



Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 17 octobre 2023 à Poitiers
par Caroline MONTRIEUL-PUCHAULT

Titre

Histoire de la mobilisation des Généralistes en Addictologie en France de 1980 à 2022 :
Enquête auprès de 21 Médecins – Étude HiMoGA
Partie 2 : Analyse

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine – Poitiers

Membres :

- Monsieur le Professeur Philippe BINDER, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Poitiers
- Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Poitiers
- Monsieur le Docteur Jean DU BREUILLAC, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Poitiers
- Monsieur le Docteur Gilles SORBE, Médecine Générale – La Rochelle

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe BINDER, Médecine Générale, Faculté de Médecine - Poitiers



Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 17 octobre 2023 à Poitiers
par Caroline MONTRIEUL-PUCHAULT

Titre

Histoire de la mobilisation des Généralistes en Addictologie en France de 1980 à 2022 :
Enquête auprès de 21 Médecins – Étude HiMoGA
Partie 2 : Analyse

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine – Poitiers

Membres :

- Monsieur le Professeur Philippe BINDER, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Poitiers
- Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Poitiers
- Monsieur le Docteur Jean DU BREUILLAC, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Poitiers
- Monsieur le Docteur Gilles SORBE, Médecine Générale – La Rochelle

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe BINDER, Médecine Générale, Faculté de Médecine - Poitiers

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Asseseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Asseseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Asseseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Asseseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Asseseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Asseseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRAUD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Asseseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- 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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, 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

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez croire en l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO,

Vous me faites l'honneur d'accepter d'assister à la soutenance de ma thèse. Je ne saurais vous exprimer toute ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Jean DU BREUILLAC,

Je vous remercie de participer à ce jury de thèse. Je tiens à vous témoigner ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Gilles SORBE,

Je vous remercie de votre présence au sein du jury pour juger ce travail. Permettez-moi de vous exprimer ma gratitude et tout mon respect.

À Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Je vous remercie de m'avoir proposé ce travail et de l'avoir dirigé. Merci pour votre bienveillance, vos conseils et votre disponibilité.

À mes Maîtres de stage, merci pour vos enseignements. À l'équipe de Mauzé Thouarsais qui m'a particulièrement apporté tant sur le plan professionnel que personnel.

Aux Médecins qui ont participé à cette étude, merci d'avoir partagé votre histoire.

À Serge et Floriane, merci pour votre participation à ce travail.

À ma famille :

À mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel qui m'a accompagnée à chaque instant. J'espère vous rendre fiers.

À mes sœurs Charlotte et Émilie, à Jérémie et Frédéric et à mes neveux adorés. À mon frère.

À Sophie, Hervé et Hélène, merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

À Sputnik, Goose et Java, merci d'avoir rempli mon quotidien de câlins.

À mes amis :

À Greg, Oriane et Sarah, merci d'être présents depuis si longtemps.

À Miguel et Cyprien, merci d'avoir été les meilleurs voisins.

Aux Benquetois, les collègues, les voisins et amis, merci pour votre accueil chaleureux dans les Landes. Nous espérons rester le plus longtemps possible avec vous.

À Fleur, pour son aide précieuse.

À Gabriel, merci d'être entré dans ma vie et de me soutenir chaque jour.

REMERCIEMENTS.....	7
TABLE DES ABREVIATIONS.....	10
CONTRIBUTION PERSONNELLE A L'ETUDE HIMOGA	12
INTRODUCTION.....	13
METHODE	17
I. Immersion dans le contexte historique dans la période étudiée	17
II. Création du Guide d'Entretien	18
1. Choix de la méthode	18
2. Guide d'entretien	18
3. Mode d'entretien.....	19
a. Modalités de l'entretien	19
b. Les rendez-vous.....	20
c. Technique d'entretien.....	20
III. Échantillon-cible	21
IV. Méthode d'analyse des entretiens	22
RESULTATS	23
I. Caractéristiques de l'échantillon étudié.....	23
II. Caractéristiques des entretiens	24
III. Analyse des 21 entretiens.....	25
1. Synthèse des données obtenues	25
2. Perspectives subjectives.....	30
DISCUSSION	31
I. Résumé des résultats principaux	31
II. Forces et limites	31
1. Validité interne	31
2. Validité externe.....	33
III. Enjeux et réflexions.....	36
CONCLUSION.....	38
ANNEXES.....	39
Annexe 1 - Grille d'Entretien pour enquête HiMoGa.....	39
Annexe 2 – Messages-type.....	41
Annexe 3 – Tableau de synthèse des entretiens	41
BIBLIOGRAPHIE	63
RESUME.....	67
ABSTRACT	68
SERMENT	69
RESUME.....	71

TABLE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASFAB : Association Formation Addiction Baclofène

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogue

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Complémentaire Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CoViD+/- : Statut sérologique de l'infection au SARS-CoV-2

CPTS : Communauté Professionnelle en Territoire de Santé

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centre de Soins Spécifiques pour Toxicomanes

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DMG : Département de Médecine Générale

ECIMUD : Équipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues

G&T : Généralistes et Toxicomanie

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MCU : Maitre de Conférence des Universités

MG : Médecins Généralistes

MLAC : Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception

MSU : Maitre de Stage Universitaire

OH : Alcool

PH : Praticien Hospitalier

PNL : Programmation Neuro Linguistique

PNR : Pôle National Ressources

PU-PH : Professeur des Université - Praticien Hospitalier

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

REPSUD : REseau de Professionnels pour le Soins aux Usagers de Drogues

RESAB : RESeau Addiction Baclofène

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SIDA : Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise

TDAH : Troubles de Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (en Centre Pénitentiaire)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

CONTRIBUTION PERSONNELLE A L'ETUDE HIMOGA

Au cours de mes différents stages j'avais noté que les patients souffrant d'addiction et notamment de troubles de l'usage de certains produits étaient souvent mis de côté, les médecins y montrant régulièrement peu d'intérêt alors que dans mon expérience personnelle je voyais au contraire l'omniprésence de ces troubles. J'ai grandi dans une ville connue pour son vignoble où la consommation d'alcool est souvent banalisée, peu interrogée et pourtant bien présente. Je voyais régulièrement les professionnels de santé mettre en avant des consommations anormales mais sans pour autant chercher à en parler au patient pour évoquer les possibilités d'accompagnement.

Étant donc particulièrement intéressée par la prise en charge des addictions, je souhaitais réaliser mon travail de thèse sur ce sujet. Lors d'un séminaire, le Professeur BINDER nous a parlé de l'étude HiMoGA qu'il venait de débiter avec Serge RASOLO et je l'ai donc sollicité pour rejoindre l'étude. Ainsi, j'ai trouvé dans ce travail l'opportunité de comprendre la raison qui avait poussé certains Médecins à prendre en charge ces patients dans un contexte bien plus difficile car à une époque où les addictions étaient peu connues, où il y avait peu de possibilités thérapeutiques et dans la période particulière de la découverte du VIH et du SIDA. J'espérais tirer des enseignements sur la façon dont moi-même je pourrais m'organiser pour prendre en charge ces patients mais également de résoudre les difficultés rencontrées dans d'autres domaines de la Médecine.

