



HAL
open science

Représentations des usagers de drogues illicites parmi les médecins généralistes ; enquête ethnographique dans un arrondissement de Marseille

Frédérique Boiron, Nicole Licht, Patrick Prat

► To cite this version:

Frédérique Boiron, Nicole Licht, Patrick Prat. Représentations des usagers de drogues illicites parmi les médecins généralistes ; enquête ethnographique dans un arrondissement de Marseille. Xes Journées de Reims pour une clinique du toxicomane, Nov 1991, Reims, France. hal-01442330

HAL Id: hal-01442330

<https://hal.science/hal-01442330>

Submitted on 24 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Actes 91

LA CLINIQUE DU TOXICOMANE, 1991

ACTES 1991 X^{èmes} JOURNÉES DE REIMS LA CLINIQUE DU TOXICOMANE, 1991

LA CLINIQUE DU TOXICOMANE, 1991

Depuis 10 ans, au détour des JOURNÉES DE REIMS, une clinique du toxicomane s'est élaborée, orientée par une question : "quel est le traitement le plus approprié pour les toxicomanes ?".

Cette question qui est au fondement même de la création des Journées a permis d'ouvrir, au long des années, un champ beaucoup plus vaste où d'autres approches : historiques, sociologiques, philosophiques, juridiques ont doté nos travaux d'un indispensable enrichissement, avec l'idée de cerner au plus près les problèmes liés à la toxicomanie et à la personne dite toxicomane.

Plein droit nous est donné aujourd'hui de constater que les vraies surprises apparaissent dans la forme particulière que chaque toxicomane a de discuter sur ce qui l'accable. La question qu'il se pose est : "Pourquoi je me drogue, pourquoi, malgré ma volonté d'arrêter ?".

Cette volonté défailante est la marque de l'existence d'une contrainte, d'un impératif, d'une soumission dont les lois échappent au sujet qui s'adresse à un thérapeute. Il serait certainement présomptueux d'affirmer que nous connaissons l'ensemble de ces lois. Il n'empêche ! avec les Journées de Reims, nous disposons d'un "dépôt de savoir" qui nous permet de sortir de la position de l'ignorance totale.

Les auteurs rassemblés dans cet ouvrage à l'occasion des X^{èmes} Journées de Reims proposent de prolonger ce "dépôt de savoir" ■

**ASSOCIATION CENTRE D'ACCUEIL
ET DE SOINS POUR LES TOXICOMANES**
REIMS
Depuis 1977

REPRESENTATIONS DES USAGERS DE DROGUES ILLICITES PARMI LES MEDECINS GENERALISTES :

Enquête ethnographique dans un arrondissement de Marseille

En France, jusqu'à une époque récente, les modalités de prise en charge des sujets toxicomanes par les médecins de ville étaient peu connues (F. Lert - 1989). Plusieurs facteurs ont contribué à cet état de fait. Les enquêtes épidémiologiques ne sont pas aisées à entreprendre sur ce thème : entente commune sur une définition de la toxicomanie, problème de la mobilisation des médecins occasionnant une sous-estimation, au contraire, surestimation par une difficile appréciation des doublets...

La littérature médicale, plutôt élaborée par des spécialistes, prend plus une orientation pédagogique (listes de questions à poser, d'attitudes à acquiescer... constituant un véritable cahier des charges) qu'elle n'apporte un "regard clinique" sur la pratique quotidienne, sur les interactions médecin-malade. Dans ce dernier cas, tantôt les témoignages sont établis à partir de résultats très satisfaisants ou positifs pour leurs auteurs, tantôt ils évoquent des expériences malencontreuses, surtout à éviter : demandes médicamenteuses de psychotropes, vols de matériel, d'ordonnance ou agressions... Les conduites à tenir, les cas cliniques ne ressemblent pas toujours à ce que peuvent vivre les thérapeutes, et encore les renforcent dans une vision stéréotypée du soin, les poussent vers des convictions assez tranchées sur les toxicomanes.

Pourtant, comme le démontreraient différentes études, les toxicomanes sont présents dans la clientèle d'un généraliste. Pendant l'année 1987, 60 % des médecins libéraux du Vaucluse ont reçu au moins 1 toxicomane et pour la plupart, à plusieurs reprises. En Champagne-Ardenne plus d'un tiers des praticiens de ville signalait avoir au moins cette fréquence de consultation (F. Bourges - 1987, F. Lert - 1989). Il faut encore ajouter que les médecins traitants sont des praticiens importants des institutions spécialisées. A Marseille, depuis 1986 au moins, ils participent dans plus de 20 % des cas à la prise en charge des patients connus de l'intersecteur de Soins aux Toxicomanes (Service Public).

