



CONCLUSIONS ET
PERSPECTIVES AMENÉES
PAR L'ÉTUDE DE
FAISABILITÉ POUR LA
CONSTRUCTION D'UN
PARTENARIAT



Réseau d'Aide aux Toxicomanes - Asbl
rue de la Victoire, 17 - 1060 Bruxelles
Tél. 02/534.87.41 – Fax : 02/538.05.22
Email : rat.asbl@gmail.com
www.rat-asbl.be



**Fédération des Associations de
Médecins Généralistes de Bruxelles**
Av. Léon Tombu, 4 – 1200 Bruxelles
Tél : 02/379.03.33 - Fax : 02/374.08.27
E-mail : famgb@famgb.be

**Conclusions et perspectives amenées
par le projet de recherche
mené en partenariat par le RAT et la FAMGB
du 01/12/12 au 30/09/13**

I. INTRODUCTION

A la lecture du rapport de recherche écrit par la chercheuse, à la suite des discussions au sein du "focus group", à la lecture des interviews individuelles, et au terme de nombreuses heures de débat au sein du Conseil Scientifique pour accompagner et penser cette recherche, il semble bien que les prémisses que nous avons inscrites dans l'introduction au projet, se révèlent, à l'enquête, assez exactes. Les lignes du rapport n'amènent guère de nouveauté ignorée.

Pour autant le rapport a le mérite de donner corps et consistance à ce qui n'étaient jusqu'ici que sentiments et impressions, et que l'on peut résumer comme suit: **si en termes de santé publique, une prise en charge efficace et soutenue des dépendances et usages problématiques de drogues et/ou d'alcool par les médecins généralistes s'avère un facteur positif d'importance en terme de santé publique, et de qualité de l'approche clinique, la poursuite de cette ouverture est largement remise en question par les conditions actuelles tant de formation que d'exercice de la médecine générale.**

Sans un choix politique et un appui solidement construit, cette avancée n'aura duré qu'un bref moment et risque fort de s'éteindre avec la génération de médecins qui l'a portée, au bénéfice de l'organisation quasi exclusive d'un accueil de type spécialisé.

II. ETAT DE LA QUESTION

II.1. Les "moins"

- L'étude nous donne une image documentée et concrète de la réalité de l'accueil fait aux usagers problématiques de drogues et/ou d'alcool (UPDA) par les MG: **cet accueil même s'il est important en nombre de patients** (voir Ledoux¹ pour ce qui est des suivis méthadone,) **reste marginal**, très marqué tant "générationnellement" que politiquement quant au nombre de praticiens et aux styles de ceux qui s'y sont impliqués. Nous en prendrons pour symptôme, le fait que sur 1.100 questionnaires envoyés, il en est revenu moins de 100, et la moitié des médecins qui ont répondu ont plus de 20 ans de pratique de la médecine générale derrière eux.

- Cette expérience semble liée à un moment historique spécifique: durant les années 70-90, la relative "pléthore", aurait permis à un corps médical depuis toujours très impliqué dans la gestion des problèmes de société, une très grande activité concrète dans la prise en charge de ceux-ci. Ceci leur a permis, par exemple de s'impliquer, au risque de problèmes judiciaires, dans la lutte pour la dépénalisation de l'IVG, et aussi probablement aussi de s'investir dans la lutte pour l'ouverture à la prescription de thérapies de substitution à l'héroïne, répondant largement "présents" à l'initiative de madame Magda de Galan lorsqu'elle était Ministre de la Santé en Communauté Française et qu'elle proposait le mouvement ALTO, qui persiste encore aujourd'hui de manière très active en Wallonie. A ce jour, **la pléthore médicale n'est plus qu'un lointain souvenir**, et les chiffres des possibilités de remplacement des médecins "baby boomers", inquiétants. Dès la sortie de l'université les médecins sont extrêmement occupés, et il ne reste que peu de place pour explorer des cliniques différentes et en particulier la clinique "chronophage" des UPDA. Et ce d'autant plus que leur formation ne les y prépare pas vraiment, ce que les jeunes médecins (MG) semblent regretter, comme ils regrettent le peu d'ouverture de leurs études vers la part psychique et relationnelle de leurs futurs patients.

¹ Ledoux Yves et coll.- Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique- Académisa press-BELSPO 2005

II. 2. Les “plus”

- Une constatation plus rassurante est par contre la qualité de la **qualification et de l'expertise** acquises au cours de ces années, laquelle demande à être transmise aux générations suivantes....

- Même si à priori ils disent le contraire, **les médecins interrogés qui ont répondu à notre enquête prennent tous en charge des patients alcooliques**, ou dépendants des benzodiazépines, y compris ceux qui affirment ne pas vouloir traiter ceux qu'ils appellent “toxicomanes”, à savoir les usagers de drogues dures.

