



THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Année 2019

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse présentée et soutenue publiquement
le jeudi 5 décembre 2019 à Poitiers
par Jean-Baptiste Chevrel né le 15/06/1989

Histoire de la mobilisation des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Membres : Monsieur le Professeur Philippe Binder

Monsieur le Docteur Thierry Valette,
Professeur associé de médecine générale

Monsieur le Docteur Gérard Simmat

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe Binder



THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Année 2019

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse présentée et soutenue publiquement
le jeudi 5 décembre 2019 à Poitiers
par Jean-Baptiste Chevrel né le 15/06/1989

Histoire de la mobilisation des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Membres : Monsieur le Professeur Philippe Binder

Monsieur le Docteur Thierry Valette,
Professeur associé de médecine générale

Monsieur le Docteur Gérard Simmat

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe Binder



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (absente jusqu'au début mars 2020)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Thierry Valette,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect et ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Gérard Simmat,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'assister à la soutenance de ma thèse afin de juger de ce travail. Je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Philippe Binder,
Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir dirigé ce travail. Merci pour votre soutien et votre aide précieuse ainsi que pour les nombreux enseignements que vous m'avez transmis pendant mon stage.

A ma famille

À ma Maman et à Michel pour leurs soutiens, leurs relectures et leurs précieux conseils durant la réalisation de ce travail. Mais aussi pour tous les bons petits plats préparés avec amour.

À mon père pour m'avoir poussé à passer ma thèse en me demandant chaque jour la date de soutenance. Mais aussi pour tous ces bons restaurants et ces bonnes bouteilles.

À ma sœur, instagrameuse professionnelle, joueuse de badminton aguerrie et professeur d'exception et aussi à Cédric, cuisinier et sommelier hors pair, merci de m'avoir accueilli pendant mon internat.

À Jean et Pierrette pour toute la sagesse que vous m'avez apporté, les souvenirs merveilleux de mes vacances à Carmes et Perpignan et vos souvenirs passionnants de votre vie intrépide aux quatre coins de la terre. Vous resterez à jamais dans mon cœur.

Au reste de ma famille

À Nicolas, tu resteras à jamais dans ma mémoire et dans mon cœur. R.I.P.

A mes amis

A la team de Bordeaux :

- Victor pour toutes ces années et soirées, rien ne change même si le temps passe !!
- Sido pour toutes ces très, trop nombreuses soirées rue du cerf-volant qui se prolongent maintenant à Lamonzie et Romain pour les ateliers bricolages précieux, le vin d'orange et les festins que tu prépares à chaque fois.
- Fabien pour les nombreux Kms parcourus ensemble en courant, cette session VTT dans le désert et le secret du dernier coca et Mathilde pour ta bonne humeur et les stops à La Rochelle lors de vos escapades à vélo qui me font toujours autant plaisir.
- Thibault pour ces ferias de Dax incroyables et les dernières à Mont de Marsan, les soirées au ski et à Inès pour les week-end à Bonnery souvent sous la pluie mais toujours incroyables.
- Marion, depuis le temps qu'on se connaît, tu continues de me faire rire avec les fameuses Marionnade dont tu as le secret et Alex pour les soirées à La Rochelle et les jeux de cartes dont tu as le secret.
- Emilie, captain couche tôt, pour les journées piscine à Pessac et les soirées au Cap Ferret.
- J-F et Camille pour les très bonnes soirées et week end passés tous ensemble
- Apolline Hanae et Charlie nouvelles venues dans la team !!

A la team de Poitiers

- King Chris the first, Groniaski, le papi de là-haut... *Oh Wisconsin oh Wisconsin lalalalala* (il va vraiment falloir qu'on apprenne les paroles). Le ménage ce n'est pas ton truc mais je t'aime bien quand même. J'espère que tu reviendras voir ton pauvre JB à La Rochelle.
- Brendan, brendou, c'est trop loin Rennes !!! Vivement la prochaine soirée
- Steven crossfit, vivement le prochain skib***** !!! On attend toujours le barbecue-poker par contre et Marjo, queen of the dance floor, reine de la pâtisserie, je t'assure ton mille-feuille était bon !!
- Clara the kraken, la reine du tunning, merci de me supporter ; Le pied.....Le Baton
- Mamanitha, grâce à toi j'ai appris l'art de la cuisine au micro-onde et au cuit riz... merci.
- Desiré, Desiwé, Zouk master, on repart quand surfer ? tu ne penses pas qu'il te faudrait une autre planche ? Marie tu es d'une patience sans nom, franchement respect.
- Raphael, Graphael, Duck King, pour les soirées jeu de société non merci mais pour tout le reste thks !! Quand tu veux la revanche au squash d'ailleurs. Claire, duck queen, il serait temps de le remettre au sport non ???
- Edouard, doudou, je ne suis pas contre refaire une soirée côte de bœuf, rouge just the two of us.
- Antoinette, dirty, tu t'es franchement amélioré en surf jeune padawan
- Soline, soso, VA DANS TA CHAAAAAAAAAAMBRE, BENJAMMMMMMM ? Tremble La Rochelle, elle arrive
- Isabelle, scleroch de placoch, on y va quand aux Baléares ?
- Paul, polochou, même si tu as perdu ma casquette, je veux bien refaire des JJB ;)
- Benoit, rain over me, va falloir la renfiler cette combinaison !
- Rayan, je ne serai pas contre un petit rhum en écoutant du jack jonhson et Nesrine pas contre une balade en vélo tous ensemble à la rochelle.
- Mathieu, franchement grosse progression en snow, mais si tu pouvais continuer à perdre au UNO ça m'arrangerait par contre ;)

- Damien, Tidog, robocop dans le milieu du surf, la côte sauvage nous attend !! Mathilde toujours à fond aux soirées
- Clémence, votre appartement est trop stylé, vous allez être trop bien !
-Victor, pour toutes ces sessions surfs aux Grenettes manqués mais surement prochaine !
-Lorraine, pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir ;).
Et sans oublier le SIMON et Hugo Lafaye le faible, pro surfer en devenir.
Mais aussi Raph et Sophie, pour les soirées à La Rochelle et les sessions surfs de folie !

La team la rochelle/ régates

- Nicolas Bertin, la Berte ! toujours partant pour une solette, un troll et autre
- Kevin, le sportif, furtif mais toujours partant pour un foot
- Wahid le cigintonic, j'espère que la cale du bateau était confortable

A Eliette, you're the first, the last, my everything.

Table des matières

TABLE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
I) MOBILISATION DES MEDECINS GENERALISTES	4
1) LES SOURCES DE LA MOBILISATION	4
2) LES CLIVAGES DANS LES REPRESENTATIONS, OPTIONS THERAPEUTIQUES ET LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE	7
3) CHOIX DES MODES D'ORGANISATION	10
4) DIVERSITE DES EVOLUTIONS	14
A) ÉVOLUTION DES RESEAUX	14
B) ÉVOLUTION DES PRATIQUES	16
II) REGARDS ISSUS DU DISPOSITIF EN PLACE, INTERACTION ET EVOLUTION	18
1) ÉVOLUTION DU CADRE LEGAL ET DU DISPOSITIF DE SANTE PUBLIQUE	18
2) HOPITAL, CENTRE D'ACCUEIL ET POST CURE	20
III) REPRESENTATION SOCIALE, INTERACTION ET EVOLUTION DU DISPOSITIF EN PLACE	24
1) ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	24
2) ÉVOLUTION DE LA REPRESENTATION SOCIALE	25
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	30
ABSTRACT	33
SERMENT	34

Table des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

BHD : Buprénorphine haut dosage

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

ECIMUD : Équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues

ELSA : Équipe de liaison en soins addictologie

EROPP : Enquêtes sur les représentations, opinions et perception sur les psychotropes

GT : Généraliste et toxicomanie

MDM : Médecin du monde

MG : Médecin généraliste

MTD : Méthadone

OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanies

PRN : Pôle ressource national

RSAPSUD : réseau Sud Aquitain des professionnels des soins aux usagers de drogues

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TSO : Traitements substitutifs oraux

UDIV : Utilisateur de drogue intraveineuse

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

Introduction

Actuellement en France, on dénombre environ 280 000 individus dépendants aux opiacés dont 110 000 consommateurs d'héroïne et 170 000 ayant bénéficié d'un traitement de substitution (1).