Dans l'étude HiMoGA, mon travail a consisté en la réalisation d'une partie de la bibliographie de l'introduction puis nous nous sommes répartis la liste de contacts fournie par le Professeur BINDER. J'ai réalisé l'enquête auprès de certains Médecins Généralistes impliqués dans la prise en charge des addictions à l'aide du guide déjà créé par Serge RASOLO. Après réalisation des entretiens, nous avons effectué ensemble une double lecture pour leur analyse afin de répondre à la question de l'étude.

Enfin, nous avons partagé ensemble l'analyse et la discussion.

INTRODUCTION

Les pathologies addictives constituent un problème majeur de Santé Publique encore aujourd'hui, en France comme à l'échelle européenne et dans le reste du monde. Leurs impacts sont multiples sur les patients, notamment sanitaires, médicaux, judiciaires et socio-professionnels [1].

La consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès par accidents et via les maladies, dont près de 40 000 dus aux cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % des décès prématurés (avant 65 ans). **Il s'agit de la première cause de morbidité évitable** [2]. Par leur proximité avec la population, les Médecins Généralistes (MG) ont été confrontés depuis toujours aux comportements d'alcoolisation. L'augmentation massive des consommations de tabac et la découverte de ses effets délétères a progressivement médicalisé le comportement des fumeurs.

La loi du 31 décembre 1970 [3] a rendu illégale en France la consommation, la détention, la cession, la vente et la production de ce que l'on nomme aujourd'hui les drogues illégales principalement l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines. Les MG ont été alors confrontés à des comportements à la fois toxiques et illégaux qui, de confidentiels sont devenus de plus en plus fréquents [4, p.20].

Cependant, l'ensemble des Médecins s'est initialement peu impliqué dans la prise en charge de ces patients. Les « *drogués* » étaient des patients de seconde zone, des laissés pour compte de la Médecine moderne occidentale, responsables, voir coupables de leur état. Plus étonnant, même les Psychiatres, qui sont théoriquement les spécialistes dont relèvent les troubles du comportement, les délaissaient, en dehors de quelques initiatives [4, p.19]. On peut citer en 1971, la création du Centre médical Marmottan sous la direction du Docteur C. OLIEVENSTEIN, qui s'est, entre autres, mobilisé pour l'accès au matériel d'injection [5].

En dehors de quelques initiatives, ce sont surtout des associations d'anciens consommateurs, les associations néphalistes, proposant des temps d'échanges et d'écoute, qui sont venus en aide aux patients. On peut citer en exemple les très connus Alcooliques Anonymes, fondés en 1935 aux Etats-Unis par 2 anciens alcooliques que les Médecins estimaient condamnés et introduit en France en 1960 suite aux articles de Joseph KESSEL parus dans France-Soir en juillet 1960 [6]. Ou encore, la Croix d'Or et la Croix Bleue, d'obédience religieuse : respectivement catholique et protestant [7]. Des sectes ont alors investi le domaine,

notamment le réseau Le Patriarche, renommé récemment Dianova, ce qui a soulevé des questionnements éthiques en raison des problématiques d'endoctrinement et d'aliénation spécifiques à ce type d'organisation [8].

L'arrivée du SIDA en France qui a largement impacté les toxicomanes injecteurs, a jeté un nouveau regard sur la prise en charge de cette population de patients. Ils sont devenus des patients, des malades, dont l'Addiction était une comorbidité, et un peu moins de déviants consommateurs [4, p.4]. En 1985, le sérodiagnostic de l'infection au VIH est enfin disponible en soins primaires permettant de diagnostiquer les patients [9]. Mais les MG étaient bien impuissants face à cette nouvelle population de patients. En effet, le manque de ressources, d'informations, d'infrastructures rendait difficile des prises en charge organisées.

Quelques MG se sont alors spontanément mobilisés essentiellement localement [10, p285-6] par cooptation, par des appels dans les journaux notamment, et certains ont interpellé l'Etat. Le Pr P. BINDER, en 1987, tente une mobilisation des MG intervenant dans les structures de soin via le MINITEL puis envers tous les MG par un appel dans le journal « *Le Généraliste* » [4, p.14-5]. D'autres initiatives se sont développées en France, parmi lesquelles on peut citer le cabinet médical des Docteurs CARPENTIER et BOISSEAU à Paris [11]. A partir de là, se sont mis à foisonner des initiatives locales et régionales pour la prise en charge addictologique.

Ces initiatives ont senti le besoin de s'agréger pour mieux faire face. Ainsi, suite à son appel dans la presse, le Pr BINDER rassemble un premier collectif de 7 MG. D'autres initiatives se développent. Certaines évoluent en associations et en réseaux surtout localement. Les 7 MG fondent le collectif, puis l'association G&T nationale en 1988. Les initiatives locales se sont étendues avec des formalisations variables. Leur forme a évolué dans le temps en fonction des acteurs, des besoins et des financements apportés (locaux, régionaux, nationaux) [4, p10-7].

Ce mouvement nous paraît très original dans l'histoire de la Médecine Générale, de par son caractère autonome traçant un sillon créant ses propres références.

Avec un recul de plusieurs décennies maintenant, il paraît utile à la communauté médicale de comprendre ce mouvement, d'en documenter les principaux ressorts, motivations et finalités : Quelles ont été les initiatives, les origines, les acteurs, son développement et les différents fonctionnements, les forces et les faiblesses, les fruits et enseignements ? Pourquoi

ces MG se sont mis à prendre en charge ces patients ? Qu'est-ce qui fait que certains MG en particulier s'y sont intéressés alors que d'autres ne l'ont pas fait ? Existe-t-il des facteurs spécifiques prédisposant certains d'entre eux à investir l'Addictologie en tant que discipline d'exercice ? Comment se sont-ils organisés ?

Issues de l'expérience du Pr BINDER et de ses collègues, les hypothèses principales de départ étaient les suivantes :

- **Les MG qui ont milité dans l'Addictologie ont des profils particuliers :**
 - Ce serait plutôt des jeunes quand ils ont commencé et sans formation préalable.
 - Ils avaient déjà des modes d'investissement dans le domaine syndical, associatif, FMC, religieux, humaniste.
 - Ils ont agi car il n'y avait pas d'alternative possible à la prise en charge, notamment par des spécialistes.
 - Ils étaient isolés géographiquement dans leur exercice professionnel.
 - Ils avaient montré une capacité à se regrouper entre confrères.

- **Il y a des concordances dans la manière dont ils ont développé leur action auprès des patients, des confrères et de la société :**
 - Le regroupement en association a permis des actions plus larges, notamment, d'information, de prévention et de soins.
 - Dans le début de la période, ils ont eu recours à l'auto-formation car il n'y avait pas ou peu d'autre possibilité.
 - Ils ont été secondairement soutenus logistiquement et/ou financièrement par les institutions car ils rendaient un service public.
 - Le soutien financier des institutions a fait évoluer les formes de mobilisations.
 - Certains MG ont spécialisé leur activité.