- La **prise en charge des usagers d'opiacés** par la substitution à la méthadone, par les **médecins généralistes dans le cadre de pratique privée**, est une **expérience** belge, à notre connaissance, **unique au monde**, qui, comme nous l'avons dit plus haut, prend ses racines dans les particularités historiques et culturelles du corps médical belge. Ses résultats en termes de santé publique, lorsqu'ils ont été évalués, sont excellents². Cette ouverture des cabinets de médecine générale vers les publics souffrants d'addiction est un "plus" en termes de santé publique qu'il faut encourager.

- Au cours de ces dernières années, la **manière de considérer l'addiction**, la lecture clinique qui en est faite, même si elle est encore loin de faire l'unanimité, a été complètement transformée et il n'est plus question d'opprobre aujourd'hui, ni pour les patients et encore moins pour les médecins qui les soignent.

- **L'intérêt marqué des certains jeunes médecins et assistants, lors des séances de formation** que nous avons eu l'occasion de donner à l'université, ou lorsqu'on leur propose d'intégrer dans leur assistantat un passage en service ambulatoire spécialisé, montre que ce tropisme du corps médical pour les problèmes de société reste quant à lui, intact.

² Ledoux –Remy et Coll.: le cas du RAT revue NST vol 11 n°4 (1993)

III. EVOLUTION RECENTE

Après l'étude, comment comprendre les causes –forcément diverses- du fait que cette implication des MG dans l'accompagnement des UPDA tendrait à ne pas se perpétuer : tant les réseaux que les services ambulatoires spécialisés peinent en effet à trouver des médecins disposés à investir cette clinique.

- Après la conférence de consensus, en 1994, **les portes se sont ouvertes largement à la prise en charge des UD** - à l'époque une population majoritairement composée d'héroïnomanes injecteurs -, et à la prescription "détendue" de méthadone au cabinet du généraliste. Pendant une quinzaine d'années, cette prescription a été largement assumée, en communauté française, mais aussi au fil du temps en Flandres, par les médecins généralistes, qui, comme nous le montrent et notre étude, et les commentaires de Ledoux³, se sont quasi toujours inscrits dans une pratique clinique "à plusieurs", "en réseau", comme l'imposaient les conclusions de la conférence de consensus. **Ces réseaux ne sont pas toujours formellement constitués**, ils sont souvent d'une nature plus floue, et plus mobile, mais sont toujours cités par les praticiens que nous avons interrogés comme **ce qui est le plus indispensable à leur pratique.**

- Néanmoins, nous devons constater qu'après une sorte de "flambée" le nombre des patients pris en charge s'est lentement stabilisé, ainsi que le nombre des médecins prenant en charge des patients, à tout le moins si on mesure les choses par la loupe "prescription de méthadone". En effet, l'enquête par questionnaire, même si elle est peu significative statistiquement, montre bien que pour les médecins, un "toxicomane" reste avant tout un usager d'héroïne devant bénéficier d'une prescription de méthadone".

- L'ouverture de relativement **nombreux nouveaux dispositifs ambulatoires** (ex: MASS) a beaucoup allégé la pression de la demande sur les MG qui actuellement n'ont plus du tout lorsqu'ils refusent ou réfèrent une prise en charge, le sentiment d'abandonner leurs patients mais au contraire de leur permettre l'accès à de "meilleurs" soins réalisés par des spécialistes plus avertis... Les services ambulatoires "actifs en matière de toxicomanies" (SAT) ont peu à peu occupé le devant du terrain.

- On peut imaginer que **l'histoire** s'est déroulée pour la prescription de méthadone, et l'accueil des UD, comme elle s'est déroulée dans le cas des IVG. Une fois la loi passée, les centres extra hospitaliers (GACEHPA) mis en place et investis par des généralistes motivés idéologiquement, sont devenus peu à peu des "services ambulatoires spécialisés" qui actuellement peinent eux aussi à trouver des médecins disponibles.

³ Ledoux et coll. op.cit.

- La persistance de **l'absence quasi totale de formation à la relation humaine** dans les universités, un manque de connaissance pratique en santé mentale et plus spécifiquement en matière d'usage problématique d'alcool et de drogues, en même temps que l'accroissement de la quantité générale de matières strictement médicales à ingérer, ont contribué à rendre les médecins, plus craintifs devant cette patientèle, et ce, tout particulièrement lorsqu'elle vit dans la précarité, et qu'elle est alors souvent présentée comme difficile voire dangereuse, et donc relevant des acteurs spécialisés. Il faut aussi constater que ceux ci, formés au départ de la même manière, ne se sentent pas beaucoup plus outillés et à l'usage, se révèlent par ailleurs, pas vraiment disponibles en nombre suffisant.