La prise en charge de ces patients est essentiellement basée, depuis le milieu des années 1990, sur la prescription de traitements substitutifs oraux (TSO) avec principalement, la Buprénorphine haut dosage (BHD), la Méthadone (MTD) et plus récemment le Suboxone et l'Orobupre (2).

Ces traitements peuvent être prescrits :

Soit par les dispositifs spécialisés :

- Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui résultent de la fusion en 2004 des centres spécialisés de soins en toxicomanie et des centres d'alcoologie
- Services d'addictions dans les hôpitaux
- Consultations spécialisées

Soit par le service de premier recours que sont les médecins généralistes (MG), principaux prescripteurs de TSO en France avec une délivrance en pharmacie d'officine.

En 2016, 151 500 personnes ont reçu ces traitements dans une officine de ville et 22 900 ont eu une dispensation en CSAPA (3).

La France se situe aujourd'hui parmi les pays européens comptant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population âgée de 15-64 ans. Mais il n'en a pas été toujours ainsi. En effet avant 1996, date de l'autorisation de la mise sur le marché de la BHD, il n'existait en France qu'une vingtaine de places ouvertes dans deux centres parisiens pour la prescription de MTD à type expérimental. La prescription de produits de substitution pouvait donner lieu à des poursuites ordinaires voire même judiciaires. Ainsi la France paraissait isolée dans son refus de développer la substitution par rapport à ses voisins européens

notamment si l'on compare avec le Royaume-Uni où cela est légal depuis 1926, autorisé par le rapport de la Commission Rollenstone.

Le choix de la BHD comme principal TSO et son cadre réglementaire ont permis une très grande liberté de prescription par les médecins généralistes et donc une forte disponibilité de ces traitements par rapport aux autres pays (4).

Cette prédominance de primo prescription de BHD par les médecins généralistes est liée à plusieurs facteurs favorisant survenus dans les débuts des années 1990 dont une forte mobilisation de ces médecins.

En effet en 1996, le système sanitaire généraliste français met à disposition dans des conditions de prescription et de délivrance peu contraignantes la BHD, alors que l'autre médicament de substitution, la MTD est réservé à une prise en charge spécialisée.

Cette particularité française est connue sous le nom de French Paradox (5).

Cette situation résulte d'un long cheminement et d'une grande mobilisation de certains médecins généralistes qui ont développé des initiatives puis se sont organisés en associations et ou en réseaux, d'abord de façon informelle, puis au fur et à mesure mieux structuré. Ceci afin de mieux prendre en charge les patients dépendants aux opiacés et proposer une alternative au choix binaire de cure de désintoxication ou incarcération régie par la loi de 1970 (6).

En effet la psychiatrie n'offrait pas d'alternative conséquente pour autant de patients.

Progressivement, la plupart de ces associations et réseaux ont été reconnus et financés par les institutions publiques.

Le but de cette étude est donc de faire connaître et de valoriser les médecins généralistes qui se sont engagés dans la prise en charge de patients dépendants aux opiacés, à relater leur travail et la mise en place des réseaux, leur évolution et leur place dans l'histoire de la médecine et dans la société.

I) Mobilisation des médecins généralistes

1) Les sources de la mobilisation

La prise en charge de la toxicomanie en France a connu plusieurs étapes au fil des années avec de nombreux acteurs, dont les médecins de ville et les associations.

Pour comprendre cette mobilisation il est nécessaire de la replacer dans son contexte historique.

Avant les années 1960, la consommation de drogue était très limitée. Elle était cantonnée aux zones portuaires et concernait les anciens coloniaux qui bénéficiaient de la possibilité de se faire prescrire des opiacés par les médecins régionaux.

Cela s'est modifié au milieu des années 1960 avec l'arrivée de la contre-culture américaine et un usage festif des drogues par les jeunes de milieux aisés.

La large diffusion de la consommation d'héroïne a réellement débuté dans les années 1970.

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (6) a été décrétée durant cette période de genèse de la consommation d'héroïne pour répondre à la politique anti-drogue des États-Unis.

Cette loi permettait aux toxicomanes d'éviter les poursuites judiciaires si en contrepartie ils intégraient un centre de désintoxication.

Ce dispositif avait le monopole de la prise en charge des toxicomanes, il se déclinait en centres de soins ambulatoires, post cure et familles d'accueil dont le seul objectif était l'arrêt de la toxicomanie. Cela disqualifiait à la fois les traitements de substitution et la prise en compte des comorbidités.

Malgré cette loi, la consommation d'héroïne a continué de progresser et s'est étendue à toutes les classes sociales.

L'arrivée du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) entre 1980 et 1985, ses comorbidités et ses décès a fait basculer la perception du toxicomane « délinquant » vers le toxicomane « malade » et plus tard comme un patient dépendant d'un opiacé. Il a fallu alors changer le dogme en place, à savoir le sevrage comme seule prise en charge.

Face à cette épidémie, le gouvernement adopta une politique de réduction des risques avec la mise en place de la vente libre de seringues par le décret Barzach du 13 mai 1987 puis l'ouverture de trois centres habilités à la prescription de MTD. Ce fut le cas du centre parisien de Marmottan au début des années 1990 qui n'avait néanmoins qu'une vingtaine de places témoignant de la persistance de l'état d'esprit de la plupart des intervenants en toxicomanie à cette époque, dont le seul objectif était le sevrage.

En 1993 le ministre de la Santé Bernard Kouchner a publié une circulaire sur « l'intérêt et les limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes », permettant de diversifier les modes de prise en charge avec notamment la prescription de MTD par toute institution médico-sociale associative ou hospitalière. Puis en septembre 1994 à Bayonne, le congrès organisé par la Mutualité Française a posé la question de la place des médecins généralistes face aux problèmes de la drogue. Parallèlement, la circulaire du 31 mars 1994 a fixé la prescription de BHD par tout médecin, ceci aboutissant à une autorisation de mise sur le marché (AMM) en février 1996 (7).

Dans les années 1960, il était admis que le médecin généraliste qui s'installait avait appris durant ses études tout ce dont il aurait besoin pour sa pratique professionnelle, l'expérience venant combler d'éventuelles lacunes. Cependant lorsque le phénomène de la toxicomanie s'est déporté dans les banlieues et les campagnes, les instances publiques ont sollicité les MG et ceux-ci ont dû chercher puis trouver les ressources nécessaires pour prendre en charge ces patients d'un type nouveau (8).

Or, la plupart du temps la psychiatrie, qui semblait devoir être une ressource, ne s'est pas saisie de ces nouvelles questions. Les raisons en sont encore peu claires.

Dès lors certains médecins généralistes se sont regroupés en collectifs, en associations, puis en réseaux et ont développé de façon autonome leur formation à ce sujet. Ils se sont organisés ainsi pour essayer de ne pas être pris au dépourvu.

De cette mobilisation de médecins généralistes a résulté plusieurs actions dont la création du collectif :

« GT : Généralistes et toxicomanies » le 20 novembre 1989.

Ce collectif fut créé à l'initiative des Docteurs Afchain, Binder, Coqus, Euvrard, Fhima, Hoibian, Kammerer, Rismondo, Sorbe et Treboux (médecins généralistes) qui avaient répondu à l'appel du Dr Binder dans le journal « Le Généraliste » en 1988.

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, qu'ils avaient sollicité, ils ont lancé un appel de mobilisation. D'abord organisé en collectif, cela s'est vite transformé en association définissant les objectifs suivants :

« - Rassembler les médecins généralistes confrontés aux problèmes des toxicomanies sous toutes leurs formes

- Assurer un lien entre les membres du collectif

- Confronter les différentes pratiques

- Développer le rôle des médecins généralistes à tous les niveaux : dans la prévention, la formation, le soin, la recherche et le domaine de la toxicomanie en liaison avec le dispositif sanitaire et social. »

En effet les MG étaient souvent sollicités par les toxicomanes, les familles, les centres et répondaient au cas par cas de façon isolée. Cette association permit d'organiser une réponse collective et de rompre l'isolement des omnipraticiens confrontés à la toxicomanie.