A une échelle microsociale, analyser la perception qu'ont les généralistes sur la toxicomanie et leurs représentations des toxicomanes permet d'appréhender quelques-uns des mécanismes qui régissent les rapports soignants-soignés.

Situation de l'enquête

Le nombre d'usagers de drogues illicites, notamment par voie intraveineuse, n'est pas globalement plus important dans le sud-est de la France que dans

bien d'autres régions d'Europe, en particulier dans les grandes régions urbaines. Cependant le problème attire plus particulièrement l'attention à Marseille et à Nice. Un certain nombre d'indices faisant penser que les médecins de ville sont et seront plus fréquemment sollicités à leur cabinet par cette population, il est apparu intéressant de connaître leurs opinions, leurs idées, leurs sentiments sur ce sujet.

L'enquête ethnographique, que nous présentons partiellement ici, a été accomplie de janvier à juin 1990 en collaboration avec l'intersecteur de Soins aux Toxicomanes des Bouches-du-Rhône. Les objectifs opérationnels étaient de rencontrer les médecins de ville pour faire naître un dialogue entre spécialistes et généralistes, et d'amorcer des stratégies préventives en ce qui concernait la contamination par le VIH, des toxicomanes.

Cette enquête faisait partie du dispositif d'évaluation de la mise en place d'une équipe infirmière de prévention de la contamination des toxicomanes par le VIH. (1). Un rapport a pu préciser des orientations sur la faisabilité de ce travail, et son évolution dans le temps (F. Boiron et N. Licht, 1990). L'arrondissement étudié avait été sélectionné pour sa représentativité par rapport à l'ensemble de la cité phocéenne. Sur cette zone géographique se succèdent ensembles résidentiels, groupes d'immeubles ou de cités H.L.M. et ex-petits villages provençaux incorporés progressivement dans l'agglomération marseillaise.

Méthodologie

Au total, 78 médecins ont été recensés sur cet arrondissement, ce qui correspond en réalité à une soixantaine de praticiens en activité. Les ethnographes présents sur les lieux ont pu observer et participer. Ils ont assisté à une vingtaine de visites effectuées par l'équipe "Prévention VIH.". La collecte des données était réalisée pendant l'entrevue, ce qui n'a posé apparemment aucun problème au niveau des praticiens, ceci grâce au climat de confiance résultant de la collaboration avec un service de soins connu. Ceux-ci ont parlé assez librement de leurs expériences ; il s'agissait avant tout d'un échange entre professionnels de santé, de mettre en perspective leur connaissance en matière de toxicomanie ainsi que les problèmes qu'ils rencontrent dans la gestion quotidienne des soins.

Le matériel utilisé pour l'analyse thématique consiste donc en un recueil manuscrit systématique des entretiens, complété par un descriptif des cabinets médicaux. Des discussions avec les membres de l'équipe qui ont poursuivi un travail d'information et de communication auprès des médecins libéraux marseillais et des pharmaciens ont été aussi prises en compte.

Quelques éléments de réflexion ou d'analyse :

1 - Médecins de ville et clientèle des toxicomanes

Pour les médecins praticiens, avoir des toxicomanes dans leur clientèle

dépend de trois facteurs :

.de la situation du cabinet dans une cité ou dans un quartier dit "populaire". Les médecins décrivent alors les usagers de drogues illicites comme des groupes d'individus qu'ils ont repérés à proximité. Ils peuvent aussi les localiser d'après leur domicile car ils sont les médecins de famille d'un parent, voire des toxicomanes eux-mêmes. A l'inverse, certains thérapeutes mettent en avant leur situation dans un quartier "bourgeois", "villageois" ou "calme". Ils insistent sur l'absence de toxicomane dans leur clientèle.

.de la date d'installation des généralistes.

Les souvenirs de leurs débuts dans la pratique médicale appellent deux remarques. La naïveté de cette époque est révolue, et ils ne se laissent plus piéger par les comportements ou les sollicitations des toxicomanes. De véritables guet-apens seraient tendus à l'occasion des gardes d'urgences de jeunes médecins généralistes.

.des médecins eux-mêmes qui acceptent ou non de suivre et/ou de soutenir des toxicomanes.

