

Le généraliste au cœur de la nuée des acteurs de soins en addictologie



Dr Dominique Jourdain de Muizon, Médecin généraliste

Il est difficile de savoir ce qui se passe dans le secret du cabinet de nos confrères généralistes, quel que soit leur degré d'engagement en matière de repérage d'usage de drogues licites ou illicites. J'ai donc choisi de me baser à la fois sur certains travaux existants (voir la bibliographie en fin d'article) et sur mon expérience personnelle, constituée de mon activité quotidienne et de deux groupes de travail sur l'usage problématique de cannabis que j'ai animés en 2012, l'un sur internet (e-groupe MG Addictions), l'autre en réunion locale. La problématique peut se résumer ainsi :

- Quels sont nos moyens de repérage, outre notre sens clinique ? De quels outils disposons-nous ? Et comment les utilisons-nous ?
- Que faire de ce recueil d'information ? Comment l'apprécier à sa juste valeur ? Comment rester objectif ? Et comment laisser de côté nos préjugés ?
- Comment accompagner nos patients ? Quand les orienter ? Vers quelles structures, vers quels autres acteurs de soin ?

Le temps du repérage en cabinet de médecine générale

« L'interrogatoire »

« Interrogatoire » : ce simple mot a une connotation policière et inquisitrice évidente et susceptible d'inhiber d'emblée patients et soignants. J'aime plutôt parler de « présentation réciproque ».

D'ailleurs cette démarche se fait plutôt en deux temps : à la première rencontre à l'ouverture du dossier médical, puis au fil du temps lorsqu'il faudra préciser tel ou tel point.

Si la question du tabac (qui garde son statut social « honorable ») n'altère pas la relation soignants/patients, nous savons tous que les questions sur l'alcool doivent être posées avec infiniment plus de tact afin d'éviter toute réaction d'alerte et de sentiment de jugement. Que dire des drogues illicites ? Toute intrusion dans la sphère intime du patient lors d'un « interrogatoire » maladroitement conduit, entraînera une « fermeture » de celui-ci altérant la recherche diagnostique et la proposition thérapeutique par déni ou minoration des consommations.

Nos enseignants des Départements de Médecine Générale ont bien conscience de cette difficulté à aborder ces sujets « tabous » et cherchent à mieux former leurs étudiants à savoir bien communiquer.

L'examen clinique

Le Professeur Michel Reynaud, dans le chapitre « Élaboration d'une logique de repérage précoce de l'usage nocif des substances psychoactives » du rapport au Directeur Général de la Santé, liste d'une façon exhaustive les signes cliniques et para-cliniques qui doivent nous permettre de repérer chez nos patients un usage problématique de substances. Les confrères font preuve, dans leur grande majorité, d'une bonne connaissance et d'une bonne maîtrise de ces signes d'appel. Ils sont légion : échec scolaire, états dépressifs, anomalies biologiques, mésusages de psychotropes. À l'issue de ce recueil d'informations, toute la subtilité du travail du médecin sera « d'affiner » le tableau... Objectif : que le patient s'approprie son problème et en vienne à nous confier à son rythme le quand, le comment, le combien, le bénéfique, la recherche d'une automédication, l'importance du milieu, le caractère compulsif de la consommation, l'intérêt au changement.

Les questionnaires, avec toute leur froideur impersonnelle, mais avec leurs résultats objectifs et standardisés, sont utilisés : DETA CAGE, ADOPSA, AUDIT, Fagerström, CAGE cannabis et autres HAD. Ils sont chronophages pour ceux qui les utilisent peu, ce qui peut être un frein.

Mais tout cela ne prendra du sens qu'après avoir véritablement pris connaissance du patient dans toute sa dimension somatique, psychologique, familiale, sociale et culturelle, tout en recherchant une complication ou une comorbidité, allant du mauvais état dentaire à l'hépatite, du stress post-traumatique à la psychose, de la maltraitance familiale à l'absence de droits sociaux. On est là au cœur de la mission du généraliste.