Dans le même temps d'autres réseaux sont apparus dans différents départements de France avec toujours cette ambition de mieux traiter et accompagner les patients toxicomanes.

Sur le plan associatif, la mobilisation de l'association « AIDES » fut à l'origine de la circulaire du 4 juin 1991 qui créa les premiers réseaux Ville-Hôpital. Celle-ci était liée à l'extension de l'épidémie du virus d'immunodéficience humaine (VIH), avec l'augmentation des infections opportunistes, des hospitalisations et le vide rencontré à la sortie de l'hôpital par les patients VIH.

Pour lutter contre ce déficit d'accompagnement et l'abandon de ces patients, s'étaient développés dans les banlieues des réseaux de soins pour permettre d'assurer un lien, une transition entre l'hôpital et la ville. Ces réseaux de soins servirent de modèle aux premiers réseaux Ville-Hôpital (8).

D'autres acteurs issus de l'humanitaire, comme Médecin du Monde (MDM), se sont engagés dans les années 1980 pour dénoncer l'inadéquation entre l'offre de soins et les besoins des usagers de drogue, en développant un programme d'échange de seringues (en 1989). Ils sont intervenus pour amener l'État à reformuler le problème de la toxicomanie comme une question de santé publique (9). MDM entendait démontrer que les populations exclues du soin pouvaient être soignées comme les autres.

Les sources de l'action pour la prise en charge des patients toxicomanes ont donc été diverses et variées, ne se cantonnant pas seulement au milieu médical.

Cette mobilisation a permis en outre la création de multiples réseaux ayant pour but de soutenir les acteurs de la lutte contre la toxicomanie et d'appréhender la prise en charge des malades toxicomanes comme des patients parmi d'autres.

Mais cette prise en charge par sa nouveauté, son absence de référence et sa frontière médico judiciaire a suscité de nombreux débats et clivages entre les différents intervenants en toxicomanie et les médecins généralistes eux mêmes.

2) Les clivages dans les représentations, options thérapeutiques et le rôle du médecin généraliste

La prise en charge du patient toxicomane par les médecins s'est heurtée à différents clivages entre professionnels de santé sur le plan de la représentation de ce type de malade, sur les différentes options thérapeutiques mais aussi sur le rôle du médecin généraliste.

Différentes perceptions et approches du toxicomane s'affrontent dans les années 1980-1990.

En France, à la fin des années 1980, des polémiques et des oppositions émergent de la part des soignants tenants de l'abstinence, qui voient dans la substitution un moyen de « donner de la drogue aux drogués ». Pour eux, le seul objectif valable d'une prise en charge était un arrêt complet de la consommation, les TSO, prolongeant la dépendance, entravaient cette guérison affaire de volonté (7).

Il y eut donc d'un côté le principe de l'abstinence comme seul moyen efficace de prise en charge des toxicomanes et de l'autre côté l'émergence de médecins menant des expériences sporadiques comme le Dr Carpentier ou le Professeur Tignol qui proposaient des TSO au début illicite en médecine générale.

Deux centres expérimentaux de MTD furent créés durant ces années dans les hôpitaux Saint-Anne et Fernand Widal où quarante lits étaient dédiés au traitement par MTD (5). Puis en 1989, le centre Pierre Nicole ouvrit 12 places supplémentaires dans le but de libérer l'héroïnomanie de la recherche du produit et l'aider à se reconstruire sur le plan social et personnel.

Durant ces années, aux intervenants en toxicomanie considérés comme les acteurs traditionnels spécialisés dans les problèmes de dépendance aux opiacés, sont venus se rajouter d'autres acteurs. Parmi ceux-ci, on trouvait des médecins généralistes dans leur nouveau rôle de prescripteurs de produits de substitution à partir de 1996.

A une conception attachant la toxicomanie à une perturbation de l'économie psychique de la personne s'est opposée une conception considérant le toxicomane comme un individu capable de supporter les risques de sa consommation et s'engageant à entreprendre un travail pluridisciplinaire et transversal afin de réduire les risques liés à la consommation des produits.

Car pour la plupart des spécialistes, les TSO comme la Méthadone n'étaient pas des traitements de la toxicomanie mais des outils de psychothérapie, comme décrit dans la circulaire de 1994 sur la Méthadone. Ils servaient à maintenir le patient dans le processus de soins psychothérapeutiques.

La circulaire sur la BHD de 1995 utilisa le terme de médicament et de traitement en se référant au traitement de substitution.

Cette dénomination légitima le travail des médecins généralistes qui s'étaient mobilisés pour s'occuper de ces patients.

Il y eut donc d'un côté les médecins généralistes prescripteurs qui considéraient les TSO comme un traitement à part entière de la toxicomanie et de l'autre côté, les intervenants en toxicomanie pour qui cela restait un support à la psychothérapie (10).

L'autorisation de mise sur le marché de la BHD en 1995 et son utilisation à partir de mars 1996 initia un changement de cap avec une augmentation massive de la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville, une stabilisation des patients, une baisse de la mortalité,

des comorbidités et conforta l'idée que les TSO étaient un traitement et non un moyen de psychothérapie.

Cet essor des TSO fut appuyé par le développement de l'approche neurobiologique de la toxicomanie. Elle permit de classer la toxicomanie comme une maladie à part entière grâce à une argumentation scientifique basée sur l'existence de voies neurobiologiques relativement spécifiques de la dépendance.

Cette approche tranchait avec celle qui considérait la toxicomanie comme un symptôme d'une psychopathologie sous-jacente (11).

Ainsi, la mise sur le marché de la BHD et l'approche neurobiologique ont contribué à considérer les toxicomanes comme des patients ordinaires relevant de médecins généralistes (12).

Mais avant que les médecins généralistes puissent utiliser la BHD comme TSO, les thérapeutiques n'étaient pas uniformes et homogènes.

Dans le colloque numéro V de 1992 « substitution sociale... ? Substitution médicale... ? » de l'association « Le généraliste et le toxicomane » plusieurs interventions concernaient l'utilisation de la MTD, ses avantages, ses inconvénients en médecine générale. Mais aussi la place du Temgesic, du Néocodion dans l'arsenal thérapeutique du généraliste. Il fut aussi débattu de l'intérêt des programmes de substitutions dans d'autres pays comme la Suisse et les États Unis qui utilisaient déjà la Méthadone comme TSO : leurs avantages dans la réduction des risques du SIDA, du partage des seringues mais aussi leurs inconvénients comme la prolongation de la dépendance, la toxicité du produit.

Ces différences d'opinions furent portées dans le débat public par deux articles publiés par des médecins. La tribune d'un groupe de médecin (dont le Dr Carpentier) dans le journal « *Le Monde* » en 1992 revendique les pratiques substitutives, la légitimité de leurs prescriptions alors illégales, et la réponse des Dr Morel, Hautefeuille, Binder et Afchain publiant un article dans le journal du « *Le Monde* » intitulé « Toxicomanie, : les médecins, docteurs ou fournisseurs ? » explique que les médecins généralistes n'ont pas attendu pour réfléchir et organiser des formations et des réseaux de prise en charge en cabinet depuis des années. Ils considèrent les TSO comme faisant partie d'un arsenal thérapeutique efficace sur le

syndrome de sevrage et que la démarche impliquée par la sortie de la dépendance ne se limite pas à la seule prescription d'un produit (13)(14).

Malgré ces différences de pratiques et d'opinions, le médecin généraliste fut amené bon gré mal gré à recevoir des patients toxicomanes et à devoir les prendre en charge car ils n'en restaient pas moins des malades mais avec leurs particularités. Ce ne fut au départ, en 1992, qu'une minorité d'omnipraticiens qui reçurent des toxicomanes en consultation (15).

Après 1996, les médecins généralistes sont devenus progressivement des acteurs essentiels de la nouvelle politique de santé publique. Celle-ci reposait sur la diffusion de la substitution. En effet les omnipraticiens ont une place privilégiée à différentes étapes de la prise en charge à savoir l'inscription dans un environnement social proche, l'abord du corps en souffrance ainsi que la capacité d'écoute protégée par le secret professionnel.