Cette question de motivation (C. Kurz - 1990, M. Aillot & L. Taleb - 1990) est un phénomène récurrent en matière de toxicomanie comme de pathologie VIH, et vaut certainement pour d'autres maladies singulières, stigmatisées et finalement peu fréquentes dans la pratique médicale. On discerne rapidement les interlocuteurs privilégiés potentiels, intéressés par ces pathologies marginales, décidés à s'y investir. Quelques-uns, au contraire, préfèrent s'abstenir de traiter avec de tels clients et tiennent un discours plutôt dur sur leur santé. Les bonnes volontés s'émoussent avec le temps ; par la suite, se développent et se maintiennent diverses stratégies d'évitement, comme les refus de prescription ou de prise en charge, la délégation à des confrères spécialistes, attitudes destinées à éliminer tout risque de voir un jour s'accroître la fréquentation des toxicomanes dans le cabinet médical. Parce qu'elle est vécue comme un échec, une seule expérience professionnelle avec un toxicomane -expérience qui est longuement racontée, argumentée- mérite qu'on s'y arrête ; c'est elle qui alimente le sentiment d'impuissance et de fatalité chez certains thérapeutes. Elle est à la mesure de leur investissement dans cette histoire. Elle prend une valeur spécifique dans les discours des médecins traitants sur les toxicomanes et conditionne les représentations qu'ils ont par la suite sur ces sujets.

2 - Temporalité et spatialité de l'usage de drogue illicite dans des quartiers marseillais à travers les discours des médecins :

Les généralistes reçoivent les confidences de leurs clients. Ils participent souvent à la vie politique ou sociale des quartiers. Femmes et hommes publics, leurs fonctions leur donnent accès à une connaissance des comportements et des attitudes de leurs concitoyens. Ils sont les dépositaires des rumeurs, des fantasmes, des secrets. Leur discours sur "la toxicomanie" est un double miroir car il est construit, d'une part sur une société qui forge sa propre image par les propos qu'elle tient à ses thérapeutes, et d'autre part, il s'appuie sur les

représentations personnelles des médecins puisqu'ils observent cette même société à travers le filtre de leurs pratiques.

Nous sont alors renvoyés les problèmes quotidiens des quartiers marseillais et de leurs drogués : les généralistes nous ont fourni de quoi esquisser dans le temps et dans l'espace. A titre de comparaison, nous avons remarqué que le discours des praticiens lié à "la toxicomanie" ressemble à celui que tient le public sur l'"Environnement" (Picon - 1991) : les problèmes sont situés soit dans un contexte mondial soit selon un champ très localisé, la cité, le quartier, la ville. Rarement, les thérapeutes font référence à des mesures prises sur un plan national. Le passage clandestin de la drogue sur le territoire français et la production de matières premières dans les pays sous-développés sont des thèmes discursifs fréquents pour les médecins les plus concernés.

Les praticiens les plus anciennement installés ont une opinion pertinente sur l'extension de la consommation d'héroïne dans les banlieues, consommation qu'ils opposent à l'usage plus ancien du haschich. Dans les cités, on dit aussi l'intensification de "la toxicomanie" avec ses relations économiques sous-jacentes (chômage, immigration...).

Les "groupes de toxicomanes" sont repérables, comme nous l'avons vu précédemment. Sur l'arrondissement, les médecins circulent pendant leurs visites. Les patients leur transmettent les faits divers relatifs à la vie de la localité. Il devient alors intéressant de comparer les lieux dits de présence des "toxicomanes" et d'approvisionnement en drogues à travers les paroles des soignants. Plusieurs praticiens nous ont décrit le caractère mobile des groupes de toxicomanes dans l'arrondissement. Ils auraient "migré" en quelques années des quartiers centraux vers les banlieues ; ainsi sont cités dans un ordre chronologique des quartiers de plus en plus périphériques par rapport au centre de la ville. Les dates des pétitions des habitants servent également de repère aux médecins. Certaines adresses sont, de notoriété publique, des lieux de revente de drogue. Les interventions de la police, dans un bar en 1988, puis dans une localité, sont souvent rappelées. De par leur emplacement, deux autres bars exposés au regard public sont vécus comme des nuisances. Des "étrangers", sous-entendu des personnes ne résidant pas dans le quartier, les fréquentent. Les qualificatifs employés pour désigner l'ambiance des quartiers peuvent être mis en parallèle avec la perception de la présence d'usagers de drogue illicite sur les endroits évoqués.