- **Cet investissement a modifié leurs pratiques et leurs représentations, y compris, en dehors de l'Addictologie :**
 - Cette pratique a fait évoluer les points de vue des MG eux-mêmes et de la société sur leur représentation des patients addictes.
 - Les réactions de l'entourage privé ou professionnel ont été critiques.
 - La pratique de suivi en Addictologie apporte une expérience utile au reste de l'activité du MG.

- Cette pratique a fait évoluer les représentations du MG sur l'administration, les Hôpitaux, les CSAPA, la Santé Publique.

Dans la finalité d'éclaircir de façon historique et sociologique les ressorts et les implications de cette mobilisation spécifique nous avons décidé de faire ce travail de thèse en s'appuyant sur ces questions.

METHODE

Le travail essentiel était d'interroger la mémoire des principaux acteurs de cette dynamique puis d'en analyser les enregistrements par une méthode mixte qualitative - quantitative.

Mais une connaissance du contexte était d'abord indispensable.

I. Immersion dans le contexte historique dans la période étudiée

Pour préparer les entretiens, il a fallu se renseigner abondamment sur les concepts relatifs à notre sujet afin de pouvoir interagir avec nos interlocuteurs de façon fluide et comprendre les références que ces derniers employaient : les définitions comme celle d'Aviel GOODMAN de l'Addiction [12] et les critères diagnostics du DSM-V [13], mais aussi les 6 compétences du MG [14].

Nous nous sommes ensuite intéressés aux chiffres. Principalement ceux de l'Observatoire Français sur les Drogues et Tendances Addictives (OFDT) avec ses rapports réguliers, Drogues et Addictions Chiffres-Clés, parus de 2007 à 2022. Ils donnent une estimation de l'état des Addictions en France, en termes de consommation, de coûts social et sociétal mais aussi de soins [15].

Enfin, nous nous sommes penchés sur l'évolution du contexte législatif relatif à la prise en charge des patients addictes en France. Notamment les premiers programmes d'échanges de seringues en 1987 avec le Décret BARZACH, la mise en place officielle des réseaux Ville-Hôpital en 1994, les Autorisations de Mise sur le Marché respectives de la METHADONE® et du SUBUTEX® en 1994 et 1996 ou la mise en place des CSAPA en 2002 [16].

Cette étape de contextualisation a permis de s'imprégner du cadre dans lequel se sont déroulés les événements que les différents MG interrogés nous ont rapportés.

II. Création du Guide d'Entretien

1. Choix de la méthode

Afin d'assurer la qualité, la pertinence et la reproductibilité du recueil de données par différents utilisateurs, il a été important de constituer un cadre formalisé. Parmi les types de recueil de données, l'enquête par entretien est la méthode de production de données qualitatives qui nous a semblé la plus adaptée pour récolter, non pas une « *réponse ponctuelle à une question directe* », mais « *une réponse-discours obtenue par des interventions indirectes de l'enquêteur* » [17, p.7].

Il existe plusieurs types d'entretien [18] :

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Fig. 1 – Les différents types d'entretien.

L'entretien semi-directif permet à la personne interrogée de s'exprimer de façon assez large, tout en encadrant l'entretien afin d'aborder toutes les thématiques prévues. En raison du type de données recherchées par cette étude, à savoir le récit de l'expérience des MG, le choix d'une enquête par entretien semi-dirigé par un guide d'entretien s'est imposé.

2. Guide d'entretien

Pour recueillir, auprès de MG français, la mémoire des faits ayant constitué le mouvement des prises en charge addictologiques organisées d'une façon ou d'une autre entre 1980 et 2023, il fallait créer un outil d'enquête permettant d'en analyser les résultats.

Pour la constitution du guide lui-même et de sa méthodologie, nous avons eu recours aux compétences d'un doctorant en sociologie Nicolas NAIDITCH. L'entretien semi-dirigé est un outil très largement utilisé en Sciences Humaines.

Le guide d'entretien, que vous pouvez trouver en Annexe 1, a servi de cadre aux entretiens sans être suivi à la lettre, tant dans l'ordre des questions, que dans leur forme, afin de favoriser au maximum la fluence discursive des MG interrogés. Il y a cependant eu quelques points communs à tous les entretiens, par rapport à la grille d'entretien, afin de les formaliser et d'essayer d'assurer un certain degré de reproductibilité.

Nous avons toujours commencé l'entretien par une lecture de l'introduction de la grille d'entretien suivi d'une demande au MG interrogé de se présenter. Cela permettait de marquer clairement le début de l'entretien et de centrer le discours du MG sur lui-même et son vécu du mouvement de la prise en charge addictologique en Médecine Générale.

De même, nous avons essayé de garder la partie Synthèse et analyse subjective pour la fin de l'entretien. Cela permettait au MG d'avoir fait le point sur l'ensemble de ce qui s'était passé avant d'essayer d'avoir, avec un peu de recul, une analyse plus subjective. De plus, la dernière question tournée vers l'avenir permettait une certaine ouverture et en même temps servait de conclusion à l'entretien.

3. Mode d'entretien

a. Modalités de l'entretien

Le lieu où se déroule les entretiens a une importance dans la nature des données recueillies : « *chaque lieu communique des significations qui sont susceptibles d'être mises en acte dans le discours de l'interviewé* » [17, p.8]. La demande d'information auprès des MG venant de notre part, il aurait été logique que la personne faisant passer l'entretien se déplace auprès de l'interrogé, car aucune contrainte n'impose de sortir les témoins de leur milieu habituel. Nous avons donc envisagé des entretiens physiques, ou éventuellement par téléphone, en fonction de la disponibilité des MG interrogés. Puisque c'est avec les MG, en tant que professionnel de Santé, que nous allions nous entretenir, c'est sur leur lieu de travail que nous pensions que les entretiens allaient se dérouler, dans la mesure du possible et s'ils étaient toujours en activité, ou bien depuis leur domicile sinon. L'ensemble des entretiens devait être enregistré par un magnétophone afin de pouvoir les retranscrire dans un second temps dans un format informatique texte en supprimant une partie des tics de langage et des hésitations verbales pour en faciliter la lecture et l'analyse ultérieure.

Pour obtenir les coordonnées des MG à interroger nous avons eu recours à 2 sources différentes :

- Nous avons eu accès au fichier d'archive de l'association nationale Généralistes et Toxicomanies, G&T, qui nous a été fourni par le Pr BINDER qui les possédait en tant que Président.
- Nous avons pratiqué la technique de la boule de neige où les MG interrogés nous communiquaient les coordonnées d'autres personnes dont le profil correspondait à notre recherche.

