

LA MÉDECINE GÉNÉRALE FACE AUX ASSUÉTUDES

Revue de littérature



DATE | Janvier 2017

EQUIPE | Appui scientifique | **Maguelone VIGNES**
Appui | Maïté BATABOUDILA
Direction | Valentine MUSETTE
Projets | Aline GODART - Gaétane THIRION

EDITEUR RESPONSABLE | RML-B asbl - Bld Pachéco, 34 - 1000 Bruxelles
Info.rml@famgb.be

Le terme "assuétudes" permet d'englober dans un même mouvement toute forme de dépendances, que ce soit aux drogues illicites (cocaïne, héroïne, cannabis, amphétamines et leurs dérivés...) ou licites (alcool et tabac en tête), qu'elles impliquent la consommation de produits ou non (comme les écrans ou les jeux) ou qu'elles brouillent les frontières de traitements médicamenteux (pharmacodépendance). Ces différentes formes d'addiction concernent 1 à 1,6 patient(s) sur 10 en première ligne de soins selon les études. Quels sont les enjeux principaux de cette problématique pour la médecine générale en Belgique ? Cette brève revue de la littérature explore les productions belges (principalement francophones) concernant les assuétudes et la pratique de médecine générale. Trois temps se distinguent parmi les articles recensés : entre 2007 et 2009, parallèlement aux changements législatifs, a lieu une réflexion sur la médecine générale face aux assuétudes, puis 2012-2013 se concentre sur les formes de collaboration

avec le secteur de la toxicomanie, tandis que des recommandations de bonnes pratiques et perspectives d'action concrètes ont été émises plus récemment (2015).

1/ Une transformation des publics et des formes d'addiction

Les formes (poudres, cristaux, comprimés...) et objets de dépendances se sont diversifiés depuis les années 1990, leurs usages se transforment : **diversification des produits** consommés - baisse de la consommation d'héroïne, remplacée par les amphétamines, la cocaïne et l'ecstasy, résurgence de la MDMA, banalisation du cannabis et des benzodiazépines, nouvelles substances psychoactives de synthèse - **polytoxicomanies**, cyberdépendances⁵⁻¹¹⁻¹⁴. L'EMCDDA observe notamment une hausse de la consommation d'amphétamines par injection. La classification des addictions avec ou sans substance permet "de mieux intégrer le fait que les mécanismes neurobiologiques et psychopathologiques sont

similaires dans la majorité des formes d'addiction, et que au cours d'une trajectoire addictive, il y a interaction entre différentes addictions, alternances, polyaddiction...¹⁴. Les associations qui semblent être le plus souvent rencontrées en médecine générale sont tabac et alcool, tabac, alcool et cannabis, ainsi que alcool et médicaments¹⁴. Le cumul d'assuétudes se conjugue aussi fréquemment à des troubles de la **santé mentale**.

L'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (EMCDDA) signale une augmentation de la pureté et de la teneur en principes actifs des produits (cocaïne, amphétamines, herbe et résine de cannabis), susceptible d'aggraver le risque que les consommateurs connaissent des problèmes de santé aigus et chroniques. La dépendance à des produits vient parfois se surajouter à des situations de comorbidités ou les provoquer. L'usage de plusieurs produits met le médecin en face de questions techniques plus compliquées³.

Les médecins généralistes observent en consultation depuis plusieurs années une **diversification des profils** : précarisation croissante, augmentation du nombre de personnes dans la clandestinité ou en exil. Ce phénomène vient renforcer la présence déjà prédominante de problématiques sociales chez les personnes souffrant d'assuétudes. La cohorte de consommateurs d'héroïne est vieillissante et présente de ce fait des besoins sanitaires plus complexes que par le passé¹¹, tandis qu'une nouvelle génération de jeunes usagers est touchée par des problèmes liés à la consommation de MDMA/Ecstasy¹¹.

2/ Enjeux pour les médecins généralistes

Evolution du cadre légal et des pratiques.