En rapportant ces rumeurs, quelques médecins attestent de leurs interpellations sur ces phénomènes, ils en parlent d'autant plus volontiers qu'ils habitent à distance des quartiers imputés, c'est-à-dire qu'ils sont installés dans des secteurs commerciaux ou résidentiels. Ainsi, ils insisteront sur le caractère bourgeois de leur point d'exercice et la "protection" qui règne sur leur clientèle. A l'inverse, les zones dites "chaudes" seront définies de manière cohérente dans l'espace : parmi les enquêtés, aucune contradiction ne sera relevée à ce sujet.

La connaissance d'un sujet pendant son enfance, dans son milieu familial, avant sa "déchéance", lui ôte cette dimension d'étrangeté qui est repérable dans les rapports avec les "clients de passage". "Je les ai connus tout petits, je me rends chez leurs parents". "Ils me font confiance, je fais de la médecine de famille, je suis un médecin de famille". Ceci confirme l'intérêt qu'il y a à rencontrer les relais-adultes les plus proches des usagers

de drogue. Sans les recevoir régulièrement, l'observation de leurs comportements dans la sphère familiale, les confidences des parents procurent aux généralistes un savoir qu'ils pourront utiliser ultérieurement pour établir une bonne qualité de relation. Les médecins de famille restent des recours potentiels pour les usagers de drogue vivant toujours sur les mêmes lieux.

Les "toxicomanes" sont sous surveillance et les praticiens ne font que restituer ce regard social sur la marginalité. Il faut aussi souligner toute la peur engendrée par ce thème, sentiment socialement répandu, fonctionnant comme une "dramatisation défensive" (J. Bergeret - 1990).

Les médecins de ville, qui ont été comparés aux "nouveaux prêtres" (Ch. Azize - 1984, B. Géraud - 1986), connaissent donc des réseaux imperceptibles ; ils possèdent parfois une véritable cartographie des toxicomanes sur leur aire d'activités professionnelles. Ces informations s'avèrent utiles pour travailler dans cet espace et corroborent la nécessité de partenariat entre les différents intervenants de santé.

3 - Représentations des toxicomanes

"La maladie qui est toute entière de la société participe aussi de l'individu ; la représentation constitue une mise en scène de leurs rapports et de leurs conflits." (C. Herzlich - 1983).

Notre société, depuis que les toxicomanes sont assignés comme l'une des minorités cibles du SIDA, ne voit plus cette population de façon tout à fait identique. Auparavant, les principales sources de connaissances provenaient soit du secteur de la justice, soit de celui de la santé. Avec l'extension de la pathologie V.I.H., l'image des usagers de drogue, à mi-chemin entre les délinquants et les malades psychiatriques, se transforme. Le risque épidémique auquel ils sont exposés est un facteur qui conditionne à la fois le regard public, et celui de leurs thérapeutes.

a - Médecins et images des toxicomanes pendant les interactions thérapeutiques

Afin de cerner au plus près quel est le sens accordé au mot "toxicomane" lorsque les praticiens libéraux l'emploient dans le langage médical populaire, nous dirons qu'il ne s'éloigne pas de la définition communément admise par l'O.M.S. en ce qui concerne l'accoutumance et l'assuétude, et qu'il vise essentiellement et implicitement l'usager de drogue illicite. En règle générale, la consommation de produits détournés de leur usage et/ou accessibles légalement est toujours spécifiée : tabac, alcool, tranquillisants...

Souvent, en début d'entretien, certains médecins nous avertissent qu'ils ont peu ou pas de toxicomanes dans leur clientèle. Dans le courant de l'entretien, ils relativiseront cette invisibilité des toxicomanes et finiront toujours par raconter une expérience. Seulement deux médecins ne nous citeront aucun exemple.

Globalement, la difficulté de traiter avec ces sujets transparait : "ils mentent tout le temps", "ils sont agressifs", "ils sont difficiles", "ils vous font

craquer, ils vous ont à l'usure."

Selon les praticiens de ville, le comportement des toxicomanes induit des relations difficiles : ils sont les éléments déstabilisants des interactions et pour ne plus les vivre, beaucoup de praticiens expriment clairement leur souhait d'être confrontés le moins possible à ces sujets. La délinquance est souvent évoquée et associée au statut du "drogué" : "Delinquere" (en latin) ou "manquer à ses devoirs" convient à ces sujets jugés "immatures et irresponsables". Dès le XIXème siècle, se développaient un courant où les aspects psychiques et somatiques étaient reliés au caractère criminel des individus (J.M. Labadie - 1982) : les qualificatifs attribués aux toxicomanes d'aujourd'hui perpétuent encore cette idéologie.