Puisque le but était d'étudier les MG prenant en charge les Addictions, une diversification de l'échantillonnage serait nécessaire. Ce sont les caractéristiques des différents MG qu'il fallait diversifier au maximum que ce soit par leur âge, leur zone géographique d'activité, ou leur mode d'exercice.

b. *Les rendez-vous*

Le contact initial a été réalisé par mail, au moyen d'un mail-type (voir Annexe 2), ou par téléphone que ce soit en appel téléphonique ou par message dans certains cas.

c. *Technique d'entretien*

Les techniques de relance :

Afin d'aider les MG interrogés à produire un discours à la fois linéaire et complet, il est d'usage d'utiliser ce qu'on appelle des relances. Il s'agit d'un type d'intervention de l'enquêteur qui est à différencier des questions qui vont orienter sur les différentes thématiques à explorer. Il en existe 6, que l'on peut classer selon le type ou le registre [19] :

Registre	Type d'acte		
	Réitération	Déclaration	Interrogation
Modal	Reffet	Interprétation	Question modale
Référentiel	Echo	Complémentation	Question référentielle

Fig. 2 – Les techniques de relance.

Les types de relance sont : la répétition qui reprend une partie du discours de l'interlocuteur, la déclaration qui donne un point de vue sur le discours produit et l'interrogation.

Les registres de la relance sont référentiels, s'ils concernent l'objet dont on parle, ou modal, s'ils concernent la position qu'a la personne interrogée par rapport à ce dont on parle.

Nous voulions essayer de privilégier les répétitions par rapport aux 2 autres types de relances car elles permettraient une meilleure relance sans altération trop importante du flux discursif de la personne interrogée. Les interrogations permettaient de faire développer plus précisément certains points.

III. Échantillon-cible

Nous avons décidé de prendre comme critères d'inclusion les caractéristiques suivantes : MG thésé, ayant exercé entre 1980 et 2023, ayant été inscrit dans une dynamique de prise en charge de l'Addictologie.

Pour ce qui concerne les critères d'exclusion, de principe, nous n'avons pas contacté de Médecin dont la formation de base n'était pas MG, et nous pensions exclure ceux qui présenteraient des troubles cognitifs de quelque nature que ce soit au moment de l'entretien pouvant altérer la qualité des données recueillies. De plus, l'opposition à ce que l'entretien soit utilisé pour l'étude HiMoGA était aussi un facteur rédhibitoire.

Le nombre d'entretiens à réaliser afin d'obtenir une pertinence des données recueillies ainsi qu'une valeur scientifique à l'analyse de ces dernières est, en Sciences Humaines, fonction de la saturation des données objectivables par la redondance de ces dernières au cours des entretiens. C'est lorsque qu'un certain nombre d'éléments deviennent redondants entre les différents entretiens que l'on sait que l'on a atteint ladite saturation des données. Ne sachant pas quand nous l'aurions atteinte, nous nous étions fixés d'obtenir une trentaine d'entretiens.

IV. Méthode d'analyse des entretiens

Une recherche méthodologique d'analyse des données nous a amenés vers la théorisation ancrée [20] et ses 3 premières étapes : la codification, la catégorisation et la mise en relation. Par cette méthode, nous souhaitons constituer un tableau synthétisant les informations brutes des entretiens (codification) dans lequel des mots-clés auraient été mis en place confirmant ou infirmant nos hypothèses de travail (catégorisation) pour interpréter les résultats obtenus (mise en relation).

Pour traiter les données des entretiens, nous souhaitons nous baser sur une analyse manuelle de chaque entretien enregistré sur magnétophone et retranscrit sous forme de document texte. Puisqu'il s'agissait d'analyser des entretiens semi-directifs et aux vues de la nature qualitative et exploratoire de la recherche, nous voulions faire une synthèse des échanges dans un tableau pour faire une analyse synthétique plutôt qu'une analyse systématique et fine du contenu [21, p.43]. Dans une démarche thématique qualitative, nous voulions coder des « *noyaux de sens* » [21, p.48-9] en fonction de nos hypothèses de travail rangées par thématiques afin d'identifier facilement des tendances entre les différents MG interrogés. Ces derniers devaient nous permettre de réaliser des schémas d'analyse par thématique.

Nous voulions réaliser séparément nos entretiens respectifs, leur retranscription et leur analyse en tableau de synthèse. Dans un second temps, nous aurions effectué une lecture et une analyse croisée des résultats ainsi obtenus.

Ensuite par une méthode quantitative simple nous aurions approché les proportions des types de réponses obtenues et codifiées.

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon étudié

Sur les 131 noms présents sur la liste donnée par le Pr BINDER, nous avons **essayé de contacter les 34 personnes** dont les coordonnées étaient encore à jour. **23 ont accepté l'entretien** mais **7 n'ont pas donné suite**. A ceux-là, se sont **ajoutées 5 personnes recrutées par la technique de la boule de neige**. Au total, nous avons pu faire passer l'entretien à **21 MG**.

