

### **Atelier la temporalité du médecin généraliste. Dr JY GUILLET**

Déclarer que je ne suis pas un médecin généraliste comme les autres car travaille depuis 20 ans dans le dispositif spécialisé, donc repérer par les patients, diplômé en addictologie. Mais le travail 10 ans en réseau de soins, auprès entre autres des médecins généralistes m'a permis de connaître la diversité des soignants.

Le médecin généraliste : des personnalités variées, des différences d'investissement (Binder décrit les médecins militants, les motivés, les intéressés, les indifférents et les irréductibles), et donc une manière de leur parler addiction différenciée. Le médecin généraliste est le réceptacle de beaucoup de représentation (le médecin dévoué à sa patientèle, le médecin énergique, le médecin en retard...).

Dans le parcours du patient addict, se trouve présent à chaque étape : du repérage, à l'accompagnement vers le soin spécialisé, à l'accueil du patient hors circuit (celui que personne ne veut, que le CSAPA nous envoie car il ne demande rien) voir en fin de vie.

*Vignette clinique : Ce patient m'a été adressé par un CSAPA car son suivi ne relevait pas d'une structure spécialisée. P...sous méthadone mais aussi BPCO avec 20 à 30 cigarettes par jour, sa bouteille de vodka tous les jours, et on ne parle pas des 8°6, qui vient au cabinet tous les 14 jours, qui ne veut rien, ne demande rien, et aime être dans cet état d'ivresse. Il refuse les soins spécialisés. Au décours d'une hospitalisation pour décompensation respiratoire, est admis 3 semaines pour un sevrage, dont il ressort...non sevré. Le suivi est donc rythmé par le renouvellement de son traitement, consultation à laquelle il est venu régulièrement pendant 5 ans, et à chaque fois en état d'ivresse. Il vit la nuit, car regarde des séries TV sur internet. Alors qu'il est en insuffisance respiratoire sévère, n'entrevoit pas ce qu'il serait possible de faire pour moins fumer et mieux respirer. Alors qu'il a plusieurs jours de retard pour le renouvellement, j'appelle la pharmacie pour savoir si le pharmacien a des nouvelles, et celui-ci m'apprend son décès.*

Voit son patient 15 à 20 minutes par consultation, mais peut le voir ainsi pendant 20 ans tous les mois. Une certaine routine va s'installer, il va falloir meubler, parler des passions du patient : qu'il soit pêcheur de carpe, aimant les vitraux des cathédrales, n'ayant aucune passion (le vide) ou procrastinant mettant 6 mois à faire quelque chose que je ferai en 3 jours.

Peut être le médecin traitant de la famille, s'occuper du somatique hors addiction.

Etre soignant c'est accepter l'incertitude, l'inconnu et c'est tout particulièrement vrai chez le médecin généraliste. Son diagnostic est le plus souvent probabiliste, la recherche de la preuve n'existe pas souvent.

Cette incertitude peut se révéler certitude avec le temps qui passe : un symptôme qui persiste ou qui disparaît dans le temps vient renforcer un diagnostic, ou renforcer la pertinence d'un examen complémentaire. Les diagnostics sont probabilistes le plus souvent.

Pendant une consultation le médecin prend plusieurs décisions : exemple de l'étude décibel, lors d'un renouvellement de MSO le médecin prend 6 décisions, formatage du médecin qui peut paraître « passer à l'acte » (agir), et est payé à l'acte (souvent quand une consultation ne débouche pas sur une prescription le patient demande s'il doit quelque chose). Donc pas dans sa nature de sursoir (sans parler de la pression du patient, de l'industrie pharmaceutique) de ne pas prescrire (en France). Le patient en miroir peut lui aussi être formaté, et attend en retour des actes, des décisions.

Les entretiens motivationnels : un vrai gain de temps ! De manière plus générale laisser parler son patient fait gagner du temps (temps de parole spontanée : 2 minutes).

La temporalité du médecin généraliste face à la temporalité du patient

Le délai pour avoir un rendez vous est court (comparé à celui d'un csapa, ou de l'hôpital, sauf si créneaux d'urgences prévus). Il n'y a pas de filtre, (de moins en moins vrai, de plus en plus de médecins ne prennent pas de nouveaux patients).

Le patient dans l'urgence va trouver une certaine disponibilité chez le médecin traitant, mais le danger pour ce dernier est de répondre à toute les demandes (ce que peut penser le patient : il me reçoit rapidement donc toute demande peut être acceptée rapidement) : une chose est d'accepter de recevoir un patient rapidement, une autre est d'accepter toutes les autres demandes.

L'élaboration de la demande, des objectifs et des moyens peuvent se faire en décalé. Difficultés parfois à sursoir : quand sursoir ? Un sevrage ambulatoire, la mise sous baclofène, un arrêt du tabac...

La longueur des traitements, permet d'avoir le temps de faire des choses... par exemple en début de traitement MSO on peut se permettre de ne pas faire les sérologies tout de suite mais un mois plus tard, et axer les 1<sup>er</sup>es consultations sur les objectifs et le cadre du traitement.

Le patient va négocier ses passages en pharmacie quand ils sont trop serré, mais va aussi être soulagé d'une délivrance rapprochée quand il n'a pas le contrôle de son traitement.