Quelques généralistes nous ont fait part de leur manque de moyens face à des phénomènes qui les dépassent : "L'apparition de la toxicomanie correspond à quelque chose de bien précis. Ces jeunes sont victimes de la société ; les milieux familiaux pas merveilleux".

Cependant ces dysfonctions sociales s'étendent aux relations thérapeutiques, car, ils "ne suivent pas les soins régulièrement". Alors, l'image du toxicomane-mauvais malade se forme peu à peu et se consolide à travers un nombre variable d'échecs relationnels, histoires cliniques où l'investissement professionnel, voire affectif, des praticiens a eu une valeur centrale.

b - Construction d'une typologie des représentations et conséquences :

S'il fallait établir une typologie des représentations des toxicomanes par les généralistes, elle se baserait sur deux formes.

La première accentue la "supériorité" des toxicomanes dans ses rapports au social et bien sûr aux médecins. Sortant de la norme, ils font peur, et les mots comme les images employés pour les définir traduisent ce processus : ils ne sont pas des victimes mais font des victimes (Philippe Roy - 1991), ils sont forts, lourds, manipulateurs, agressifs.

Les tenants de ce discours ne sont pas prêts de toute évidence à recevoir une information sur la prévention sanitaire des usagers de drogue, encore moins sur le soin.

"Le point où je ne suis pas du tout d'accord, c'est aller vers les toxicomanes. Si la porte est ouverte, c'est à lui de faire la démarche. Avec le toxicomane, on évolue dans un milieu où on ne sait pas ! ... // ... La méthode dite douce c'est O ! Le seul qui a des résultats, c'est LE PATRIARCHE avec la méthode dite coercitive."

Le second ensemble de représentations situe les toxicomanes comme "faibles", malades, détériorés sur le plan physique et psychique. Handicapés au départ, ils ont besoin d'aide. Même si les praticiens reconnaissent leur impuissance à soigner ce type de patients, il existe de fait une connivence implicite avec les spécialistes et toutes suggestions vers d'autres recours thérapeutiques sont bienvenues.

Bien sûr, il existe des positions intermédiaires. Un praticien, agressé par un malade mental et traumatisé par ce fait, oscille entre le rejet global et l'appitoiement.

La bipolarité des représentations des personnes toxicomanes a cependant la particularité d'être associée à une asymétrie dans la relation médecin-

malade. Forts ou faibles, les thérapeutes situent toujours les drogués comme hors normes, comme marginaux ou déviants.

Cette typologie succincte pourrait constituer une base de réflexion pour amener les praticiens à sortir de ces idées préétablies : elles induisent effectivement leur comportement : la compassion, "On a pas d'a priori. Les toxicomanes, il n'y a pas grand chose à faire pour eux. On essaie à chaque fois de les aider" ou au contraire le rejet, "Moins j'en vois, mieux je me porte !".

Les représentations mettent l'accent sur les limites de l'investissement personnel des praticiens dans la relation médecin-malade. Les discours tenus sur les pharmaciens face aux usagers de drogues se placent dans la même logique binaire, ou bien ils sont victimes de clients indésirables, ou bien leur non participation à l'opération "vente de seringues" est vécue comme une résistance préjudiciable à la santé communautaire.

4 - Savoirs sur les toxicomanes :

a - Le SIDA, la prévention et les toxicomanes :

Les réponses des généralistes portant sur la gestion de santé des toxicomanes et sur la politique préventive adoptée pour lutter contre l'infection à VIH sont loin d'être uniformes. Il faut distinguer les thérapeutes qui soignent les séropositifs ou sidéens, et ceux qui n'en reçoivent pas : ceux qui ont eu l'occasion de diagnostiquer une séropositivité, de l'annoncer à l'individu atteint et ceux dont les rares tests prescrits sont demeurés négatifs.

Or, la prévention de la contamination par le virus préoccupe les médecins. Neuf ans après les premiers cas de SIDA en France, la moitié des professionnels de santé interviewés, suit ou a suivi un séropositif ou un sidéen. Ceci témoigne de l'arrivée de cette maladie dans la pratique médicale des banlieues. A un autre niveau, cela témoigne aussi de la distance qui peut exister pour les praticiens n'ayant pas pu observer de cas, et donc renforcer le sentiment d'étrangeté éprouvé devant cette pathologie. Recevoir des séropositifs toxicomanes conduit les médecins travaillant dans les cités à nous dire que l'infection à VIH, a parfois freiné l'intoxication par l'héroïne : "Le S.I.D.A. a quand même aidé. Il y a quelques années, certains ont arrêté et n'ont jamais repris", ils sont en pointe ; le S.I.D.A., ça les a refroidi !" Ces "guérisons" par peur de l'épidémie virale, montreraient pour les médecins que la représentation de ce mal chez les "drogués" a une dimension particulière par rapport à d'autres complications pathologiques liées à l'usage de drogues. Certains thérapeutes évoquent la mort de plusieurs de leurs patients. Beaucoup disent prescrire des dépistages dont les résultats s'avèrent négatifs.