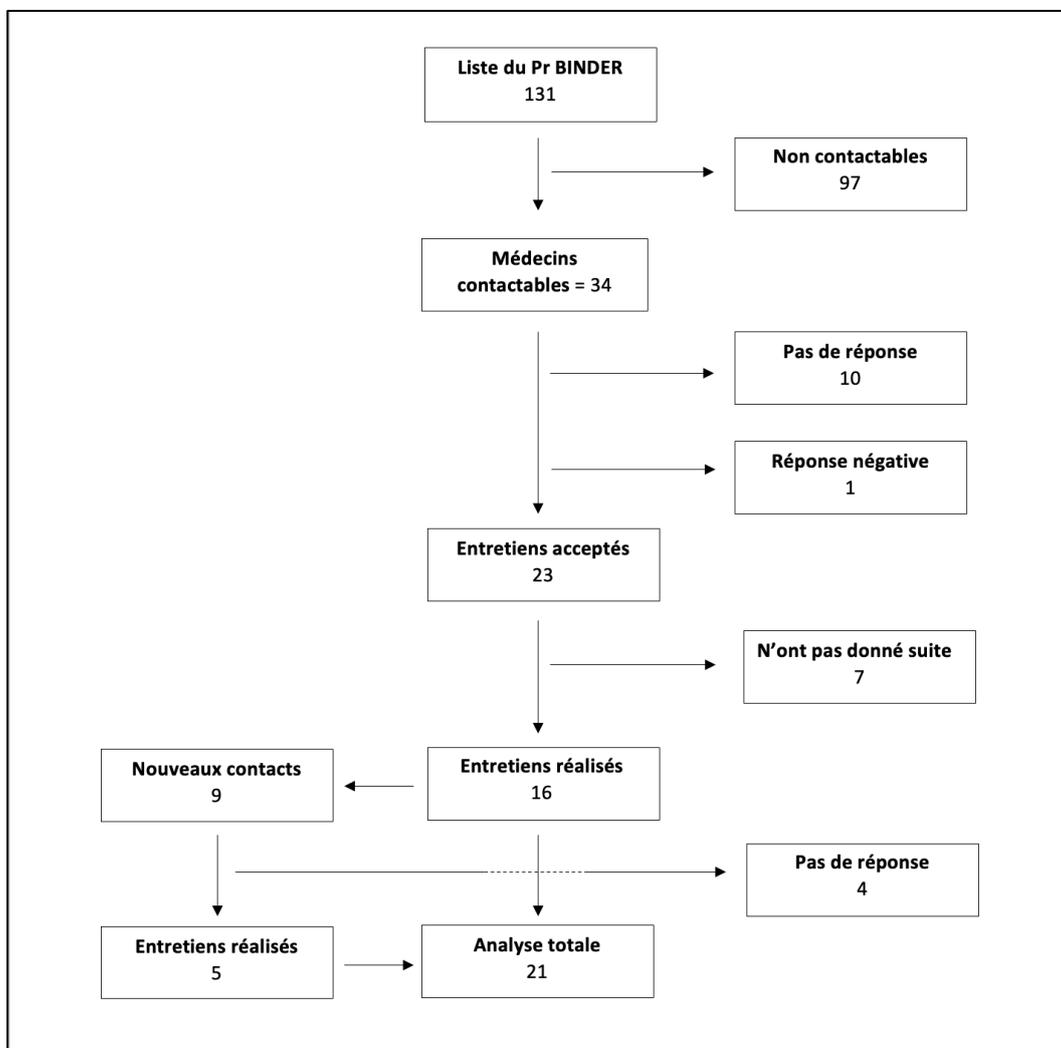


Fig. 3 – Diagramme de Flux.

II. Caractéristiques des entretiens

Après un premier contact par mail ou par téléphone, l'accord des participants pour l'enregistrement a été obtenu oralement. En raison de la distance géographique et du contexte CoViD-19, l'ensemble des entretiens a dû être réalisé sous la forme d'entretiens téléphoniques. Ils ont été enregistrés sur magnétophone puis retranscrits sous format informatique texte.

Les entretiens ont toujours débuté par la lecture de l'introduction du guide d'entretien puis il a été demandé à l'interrogé de se présenter. La grille d'entretien a servi de guide non linéaire pour explorer les différentes thématiques, aussi les questions n'ont pas toujours été posées dans l'ordre du guide afin de favoriser la fluence discursive de l'interlocuteur. De fait, certains points n'ont pas pu être complètement explorés avec tous les MG. Pour favoriser la fluidité du discours des interrogés, un équilibre a dû être trouvé entre les demandes de précision des faits et le risque de rupture du discours.

La durée moyenne des entretiens a été de 70 minutes, allant de 39 à 154 minutes avec une médiane à 62 minutes. Une variabilité importante de durée entre les différents entretiens a été constatée. Elle peut être liée à la quantité d'anecdotes fournies par le MG, la durée de ces anecdotes ainsi qu'à la spontanéité du discours des interrogés.

III. Analyse des 21 entretiens

1. Synthèse des données obtenues

Nous avons extrait les données figurant sur le tableau en Annexe 3 à partir des entretiens téléphoniques retranscrits en documents texte.

L'analyse de ce tableau donne les tendances suivantes :

Lors des entretiens, nous avons constaté que la majorité des MG interrogés a eu le **premier contact signifiant avec l'Addictologie précocement** dans leur carrière (18/21) (CONTACT PRECOCE).

« Je me suis installé en 1984 et dès le début je me suis occupé d'Addictologie. » (M2)

L'absence de formation de base en Addictologie au cours de leurs études a été très souvent rapportée (16/21) (PAS DE FORMATION). Seuls 2 MG parmi ceux interrogés ont déclaré avoir bénéficié d'une formation préalable (2/21) (FORMATION).

« Puisqu'on avait aucune formation clinique, aucun outil thérapeutique pour s'occuper de ces patients. » (M5)

Un peu plus de la moitié signale un **engagement préalable**, qu'il soit politique, religieux, associatif ou syndical (12/21) (ENGAGE).

« Avec des copains, on était très dynamiques, (...) j'ai fait du syndicalisme. » (M7)

L'absence d'alternative de prise en charge de ces patients (14/21) (ISOLE) a poussé ces MG à s'investir. Cet investissement a pris plusieurs formes.

« Comme je vous ai dit tout à l'heure, on est en désert médical, donc les Médecins ne prennent pas trop en charge les patients usagers de drogues sous toutes leurs formes. » (M14)

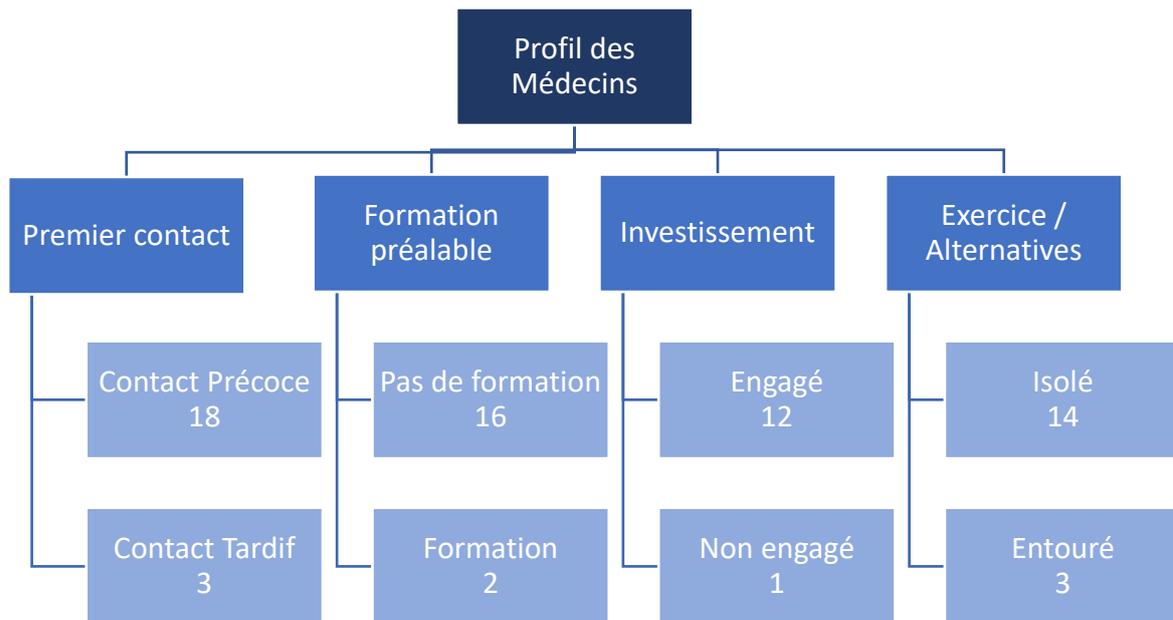


Fig. 4 - Schéma d'analyse des caractéristiques des MG interrogés

La plupart a dû commencer par **s'auto-former** (18/21) (AUTOFORMATION).

« Et donc on a beaucoup appris d'eux en les écoutant (...) On s'est forgé une clinique au fur et à mesure des années sur les soins aux toxicomanes. » (M5)

Presque tous se sont regroupés pour **échanger sur leur pratique** (20/21) (ECHANGE).
« On s'était groupé, d'abord pour échanger nos pratiques (...) et pour être un peu solidaire. » (M13)

Pour faciliter ces échanges et ne pas se sentir seul, ils ont souvent **constitué des réseaux** que ce soit de façon informelle (14/21) (RESEAU INFORMEL), ou de façon plus structurée en fondant (15/21) (FONDATION) et/ou en rejoignant (12/21) (ADHESION) des réseaux ou associations parfois basés sur les réseaux informels précédents.