Cela a grandement favorisé les regroupements de MG pour partager leurs connaissances et rompre avec l'isolement de leurs pratiques.

3) Choix des modes d'organisation

Confrontés aux nécessités de s'organiser pour mieux prendre en charge les patients toxicomanes, les généralistes ont adopté des stratégies variables selon les territoires et leurs priorités avec notamment la création de réseaux nationaux, départementaux ou autres.

L'intérêt d'un réseau est de pouvoir proposer des solutions à partir des besoins et des ressources locales. Le médecin généraliste par sa permanence et sa proximité présente un recours facile pour les usagers et les familles.

Les différents modes d'organisation et les motivations des médecins à la création des réseaux sur le territoire Français sont intéressants à étudier pour mieux comprendre cette dynamique particulière.

Le colloque d'octobre 1996 « s'entendre ou s'écouter » de l'association GT consacra un article à la variété des origines des réseaux. Il permit d'appréhender les choix d'organisations mues par les particularités initiales détaillées ci-dessous :

Venant du SIDA

- 1- Les réseaux ville-SIDA : ce furent les premiers réseaux de soins (1985), constitués de généralistes et d'autres professionnels, mobilisés autour de l'accompagnement de patients atteints du SIDA en grandes difficultés physiques ou sociales
- 2- Les réseaux autour d'une équipe hospitalière, cherchant un déchargement en ville :

Exemple du « réseau VIH 93 ouest » créé en 1989 qui a mis en collaboration médecins généralistes et praticiens hospitaliers de l'hôpital Delafontaine autour de la question du SIDA et de la prise en charge post hospitalisation. Ensemble, ils ont défini les conditions de sortie du patient, son traitement et les possibilités de contact avec des praticiens hospitaliers pour le médecin généraliste rencontrant des difficultés avec un patient.

Venant de la toxicomanie

- 1- Les réseaux constitués essentiellement de généralistes, développant l'idée d'un savoir-faire particulier à leur profession pour le soin au toxicomane mais aussi la recherche et les différentes préventions possibles. Ils sont souvent issus soit de la proximité de quartiers difficiles où le toxicomane faisait déjà partie de la clientèle libérale, soit de l'activité de médecin vacataire dans divers établissements recevant des toxicomanes. Ils ont fonctionné très tôt avec le dispositif spécialisé.
- 2- Les réseaux recherchés par des institutions comme les centres d'accueil, les post cures, permettant d'avoir des orienteurs ou des relais en ville.
- 3- Les réseaux de médecins de ville répondant aux besoins de généralistes ayant démarré des programmes de substitution dans des conditions clandestines et rapidement débordés par la demande.

Exemple du réseau en Charente maritime « mG-Tox 17 » créé en 1991 par la motivation et l'engagement de médecins généralistes. Ils avaient déjà commencé un travail sur le terrain avec d'autres professionnels dans le but d'augmenter l'accessibilité aux soins des utilisateurs de drogues intraveineuses auprès des généralistes. Ils ont permis d'améliorer le suivi individuel dans et hors du cabinet et la participation ou l'organisation des actions de prévention collective.

Exemple du réseau dans le Nord « GT59 » crée en 1990 par la rencontre de 3 médecins généralistes regroupés pour trouver des solutions financières face à la prise en charge des toxicomanes et élargir le cercle des médecins généralistes formés acceptant de s'occuper de ces patients. Le réseau Nord a permis de faire se rencontrer plusieurs MG et de rompre leur isolement.

Le réseau dans le département de l'île de France « Espace Toxicomanie », appartenant au réseau des professionnels pour les soins aux usagers de drogues, REPSUD, a été créé en 1992 par des médecins généralistes afin de continuer à prescrire des opiacés aux toxicomanes soit en cure de sevrage soit en médicament de substitution car ces traitements semblaient aidants.

Ce réseau a dû se structurer pour gérer le flux des demandes de soins, pratiquer des bilans initiaux, orienter vers les structures de soins les mieux adaptées.

Initialement sous la responsabilité du bureau de l'association REPSUD du Dr Carpentier, il a ensuite été repris par une équipe d'un dispensaire de psychiatrie. Cette implication du dispositif de soins spécialisés a permis de seconder les médecins dans la dimension psychosociale.

Le réseau « Option Vie » à Nice a commencé à l'initiative de quelques médecins généralistes isolés qui ont tenté de suivre des toxicomanes en cabinet de ville soit par la prise en charge psychologique soit par la substitution par des produit de synthèse. Ces médecins ont voulu se réunir au sein d'une même organisation avec d'autres personnes d'horizons différents. Il est devenu GT 06 par affiliation à GT national.

Un autre exemple, le réseau « Ville Hôpital » de Metz créé en 1995 d'une commande institutionnelle de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qui a incité les médecins à mettre en place un réseau en lien avec un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) préexistant dans un hôpital psychiatrique.

Venant des organismes de formation médicale continue et des syndicats

- 1- Des médecins ayant suivi une formation en toxicomanie commune désireux de continuer à approfondir cette activité et souvent reconnus par leurs confrères comme compétents.
- 2- Un certain nombre de médecins engagés syndicalement dans l'expérimentation de filières de soins ou d'autres nouveaux modes d'exercices alternatifs à la médecine libérale y ont vu un terrain d'expérimentation.

Venant d'autres réseaux

- 1- Réseaux de soins anciens très insérés dans leur ville, dans une tradition sociale et de groupe ne faisant qu'ajouter l'activité toxicomanie à d'autres.
- 2- Réseaux humanitaires préoccupés par la situation des exclus :

Exemple de l'association MDM, qui se mobilise pour la prise en charge des toxicomanes dans le début des années 1990. Ils proposaient un projet d'échange de seringue, un bus de distribution de seringue et de prévention (16).

Dans un article du colloque d'octobre 1996 de l'association GT, la diversité des modes d'organisations des réseaux prenant en charge la toxicomanie est mise en avant, que ce soit par le biais de l'irruption de l'épidémie du SIDA dans les hôpitaux et son incidence chez les toxicomanes ou l'arrivée des patients toxicomanes dans les cabinets de médecines générales.

Ces divers réseaux se sont organisés différemment en fonction des particularités locales et des besoins. Mais loin d'être figés dans leurs dogmes initiaux ils se sont modifiés dans le temps, ont su s'adapter aux besoins de cette population particulière et aux avancées législative et médicale.

4) Diversité des évolutions

a) Évolution des réseaux

Si les enthousiasmes sont fédératifs, les développements sont plus administratifs. Les organisations ont dû rapidement se structurer pour être opérationnelles et pour tenir dans le temps.

Certains réseaux sont restés bénévoles et d'autres ont cherché des financements publics ou privés.

Dans le même temps ces différents réseaux ont essayé de se fédérer d'une manière ou d'une autre sur le plan national, régional ou départemental.

Sur le plan national l'exemple de l'association GT :

Comme décrit précédemment, cette association est née en 1989 à l'initiative de quelques médecins avec le désir de partager une expérience commune à propos de la toxicomanie et de développer le rôle des médecins généralistes dans ce domaine.

Elle n'est pas restée figée et a su évoluer en fonction des demandes et des financements pour devenir, grâce au soutien de l'État, un pôle de ressource national en 2004. Cette transformation a amené des financements de l'état permettant à ce PRN (Pôle Ressource National) de fonctionner.

Un point chronologique permet d'en voir l'évolution en revenant sur les dates importantes de la vie de cette association :

- 9 février 1987 : Premier appel (postal) du Docteur Binder à des MG intervenants auprès de centres d'hébergements « post cure » pour toxicomanes suivi d'une interpellation du directeur général de la santé.
- 11 mars 1988 : Lors d'une réunion multi-professionnelle à la DGS où le Docteur Binder est convié, il attire l'attention du directeur général de la santé, le Professeur Girard, sur l'intérêt de donner des moyens aux MG pour la prise en charge de la toxicomanie. Sa proposition est retenue par l'administration.
- Juin 1988 : Appel dans le journal « Le Généraliste » pour la création d'un réseau national de MG
- Janvier 1989 : premier colloque (Paris) soutenu financièrement par la DGS.