Il est certain qu'une seule consultation ne permettra pas de balayer tout ce large champ... Si le premier contact met en place une bonne alliance thérapeutique, la suite se fera en temps utile au rythme qu'aura décidé le patient informé et consentant. Dans ces conditions idéales, même un patient soumis à une obligation de soins par la justice pourra avancer.

Au terme de ce temps, le médecin devra proposer une réponse adaptée. En fonction de la gravité de la problématique et de ses capacités propres, il adoptera avec le patient un projet de soins plus ou moins lourd, plus ou moins long, plus ou moins partagé avec d'autres acteurs. La magie thérapeutique s'inscrit alors dans la qualité relationnelle et non dans la précipitation.

Le temps de l'implication professionnelle

En dépit de la mode des conférences de consensus, des protocoles et autres recommandations, les médecins généralistes présentent heureusement une grande diversité de pratiques, certains privilégiant l'organique, d'autres le psychologique ou le social, d'autres se définissant comme omnipraticiens, prenant tout en charge, d'autres encore se réalisant dans des records de

productivité... Tout cela au grand bonheur des patients qui peuvent encore choisir le médecin qui leur sied.

On retrouve cette variété de pratiques en addictologie. Les thèses et la réunion locale de médecins ont mis en évidence une nette tendance à la contre-attitude, un psychiatre d'Amiens parlant de contre-transfert des professions de santé vis-à-vis des dépendances.

Est-ce par crainte de manque de savoir-faire ou d'un risque de débordement ? Est-ce par peur d'y consacrer trop de temps ou d'être inefficace ?

Est-ce par identification ou par mépris ? On sait que 90% des TSO sont le fait des généralistes, mais on sait aussi que, parmi eux, moins de 5% sont des militants, 15% des motivés, 25% des intéressés, 40% des indifférents mais réceptifs, enfin 15% sont irréductiblement contre toute prise en charge des usagers de drogues. L'attitude discriminatoire de certains médecins généralistes, psychiatres ou pharmaciens peut compliquer notre pratique et aggraver l'état des patients.

Dans le cadre de l'enseignement universitaire, les Départements de Médecine Générale, doivent poursuivre leur effort de formation des étudiants à l'addictologie. Au fil des années, le climat s'apaise et les acteurs ne demandent qu'à comprendre. Une autre question devra obtenir sa réponse des telles, la revalorisation de l'acte en addictologie.

Le temps de l'accompagnement thérapeutique

À cette étape, en fonction de la complexité de la problématique du patient et en lien avec ses propres compétences et sensibilités, le médecin doit choisir globalement entre deux options :

- il l'oriente d'emblée, s'il fait partie des 15% des confrères totalement réfractaires à l'addictologie,
- il commence un accompagnement plus ou moins long, plus ou moins intensif, tout cela dans les limites de ce qu'il se sent capable de faire et surtout en plein accord avec le patient.

Cela peut être une simple intervention brève (dont on connaît l'efficacité à long terme, en particulier dans le sevrage tabagique), un conseil minimal, une psychothérapie, une médiation familiale, une information sur l'existence d'une éventuelle structure adéquate allant de la Consultation Jeunes Consommateurs au CSAPA ou au CARRUD.

Cela peut être également un traitement :

Buprénorphine haut dosage, Méthadone, Baclofène... dans les conditions réglementaires requises. Une réforme du système donnant plus de moyens aux généralistes est ici souhaitable, avec la possibilité de travailler en collaboration avec un CSAPA.