Depuis l'Arrêté Royal de 2004, revu en 2006, les médecins généralistes sont, sous certaines conditions, autorisés à instaurer un traitement de substitution à la méthadone, pratique qui était tolérée dans les faits depuis les années 1990 dans une perspective de réduction des

risques. Selon une étude de 2009, cette reconnaissance légale a eu un impact sur les attitudes des médecins généralistes à l'égard de la prise en charge d'usagers de drogues. Ceux qui refusaient déjà la prise en charge d'usagers de drogues ont vu dans ce nouveau cadre un risque supplémentaire (sanctions possibles) et ne se sont pas investis davantage tandis que ceux qui prenaient en charge un faible nombre de patients ont eu tendance à se désengager. Au contraire, les médecins les plus investis dépassent le cadre légal (par exemple, en dépassant le nombre de patients autorisés) et se voient menacés de poursuites s'ils ne s'ajustent pas. Cette nouvelle législation pose la question de la relève (la catégorie la plus engagée étant également la plus âgée) et de la spécialisation en médecine générale⁸. Une autre étude qualitative montre que la prescription de benzodiazépine permet aux médecins généralistes de répondre par "un moindre mal" aux problèmes psychosociaux de leurs patients par lesquels ils se sentent dépassés, dans le cadre de consultations contraintes par le manque de temps et en l'absence d'alternatives¹.

Manque de formation. Les médecins généralistes sont peu formés à travailler avec des publics toxicodépendants et à collaborer avec d'autres prestataires de soins⁵⁻⁸. Les formations et interventions mises en place au sein des réseaux, dont l'émergence avait été favorisées par la nouvelle législation, ont en grande partie disparu. Le contenu du cursus universitaire des futurs généralistes reste limité (7 heures) concernant l'accompagnement des usagers de drogue et l'évolution des comportements addictifs⁵. Certains plaident pour une réponse opérationnelle sous forme de soutien à la formation de base et continue, au-delà du seul conditionnement des autorisations de prescriptions. Celui-ci pourrait permettre la transmission aux jeunes générations de généralistes d'expérience d'accompagnement intégrant les approches somatiques, psychologiques et sociales⁵. De fait, une enquête de 2007 montre que les médecins

généralistes se disent en priorité prêts à s'investir dans le suivi des addictions pour lesquelles ils ont été formés à l'université. Dans l'ordre, il s'agit d'abord du tabac (90% de réponses positives) et de l'alcool (85%), puis l'abus de médicaments psychotropes (70 %) et les comportements addictifs (55%) et enfin les drogues illicites (23 %), (enquête FAMGB-CTB-SSMG, 2007, citée par Hoffman, 20085). Plusieurs auteurs signalent en particulier le besoin de formation au suivi après initiation d'un traitement de substitution²⁻⁶. Ce besoin est d'autant plus prégnant que la majorité des usagers de drogues traités par substitution le sont par des médecins généralistes en pratique privée².

Définition progressive des outils de prise en charge des addictions sans substances (jeux, cyberaddictions). On assiste à la précision des contours de ces formes d'addiction : définition des seuils à partir desquels le comportement est considéré comme pathologique, recensement des facteurs de risque, mise en place de guidelines et élaboration de questionnaires permettant le dépistage en consultation de médecine générale. Cependant, les professionnels et structures spécialisés sont encore peu nombreux¹⁴.

"Moments" à travailler en médecine générale. La littérature explorée met en évidence trois étapes sensibles pour la prise en charge en médecine générale : 1) la prévention (dont le dépistage et la prévention des rechutes), alors même que la complexité des soins expliquerait en partie le sous-diagnostic des addictions en soins primaires¹²; 2) l'interprétation de la demande reçue en cabinet et la mise en place d'une prise en charge, éventuellement avec d'autres professionnels spécialisés, à repérer⁶, 3) la continuité du suivi durant la prise en charge (notamment le traitement de substitution pour les usagers de drogues), en concertation avec les autres professionnels.