- 1 décembre 1989 : création du collectif GT
- 6 novembre 1992 : création de l'association GT
- 18 janvier 2001 : modification du nom de l'association pour « Médecine Générale et Conduites Addictives »
- 18 mars 2004 : lancement du PRN (Pôle Ressource National)
- 2006 : fin de l'expérience par défaut de financement (retrait de l'assurance maladie)

Le but de la création du PRN était d'accompagner les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des conduites addictives. De renforcer les compétences et l'expertise en pratique médicale ambulatoire dans le domaine des consommations illicites ou licites et dans la prévention. Et aussi d'encourager la pratique en réseau et la construction de lien entre les réalités du terrain et les pouvoirs publics.

Sur le plan régional, l'exemple du réseau sud aquitain :

En 1994, devant l'ampleur de l'épidémie du VIH chez les utilisateurs de drogues intraveineuses (UDIV) dans le Pays Basque, des professionnels libéraux se mobilisèrent pour mettre en commun leurs pratiques et faire prendre conscience aux Pouvoirs Publics de la nécessité d'une politique de réduction des risques.

En 1995, le centre hospitalier de la côte basque créa un poste de médecin hospitalier réparti entre la coordination du réseau, l'équipe de liaison et de soins aux usagers de drogue et le centre méthadone.

En 1996, les professionnels libéraux déposèrent les statuts de leur association RESAPSUD (Réseau Sud Aquitain des Professionnels des Soins aux Usagers de Drogues).

En 1998, le réseau toxicomanie ville hôpital côte basque voit le jour par la signature d'une convention constitutive. Ce dispositif se révéla très performant dans la prise en charge des usagers de drogues grâce à un large accès aux soins et aux traitements de substitution.

En 2001, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie encouragea le dispositif existant à évoluer vers une approche plus globale des conduites addictives. Puis en 2005, le réseau RESAPSUD fut mandaté par la dotation régionale de développement des réseaux pour développer la partie ville du réseau et élargir son activité (17).

A travers cet exemple, on voit comment à partir d'initiatives locales de médecins libéraux vint se greffer la recherche de financement qui influa sur l'évolution et la nécessité de diversifier l'activité du réseau.

Exemple départemental : le réseau GT 59-62

Créé en 1990, ce réseau a évolué au fil du temps. Initialement centré sur la toxicomanie, certains médecins se formèrent à l'alcoologie, à la formation d'infirmiers et de médecins spécialistes. Le réseau fit de cette activité de formation des médecins un de ses principaux objectifs.

Il permit de rompre l'isolement local et régional, montra aux associations spécialisées qu'elles pouvaient s'appuyer sur des structures de soins de proximité et aux pouvoirs publics que les MG s'étaient investis dans des problématiques sociales.

Ainsi cette évolution fut axée vers la formation de différents acteurs pour la prise en charge des patients dépendants aux opiacés puis d'autres addictions.

L'évolution des pratiques des médecins a aussi évolué avec l'avènement des traitements de substitution et leurs mises sur le marché. Cette évolution, part entière de l'histoire de la prise en charge des patients toxicomanes, mérite d'être décrite.

b) Évolution des pratiques

La réponse des pouvoirs publics à la consommation d'opiacés s'est transformée entre 1980 et 2000 avec l'évolution du cadre réglementaire et des pratiques.

Longtemps, cette prise en charge a consisté à mettre les usagers face à une alternative entre la cure de sevrage et les poursuites judiciaires encadrées par la Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (6). Avec l'épidémie du SIDA et sa prédominance chez les patients toxicomanes vus en cabinet de ville, les médecins généralistes se sont engagés progressivement dans la substitution. Ils ont d'abord été habilités à prescrire de la MTD mais seulement en relais en 1995. A partir du mois de mars 1996 ils ont pu prescrire de la BHD.

Cette ouverture du droit à prescrire permit une augmentation du nombre d'usagers pris en charge (18).

Avant 1996, peu de médecins généralistes se déclaraient favorables à prise en charge des toxicomanes en cabinet libéral. Nombre d'entre eux s'opposaient à l'utilisation de médicaments à base de dérivés morphiniques pour traiter les états de manque, réaliser un sevrage ou une substitution. Puis lors de l'AMM de la BHD en médecine générale, même si un médecin sur deux recevait des héroïnomanes, seulement un sur cinq les prenaient en charge (19).

En 1998, d'après l'enquête « Baromètre santé médecins généralistes »(15), on notait une augmentation du nombre des praticiens libéraux recevant des héroïnomanes (environ 80%) et un tiers déclaraient en suivre au moins un de manière régulière.

En 2001, l'enquête de l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)(20) montra que la prise en charge associait le plus souvent un TSO accompagné d'un soutien psychologique et que la prescription de ces traitements était plus fréquente parmi les médecins formés à la toxicomanie ou appartenant à un réseau.

La grande majorité des médecins était aussi en faveur du développement de la primo-prescription de la MTD en ville ou de la mise à disposition d'autre type de TSO.

La pratique des médecins a donc évolué au fil des années avec un changement progressif de la prise en charge des toxicomanes et l'acceptation plus fréquente de ces patients. L'émergence des TSO permit cet essor notamment en sortant de l'illégalité les médecins prescripteurs.

Nous sommes revenues sur la mobilisation de médecins généralistes, les origines de celle-ci, leurs désirs de s'organiser et d'évoluer afin de n'être plus isolés face aux patients toxicomanes de plus en plus nombreux et qu'initialement peu de médecins voulait prendre en charge.

L'ensemble des actions de ces médecins a donc été un facteur déterminant pour l'évolution du cadre légal.

II) Regards issus du dispositif en place, interaction et évolution

1) Évolution du cadre légal et du dispositif de santé publique

L'émergence de la toxicomanie au début des années 1970 et son extension dans les grandes villes, les banlieues et les campagnes dans les années suivantes a engendré progressivement plusieurs réponses des responsables de santé publique avec une nécessité de s'adapter à ce phénomène nouveau.

En effet, la toxicomanie se situe à un carrefour de problématiques médicales, psychiques, sécuritaires et sociales.

Les réponses du gouvernement ont évolué passant de la répression judiciaire et policière à la prise en charge d'un problème de santé publique à part entière.

Un rappel historique des différentes mesures politiques et judiciaires durant les années 1970- 2000 semble nécessaire pour comprendre comment le système de soins français a dû s'adapter à ce phénomène.

Au début des années 1970, la toxicomanie restait un épiphénomène cantonné à un mouvement « post mai 1968 » d'étudiants, jeunes adultes qui venaient de milieux privilégiés.

Des équipes se formèrent pour prendre en charge ces patients d'un type nouveau avec comme mot d'ordre le sevrage et l'abstinence.

Les pouvoirs publics favorisèrent le développement du travail de ces équipes et la loi du 31 décembre 1970 définit ces lieux de cure comme des lieux de sevrage.

En effet cette loi réprimait le trafic de drogue et son usage public ou privé. Elle proposait une alternative thérapeutique à la répression judiciaire, la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitaient se faire traiter.

Malgré cette loi, la consommation d'héroïne se développa dans les classes moyennes et défavorisées après 1975 à cause de la circulation de plus en plus importants de ces substances dans les grandes agglomérations (21).

En 1971, les ministères de la Santé et de la Justice créèrent une liste des centres agréés pour organiser des cures de désintoxication dont le centre de Marmottan dirigé par le Dr

Olivenstein. Ces centres furent mis en place suite au refus des secteurs hospitaliers classiques de s'occuper de ces patients.

De plus le ministère de la Santé finança des structures associatives de centres d'accueil et de post cure qui travaillèrent avec les hôpitaux locaux dans le contexte de l'injonction thérapeutique.

Le rapport Pelletier de 1978, officialisa la prise en charge professionnalisée autour de la psychothérapie avec un rejet des autres options thérapeutiques, comme la substitution, malgré la mobilisation des acteurs dans le soin aux toxicomanes. Les centres expérimentaux hospitaliers qui étaient autorisés à distribuer de la Méthadone en pâtirent avec une diminution des financements.