L'articulation peut se faire avec les acteurs suivants :

- **le pharmacien**, avec son rôle assez ingrat de respect des règles, en indispensable relation avec le prescripteur, en garantissant un bon espace de confidentialité et en assurant sa mission avec souplesse et rigueur en tenant compte de la personnalité propre de chacun. Cet accueil est très variable, selon les officines ;
- **l'infirmière**, avec son accompagnement quotidien sur le terrain, qui écoute, distribue le traitement, réduit le mésusage, repère les situations de crise ;
- **le psychiatre**, s'il accepte... aide son confrère dans le diagnostic et le traitement des comorbidités si fréquentes ;
- **le psychologue**, en libéral ou en structures, avec déjà, dans certains réseaux, de très bonnes conditions d'accessibilité financière ;
- **le travailleur social** sur l'accès aux droits, le surendettement, la protection de la femme et de la famille, l'orientation, le logement ;
- **l'éducateur spécialisé** en assurant la meilleure réinsertion possible et en travaillant sur la réduction des risques ;
- **le coursier social**, dans le cadre des mini-réseaux, qui intervient en concertation avec le médecin traitant et tous les autres acteurs afin d'aider à résoudre toute problématique au cours de l'accompagnement ;

- le soin résidentiel (Centres Thérapeutiques Résidentiels, postcures, appartements de coordination thérapeutiques...);
- ... et tous les autres: les groupes de parole, les associations néphalistes (auto-support), les ateliers d'art-thérapie, le toucher massage, les sorties culturelles, les voyages...

Conclusion

Tous ces intervenants, qu'ils travaillent en libéral, en structure hospitalière ou associative, ont pour mission de se parler, se comprendre, se former, se faire connaître, couvrir les territoires, aller sur le terrain et bien sûr, trouver des financements... Ils ont donc tout intérêt à agir en réseau. Les territoires ne sont pas tous égaux dans la facilité d'accès aux soins, qui dépend de la détermination et de l'énergie du mouvement associatif, mais aussi, en cas de carence, des acteurs soignants et patients, en tant que personnes capables de se mobiliser pour combler ce vide associatif. C'est à ce stade que la notion de réseau revêt toute son importance : on en compte actuellement plus de 110 en France. Enfin, émergent des groupes d'échange sur le net : « MG Addictions », Aubes, RESAB, Addictolib... Aucune discipline médicale ne déploie autant d'outils et de ressources que l'addictologie, en raison de l'étendue de son champ d'action à travers le médical, le psychologique, le social et la réduction des risques. Rarement une activité médicale n'a été autant liée au contexte économique et social, mais aussi à la décision politique et au contexte culturel : c'est un nouveau concept qui s'offre aux soignants et aux patients, avec de nouvelles règles. Nous partageons, par conséquent, l'appel de Jean-Pierre Couteron : « il faut changer de paradigme ».

Bibliographie

Rapport au Directeur Général de la Santé sur « l'usage nocif de substances psychoactives, identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir », La Documentation française, Paris, 2002.

Jean-Philippe PAN, *Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis. Enquête réalisée auprès de 16 médecins généralistes installés dans le Finistère nord*, Thèse, Faculté de Médecine de Brest, 11 décembre 2007.

Dorothee LAVIELLE, *Attentes des usagers de drogues illicites en demande de soins envers les médecins généralistes : étude descriptive auprès d'usagers CAARUD à Amiens*, Mémoire, URF de médecine, Amiens, 23 juin 2011.

Thomas VANTELON, *Les médecins généralistes de la Somme disposent-ils d'outils suffisants pour dépister les patients ayant une consommation à risque ou à problèmes ?*, Thèse, Faculté de médecine d'Amiens, 11 septembre 2011.

Fanny BOHR-STUMPF, *Contribution à l'amélioration du repérage précoce des addictions et à l'intervention brève*, Thèse, Faculté de Médecine de Nancy, 15 septembre 2011.

Amjed RAJA, *État des lieux en Picardie de la pratique du repérage précoce de l'usage abusif d'alcool en médecine générale*, Thèse, Faculté de Médecine d'Amiens, 4 octobre 2011.

Enquête auprès du yahoo- group « MG Addictions » sur l'usage problématique de cannabis, septembre/octobre 2012.

Groupe focus du 16 octobre 2012 réunissant 10 médecins généralistes à Coucy-le-Château, dans l'Aisne, sur l'usage problématique du cannabis.