



Le médecin face au patient toxicomane

Devant ce genre de patient, on éprouve tous, à un moment ou à un autre, un malaise, un sentiment d'impuissance, voire même de l'agressivité.

Pourtant, on voudrait l'aider. On voit souvent très clairement les solutions à lui offrir, mais il ne semble pas percevoir le problème comme nous. Lorsqu'une demande d'ordonnance entre en jeu, le malaise du médecin augmente. S'il refuse bêtement, « on n'est pas le gentil docteur qui comprend ses patients ». Par ailleurs, en acquiesçant à une demande de médicaments qui risquent d'entraîner l'accoutumance du patient toxicomane, on entretient sa dépendance et on ne lui apporte qu'un soulagement temporaire.

Parfois, on décèle chez ces patients une certaine motivation à changer d'attitude. De beaux plans de sevrage sont élaborés, mais souvent le patient rechute. L'on est alors d'autant plus déçu que l'on s'est intensément investi, aussi avons-nous par la suite des difficultés à les accueillir de la même façon. Lorsqu'ils consultent, nous éprouvons de l'agressivité et nous pouvons, consciemment ou non, les rejeter facilement, soit verbalement, soit de manière plus implicite, par exemple, en ne retournant pas leurs appels ou en

La D^e Diane Roger-Achim, omnipraticienne, exerce au CLSC des Faubourgs, à Montréal. La D^e Luce Pélissier-Simard, omnipraticienne et professeure adjointe au département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke, exerce à l'unité de médecine familiale de l'hôpital Charles-LeMoyné, à Longueuil.

formation continue

Florilège : 15 ans à la recherche de l'excellence

Comment se sentir à l'aise avec les patients toxicomanes

par Diane Roger-Achim
et Luce Pélissier-Simard

- M^{me} Liliane Dupont, 35 ans, vous appelle parce qu'elle a laissé tomber ses « pilules pour les nerfs » dans les toilettes. Elle vous demande de la dépanner jusqu'à la fin du mois en téléphonant à la pharmacie pour renouveler l'ordonnance. C'est la deuxième fois que cela arrive ces derniers mois.
- M. J. Tassé, 40 ans, qui semblait tellement motivé à arrêter de boire lors de sa dernière consultation, n'a tenu que pendant 24 heures, et il n'est pas allé à une réunion des AA comme il vous l'avait promis.

oubliant de leur donner un rendez-vous.

Certains toxicomanes nous heurtent dans nos valeurs profondes, en particulier lorsqu'on sait que la personne a des enfants qui subissent les conséquences de la toxicomanie de leurs parents : pauvreté, négligence, violence familiale.

D'autres patients nous rappellent des membres de notre entourage qui ont aussi des problèmes d'alcool ou de drogue. Il est très difficile dans ces cas-là de prendre le recul nécessaire pour les aider efficacement et objectivement.

Par ce bref survol, on constate que les patients toxicomanes provoquent des réactions négatives variées chez le médecin. Celles-ci sont normales et légitimes. Cependant, nous devons être conscients que, en raison des malaises qu'ils suscitent chez nous, on

peut être tenté de mettre fin à la relation thérapeutique et de leur en attribuer la faute.

Pourtant, les patients toxicomanes souffrent beaucoup. Si nous arrivons à établir un lien de confiance et à maintenir une continuité des soins, même avec des patients qui nient leur problème de toxicomanie, nous pouvons en amener plusieurs à en prendre conscience, à adopter des comportements préventifs, et dépister les problèmes de santé secondaires associés à l'abus de substances.

En adoptant certaines lignes de conduite (*tableau I*), on se sent mieux à l'aise avec ce genre de patient et l'on peut ainsi les aider, tout en respectant nos propres valeurs et nos limites. La première étape consiste souvent à définir les malaises que l'on ressent à l'égard de ces patients et à en parler avec des confrères.

Devant certains patients toxicomanes, le médecin éprouve, à un moment ou à un autre, un malaise, un sentiment d'impuissance, voire même de l'agressivité.