Au début des années 1980, des centres de soins spécialisés furent créés, comprenant des psychologues et des psychiatres proposant toujours des cures de sevrages mais avec un accompagnement psychothérapeutique.

L'irruption du SIDA créa un décalage important entre le système de soins et l'état de santé détérioré des usagers de drogues atteints de ce virus. Devant cet état de fait, les institutions durent recruter du personnel plus spécialisé et rechercher une implantation dans des réseaux plus diversifiés dont les réseaux SIDA et toxicomanie.

Malgré cela, le rapport Trautmann de 1989 ne développa qu'une annexe consacrée au programme d'échange des seringues et mit en question l'efficacité de la substitution en matière de réduction de risque(22).

Mais une prise de conscience collective de la relation entre le SIDA et la toxicomanie orienta les pouvoirs publics vers une politique de réduction de risque. En 1995, le terme de « réduction de risque » fut inscrit dans un plan gouvernemental.

Cette notion fait son apparition en France dans les années 1990 avec la définition suivante : *« si un usager de drogues (homme ou femme) ne peut ou ne veut pas renoncer à l'usage de drogue, on doit l'aider à réduire les risques qu'il cause à lui-même et aux autres ».*

Cette politique de réduction des risques se traduisit par plusieurs mesures (23).

Le 13 Mai 1987, le ministère de la Santé suspendit le décret de 1972 qui rendait obligatoire la présentation d'une carte d'identité pour un achat de seringue. Cette mesure, transitoire initialement, sera officialisée le 11 août 1989.

Le plan triennal du 21 septembre 1993 permit avec une inflexion nette de la politique sanitaire de lutte contre la toxicomanie. Il explique, au chapitre « amélioration du système sanitaire », la nécessité de développer les réseaux ville-hôpital-toxicomanie, d'étendre les programmes d'échange de seringue, de créer des centres d'accueil et d'hébergement d'urgence et de développer les programmes de substitutions par la MTD dans le secteur spécialisé. Les omnipraticiens étaient chargés de renouveler ce traitement.

Cette politique de réduction de risques amena les pouvoirs publics à admettre que l'on pouvait accueillir, héberger et soigner des toxicomanes toujours actifs.

Ainsi le 30 mars 1995, la BHD fut autorisée sur le marché et le droit de primo-prescription en médecine générale validé en Février 1996 (23).

Cette dernière mesure permit à l'immense majorité des patients sous BHD d'être traitée par les médecins de ville.

Au regard de ces différentes mesures, lois, décrets, on observe l'évolution progressive et le changement de paradigme dans la prise en charge des patients souffrant d'addiction. D'une politique répressive et imposant le sevrage et l'abstinence, on est passé à une politique de réduction des risques avec une reconnaissance de la prise en charge des médecins généralistes et du travail des réseaux.

Durant cette période, les médecins généralistes se mobilisaient et s'organisaient pour la prise en charge des patients toxicomanes et le système spécialisé évoluait et trouvait aussi diverses réponses à ce problème.

2) Hôpital, centre d'accueil et post cure

En même temps que l'action des médecins généralistes, le dispositif spécialisé se développa en proposant plusieurs réponses pour la prise en charge des toxicomanes.

Le secteur spécialisé a donc réagi et s'est organisé en différentes structures de soins.

La réponse classique hospitalière

Avant les années 1970, les toxicomanes appartenaient aux classes aisées et cherchaient à éviter les hôpitaux et notamment les hôpitaux psychiatriques où l'approche psychopathologique laissait les toxicomanes à la frontière de l'espace thérapeutique.

Après les années 1970, la toxicomanie s'étendit à des classes sociales plus populaires et les patients furent écartés du système hospitalier car ils étaient à la marge de la société.

Dans les années 1990, la politique de réduction de risque commençait à se développer mais alors que les médecins généralistes se structuraient et militaient pour les TSO, l'hôpital restait à l'écart.

Cependant entre les années 1980 et 1990, le patient toxicomane « s'imposa » à l'hôpital par le biais du VIH, qui en faisaient des malades gravement atteints nécessitant une prise en charge somatique spécialisée.

Ils étaient souvent hospitalisés dans des états critiques via les urgences dans les différents services de médecine mais dans un climat de méfiance, avec des protocoles d'accueils spécifiques aux toxicomanes et des contrats d'hospitalisation.

Les toxicomanes devenaient certes de « vrais malades » mais pas des patients comme les autres.

Le développement de l'addictologie permit de médicaliser les usagers de drogues intraveineuses à l'hôpital, par le biais des addictologues comme évaluateurs et prescripteurs de traitements de substitution. Cette médicalisation se fit également à travers la mise en place des Équipes de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues (ECIMUD) ou des Équipes de Liaison en Soins Addictologie (ELSA)(24).

Ceci permis un meilleur accueil et une meilleure prise en charge, les médecins hospitaliers déléguant le côté toxicomanie aux professionnels de l'addiction.

Les centres d'accueil pour toxicomanes

Ces centres, comme le centre Marmottan ou la Free Clinic de l'Abbaye, sont nés de la rupture avec le système de soins de l'époque et du fonctionnement traditionnels des institutions. Ils ont été les premiers lieux à accueillir les toxicomanes dans une démarche d'accompagnement, de suivi et de prise en charge globale.

Ces centres effectuaient des missions d'accueil, d'orientation et de suivi avec une approche pluridisciplinaire et proposaient essentiellement des soins en ambulatoire.

Ils ont su évoluer face à l'épidémie du SIDA en se médicalisant et en créant des collaborations avec les services hospitaliers et les réseaux villes hôpital. Ils ont joué un rôle important d'information sur les conduites à tenir pour réduire les risques de transmission des virus ainsi qu'un rôle d'accompagnement et d'accessibilité aux soins envers les toxicomanes.

Ils ont aussi développé des programmes de substitution par la méthadone ou BHD (25).

Ils devinrent, par le décret du 29 juin 1992 des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Les post cures

Créé dans les années 1970 en France, le séjour résidentiel a longtemps été un standard dominant dans la prise en charge des toxicomanes. Il devait consolider et inscrire dans la durée l'abstinence obtenue lors de la cure de sevrage effectuée à l'hôpital.

Durant ces séjours, les patients bénéficiaient d'une aide essentiellement psychosociale, reflet de la mentalité et des pratiques de l'époque comme le montre les différentes circulaires de la Direction Générale de la Santé détaillées ci-dessous.

- La circulaire du 29 mars 1972 divisait les centres de post cure en deux catégories :

Une catégorie pour des toxicomanes avec une personnalité très fragile et ayant terminé une cure de sevrage. Le centre de post cure proposait alors pendant quelques mois une cure de psychothérapie.

L'autre catégorie de post cure aidant pendant six mois à deux ans environ les toxicomanes à quitter définitivement l'univers de la drogue, avec comme objectif la réinsertion sociale.

- La circulaire du 2 juillet 1979 : « L'efficacité de la cure de désintoxication ne saurait être réelle si elle n'est pas prolongée par une étape d'intense soutien psychologique ».

- La circulaire du 22 février 1984 : « le séjour résidentiel est présenté comme un temps de remaniement, de restructuration de la personne et une préparation à l'insertion ».

Mais avec le changement de politique de Santé Publique, l'émergence des traitements de substitution et le développement des lieux d'accueil ambulatoire, la médicalisation de la dépendance aux opiacés réduisit les indications du traitement résidentiel (26).

Ainsi on voit donc que parallèlement à la mobilisation des médecins généralistes, le secteur spécialisé a offert d'autres réponses plus ou moins institutionnelles et plus ou moins en accord avec le dogme de l'époque qu'était le « sevrage ». Le secteur spécialisé a su, la plupart du temps, évoluer et s'adapter aux différents changements concernant la prise en charge des toxicomanes.

III) Représentation sociale, interaction et évolution du dispositif en place

1) Évolution de la prise en charge des patients toxicomanes par les médecins généralistes

La prise en charge des utilisateurs d'opiacés par les médecins généralistes a évolué de manière importante entre les années 1980 et 2000. De quasi inexistante et marginale, pratiquée par quelques médecins généralistes isolés ou regroupés en réseau, elle est devenue généralisée et réglementée.