Communication avec les autres professionnels. À ce titre, des difficultés sont ressenties entre le monde des médecins

généralistes (seuls, indépendants) et celui de l'aide aux personnes toxicomanes et secteur de la santé mentale. Il en va de même avec les urgentistes : "les médecins généralistes qui suivent les usagers de drogues en ambulatoire, principalement dans le cadre de traitements de substitution, ont le sentiment que la collaboration avec les urgentistes continue à être pavée de négociations difficiles"^{2: 7}.

Saturation de l'offre de prise en charge. Moins de médecins généralistes sont motivés à s'engager dans le suivi d'usagers de drogue (en comparaison avec les années 90), les structures ambulatoires ou hospitalières spécialisées sont saturées. Ce tableau est noirci par le manque de professionnels de la santé mentale vers qui orienter les patients (délai d'obtention d'une place ou d'un rendez-vous, accessibilité financière)⁶.

3/ Offre de prise en charge : vases communicants et effets d'entraînement

Structures bas seuil

Les structures bas seuil comme Le Projet Lama, l'asbl Transit et la Maison d'Accueil Socio-sanitaire à Bruxelles connaissent une forte augmentation du nombre de demandes de prise en charge. Celle-ci est due à la précarisation et à la diversification des publics accueillis : exclusion du marché du travail, situations de profonde désaffiliation sociale, émergence des nouveaux usagers qui sont issus de la clandestinité et de l'exil, qui cumulent les vulnérabilités et présentent des problématiques complexes. Or, "ces nouveaux profils d'usagers bénéficient d'un accès limité et temporaire au réseau traditionnel de soins"^{7:119}, dont les registres d'action apparaissent peu adaptés à des patients particulièrement vulnérables face aux risques sociaux. On peut poser l'hypothèse que cet afflux de patients est dû à l'effet paradoxal de drainage suscité par la multiplication des structures bas seuil et de leurs services à la fin des années 1990 et dans le courant des années 2000 : les médecins généralistes eux-mêmes

saturés, préféreraient orienter les usagers de drogue vers ces structures leur garantissant ainsi une prise en charge spécialisée, pour laquelle un grand nombre ne se sentent pas armés. Les structures bas seuils soulignent d'ailleurs la difficile réinsertion dans le système de soins général des personnes qu'elles ont suivies. Cette difficulté est également vraie pour l'accès au logement et à l'emploi⁷. Ainsi, à l'afflux de nouveaux patients précaires dans les structures bas seuil s'ajoute le maintien du suivi des patients qui pourraient en sortir, gonflant de manière exponentielle les files actives.

Urgences hospitalières

"Chez les usagers de drogues traités en première ligne des soins de santé la fréquence de recours aux services d'urgences reste élevée mais les motifs de recours aux services d'urgences sont modifiés : les contacts pour overdose, syndrome de sevrage et problèmes liés aux injections sont peu fréquents, tandis que les contacts pour traumatismes, problèmes psychiatriques et respiratoires sont prédominants. La fréquence élevée de recours aux services d'urgences chez les usagers de drogues ne s'explique pas uniquement par leur manque d'accès aux soins primaires mais surtout par leur importante comorbidité"^{7:12}.

4/ Perspectives d'action : collaborer

Les réseaux et le travail multidisciplinaire. Les réseaux locaux (échelle communale) sont pointés comme un moyen de garantir l'interconnaissance des professionnels et une prise en charge adaptée, rapprochée. Les structures bas seuils y voient aussi la possibilité de mieux répondre à la demande de prise en charge⁷. Pour les médecins généralistes, ces réseaux pourraient fournir un soutien à la coordination des cas complexes, particulièrement des cas d'urgences psychosociales³. En outre, les hôpitaux locaux sont cités comme des partenaires avec qui les collaborations sont à développer⁴. Notons que

le Plan Drogues en Région de Bruxelles-Capitale envisage plusieurs actions de soutien à l'articulation du secteur de la toxicomanie avec la médecine générale et avec le secteur de la santé mentale¹³.