Repère

Tableau I

Ligne de conduite

- Prendre conscience de ses propres réactions vis-à-vis des patients toxicomanes difficiles.
- Respecter le patient, ne pas le juger ni le culpabiliser, établir un lien thérapeutique.
- Poser des questions directes et précises.
- Établir un contrat bien défini.
- Responsabiliser le patient : ne pas « vouloir » à sa place.
- Assurer la confidentialité.
- Contribuer à la continuité des soins.
- Se familiariser avec le jargon des toxicomanes pour mieux les comprendre et faciliter la communication, sans toutefois être familier.
- Ne pas prendre comme un affront personnel une tentative de manipulation.
- Ne pas prendre une rechute comme un échec personnel.

Les éléments de solution

Bien évaluer le problème

La première chose à faire, si cela n'a pas déjà été fait, est de bien évaluer ou de réévaluer le problème de consommation du patient. Pour ce faire, le médecin doit poser des questions directes et précises. Tout en étant compréhensif et respectueux, il doit persister et ne pas accepter de réponses vagues. Cette analyse du problème est essentielle car, par la suite, elle l'aidera à avoir des attentes plus réalistes. Souvent, les frustrations viennent du fait qu'au départ on a sous-estimé l'ampleur ou la chronicité de la consommation du patient. Une évaluation des autres problèmes psychologiques comme la dépression ou l'anxiété permet une approche plus

nuancée et un traitement approprié.

Exprimer ses limites en tant que médecin

Le médecin doit aussi évaluer ses limites et ensuite les faire comprendre au patient. C'est en tant que médecin qu'il va essayer de l'aider, et ce sont ses connaissances médicales et son expérience qui lui permettront, éventuellement, de ne pas acquiescer à la demande d'un patient s'il est convaincu que cela pourrait lui être néfaste. Dans ce contexte, le patient doit accorder une certaine confiance à son médecin. Une approche centrée sur les besoins du patient ne signifie pas acquiescer sans discernement à toute demande. Il est certain que le fait de refuser une ordonnance à un patient provoquera une frustra-

tion et peut-être la rupture de la relation. On risque de perdre certains patients, mais cette position claire et non agressive permettra, à long terme, d'établir la confiance et le respect mutuel.

Établir un contrat

Un autre moyen d'éviter les frustrations consiste à établir un contrat thérapeutique réaliste dans lequel le patient doit avoir un rôle actif. Il faut bien définir la demande du patient et veiller à ce que les attentes soient progressives, réalistes et conformes aux normes médicales. Il est important que le patient décide lui-même de diminuer ou d'arrêter sa consommation, qu'il ne le promette pas uniquement pour faire plaisir au médecin. Il doit sentir que la décision d'arrêter de consommer lui appartient.

Définir les règles

Le contrat doit être assorti de règles très claires. Il est très important qu'elles soient formulées dès l'établissement du contrat thérapeutique. Elles sont conçues pour encadrer le patient dans sa démarche auprès du médecin et pour diminuer le risque de situations problématiques par la suite. Les entrevues seront plus productives et ne serviront plus uniquement à tout négocier « à la pièce ».

Certaines règles concernent tous les patients pour lesquels on juge indiqué de prescrire de façon contrôlée des médicaments dont ils peuvent abuser (par exemple, sevrage assisté, trouble anxieux généralisé, douleur chronique, etc.). Dès le début, il est très important de préciser qu'il n'y aura pas d'ordonnance en dehors du cadre du suivi. Le patient doit s'engager à s'en tenir à la consommation établie lors du contrat. S'il en prend plus, s'il égare

Une évaluation des autres problèmes psychologiques comme la dépression ou l'anxiété permet une approche plus nuancée et un traitement approprié.

Une approche centrée sur les besoins du patient ne signifie pas acquiescer sans discernement à toute demande.

Le contrat thérapeutique doit être assorti de règles très claires.

Repères

Tableau II

Programme « Alerte » de l'Ordre des pharmaciens

Téléphone : (514) 284-9588

- **Critère d'admission** : patient qui, au cours d'une même période, a consulté plus d'un médecin ou plus d'un pharmacien pour une même catégorie de médicaments.
- Si un médecin soupçonne fortement un patient d'abus, il peut se renseigner pour savoir s'il est sur la liste du programme « Alerte » ou sur celle de la RAMQ. Sinon, il peut demander une enquête auprès des pharmaciens sur ce patient.
- On peut poser à un patient fortement à risque, comme condition à des ordonnances, de s'inscrire volontairement sur la liste du programme « Alerte ». Ce programme fournit une formule d'inscription. Le patient devra donner le nom de la pharmacie où il fera exécuter vos ordonnances.