Les enquêtes *Baromètre santé médecins généralistes* menées en 1998, 2003 et 2009 par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé permettent de retracer cette évolution.

Ces enquêtes périodiques mesurent l'état de l'opinion, des attitudes et des pratiques déclarées des omnipraticiens exerçant une activité libérale en France métropolitaine, notamment la prise en charge des addictions par les médecins généralistes.

Avant la mise sur le marché de la BHD et l'introduction officielle des traitements de substitution pour les UDIV, certains médecins prescrivaient déjà des opiacés, en particulier de la Buprénorphine faiblement dosée (Temgesic), du Neocodion, du sulfate de morphine ou du Rohypnol, au titre d'une substitution à l'héroïne visant à limiter l'épidémie de VIH par le partage de seringues. Cependant la majorité des médecins se trouvait démunie devant les usagers de drogues. La mise sur le marché de la BHD mais aussi la prescription en relais de la Méthadone facilita le traitement des consommateurs d'opiacés.

Cela se traduisit entre 1995 et 2009 par une augmentation du nombre d'usagers de drogues illicites venant consulter dans les cabinets de médecine générale. Le médecin généraliste occupait dès lors une place centrale dans cette prise en charge car en première ligne, « aux avant postes » dans l'accompagnement de cette population spécifique (18).

Relativement aux pratiques de la prescription des TSO, même si la Buprénorphine haut dosage restait majoritairement prescrite depuis 1996, la prescription de Méthadone en relais prit lentement de l'importance avec une augmentation très progressive des médecins prescripteurs entre 1998 et 2009 en application des recommandations de la conférence de

consensus de 2004 sur les TSO(27). Les autres traitements antalgiques et psychotropes furent aussi de moins en moins prescrit après 1996 (28).

Actuellement, les médecins généralistes disposent de plusieurs molécules. Le Subutex et son générique la BHD, le Suboxone (association de BHD et de son antagoniste le Naloxone) et récemment l'Orobupre (BHD lyoc). Ces médicaments ne sont délivrés que sur ordonnance sécurisée et restent les plus prescrits par les médecins généralistes (environ deux tiers des prescriptions de MSO). L'arsenal thérapeutique comprend aussi la Méthadone, sirop et gélule, (commercialisation en 2008) aux règles de prescription plus strictes (environ un tiers des prescriptions de MSO).

Depuis 1995 on note aussi un allongement de la durée des traitements et une augmentation des doses avec en moyenne 43mg/j de Méthadone et 7,7 mg/j de BHD en 2014 pour une durée moyenne de prescription de 15 jours pour la Méthadone et 28 jours pour la BHD(4).

L'évaluation de la dose de Subutex nécessaire est déterminée majoritairement par la dose d'héroïne consommée, l'état clinique du patient et enfin l'ancienneté de la toxicomanie.

Les médecins généralistes ont su évoluer et trouver les ressources nécessaires face à ces patients particuliers. Ils sont maintenant au centre de la prise en charge et s'occupent des patients toxicomanes comme d'autres patients, en utilisant toutes les compétences qui caractérisent la médecine générale.

2) Évolution de la représentation sociale

En même temps que les pratiques des médecins généralistes évoluaient, le regard de la société se modifiait, tant à cause du SIDA que de la substitution ou des avancées neurobiologiques.

Les enquêtes sur les représentations, opinions sur les psychotropes (EROPP) de 1999, 2002 et 2008 permettent de voir l'évolution de la perception par la société des produits et des politiques de Santé Publique.

L'un des objectifs des enquêtes EROPP était de mieux comprendre comment les français se représentaient les usagers d'héroïne.

Dans ces articles, les auteurs reviennent sur l'évolution du stéréotype du toxicomane perçu par l'opinion publique.

Ils définissent le stéréotype comme un vaste réservoir d'opinions et de connaissances du sens commun, dans lequel chacun puise quotidiennement. C'est une représentation sociale d'un type particulier, qui s'attache à une classe d'individus pour en dresser un portrait unique, un cliché condensé, sans nuance et très schématique.

Concernant le toxicomane, il est défini comme l'usager d'héroïne dépendant, avec sa seringue et sa cuillère. En effet, l'héroïne est perçue comme la substance emblématique des drogues dures, elle est associée par l'opinion publique à l'addiction et à la marginalité.

Ce stéréotype apparaît dans les années 1970 comme une figure marginale et hors la loi. Celui-ci se renforcera dans les années 1980 par la recrudescence de l'usage d'héroïne dans les zones périurbaines. Puis l'épidémie du SIDA exacerbera ce stéréotype, l'injecteur d'héroïne devenant vecteur de cette maladie.

La presse écrite participa à renforcer ces idées reçues en mentionnant des « épidémies » d'héroïne, de « peste blanche » et en décrivant l'usager comme un hôte passif et sans volonté.

Avec l'essor de la politique de réduction menée par les ministres de la Santé, Simone Veil puis Bernard Kouchner et la reconnaissance des traitements de substitutions comme traitement à part entière de la toxicomanie, le regard de l'opinion changea.

Anne Coppel l'expliqua dans son livre "Peut-on civiliser les drogues ?": Entre malade et délinquant l'opinion publique opte pour malade (76% en 1986 et 87% en 1997)(29) et attribue la toxicomanie à un manque de maturité, à l'échec scolaire ou à des problèmes familiaux. L'opinion publique considère la toxicomanie essentiellement comme une fuite devant la réalité : il faut une réponse qui s'appelle le traitement.

En effet, selon les baromètres de santé de 1993 et 1995, l'idée selon laquelle les toxicomanes doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicaux a connu une augmentation, passant de 91 % en 1992 à 94 % en 1995.

Concernant les mesures de Santé Publique, l'opinion publique a construit son jugement sur la dualité victime/délinquant de la loi de 1970. Lors des sondages réalisés en 1996 et 1997 par l'Institut Français d'Opinion Publique, le renforcement des actions policières contre les vendeurs, l'obligation de soin et la substitution à l'héroïne étaient les mesures les plus plébiscitées par l'opinion publique (29)(30)(31).

L'opinion concernant la politique de réduction des risques s'est légèrement modifiée.

Lors de la dernière enquête EROPP en octobre 2013, les Français étaient 83% à être d'accord avec le principe consistant à « informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer afin de diminuer les risques pour la santé ». Ils n'étaient que 70% en 2008 (32).

Le regard de la société sur les toxicomanes a donc évolué entre les années 1970 et 2000 passant de marginaux hors la loi relevant de la police à des personnes malades nécessitant un traitement et un suivi.

Conclusion

La prise en charge de la toxicomanie a constamment évolué depuis les années 1970 mais avec des moments d'accélération : l'épidémie du SIDA dans les années 1980, le développement de la politique de réduction de risque par le gouvernement dans les années 1990, l'avènement des produits de substitutions en 1996 puis le développement de la neurobiologie et la naissance de l'addictologie à la fin des années 1990.

Cette évolution permit le changement de paradigme du toxicomane délinquant vers le toxicomane malade puis patient.

La mobilisation de certains médecins généralistes et leur engagement auprès de ces patients, considérés à l'époque comme étant à la marge de la société, a largement contribué à la réussite de la prise en charge de masse et à faire évoluer le regard de la société. Cela a confirmé leur rôle de médecin de premier recours avec la prescription des TSO, les plaçant ainsi en première ligne et au centre de la prise en charge de la toxicomanie.

Le développement des neurosciences permit aussi de donner des explications scientifiques à la dépendance et l'addiction. Elles servirent pour appuyer la nécessité d'utiliser les traitements de substitutions auprès de l'État.

Les premiers réseaux de soins développés grâce à des médecins généralistes ont aidé à sortir les omnipraticiens de leur isolement. Sans beaucoup de soutien au début, ils ont essayé les premiers d'apporter une réponse globale à la dépendance aux opiacés.

Ces réseaux ont été le fruit d'initiatives locales avec des spécificités propres à chaque territoire mais dont le but commun était le partage d'expérience et l'envie de faire évoluer les prises en charge.