La vente libre des seringues, qui date du décret de mai 1987, a entraîné, comme le démontrent FR. Ingold et S. Ingold, un changement de comportement sensible pour plus de la moitié des toxicomanes héroïnomanes interrogés. En relatant un temps d'exposition initial à la contamination, puis une adaptation relative des comportements pour se préserver, les observations des spécialistes (P. Prat - 1989) et les médecins libéraux complètent tout à fait ces données. Une majorité d'héroïnomanes

sont devenus séropositifs en début d'épidémie. Depuis quelques années, les clients se protègent mieux en employant un matériel stérile. "La motivation du toxicomane par rapport au SIDA est venue assez tard."

Evoquant la vente des seringues, certains ont conscience d'un travail informatif à réaliser auprès des pharmaciens ; ils rappellent l'aspect villageois des lieux et signalent la peur éprouvée par les toxicomanes qui vont s'approvisionner dans les officines où ils peuvent être reconnus. D'autres thérapeutes pensent au contraire qu'il s'agit d'un problème concernant uniquement les pharmaciens et nous conseillent d'aller les voir.

Dans l'ensemble des salles d'attente, nous avons relevé seulement trois affiches de santé publique, deux sur le SIDA et une sur le port du préservatif. Cancer et tabac constituent les autres thèmes les plus souvent exposés.

Pour quelques médecins motivés, parler de sexualité, des précautions à prendre n'est pas spécifique et pas difficile ("tout-à-fait naturel"); tous les jeunes doivent recevoir une information à ce propos. Les limites de la prévention sont d'ailleurs soulignées par une juste comparaison avec la contraception et la prescription d'oestroprogestatifs. Le généraliste dévoile la difficulté d'expliquer de telles méthodes devant des tiers (ami, parents...). d'engager un discours sur la vie sexuelle avec les jeunes. Dans l'ensemble, ce thème reste tabou pour une grande partie des patients et des praticiens. "Pour eux (les toxicomanes) tout est clair, net. Ils ne désirent pas en parler".

A aucun moment cependant, les médecins ne doutent de leur rôle à jouer dans le domaine de la prévention ; ils peuvent, ils doivent "expliquer la maladie au toxicomane et les risques que les autres encourrent par rapport à lui." : "Ce n'est pas difficile dans la manière de l'aborder, c'est dans l'utilisation après."

La perception d'un manque de compétence pour annoncer la séropositivité apparaît chez certains. Dans de telles circonstances, beaucoup se montrent prêts à adresser des toxicomanes vers des institutions plus spécialisées pour la prise en charge.

L'éventualité d'une prévention par le remplacement de seringue et la distribution de préservatifs gratuits, ne fait pas l'unanimité parmi les thérapeutes. Les uns pensent qu'il aidera les personnes désargentées, d'autres objectent que cela encouragerait la prostitution et le trafic de seringue.

Par contre, concernant l'autre aspect du dispositif de prévention en développement, 17 des 20 praticiens sont d'accord pour une intervention sur le terrain : "Vous voulez faire sortir les gens de leur histoire, vivre le SIDA chez eux."

b - Réseaux de soin en toxicomanie

Dans ces banlieues, s'est organisé un réseau local de prise en charge thérapeutique du toxicomane. Les somaticiens partagent leurs clients avec des psychiatres installés à proximité.

L'urgence ou la crise familiale, comme la découverte de la pratique addictive d'un enfant, dérangent l'ordonnance de ces recours. L'hospitalisation, urgences ou service de psychiatrie, est souhaitée mais pas toujours

réalisable. Pour un problème de sevrage, les cliniques locales ou les "communautés thérapeutiques" sont les deux pis-aller. Le patient dicte parfois ses choix : "Il ne voulait pas l'hospitalisation, pas le service du Docteur S, mais acceptait d'aller voir un jeune psychiatre".

"Les toxicomanes ne veulent pas aller en service de psychiatrie."

Echange conflictuel, la relation est mal vécue par les praticiens qui parlent alors de "semi-urgence", montrant ainsi la pression à laquelle ils sont soumis devant le désir d'une cure de sevrage.

