

Bruxelles, Lausanne et le généraliste

ASSUËTUDES



UN CHEMINEMENT SINGULIER
ET COMPLEXE DANS LA CITÉ

.....

En Belgique, la place du généraliste dans les dispositifs de prise en charge des assuétudes est reconnue mais mal identifiée. L'expérience vaudoise ouvre des pistes pour clarifier cette place et invite à repenser globalement notre système.

.....

Le trajet de l'usager de drogues sur le chemin d'un changement est un parcours qui ferait renoncer plus d'un aventurier. Crapahuter des gouffres psy aux montagnes du social, éviter les charges du juridique et se tirer des enroules de la rue, trouver l'argent, et puis tout le reste si fastidieux, trouver une raison de ne plus fuir... Plus l'usager s'enfoncé dans sa consommation, plus son itinéraire s'allonge et s'emberlificote. Comment arriver à intégrer ou à réintégrer la société « normale », toujours plus complexe elle aussi et aujourd'hui emportée dans un courant qui ne promet l'égalité que pour les pauvres, comment simplement en avoir envie ?

Depuis quelques décennies des dispositifs se mettent en place pour accompagner l'usager au travers de toutes ces embûches. Leur nombre important correspond à la diversité des atteintes et des attentes, ou simplement des conceptions de leurs promoteurs : ils proposent un accueil à bas ou à haut seuil, ont des visées curatives (attention mot piégé), palliative, de réduction des risques, de prévention, ils s'adressent

aux différents champs problématiques, santé physique et mentale, justice, aide sociale, logement, vie de la rue, l'inventaire est long.

Parmi tous ces intervenants, il en est un dont le profil tremble, il est à la fois facile à identifier et difficile à cerner, c'est le médecin généraliste. On connaît la vulgate qui claironne sa place centrale dans le système de soins. Dans la problématique de l'usage de drogues, ce positionnement se justifie-t-il ?

En cette matière, la formation universitaire de la majorité des généralistes limite leur champ de compétence au dépistage et à la prise en charge des pathologies physiques, en collaboration avec la médecine spécialisée. Au-delà, seuls certains généralistes ont acquis à leur initiative une formation « de base » et maintiennent une formation continue dans l'accompagnement des usagers de drogues. Le nombre de généralistes formés a connu un boom à l'époque de la conférence de consensus sur les traitements à la méthadone de 1994 puis s'est lentement effrité. Autre question : dans un domaine aussi polymorphe que celui qui nous occupe ici, la capacité à travailler en interdisciplinarité est essentielle. S'il existe des pratiques de groupe (pas uniquement en maison médicale) et des mises en réseau (par exemple Réseau d'aide aux toxicomanes - RAT, réseau hépatite C, coordination d'Anderlecht), beaucoup de généralistes fonctionnent encore seuls et les collaborations qu'ils tissent restent personnelles, parfois limitées au pharmacien qui exécute leurs prescriptions, ce qui restreint le champ des possibles pour leurs patients. En outre, il y a un déficit en termes de « culture de communication » entre eux et les institutions spécialisées (à quelques exceptions près, telle que Transit).

Ce tableau d'un petit nombre de généralistes formés exerçant souvent de manière isolée contraste avec le volume de prises en charge en médecine générale. L'enregistrement national des traitements de substitution (ENTS) 2006-2009 évalue à 48,8 % le nombre de patients ayant eu des soins substitutifs uniquement chez les généralistes (majoritairement en cabinet privé, moins en maison médicale) ; 17,7 % ont eu des « soins mixtes avec orientation

*Axel Hoffman,
médecin généraliste
à la maison médicale
Norman Bethune,
président de la
Fédération des
associations de
médecins généralistes
de Bruxelles.*

Mots clefs : drogue, médecine générale, interdisciplinarité.

généraliste », c'est-à-dire des soins délivrés en médecine générale, entrecoupés de périodes de prise en charge en milieu spécialisé ; inversement, 13,8 % ont eu des trajets mixtes orientés soins spécialisés. Seuls 19,6 % des patients ont reçu des soins exclusivement spécialisés. Un rapide calcul montre que sur les trois ans de l'enregistrement, un tiers des patients a bénéficié de soins mixtes.

Cette même étude apporte un résultat dont l'importance ne doit pas nous échapper : les patients qui circulent dans le système de soins substitutifs ont un meilleur pronostic de parvenir à une maintenance complète que ceux qui restent chez le même médecin, que ce soit en cabinet privé ou en milieu spécialisé. Les auteurs de l'étude soulignent : l'important n'est pas le type de trajet emprunté mais qu'il y en ait un. En d'autres termes, l'utilisation de la diversité du champ thérapeutique est un facteur de bon pronostic ! Faut-il mettre ce résultat en rapport avec le fait que c'est à Bruxelles que la maintenance complète est la plus forte ?

Autre élément de réflexion, la maintenance complète est moins probable lorsque le médecin n'a qu'un seul patient (et elle est maximale en maison médicale). Lorsque la patientèle est importante, le médecin parvient à obtenir une maintenance régulière de ses patients.