Formation et partage d'expérience. Ces réseaux, ainsi que des partenariats, pourraient assurer la mise en place de formations tant à la prise en charge en elle-même qu'à la coordination de la prise en charge, d'échanges de savoirs et de pratiques⁷, via des communautés de pratiques (participer à des discussions de cas et des échanges d'expérience)³, et d'une réflexion commune (notamment dans le cadre de la "Concertation bas seuil"¹⁷). Par ailleurs, l'UCL a récemment créé une "chaire lutte contre les assuétudes", dont l'un des buts est la promotion de l'enseignement de l'accompagnement des patients usagers de "produits" par les médecins de première ligne.

Travailler la communication. Pour opérationnaliser les fruits de cette réflexion commune et donner corps à une "culture de l'autre intervenant"⁶, des moyens sont demandés à plusieurs niveaux : visibilité des différents prestataires (qui fait quoi), via par exemple la disponibilité d'annuaires de ressources locales¹², accessibilité (téléphone), échange d'informations (dans les limites de la confidentialité posées par le patient, entre professionnels médicaux, mais également au sein d'un réseau composé de services non médicaux)⁴⁻⁶, pouvoir recourir à des confrères généralistes référents, à des délégués scientifiques ou à une ligne téléphonique d'appui³⁻¹².

Recommandations de bonnes pratiques. Plusieurs recommandations de bonnes pratiques adaptées aux soins primaires ont été émises, pour les drogues "licites" - tabac⁹, alcool¹⁰⁻¹². En particulier, le KCE souligne l'importance de prendre simultanément un ensemble de mesures afin qu'elles puissent se renforcer mutuellement¹⁰.

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

1. Anthierens, Sibyl, Habraken, Hilde, Petrovic, Mirko & Christiaens, Thierry, "The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 2007: 214-219
2. Baudoin Denis, "Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquents aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus", *Santé Conjuguée*, n°47, janvier 2009 : 7-12 et *La Revue de la Médecine Générale*, n° 258, décembre 2008
3. FAMGB-RAT, Conclusions et perspectives amenées par l'étude de faisabilité pour la construction d'un partenariat, FAMGB-RAT, 2013
4. Fernandez, Javier, La coordination toxicomanie Anderlecht : un exemple pratique de collaboration entre soignants, réseau spécialisé et structures locales, *Santé Conjuguée*, n°59, janvier 2012 : 108-111
5. Hoffman, Axel, "L'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes, quinze ans après...", *Santé Conjuguée*, n° 46, octobre 2008 : 8-10
6. Hoffman, Axel, "Le généraliste et la demande 'a minima'", *Santé Conjuguée*, n°59, janvier 2012 : 65-68
7. Husson, Eric, "Des usagers de drogues à l'épreuve de la saturation et des modalités d'inclusion du réseau", *Santé Conjuguée*, n°59, janvier 2012 : 115-120
8. Jeanmart, Caroline, "Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques", *Drogues, santé et société*, vol. 8 no 2, décembre 2009 : 233-265
9. Kacenenbogen, Nadine, "La gestion du sevrage du tabac en médecine générale", *Rev Med Brux*, 30, 2009: 359-71
10. KCE, Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ? KCE, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Rapport 258B, janvier 2016
11. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), Rapport Européen sur les drogues et toxicomanies 2016. Tendances et évolutions. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), 2016
12. Orban, Thomas, Communication au Congrès de la SFA (société française d'alcoologie), "Les acteurs de terrain aux côtés du patient", Paris, 18-20 mars 2015, *La Revue de la Médecine Générale*, 323, mai 2015
13. FEDITO asbl, FEIAT et CLDB, Politique Drogues & Plan Drogues en Région de Bruxelles-Capitale, Fedito asbl, juin 2015
14. Semaille, Pascal, Les nouvelles formes d'addiction, *Revue Médicale de Bruxelles*, n°30, mai 2009 : 335-357