« On organisait des réunions entre les ECIMUD, à l'époque ça s'appelait le REPSUD, (...) c'est comme ça qu'on a rencontré un peu tous les gens qui étaient les précurseurs de la substitution. (...) Et on a créé le réseau VALJEAN. » (M2)

« J'ai été à l'initiative de la création du réseau G&T69. (...) Quand on a eu la dynamique G&T National, on a très rapidement (...) pris le sigle G&T local. » (M19)

A la suite de cette expérience, la moitié des MG a voulu **transmettre ce qu'ils avaient appris**, que ce soit via l'enseignement universitaire ou en stage (10/21) (ENSEIGNER), ou bien en réalisant des outils pratiques (4/21) (OUTILS) pour aider leurs confrères et collègues.

« J'étais formateur. Je rentre à FMC – Action (...) dans les années 2000 – 2005. » (M13)

« On a créé tout de suite le modèle d'intervision sur le modèle belge, c'est ça qui fait qu'on est encore là, c'est cet outil qui permet la concertation pluridisciplinaire. » (M9)

Le travail des MG et de leurs associations a souvent été **soutenu par les institutions et les administrations** (14/21) (SOUTIEN) et cela a été une aide importante pour le maintien et le développement des réseaux de soins. Et parmi les soutiens qu'ils ont reçus, plus qu'une administration ou une institution, c'est souvent un individu qui a été facilitateur (9/21) (INDIVIDU), par exemple un Médecin Inspecteur de la DDASS ou un membre du CDOM local.

« Dans le temps où le réseau a existé, (...) j'ai eu au moins un médecin de la DDASS qui était un appui, qui a tout fait pour que ça tourne. » (M10)

« Dans le 93 on a eu la chance d'avoir un Ordre des Médecins dans lequel il y avait un médecin qui faisait lui-même de la substitution, donc on n'avait pas de problème » (M2)

Pour la moitié, les administrations et institutions ont été freinatrices (11/21) (FREIN), mettant en grande difficulté leur travail. Les aléas de la politique ont donc influencé la lutte contre la Toxicomanie.

« Il a fallu se battre, se battre pour avoir des financements. Encore maintenant. » (M9)

« On ne courait pas sur les dossiers à faire car ça ils nous les donnaient avant, mais on courait sur le fait d'avoir les sous avant la fin de l'année. » (M10)

Quelques MG nous ont rapporté que les administrations et les institutions ont souhaité orienter le travail qu'ils avaient mis en place. Cette fluctuation des demandes, et donc des financements, a parfois mis en danger les réseaux (5/21) (FLUCTUATION).

« Ça a été de s'adapter aux choix que fait le Gouvernement. (...) A une époque les réseaux ont été très en vogue et ils finançaient un maximum, après ils nous ont dit « Ah non surtout plus de réseaux ». Il faut coller dans le programme régional de Santé. » (M9)

C'est pourquoi, un quart des MG a souhaité ne pas avoir affaire aux institutions (5/21) (AUCUN).

« C'était un Yahoo Groupe complètement informel, qui ne nous coutait rien, parce que ce qui avait foutu par terre G&T, c'était l'ardoise. » (M4)

Peu de MG ont choisi de se spécialiser (ADDICTOLOGUE) (4/21) dans l'Addictologie via un diplôme complémentaire.

« Je n'ai qu'un diplôme, c'est celui de (...) Docteur en Médecine Générale. Je le signale parce qu'il semblerait qu'il faille avoir plein d'autres diplômes pour exercer dans telle ou telle compétence. » (M6)

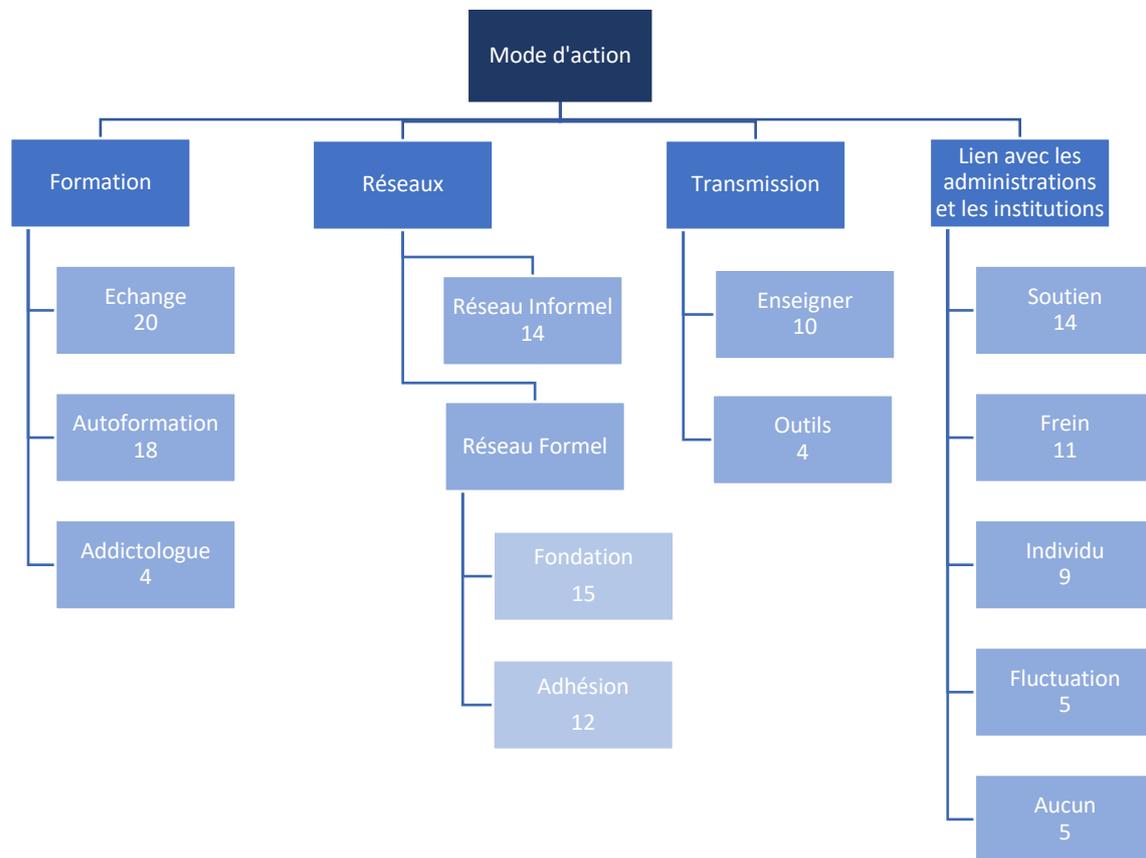


Fig. 5 - Schéma d'analyse des différents modes d'action.

