise les méfiances naturelles (14).

Ces travaux communs ont mieux permis d'aborder les **sevrages ambulatoires**. En effet, ils ont par exemple montré récemment que beaucoup de situations sont tout à fait compatibles avec un sevrage au domicile (15). Ils ont permis de poser les indications et de caractériser les principales modalités. Ils montrent que l'on peut déplacer la fourchette d'indications habituelles concernant plutôt des usagers pas vraiment dépendants, vers des toxicomanies plus lourdes, pour peu que le généraliste accepte une formation, une disponibilité, et une relation professionnelle en réseau.

La structure de coordination étant plus facilement reconnue par l'administration que des individualités, certains réseaux abordent une participation aux **injonctions thérapeutiques** de manière plus sereine. Bien que cette mesure reste une acrobatie à faible rendement, elle reste utile et peut tout à fait être menée en ambulatoire si le cadre administratif et médical reste cohérent (36)(59).

Le suivi d'un toxicomane est un accompagnement à long terme. Des interruptions de prise en charge de plusieurs années sont fréquentes et le réseau permet de soutenir les inévitables déceptions et lassitudes de ses membres.

En matière de **prévention**, les généralistes des réseaux ayant déjà une bonne expérience organisent ou s'associent aux actions dans les milieux associatifs ou éducatifs. La présence du "Docteur" est un bon outil lors d'intervention de sensibilisation auprès de différents publics. Nous ne pouvons développer ici les multiples initiatives et réalisations locales réalisées humblement et sans grand tapage.

On parle beaucoup de réseaux en matière de **substitution**. Ces pratiques ont été initiées en France par des généralistes de manière isolées (7) (19) et se sont organisées en réseau de distribution pour pallier au débordement des premiers prescripteurs. Avec le lancement des programmes méthadone et des réseaux ville-hôpital, on observe un effort d'évaluation et de rapprochement avec le dispositif spécialisé. Cependant, à ce jour, ces pratiques ne soulèvent guère l'enthousiasme des généralistes (21)(1). En France, leur évaluation en est à ses débuts (20) et se base essentiellement sur les expériences à l'étranger. Celles-ci, même si elles indiquent l'intérêt de la participation du généraliste dans un cadre de réseau particulièrement cohérent (62), relèvent déjà les ambiguïtés, les risques (44), voire les dérapages dès lors que le cadre d'accompagnement s'effiloche (23). En effet le médecin se voit utiliser les produits substitutifs plutôt en pré-sevrage qu'en maintenance (1). L'absence de réponse aux non-opiacés (61), le développement du marché noir, la difficulté de contrôle en ambulatoire (34) et surtout la lassitude, puis la démobilisation (23) de la prise en charge socio-éducative au cours du temps conduisent certaines équipes à faire machine arrière (41). Un généraliste de Lausanne en ayant une longue expérience remarque, en dehors des aspects positifs qui le motivent à continuer, que la prescription de méthadone en libéral « accentue l'isolement du praticien, limite la collaboration dans le champ social et fait abandonner un projet curatif... »(62). Il est clair qu'un réseau doit se construire autour de prises en charge et non pas autour du seul produit. En ce domaine, d'autres voies sont explorées actuellement. Par exemple, la vente des seringues ou du Néocodion® à un toxicomane devrait être l'occasion d'une orientation ou d'une articulation entre le **pharmacien** et le médecin de proximité (35). Le développement de ces contacts est faisable simplement, comme le montre l'étude « Pharcose » développée auprès de la totalité des pharmaciens d'un département (55), puis par l'étude nationale sur l'usage toxicomaniaque des codéinés auprès de 845 pharmacies (à paraître).

L'expérience

Ainsi en matière de prises en charge globales et de prévention, les participations de médecins généralistes coordonnés prennent une importance particulière. En petit nombre jusqu'à maintenant, ils ont développé une **expérience** certaine, en agglomération urbaine à Lille, en banlieue parisienne et dans un département côtier et ont obtenu un soutien financier de l'état. Leur **fonctionnement** interne est organisé autour de 3 axes : les activités personnelles de soin

de formation d'épidémiologie et de recherche, les activités de réunions en réseau, et les activités de contacts avec les autres réseaux ou intervenants en soin ou en prévention.

Il n'y a pas actuellement de rémunération spéciale versée pour les prises en charge (sauf dans le cas de la Seine St Denis), celles-ci sont honorées comme pour tout autre patient, soit par les prises en charge sociales, soit la gratuité, soit enfin par le paiement à l'acte, et nous savons par expérience que cette dernière possibilité revêt un « plus psychologique » pour le toxicomane lorsqu'il peut être effectué mais cela ne va pas sans problème.

Un travail relationnel et d'accompagnement considérable allant de pair avec un souci épidémiologique constant permettent d'extraire quelques données de santé publique issues de l'expérience de ces trois réseaux opérationnels. Leurs **bilans** apportent des résultats concrets : Le réseau **Nord**, montre que 40 seulement des 600 accueillis en consultations de l'année 1992 se savent séro-positifs. Un grand nombre ignorent donc leur statut sérologique. Or ils ont en moyenne 25 ans et consomment pour 90 % de l'héroïne. Le cabinet est donc bien pour eux ce premier lieu adéquat où ce bilan pourra être prescrit. Ce réseau montre d'autre part que 50% des accès sont directs (= non adressés par une institution) et que 50% des sevrages sont menés en ambulatoire. (48)

En **Charente Maritime** les 130 dernières consultations répertoriées montrent que l'accès ne venant pas de médico-sociaux est de 60%. 31% venant des confrères. Cet autre réseau montre encore que 50% des consultants n'ont jamais été pris en charge ailleurs auparavant, et que, dans l'échantillon global, ce sont justement ceux qui se piquent le plus. 36% ici ignorent leur statut sérologique.(56) Ces deux réseaux s'aggrandissent en développant la formation continue des confrères multipliant ainsi les possibilités de contacts. Leur évaluation à long terme est en cours.

Le réseau **Seine St Denis** fonctionne différemment, mais depuis 10 ans par contre. Même avec un lien plus étroit avec les structures il a quand même 25 % d'accès direct pour les toxicomanes et plus de 80% pour les familles. Ses résultats à long terme auprès des toxicomanes se répartissent en 1/3 sortis de la dépendance et réinsérés, 1/3 encore suivis, 1/3 perdus de vue.(3) (4).

Ainsi plusieurs centaines d'usagers de drogue ont été pris en charge par des généralistes qui ont eu la volonté de sortir de leur isolement en se coordonnant et se mettant en relation avec les autres structures de soins. Ces réseaux se développent actuellement avec le soutien des pouvoirs publics pour peu qu'ils s'organisent avec l'hôpital et les structures spécialisées. Leurs résultats ne sont ni meilleurs ni pires que d'autres prises en charge. Ils ont l'avantage d'y intégrer un suivi somatique, des réelles possibilités de sevrage ambulatoire et réalisent dans un suivi de proximité à long terme des repères stables cohérents, coordonnés et permanents.

Epilogue

Il y aura bien d'autres Catherine (24) qui poseront encore les questions essentielles et désarçonneront plus d'un confrère dans ses certitudes quotidiennes.

Il y aura bien des penseurs, des auteurs et des acteurs qui proposeront encore des évaluations, des traitements providentiels et autres réseaux performants.

Rappelons nous encore que tous ces systèmes resteront vides et creux s'ils ne sont pas au service de cette relation singulière et à chaque fois originale : un patient et un médecin.