Programme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments de la RAMQ

Pharmacien responsable : (418) 682-5141

- Ce programme s'applique aux prestataires de la sécurité du revenu.
- Critère le plus important : visite de plus d'une pharmacie pendant une même période dans la dernière année.
- On surveille principalement les médicaments qui agissent sur le système nerveux central, mais aussi d'autres très coûteux qui pourraient être revendus.

son ordonnance ou se la fait voler, s'il manque un rendez-vous, il en est responsable et devra attendre le suivant. Pour l'aider en ce sens, le médecin ne prescrira que de petites quantités à la fois, et le patient retournera régulièrement à la même pharmacie. De plus, il doit s'engager à ne pas faire de « magasinage » chez les médecins. Quand on craint qu'un patient ne respecte pas cette règle, on peut imposer, comme condition à des ordonnances, qu'il accepte d'être inscrit au programme « Alerte » des pharmaciens (*tableau II*). D'autres règles peuvent être implicites pour certains patients mais, pour d'autres, elles devront être exprimées verbalement. Par exemple, avec certains d'entre eux, il est important d'expliquer clairement, dès le début, qu'aucune violence ni menace verbale à la clinique ou à la pharmacie ne seront tolérées.

Le contrat pourra aussi engager la famille immédiate, si le patient est d'accord, ainsi que les organismes communautaires d'aide aux patients

toxicomanes (AA, etc.).

Certains cas difficiles

Le patient qui nie le problème

Dans ce cas, il n'est pas prêt à faire des changements, mais le médecin devra quand même lui offrir un suivi médical¹⁰. Il lui expliquera qu'il respecte son choix mais n'est pas prêt à lui prescrire des médicaments qu'il estime être contre son intérêt ou même nuisibles.

Le patient qui n'observe pas le contrat

Si le patient a admis son problème et a mis au point avec vous un contrat thérapeutique qu'il ne tient pas, il ne faut surtout pas le culpabiliser, mais plutôt l'amener à formuler les obstacles à l'abstinence et, s'il est motivé, l'encourager à reprendre le contrat thérapeutique.

Le patient qui rechute

Il n'est pas question de céder au découragement face au patient qui avait

réussi à cesser toute consommation pendant une bonne période et qui a recommencé à consommer. Il faut lui expliquer que la toxicomanie est une affection chronique, que le fait d'avoir été capable de s'arrêter est déjà une réussite et que l'on est prêt à l'aider dans une nouvelle tentative d'abstinence. Il est important de passer en revue avec lui les circonstances qui ont entouré la récurrence (niveau de stress, rechute due à une exposition à un milieu incitant à la consommation, tentative par le patient de voir s'il peut consommer modérément, etc.).

Le patient âgé

Il ne faut pas présumer que la personne âgée qui consomme depuis longtemps refusera de diminuer ou d'arrêter sa consommation de psychotropes.

Lorsqu'une relation de confiance est établie, le médecin, s'il réussit à convaincre le patient des avantages réels, pourra l'amener à cesser ou du moins à réduire sensiblement sa

Encadré

Programme d'aide aux médecins du Québec

Ce programme est destiné à tout médecin en butte à des problèmes de toxicomanie (alcool ou drogue) ou de santé mentale. Il s'adresse aux médecins résidents et en exercice. Tél. : 1 800 387-4166 ou (514) 397-0888. Courriel : info@pamq.org

consommation, même après plusieurs années.

Il est évident qu'avec certains patients, les attentes se seront pas les mêmes. Après une tentative infructueuse d'arrêt, de diminution ou de remplacement des psychotropes, le médecin pourra essayer de contrôler le traitement médicamenteux et de diminuer les plus importantes interactions médicamenteuses.