La pratique auprès de ces patients a fait **évoluer majoritairement leurs représentations** de l'addiction (13/21) (REPRESENTATION) et surtout **leur pratique** (20/21) (PRATIQUE).

« Moi, elle a changé ma façon de travailler. » (M1)

La plupart des MG rapporte des **réactions négatives de leur entourage professionnel** (15/21) (PRO -) allant de l'inquiétude verbalisée, au rejet et à l'insulte. Cela a même conduit, dans certains cas, à des poursuites judiciaires ou ordinaires. Moins d'un quart a rapporté un entourage professionnel soutenant (5/21) (PRO +).

« *J'étais mal vu par mes confrères bien sûr, j'étais un dealer en blouse blanche.* » (M12)

Quelques MG nous ont rapporté la réaction de leur entourage personnel : un peu moins de la moitié, positivement (9/21) (PERSO +) et très peu, négativement (2/21) (PERSO -).

« *Plutôt aidant, plutôt enthousiaste et aidant. Mais ça, c'était mon entourage personnel familial, mes parents, le conjoint.* » (M17)

Les MG qui ont fait de l'Addictologie ont, dans l'ensemble, une **perception positive de l'influence de leur engagement en Addictologie** (18/21) (POSITIF). Une constatation à nuancer car quelques-uns nous ont tout de même rapporté un bilan plus mitigé (8/21) (NEGATIF) dont un qui en a gardé un souvenir majoritairement négatif.

« *Je n'ai pas de regret, (...) jamais je n'aurais pensé être un jour Maître de Conférence, jamais je n'aurais pensé enseigner à l'Université, jamais je n'aurais pensé faire tout ça, de la recherche, rencontrer des gens intéressants.* » (M11)

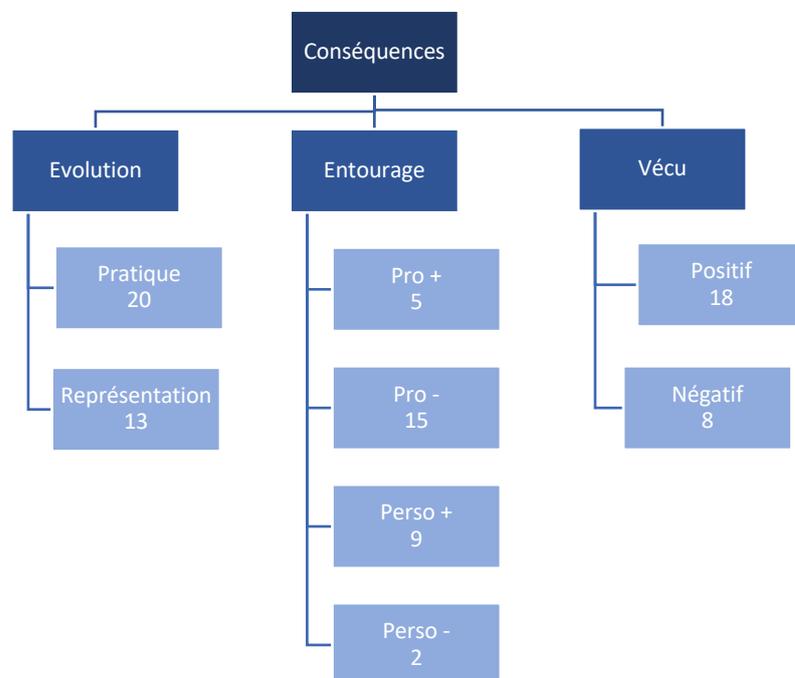


Fig. 6 - Schéma d'analyse des conséquences subjectives de la pratique en Addictologie

2. Perspectives subjectives

Les différents MG que nous avons interrogés nous ont enfin donné ce qui était, pour eux, d'après leurs expériences, les prochaines zones d'action ou les prochains chantiers en Médecine Générale, en Addictologie ou plus largement dans la société, sur lesquels travailler pour améliorer les choses :

- en rapport direct avec la Médecine Générale :

- Revaloriser la consultation de MG
- Améliorer la formation en Addictologie des internes, des MG mais aussi des autres professionnels en contact avec les usagers de drogues

- en lien avec l'Addictologie :

- Créer des outils simplifiant le repérage en Addictologie
- Réévaluer les modalités de certaines prescriptions comme la primo-prescription METHADONE® en MG ou encore celle du METHYLPHENIDATE
- Documenter les nouvelles Addictions

- pour la prise en charge médicale plus large :

- Favoriser une collaboration territoriale, peut être via les CPTS
- Améliorer le lien entre les libéraux et les structures de soins (Hôpitaux, CSAPA, CAARUD)
- Prendre en compte la désertification médicale
- Obtenir un engagement clair au niveau national des actions de Santé Publique et sensibiliser aux problématiques de Santé populationnelles
- Etudier le CBD et le Cannabis thérapeutique
- Améliorer la PEC psychologique et psychiatrique en France peut-être via la PEC systématique par la Sécurité Sociale de la psychothérapie
- Créer un acte cotable de Pharmaco-Addictovigilance

- au niveau de la société :

- Faire évoluer les mentalités dans le monde médical mais aussi sociétal sur les Addictions, le TDAH, la sexualité et les revendications sociales.

DISCUSSION

I. Résumé des résultats principaux

Nous avons réalisé 21 entretiens avec des MG qui ont joué un rôle dans la mobilisation de la Médecine Générale en Addictologie depuis 1980. C'étaient des MG en début de carrière et qui n'avaient pas eu de formation préalable dans l'abus des psychotropes. Plus de la moitié avait préalablement un engagement qu'il soit politique, religieux, social, associatif, syndical. En l'absence d'alternative de prise en charge, ils se sont presque tous regroupés pour échanger et se former afin de sortir de leur isolement. Secondairement, les trois quarts ont bénéficié de soutiens des administrations, notamment financier. Mais, les rapports avec ces dernières ont été tantôt porteurs, tantôt limitants, en fonction des orientations politiques des différents interlocuteurs et des circonstances.

Une majorité a transmis leur expérience sous forme d'outils et/ou d'enseignements. Moins d'un quart a déclaré avoir validé un diplôme d'Addictologue. Cette expérience a modifié leurs représentations en Addictologie dans deux tiers des cas, et, chez quasiment tous, l'ensemble de leur pratique.

Cependant, les trois quart ont été confrontés dans leur entourage professionnel à des situations difficiles, voire conflictuelles, en raison d'un écart important des représentations de l'Addictologie et des usagers.

Presque tous ces MG gardent un vécu positif de cette mobilisation.

II. Forces et limites

1. Validité interne

Cette enquête présente des aspects positifs en termes de validité :

- La réalisation des entretiens a été faite auprès de MG choisis ayant chacun une large expérience dans le dynamisme historique étudié.
- Afin de diminuer l'impact des biais liés à l'observateur, le premier entretien a été co-réalisé et tous les entretiens ont fait l'objet d'une double lecture. Chacun des 2 Doctorants a codé de façon indépendante. L'analyse a fait l'objet d'un consensus.