Les heures d'ouverture du médecin mieux adaptées au patient qui travaille, à celui qui ne dort pas ou en décalé.

La durée des traitements pose problème au patient : je ne vais pas rester sous subutex toute ma vie, quand nous disons qu'un traitement peut durer plusieurs années. Perception et projection dans l'avenir du patient différent de celui du médecin. Gérer les arrêts intempestifs de traitement : baclofène, patchs nicotiniques, MSO (mais là ils reviennent).

« Docteur est ce que je suis dans les clous ? » Un patient me pose cette question. Je lui demande de préciser. « Est-ce que je suis dans le tempo ? ». De quel tempo s'agit-il ? Il s'agissait du tempo pour descendre voir arrêter son traitement de buprénorphine. Explication donc sur le fait qu'il n'y a pas de temps, de durée prédéfinie pour ce traitement.

L'addictologie en médecine générale : un éloge de la lenteur ? Et du temps qui passe : combien de temps pour arrêter un traitement, pour switcher zopiclone par valium puis arrêter...pour que le patient prenne conscience que son émotivité, ses difficultés relationnelles (etc...) posent problème.

*Vignette clinique : M. suivi au cabinet depuis 1996, et pour un traitement par buprénorphine jusqu'en 2013. Quand je le vois pour la 1ère fois il est sortant de prison, ce qui a mis en échec des études de sociologie (il était en 2è année). Il rentre en BTS tourisme, mais échoue à trouver un stage en entreprise (il est d'origine du Maghreb et pense que cela a joué). Il devient alors pompier volontaire, tout en faisant aussi du convoyage de transport de fons. Il sera licencié de ce 2è emploi, car n'a pu fournir un casier judiciaire vierge. Il est donc pompier volontaire et se forme à la sécurité.*

*Ces années sont marquées par des sur consommations de son traitement, le décès de son père, des voyages au pied levé dans son pays d'origine pour régler avec sa mère la succession. Il se fait parfois confisquer son traitement à l'arrivée.*

*Les dérapages sont très fréquents en 2010-2011, il me raconte que sa mère le harcèle, y compris au travail (il a alors réussi un concours dans la fonction publique, à un poste de responsabilité) elle l'appelle 15 à 20 fois par jour, voudrait qu'il passe la voir 2 à 3 fois par jour. Il n'arrive pas à la mettre à distance, et sur consomme son traitement pour se calmer. Il est volontaire pour voir un psychologue ce qu'il fait : il le voit 3 à 4 fois et ne continue pas.*

*Fin 2011, il est victime d'une gastrite, qui du fait de sa dépendance aux opiacés le fait énormément souffrir, le temps d'obtenir le rendez-vous chez le gastro, qu'il ait sa fibroscopie et que l'on retrouve un Helicobacter, qu'on le traite et qu'il soit guéri, il va se passer deux semaines.*

*L'année 2012, se passe très bien, il demande à baisser, et baisse chaque fois plus vite que prévu, ne vient jamais en avance, il arrête même de fumer. Si bien qu'au printemps je lui demande comment il explique ce changement. L'explication est simple : pendant son épisode douloureux de décembre 2011, alors qu'il allait très mal, sa mère qui habituellement l'appelait 15 fois par jour, ne l'a pas appelé une seule fois, lui permettant de prendre conscience du fonctionnement de sa mère, de la mettre à distance sans culpabilité.*

*Cette vignette montre le temps long du suivi, le temps de la psychothérapie qui vient après, mais aussi que des évènements biographiques vont avoir du sens et permettre de résoudre la relation avec sa mère.*

Conclusion :

Savoir (pouvoir) proposer aux médecins (toujours selon Binder) des actions selon leur degré d'implication : pour les militants concevoir, organiser, suivre (intégration dans des instances), les motivés des groupes de pairs, de partage clinique, les intéressés des formations classiques, les indifférents aller vers eux par différents biais, les irréductibles leur faire savoir via une communication écrite.

Les médecins peuvent être réticent à accueillir des patients addicts, en particulier par manque de temps, ces suivis étant repérés comme chronophage (représentation de la consultation longue) alors qu'il n'est pas nécessaire de faire des consultations longues, mais de les répéter (4 Cs dans le 1<sup>er</sup> mois de MSO, 2 Cs dans une semaine de sevrage).

Dans le RPIB proposer des échelles de repérage courtes (3 à 4 items au maximum). Le constat n'est pas glorieux quand 88% des patients pensent qu'il est normal d'être questionné sur leur consommation de tabac, 20% disent l'avoir été, pour l'alcool c'est 90% versus 8%. (Michaud 2003).

Retravailler le DSM5 et l'adapter à la médecine générale en proposant un repérage de la dépendance à 4 items : les signes physiques, la perte de contrôle, la focalisation et le craving.

Trouver des temps (espaces) d'échange clinique entre MG et spécialités : des jours et heures rédhibitoires pour le MG (le lundi, le soir après 17 heures).

Les FMC se doivent d'être d'application immédiate : à l'inverse de la formation initiale, où l'étudiant revient sur son cours pour l'apprendre, le rabâcher, en formation continue, les contenus ne sont que très peu revus par le médecin.

I  
I

n  
,  
y

a

p  
a  
s

d  
e

c  
o  
n  
c  
l  
u  
s  
i  
o  
n

à

c  
e