Le parent, l'ami ou le confrère

Lorsqu'on se rend compte qu'une personne de notre entourage avec laquelle on est en relation non professionnelle a un problème de toxicomanie, il est vraiment recommandé de ne pas s'offrir comme thérapeute. Il importe de lui expliquer notre perception de son problème tout en prenant soin qu'elle ne se sente pas jugée, de l'adresser à un autre professionnel ou organisme, et de lui offrir notre aide à titre amical, mais pas en tant que médecin. Rappelons que le programme d'aide aux médecins du Québec existe (*encadré*).

Les réactions du médecin, surtout si elles sont intenses et fréquentes, pourront être récupérées de façon constructive s'il essaie de prendre un certain recul pour mieux les analyser.

Le cas insoluble

Si le médecin juge qu'un patient représente pour lui un problème particulier, pourquoi ne pas en parler à un confrère ? Le fait d'exprimer verbalement le problème à quelqu'un nous oblige à faire le point. Les idées différentes de l'autre ou son approbation de notre façon d'aborder le patient sont des éléments qui nous serviront par la suite. On peut aussi demander une consultation à un confrère, qu'il soit spécialiste en toxicomanie ou non. Il est important alors de bien expliquer la raison au patient : on souhaite avoir une seconde opinion pour pouvoir mieux l'aider.

Le contre-transfert

Toutes les lignes de conduite qui précèdent sont des moyens d'encadrer et de faciliter la relation thérapeutique avec le patient toxicomane. Mais il n'en reste pas moins que nous réagirons encore vis-à-vis de certains patients. Ces réactions, surtout si elles sont intenses et fréquentes, pourront être récupérées de façon constructive si le médecin essaie de prendre un certain recul pour mieux les analyser. Par exemple, il pourra se rendre compte qu'une grande partie de ses frustrations découlent de son incapacité à mettre des limites au patient. Prendre conscience d'un problème n'apportera pas instantanément la solution, les causes sont toujours très complexes et en grande partie inconscientes. Mais c'est une première étape très construc-

tive qui aidera le médecin. Il pourra approfondir ces aspects soit en participant aux groupes Balint, soit en bénéficiant d'une supervision individuelle ou de groupe par un psychothérapeute d'expérience.

LES TOXICOMANES sont des patients difficiles pour le médecin de famille parce qu'ils présentent des problèmes complexes et suscitent facilement des réactions émotives. Le médecin pourra être plus à l'aise avec ces patients s'il prend conscience de ses réactions et s'il réussit à bien encadrer son aide thérapeutique avec des règles et un contrat bien défini tout en restant nuancé. □

Date de publication : juin 1994 : 53-62.

Mots clés : toxicomanie, relation médecin-patient, attitudes du personnel soignant.

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier les D^{rs} Normand Béland, Pierre Lauzon, Marquis Fortin, Marie-France Raynault et Pierre-Victor Turgeon, qui ont bien voulu les faire profiter de leur expérience sur le sujet.

Bibliographie

1. Baker R. Office management of chemical dependency by family physicians. *Can Fam Physician* août 1991 ; 37 : 1759-67.
2. Gottlieb NH, Mullen PD. Patient's substance abuse and the primary care physician: pattern of practice. *Addict Behav* 1987 ; 12 : 23-32.
3. Botelho RJ, Novok S. Dealing with substance misuse, abuse, and dependency. *Prim Care* mars 1993 ; 20 (1) : 51-70.
4. Mowbray A, Kissel N. Alcoholism and the general practitioner. *Br J Psychiatry* 1986 ; 148 : 697-700.
5. Richards Tessa. Drug addicts and the G.P. *BMJ* avril 1988 ; 296 : 1082.
6. Roche A, Richard GP. Doctor's willingness to intervene in patient's drug and alcohol problems. *Soc Sci Med* 1991 ; 33 (9) : 1053-61.
7. Roche AM, Guray C, Saunders JB. General practitioners experiences of patients with drug and alcohol problems. *Br J Addict* 1991 ; 86 : 263-75.
8. Rohman ME, Cleary PD. The response of

Repère

formation continue

Summary

How to feel comfortable with a substance abusing patient. We physicians often feel awkward, helpless and even hostile when confronted with our substance abusing patients. The authors offer the reader advice which they have found to be practical and useful in their experience with a difficult patient population.