- Il ne faut pas négliger non plus le fait que dans **les patients eux mêmes, que les consommations, ont changé**. Dans les années 80, l'usage de drogue n'était pas forcément un stigmate de l'exclusion. La "mono" toxicomanie était la règle, la méthadone pouvait faire office, si pas de réponse, en tous les cas de lien, pour des patients souvent reconnaissants de l'engagement du médecin. Actuellement, la **poly toxicomanie est devenue à peu près la règle**, l'offre large et diversifiée permet facilement d'échapper au cadre imposé par la pratique de la médecine générale, qui dès lors se révèle moins contenant pour l'angoisse, tant des patients que des médecins. **L'usage de plusieurs produits met le médecin en face de questions techniques plus compliquées. Le lien s'avère moins facile à mettre en place, la clinique en devient encore plus complexe.**

- La question de l'urgence clinique aussi s'est décalée: il est apparu que s'il n'y avait que peu d'urgences "toxicomaniaques", au sens premier du terme (overdoses, manque etc.....), les **urgences psychiatriques ou sociales, qui apparaissent, associées voire camouflées par une urgence toxicomaniaque sont encore bien plus difficiles à traiter** et/ou à orienter et nécessitent souvent une forme de "réactivité immédiate", qui s'avère difficile à mettre en place au cabinet du généraliste (quoique la pratique nous amène à constater qu'il le fait souvent néanmoins....)

- La **mutation sociologique et démographique** du corps médical dont les membres ne sont plus prêts à travailler dans les mêmes conditions que les générations précédentes nous fait penser que sans soutien, cette pratique clinique passionnante mais exigeante, risque fort de disparaître peu à peu.

IV. L'AVENIR

Nous continuons de penser que cette avancée est d'importance en termes de choix politiques de santé publique, et qu'elle doit être poursuivie, encouragée et soutenue. L'importance actuelle accordée à ce que l'on nomme "la première ligne" amène un contexte où il apparaît que la prise en charge de ces patients chroniques et complexes, qui constitue la spécificité de la médecine générale, doit y trouver une réelle place. D'autant que le suivi dans la durée se révèle pour toutes pathologies, et en particulier pour les pathologies chroniques, un atout majeur de compliance et de santé des patients,

- La dualisation de la société, les difficultés de l'enseignement, l'augmentation de l'exclusion sociale, l'offre de plus en plus diversifiée de produits en tous genres de plus en plus accessibles malgré les efforts faits pour la réduire, **ne nous permettent pas de penser que le nombre de patients usagers de drogues et /ou d'alcool va soudain tendre à diminuer.**

- Par ailleurs, **l'accueil, non seulement aux addictions, mais aussi à nombre de pathologies mentales, se fera de plus en plus souvent au cabinet du généraliste.** En effet, le numérus clausus sur les spécialités, la diminution du nombre de places dans les hôpitaux psychiatriques, ainsi qu'une relative saturation du réseau des Services de Santé Mentale (SSM), verra les patients se retourner et vers les médecins généralistes, comme vers un interlocuteur privilégié et facilement disponible.

- D'un point de vue de Santé publique, et de meilleure gestion des ressources disponibles, il semble que l'accueil de ces patients par le généraliste doive impérativement être soutenu, et ce malgré, ou plutôt à cause, **de la relative pénurie médicale à laquelle nous allons devoir faire face** dans les années qui viennent.

- Il est **impossible d'envisager que la prise en charge de ces pathologies soit faite exclusivement par les services spécialisés** qui, même multipliés au maximum, ne pourront jamais répondre à l'ensemble des besoins. D'autre part si les services spécialisés peuvent répondre à des besoins spécifiques, ils ne peuvent pas assurer la diversité d'offre thérapeutique nécessaire à cette patientèle, et plus particulièrement l'aspect "normalisé" de l'accueil en médecine générale. Il nous paraît d'autant plus important qu'une certaine **coordination s'installe entre la première ligne de soin représentée par les MG et les structures ambulatoires spécialisées.**

V. PROPOSITIONS

Dans le contexte qui se dessine pour la médecine générale de ces prochaines 15 à 20 années, il nous paraît impératif de mettre en place des moyens pour permettre aux MG de poursuivre dans de bonnes conditions leur mission d'accueil, tant aux UPDA qu'aux pathologies mentales associées. Les deux grandes lignes sur lesquelles appuyer un projet pour permettre le maintien de cette orientation et de cette ouverture à la clinique de l'addiction chez les MG nous paraissent les suivantes:

V.a. La formation

- À l'Université, **construire l'ouverture à cette question en dédramatisant la prise en charge de ces patients.** Dans le cadre de la formation de base des médecins, une formation devrait être développée en accord entre les universités et les associations de terrain, où interviennent des acteurs de terrain, généralistes. (voir par exemple initiative en partenariat DMG-RAT-LAMA)

- Des **modules de formation accessibles dès l'assistantat** doivent pouvoir être mis en place dans de bonnes conditions, depuis le module court, "de base", donnant les rudiments de l'accueil et de la prescription, jusqu'au module plus développé, permettant d'instaurer une ouverture au champ de la pathologie psychique de ces patients.