La mise en commun de leur savoir-faire et la remise en question de leur pratique amenèrent les médecins de ces différents réseaux à chercher des solutions, à les expérimenter et à les évaluer par des études.

Ces premiers réseaux ont acquis une expérience et un savoir-faire qui comptent maintenant dans des systèmes d'organisation des soins. La capitalisation de ces expériences, lancées à partir des initiatives locales, a fait naître de nouvelles pratiques sanitaire et sociales (33).

Les réseaux ont beaucoup fait dans la mobilisation des médecins généralistes pour la prise en charge des patients dépendants aux opiacés.

Mais la moitié des MG sont encore réticents à cette prise en charge. Ceci est probablement dû à un manque d'information ou de formation initiale sur la toxicomanie dans le cursus universitaire (34).

Bibliographie

1. Gomez CD, Workbook 1.1: Drug policy [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2017. 19 p. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2017/>
2. Haute autorité de santé. Commission de la transparence concernant l'orobupre. 25 juill 2018;23.
3. Palle C, Brisacier AC, Protais C. Workbook 3.2: Treatment [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2017. 34 p. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2017/>
4. Brisacier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés : données récentes - Tendances 94 - octobre 2014 - OFDT. OFDT. 9 oct 2014;6.
5. Daulouede JP. Traitement de l'addiction, succès et challenges. Swaps. 2e et 3e trimestres 2016;n°83-84:15-9.
6. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et a la repression du trafic et de l'usage illicite des substances veneneuses. 70-1320 déc 31, 1970.
7. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France. Gastroenterol Clin Biol 2007. 2007;44-50.
8. Polomeni P. Les réseaux addictions. Rev Toxibase. déc 2002;n°8:1-16.
9. Dassieu L. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique [Sociologie]. [Toulouse II]: Université Toulouse le Mirail; 2015.
10. Coppel A. Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution en France et comment notre pays se situe-t-il par rapport aux pays comparables. Alcoologie Addictologie. déc 2004;Tome 26(N°4 supplément):17S-26S.
11. Bergeron H. Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions. OFDT. Fevrier 2001;134.
12. Megherbi S. Les stratégies de soins des toxicomanes. Psychotropes. 2006;Vol. 12(3):141-62.
13. Geidel B. Le droit de prescrire. Le généraliste. 20 déc 1994 [cité 10 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.annecoppel.fr/wp-content/uploads/2014/06/droitprescriregeneraliste.pdf>

14. Binder P, Morel A, Hautefeuille M, Afchain J. Toxicomanie : les médecins, docteurs ou fournisseurs ? Le Monde [Internet]. [cité 28 juin 2019]; Disponible sur: <http://www.annecoppel.fr/toxicomanie-les-medecins-docteurs-ou-fournisseurs/>
15. Arenes J, Guilbert P, Baudier F. Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999 [Internet]. Vanves: CFES (Comité Français d'Education pour la Santé); 2000. 218 p. (Baromètre). Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=364>
16. Coppel A. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. *Communications*. 1996;62(1):75-108.
17. Historique | Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.resapsad.org/page/historique>
18. Beck F, Guignard R, Gautier A, Palle C, Obradovic I. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes, Treatment and care of opioid users by general practitioners : current situation and trends. *Rev Fr Aff Soc*. 17 déc 2013;(3):24-41.
19. Moatti JP, Souville M, Escaffre N, Obadia Y. French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addict Abingdon Engl*. oct 1998;93(10):1567-75.
20. OFDT Organisme français des drogues et des toxicomanies, CNAMTS Conseil nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2002. 84 p. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cnamts.pdf>
21. Dugarin J. Adaptation du système de soin français en toxicomanie depuis 35 ans. *Psychotropes*. 8 juill 2008;Vol. 14(1):9-20.
22. OFDT Organisme français des drogues et des toxicomanies. Substitution aux opiacés. Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2003. 80 p. (Focus - Consommateurs et conséquences). Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2003/substitution-aux-opiaces-synthese-des-informations-disponibles-de-1996-2001-en-france-juin-2003/>
23. Wieviorka S. La toxicomanie: Des concepts, des réalités et des politiques publiques en pleine évolution. *Conseil économique et social*; 1999 juill p. 166.
24. Langlois E. Quand l'hôpital fait de la résistance : la prise en charge hospitalo-dépendante des usagers de drogue. *Sci Educ - Pour Ere Nouv*. 21 nov 2014;Vol. 47(3):63-83.

25. Polomeni P, Costes JM, Fournier L, Carpentier C, Facy F, Gremy I, et al. Usages de drogues et toxicomanies. Actual Doss En Santé Publique. mars 1998;n°22:44 p.
26. Delile J-M. Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? Psychotropes. 2011;Vol. 17(3):29-57.
27. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Presse Médicale. oct 2004;33(18):41-7.
28. Duburcq A, Péchevis M, Colomb S, Marchand C, Palle C. Enquête sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes - OFDT. mars 2002 [cité 11 juin 2018];(20). Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-toxicomanes-par-les-medecins-generalistes/>
29. Beck F. Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie. Etats des lieux et étude des évolutions depuis la fin des années 80 [Internet]. Etude n°9. Saint-Denis: OFDT; 1998. 62 p. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epbxfbe9.pdf>
30. Beck. Penser les drogues: perceptions des produits et des politiques publiques. OFDT; 2003.
31. Costes JM, Le Nézet O, Spilka S, Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). OFDT; 2010.
32. Tovar M-L, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. Tendances. oct 2013;(88):1-6.
33. Polomeni P. Rapport de mission : les réseaux « addictions ». 2002. 68 p.
34. Teoli R, Haller D, Ingrand P, Binder P. Les addictions sont-elles abordées différemment par les médecins généralistes de Genève et du Poitou-Charentes ? Santé Publique. avr 2016;28(2):1-10.

Abstract

The management of drug addiction in France has gone through multiple stages. Minimal and marginal, it became the prerogative of drug addict contributor by the 1970 law with the first dogma of weaning. Then with the introduction of substitution treatment in 1995, it became part of the jurisdiction of general practitioners.

The evolution of this care goes hand in hand with the development of drug care networks, most of them created by general practitioners who were motivated and willing to break their isolation.

These physicians were able to tap into their personal resources and experiences and mobilized to share their practices and perspectives.

These drug networks have adapted to constraints and have been able to change public health policy through their expertise and effectiveness

At the same time, the legislation governed by the 1970 Law extolling therapeutic injunction treatment and weaning moved towards a risk reduction policy with the development of a needle exchange program, Steribox and authorized the placing on the market of Methadone and Buprenorphine in 1995 and 1996.

Through these AMM, France became the first prescriber of treatment of substitutions and in particular of Buprenorphine, thus placing general practitioners at the center of the care of these patients and allowing them to be fully in their roles as primary care physicians. This phenomenon is known as the French Paradox

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

La prise en charge de la toxicomanie en France est passée par de multiples étapes. De minime et marginale, elle est devenue l'apanage des intervenants en toxicomanie par la loi de 1970 avec comme dogme premier le sevrage. Puis avec l'avènement des traitements de substitution en 1995, elle s'est inscrite dans le domaine de compétence des médecins généralistes.

L'évolution de cette prise en charge va de pair avec le développement des réseaux de soins toxicomanie, la plupart créés par des médecins généralistes motivés et désireux de rompre leur isolement.

Ces médecins ont su puiser dans leurs ressources et leurs expériences personnelles et se sont mobilisés pour partager leurs pratiques et leurs points de vue.

Ces réseaux toxicomanies se sont adaptés aux contraintes et ont su faire évoluer la politique de santé publique par leur expertise et leur efficacité.

Parallèlement, la législation régie par la loi de 1970 prônant l'injonction thérapeutique et le sevrage évolua vers une politique de réduction de risque avec le développement de programme d'échange de seringue, de Steribox et autorisa la mise sur le marché de la méthadone et de la Buprénorphine en 1995 et 1996.

Par ces AMM, la France devint le premier prescripteur de traitement de substitutions et notamment de Buprénorphine plaçant ainsi les médecins généralistes au centre de la prise en charge de ces patients et leur permettant d'être pleinement dans leurs rôles de médecins de premiers recours. Ce phénomène est connu sous le nom de French Paradox.