L'organisation de la prise en charge médicale des toxicomanes semble circonscrite à des réseaux de soin localisés, les itinéraires thérapeutiques sont restreints. Il faut relever la perception aiguë du manque de recours "institutionnel" et les difficultés pratiques auxquelles se heurtent les médecins lors des situations d'urgence.

c - Prescriptions

Face à des sujets ayant une à plusieurs pratiques addictives, les généralistes adoptent pour leurs prescriptions thérapeutiques des positions variées.

La première consiste à ne pas prescrire de tranquillisants, et même à ne pas posséder de bons de toxiques ; la seconde à donner quand même quelques produits ("de toute façon, ils s'en procurent.") et la troisième à proscrire certains médicaments et à en privilégier d'autres ("Je ne suis pas fournisseur de drogue, ... le ROHYPNOL* c'est classique !").

Quelquefois, les médecins disent qu'ils préfèrent que leurs patients soient sous tranquillisants plutôt qu'ils continuent à s'injecter des produits. Prescrire des benzodiazépines représente alors un des moyens pour aider à un sevrage. Une question sur la méthadone, produit morphinique de synthèse délivré par de très rares équipes spécialisées en France, a été posée au moins une fois à l'équipe.

Par ailleurs les généralistes recevant somme toute assez peu de patients usagers de drogues illicites parmi leurs clients, ils en viennent à nous parler naturellement d'autres toxicomanes. L'alcoolisme est l'intoxication chronique la plus fréquemment citée, un peu moins les intoxications dues au tabac, au café ou aux tranquillisants. Pour certains praticiens, les problèmes du sevrage de l'alcoolique sont identiques à ceux du toxicomane par voie intraveineuse.

"Les intoxicés de cinquante ans", c'est-à-dire les clients accoutumés à des hypnotiques sont comparés à travers leurs attitudes aux usagers de drogue illicite. Le paradoxe persiste entre celui qui guérit par des médicaments, qui les prescrit, qui les "hors-donne" et celui qui consomme les produits de manière détournée, qui déclare en avoir besoin pour vivre. L'opposition de ces deux savoirs n'a pas fait l'objet d'une réflexion.

Le principe de légalité qui émane de la prescription d'un toxique-médicament à partir d'une ordonnance est le noeud d'un conflit d'intérêt entre le pharmacien et le médecin. Le pharmacien se perçoit comme étant en bout d'une chaîne dans laquelle sa marge de liberté est réduite et entravée par la délivrance d'une ordonnance face à laquelle il est tenu de délivrer le produit prescrit.

Les pharmaciens ne parlent pas de complicité de "fond" de la part des médecins vis-à-vis de la toxicomanie mais de "forme" : "Le docteur le marque parce que c'est le client qui le lui demande".

Nicole LICHT -Anthropologue, Laboratoire d'Ecologie Humaine, 13100 Aix en Provence

Patrick PRAT -Psychiatre des Hôpitaux, Intersecteur de Soins aux Toxicomanes, 2, Boulevard Notre Dame 13006 Marseille.

Notes

(1)Convention avec la Direction Générale de la Santé, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration.

BIBLIOGRAPHIE

M. AILLOT & L. TALEB - Avril 1990, *Médecine de ville et d'hôpital. Pour une prise en charge multidisciplinaire*, SIDA 90, 15, p 26

Dr A. ANES, Dr Y. OBADIA & A. MELQUIJOND - Novembre 1990, *La toxicomanie en Région Provence Alpes Côte d'Azur*, Marseille, Observatoire Régional de la Santé, 131 p.

Ch. AZIZE - 1984, *Tragédie*, *Tempo Médical*, 170, p 8-9.

Jean BERGERET - 1990, *Les toxicomanes'parmi les autres*, Paris, Ed. Odile Jacob, 250 p.

F. BOURGUES & coll. -1989, *Etude du phénomène Toxicomanie dans le Vaucluse - Toxicomanes en institution 1987 - Enquête auprès des médecins libéraux 1988-1989 - Enquête en milieu scolaire 1988/89*, Avignon, *Ethnologies BP 877*.

F. BOIRON & N. LICHT - Février 1990, *Problèmes et questions relatifs à l'expérience "Prévention V.I.H." de l'Intersecteur de soins aux toxicomanes à Marseille*, Laboratoire d'Ecologie Humaine (Rapport non publié) 17 p.

D. DEFERT - 22 oct. 1990, *Une nouvelle inspiration pour la médecine ? Le quotidien du médecin, les dossiers médicaux médecin de ville et d'hôpital*, 4613, p 25.