- Au cours de l'assistantat des "**détachements**" vers une **structure spécialisée** peuvent être proposés à ceux qui le souhaitent, ainsi qu'un soutien par la participation à un groupe de supervision, sur le modèle de ce qui est déjà prévu pour les plannings familiaux.

- L'**élaboration de "guidelines"** appuyées sur l'expérience des confrères et largement diffusées vers le corps médical. Ceci concerne la diffusion de l'expertise accumulée toutes ces années par les collègues, la connaissance approfondie de la psychologie intime des personnes acquises par les intervenants psys, mais utilisant aussi les dernières recherches et découvertes des neurosciences.

V.b. Le dispositif de soutien: être là lorsque le médecin en a besoin, pour répondre à sa demande.

- Les deux modèles étudiés (RAT-RML) auxquels le conseil scientifique a ajouté la référence aux dispositifs organisés dans le

cadre des soins palliatifs, différent de manière fondamentale de par leurs histoires et leurs ancrages dans une réalité temporelle et clinique.

- A ce stade de notre réflexion, **nous voyons pour chacun des modèles observés, des avantages et des inconvénients, quant à leur adaptabilité dans le domaine qui nous concerne.**

A notre sens, le dispositif à créer devrait pouvoir à la fois:

- répondre aux demandes d'informations pratiques émanant des médecins
- Venir en soutien d'un médecin ponctuellement ou de manière chronique autour d'une situation clinique donnée,
- ou prendre en charge totalement un patient référé par un médecin généraliste qui ne souhaite pas se charger d'une problématique UPDA.

Pour ce faire, les choses à mettre en place pourraient être les suivantes:

- Une **ligne de helpesk téléphonique** avec des horaires élargis correspondant aux horaires de travail des médecins, et **qui ne soit pas juste un répondeur**, mais bien **un numéro de téléphone unique** qui mettrait en contact avec une équipe proposant des possibilités de coordination et de dispatching vers des équipes spécialisées. Cette équipe devrait disposer en outre d'une cartographie des intervenants locaux sur la question ainsi que des réseaux plus ou moins formels que les intervenants se sont créés en lien avec cette problématique.

- **Un soutien à la coordination des cas complexes** et particulièrement des cas d'urgences psycho-sociale, afin de

- Faciliter l'accès aux équipes de soutien spécialisé

- **Mettre à disposition des MG des personnes ressources de base** pour les patients ayant des besoins spécifiques (éducateurs pour soutenir certains patients, accompagnement spécifique pour les médecins confrontés à des cas complexes)

- **Faciliter et soutenir la mise en contact entre intervenants** en organisant

- des rencontres multidisciplinaires "à la carte" autour d'un patient donné

- des rencontres multidisciplinaires locales générales 1 à 2 fois par an de façon à développer et harmoniser les relations entre les différents intervenants dans ce domaine

V.c. Comment faire?

Tout ceci pourrait éventuellement se faire en développant une synergie entre la FAMGB (qui utiliserait une structure de type RML ou élargirait les missions du RML) et le RAT (qui réalise déjà une bonne partie de ces missions mais pour un nombre limité de médecins, membres ou utilisateurs) et ce moyennant une augmentation de nos ressources humaines.

En effet:

- **Au plan de la formation**, le RAT participe déjà dans ce sens, en partenariat avec le Projet LAMA et le DMG de l'ULB à la formation des jeunes médecins.
- **Les tâches imaginées pour le Helpdesk** pourraient être assumées par une équipe élargie du RML (émanation de la FAMGB) qui dispose déjà d'une expérience dans le domaine de l'accompagnement par helpdesk des MG pour les pathologies chroniques.
- **La partie "soutien"** pourrait être assumée par un élargissement de l'équipe du RAT qui dispose lui aussi d'une large expérience dans l'accompagnement des médecins autour de la clinique des addictions et qui déjà organise régulièrement des activités de formation et de rencontre, et de mise en réseau, à destination des intervenants de la première ligne de soin. Le RAT par ailleurs dispose déjà d'une grande expérience dans le domaine des rencontres "à la carte" autour des patients difficiles, et de l'organisation de coordinations locales.
- **A moyen terme, le développement des projets 107** permettra peut être d'imaginer des collaborations permettant d'étoffer et d'améliorer le soutien aux patients et aux médecins notamment lors des situations de crise où l'hôpital semble inéluctable, ou dans leur décours.