Key words: substance abuse, physician/patient relationship, attitude of health care personnel.

primary care physicians to problem drinkers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987 ; 13 (1 et 2) : 199-209.

9. Wilford BB. Abuse of prescription drugs. *Addiction Medicine* (numéro spécial). *West J Med* mai 1990 ; 1528 : 609-12.
10. Pélissier-Simard L, Roger-Achim D. Soins de santé au patient toxicomane ou « comment limiter les dégâts ». *Le Médecin du Québec* juin 1994 ; 29 (6) : 45-50.



 PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

**POUR MÉDECINS ET
RÉSIDENTS AUX PRISES
AVEC UN PROBLÈME**

- DE CONSOMMATION ABUSIVE
D'ALCOOL OU DE DROGUES.
- DE SANTÉ MENTALE.
- D'ORDRE SEXUEL DANS LA
RELATION MÉDECIN-PATIENT.

Vous êtes aux prises avec un
problème de cet ordre?

Vous êtes un membre de la
famille, un collègue de travail,
un chef de service ou de
département, ou le DSP d'un
médecin ou d'un résident aux
prises avec un de ces
problèmes?

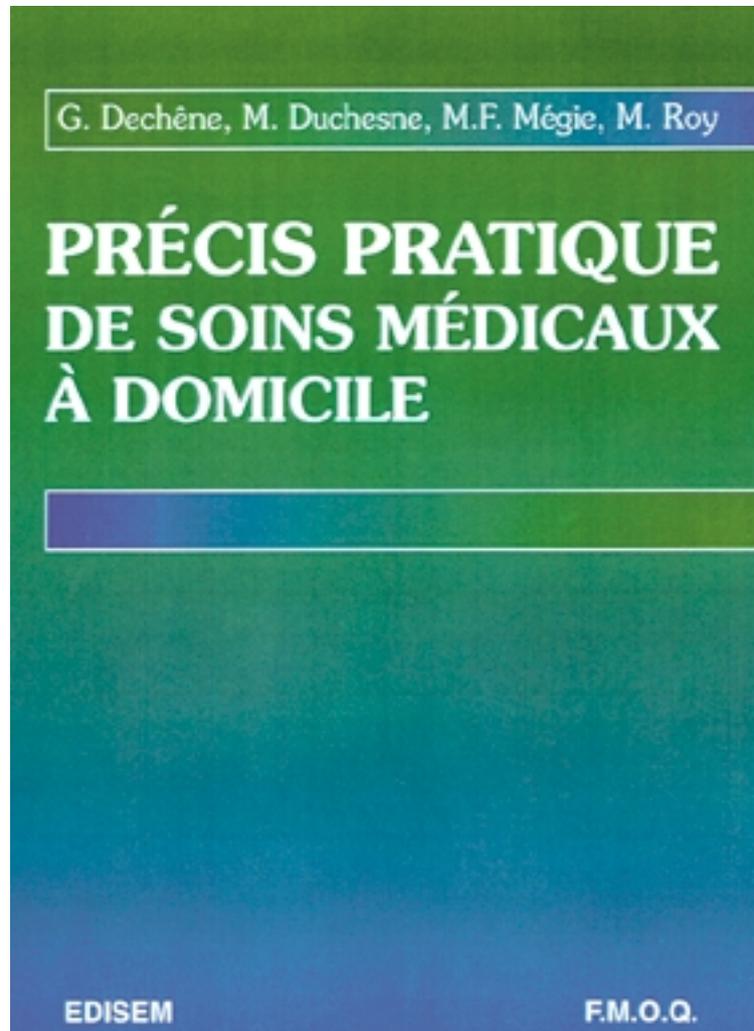
Vous cherchez de l'aide?

Communiquez avec
le Programme d'aide
aux médecins du Québec.

**1 800 387-4166
(514) 397-0888**

Service personnalisé et confidentiel.

En librairie



En vente chez Somabec

Prix : 63,50 \$, taxes en sus.

Renseignements :

Somabec (450) 774-8118 ; ou 1 800 361-8118

Télécopieur : (450) 774-3017

Courriel : bp295@somabec.qc.ca