Denise JODELET - 1989, *Représentations sociales : un domaine en expansion*, In : *Les représentations sociales*, Paris, PUF, p 31-61.

GERAUD - 1986, *La personnalité du drogué*, *Gazette médicale*, 93, 41, pp 53-54.

Conclusions

La concentration des toxicomanes par voie intraveineuse contaminés par le V.I.H. est un phénomène alarmant dans les régions du sud de l'Europe et de la France en particulier. La diversité des thèmes relevés dans les discours montrent que la toxicomanie ne laisse pas indifférents les médecins généralistes marseillais. L'émergence du SIDA a intensifié leur questionnement. Le capital de connaissances de ces acteurs de terrain demeure peu exploité.

Nous l'avons vu, les rencontres entre les omnipraticiens et les usagers de drogues illicites changent surtout selon l'implantation géographique des médecins, le caractère récent ou ancien de leur installation et leur intérêt plus ou moins marqué pour ce type de clientèle.

La question des motivations pour soigner ces sujets reste centrale quels que soient les deux critères précédemment évoqués. Pour l'ensemble des généralistes, les usagers de drogues illicites représentent toujours de "mauvais malades", au même titre d'ailleurs que les alcooliques, souvent cités en exemple.

Pouvant être confrontés à l'occasion de ces deux pathologies toxicomanie et/ou SIDA, les médecins de ville se préparent comme peu préparés à affronter l'une et l'autre : manques d'expérience, de formation et d'information. Les réseaux de prise en charge thérapeutique établis sont étroits ; seul un petit nombre de recours nous est communiqué, y compris l'envoi des patients dans des institutions publiques ou privées, très souvent en cas d'urgence ou pour des stades pathologiques avancés. Les réseaux entre médecins de ville et praticiens hospitaliers spécialisés s'organisent lentement : la solitude des généralistes sur leurs aires d'activités professionnelles perdure. Dans l'intimité des cabinets médicaux la relation duelle qui s'est créée est vécue soit comme un avantage, soit comme un handicap, pour les problèmes générés par le SIDA et la toxicomanie. La sexualité, l'hygiène des seringues doivent pouvoir être abordés sans gêne. Les praticiens posent là les limites de leur compétence.

Aller rencontrer ces soignants et ouvrir un espace de communication avec eux nous semble une étape incontournable et enrichissante. Les objectifs opératoires de ce type d'action sont évidents : remise à jour des adresses "institutionnelles" possibles et de leurs spécificités, connaissances des limites diagnostiques et/ou thérapeutiques, formalisation de stratégies préventives...

Sortant de l'institution, l'équipe de l'Intersecteur de soins aux toxicomanes "Prévention V.I.H." a eu la qualité d'ouvrir ce champ, d'observer la réalité d'autres soins et de répondre de façon plus exacte aux questions des médecins généralistes sur les toxicomanes.

Frédérique BOIRON -Médecin anthropologue, Laboratoire d'Ecologie Humaine, 13100 Aix en Provence

Riccardo GUERRIERI - oct 1985. La notion de drogue, classement social et médicalisation. In : *Prévenir. Les mots et les maux*, XI, pp 91-98.

S. INGOLD & FR. INGOLD - 1989, Les effets de la libéralisation de la vente des seringues en France. *Rétrovirus*, II, 3, pp 78-82.

C. KURZ - 1990. Pour un suivi commun ville - hôpital. *Impact médecin. Les dossiers du praticien* n 62 - SIDA : guide pratique 1990, pp 56 - 59.

Jean-Michel LABADIE - Automne 1982. Le corps criminel, un aujourd'hui du passé. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 26, pp 121-135.

France LERT - 1989. *Epidémiologie des toxicomanes*. Paris, INSERM. La documentation française, 90 p.

PICON - 1991 - Novembre 1991. *Perceptions et représentations de l'environnement. Communication présentée au Colloque de la société d'Ecologie Humaine, Aix-en-Provence : Perceptions et représentations de l'environnement.*

P. PRAT - 1989. *Pourquoi certains toxicomanes ne se contaminent pas : hypothèse pour une prévention*. In : *SIDA et toxicomanie - répondre*. Paris, Ed. Frison Roche, p 185-190.

Philippe ROY - février 1991. *Six généralistes abusés par des toxicomanes pourraient faire appel de leur condamnation*. *Le quotidien du médecin*, 4682, p 36.

Weekly epidemiological record - Feb.1991, AIDS . WHO European Region - Update to September. 1990, 66, 6, 33 - 40.