Ces chiffres nous disent que la prise en charge par les médecins généralistes est de bonne qualité et, en même temps, que la diversité du champ thérapeutique est un facteur de bon pronostic. Trois conclusions sont à en tirer : il est peu pertinent d'opposer les différents types de prise en charge ; il faut favoriser la circulation du patient dans le système ; et donc stimuler la collaboration entre généralistes et institutions.

Sur le terrain bruxellois, la FEDITO (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes) compte 19 institutions actives dans l'information, la prévention, la réduction des risques, les soins et l'accompagnement relatifs aux consommations de substances psychoactives et aux addictions. Parmi celles-ci, seul le Réseau d'aide aux toxicomanes focalise son travail sur le soutien aux généralistes. A

considérer la disproportion entre le travail qu'ils réalisent et le soutien qui leur est disponible, n'y a-t-il pas là matière à réflexion ?

Bruxelles et Lausanne

Bruxelles jouit d'un secteur spécialisé riche et varié, sans doute trop segmenté mais les cloisons ne semblent pas totalement étanches. Face à ce secteur, le médecin généraliste a des atouts et des défauts.

Commençons par les atouts.

Disséminés partout sur le terrain et souvent installés pour longtemps, les généralistes offrent un maillage serré de soins de proximité prodigués dans la durée. Ils connaissent le quartier, ses ressources, ses réseaux, les gens qui y habitent, les familles et leur histoire sur plusieurs générations, les liens entre les usagers et leur milieu. Eux-mêmes aussi sont connus. Ces connaissances réciproques peuvent inquiéter le patient, notamment en termes de discrétion, mais elles facilitent certainement le dialogue et l'alliance.

L'accueil des usagers en milieu non spécialisé est souvent apprécié (« quand je vais au centre, je ne rencontre que des tox ! »). Bien gérée, une salle d'attente où se croisent à la fois des « gens normaux » et « toutes les misères du monde » est - toutes proportions gardées - un lieu de socialisation et de déstigmatisation.

L'accessibilité et la permanence du généraliste sont un repère pour les usagers : peu de condition d'accès, pas de délais prolongés. Cette disponibilité qui semble autoriser le « tout, tout de suite » prégnant dans l'assuétude constitue aussi un « interstitium » où l'usager peut se retrouver entre chaque épisode de son parcours.

Autre atout, l'approche globale du généraliste qui mêle les soins du corps à l'accompagnement offre des points d'ancrage variés et facilite la réhabilitation.

Ces atouts ont un point commun : ils ne sont utilisables que si le médecin est formé. Formé à « cadrer » aussi bien la confidentialité que la salle d'attente, à prendre en charge à la fois la demande d'aide et les pathologies associées à

l'usage de drogues, à contenir les exigences et comportements déraisonnables et à faire face à la multiplicité des situations.

Les défauts ? Ils tournent principalement autour de la difficulté à sortir de son isolement. Nous l'avons dit, une partie des généralistes ne s'implique pas dans les réseaux locaux, communique difficilement avec le secteur spécialisé, ne « continue » pas la formation. Leur nombre aussi diminue, phénomène général mais qui touche de manière prononcée ceux qui investissent dans l'accompagnement des usagers. Le « capital symbolique » des prises en charge, qui avait connu un joli taux de croissance dans les années 90, est en récession et, au niveau des universités, la dévalorisation de la médecine générale (pas dans les discours mais dans les faits) et de l'enseignement dans le domaine des assuétudes n'y est pas pour rien. L'image négative est renforcée par la mansuétude laissée à certaines pratiques commerciales (peu nombreuses mais dévastatrices) qui réduisent l'accompagnement à un deal de méthadone.

Un dernier point difficile à étiqueter atout et défaut : le généraliste ne coûte pas cher.

Alors que nous dit l'expérience vaudoise décrite par Jacques Besson ?

La Belgique n'a pas connu de « scènes » à la mode suisse. Beaucoup pensent, et ils sont convaincant, que le modèle belge de prise en charge par les généralistes n'y est pas étranger et a contrôlé la montée des addictions et de leurs effets médicaux. Revers de la médaille, notre modèle vit de ses rentes et bouge peu, pendant que la Suisse traumatisée expérimente de nouvelles initiatives : développement de la psychiatrie communautaire, prise en compte « toutes dimensions » des problématiques d'assuétude, implication des universités, valorisation de l'addictologie, stimulation et matérialisation des interactions et collaborations entre intervenants, décloisonnement des prises en charge et rencontres entre différents courants 'psy', équipes de liaison en addictologie,



réseau de médecins généralistes, structurés, formés, reconnus, conception du centre d'addictologie comme « sas » renvoyant le patient aux intervenants de ville, mise à disposition d'outils généralistes, circulation du patient au travers du système (dont nous avons vu en Belgique qu'il améliore le pronostic de la prise en charge) ...

Sans doute la réalité est-elle un peu plus crue que ce que cette avalanche de bonnes idées éveille en nous. Sans doute le côté obscur des choses doit-il être exploré. Sans doute les contextes économiques et culturels de nos deux pays rendent-ils certaines initiatives inexportables. Peut-être ne partagerons-nous pas les fondations plus philosophiques de certaines d'entre elles.

Il n'en reste pas moins que l'expérience vaudoise semble nous renvoyer l'image positive de nos défauts et à ce titre, elle mérite de nous inspirer. Au boulot ! ●