Elle souffre cependant de quelques limites :

- Biais méthodologique : les 2 Doctorants n'avaient jamais fait passer ce type d'entretien avant ce travail de thèse. Même si la qualité de l'application de la méthode d'entretien s'est améliorée au fur et à mesure des entretiens, ce ne sont pas des chercheurs en Sciences Humaines expérimentés. Ils ont pu négliger des aspects importants. Diminuer ce biais nécessiterait de faire passer des entretiens par des chercheurs plus expérimentés.
- Biais d'échantillonnage : le nombre d'entretiens a été limité, il reste un doute sur la saturation des données. Beaucoup de MG n'ont pu être joints, certains sont décédés. De plus, les MG recrutés faisaient partie de la base nationale qu'avait créé le mouvement G&T. Ce mouvement a certes rassemblé une grande partie des initiatives françaises mais certainement pas toutes. Il serait intéressant de poursuivre les entretiens avec d'autres MG qui n'en ont pas fait partie.
- Biais de mémorisation : il faut aussi noter que ces entretiens étant autobiographiques, sur une période couvrant plus ou moins ces 40 dernières années, il est clair qu'il y a un biais de mémorisation inhérent à la méthode rétrospective. Toute histoire personnelle est toujours une reconstruction au moment de l'expression.
- Biais de désirabilité sociale : les personnes qui répondent à un entretien agréablement présenté ont tendance à répondre dans le sens du désir qu'ils supposent chez l'enquêteur. La qualité des réponses est donc fortement liée à la vigilance de l'enquêteur pour ne pas induire de réponse. Ce biais est lié à l'expérience de l'enquêteur.
- Effet Hawthorne : ces MG savent qu'ils ont été sélectionnés parce qu'ils ont participé à une expérience originale. La tendance est d'en être valorisé et donc de modifier la présentation de leur histoire sous un jour plus favorable ou qui correspond à leur personnalité. Ce biais est majoré par le faible nombre d'entretiens.
- Biais d'interprétation : les 2 doctorants sont d'une génération bien plus jeune que celle des MG interrogés, certains propos ont pu être déformés ou mal interprétés. La pratique des mots clés limite cependant cet effet.

2. Validité externe

Ce travail singulier se situe dans la littérature historique médicale.

Notre observation d'une réaction autonome des MG créant des réseaux professionnels et interprofessionnels face un phénomène nouveau converge avec celles relatées dans *L'Histoire de la Médecine Générale de 1945 à nos jours* d'Yves Gervais. Il évoque notamment l'apparition spontanée, de façon répétée de réseaux « *lorsque le système de Santé et de protection sociale s'est retrouvé dans l'incapacité d'apporter une réponse rapide et structurée à un évènement sanitaire* » [22].

Dans son ouvrage *Singuliers Généralistes*, François Xavier SCHWEYER situe le changement de mode d'organisation des MG « *par le souci de répondre à un besoin de Santé non satisfait ou à un dysfonctionnement qu'il s'agit de surmonter* ». Il évoque comment des Médecins s'organisent pour répondre à différentes problématiques, que ce soit en mettant en place un réseau ville-hôpital pour des patients diabétiques, ou l'organisation d'un réseau pour améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dans un canton rural [10, p.288].

La crise CoViD que nous venons d'essayer en est un autre exemple comme le souligne l'un des MG que nous avons interrogés : le manque d'organisation initial local pour répondre à la crise CoViD, l'a incité à s'organiser avec d'autres praticiens libéraux et les cabinets infirmiers libéraux locaux. Ils ont mis en place des circuits de prise en charge distincts entre patients CoViD+ et CoViD-, et mis en commun des ressources logistiques et matérielles à partir de l'expérience des réseaux précédemment acquise.

Cet aspect est retrouvé dans une expérience de mise en place dans le Thouarsais, d'un centre de vaccination de proximité contre le CoViD. Les professionnels de Santé libéraux l'ont mis en place pour pallier aux difficultés logistiques de la campagne de vaccination, notamment l'approvisionnement en vaccin. Cette expérience a été facilitée par l'organisation de ces professionnels en CPTS [23]. Or de par leur organisation, les CPTS reflètent cette volonté d'aller au-delà d'une simple réponse à un symptôme mais d'envisager la Santé par une coordination interprofessionnelle. Cette réponse avait été largement amorcée par l'organisation des MG face aux toxicomanies et au SIDA.

Les réactions de l'administration française, décrites dans notre enquête, ne semblent pas spécifiques de ce phénomène émergent : les initiatives sont d'abord observées puis casées dans

les référentiels en cours. Ce n'est qu'ensuite que la multiplication des initiatives ou l'intensité des phénomènes interrogent les responsables.

A ce stade, la Belgique a réagi précocement de façon opérationnelle. Comme la France, elle a été touchée dès les années 1970 par les problèmes liés à l'usage de drogues avec des réponses législatives tout aussi répressives [24, p.78]. Certains des MG Belges, confrontés à ces problématiques et sans alternative de prise en charge, ont expérimenté la prescription de traitement à visée substitutive en dehors du cadre réglementaire. Malheureusement, certaines des expérimentations de ces « *cowboys de la substitution* » se sont soldées par des décès [25]. Cela a entraîné une réponse judiciaire, des poursuites et condamnations pour « *entretien de la toxicomanie* » [24, p.509]. Le problème demeurant, les Dr LECLERCQ et KICQ ont sollicité la Société Scientifique de Médecine Générale et le Département des Affaires Sociales de la Santé pour répondre au besoin de formation des acteurs de première ligne [26]. Cela a conduit, en 1992, à la création et au financement par l'administration centrale du Réseau « *Alto* » qui formait les intervenants en Addictologie.

Ainsi, face au même problème de la toxicomanie, la Belgique et la France ont répondu sous des formes différentes. Là où, en France, des MG de base ont créé des réseaux pour se former et ont été secondairement soutenus par les administrations, en Belgique, ce sont les institutions qui ont financé directement la création et le fonctionnement du réseau Alto concernant tout le pays.

En France, la multiplication des initiatives de la base a été progressivement cadrée. Ainsi, pour faire face à l'épidémie de SIDA, le décret n°87-328, dit décret BARZACH [27], a autorisé la vente libre des seringues en Pharmacie par abrogation du décret du 13 mars 1972 [16]. Cela était un changement de politique puisque la France passait légalement d'une politique toute répressive à celle de la réduction des risques. Cette décision a été pérennisée par le rapport Trautmann en décembre 1989 qui annonçait la création de trois programmes d'échange de seringues (PES) à Paris, Marseille et Saint-Denis [16].

La mise sur le marché en mars 1996 du SUBUTEX®, Buprénorphine Haut Dosage, a été un tournant car elle impliquait massivement les MG. Elle a fait suite à des initiatives de prescriptions du TEMGESIC® comme médicament de substitution par des MG entrepreneurs malgré les critiques [16].

On peut ensuite évoquer les efforts de Bernard KOUCHNER. Dès octobre 1992, il proposait un plan Toxicomanie-SIDA, en tant que Ministre de la Santé, qui a été rejeté par le

Gouvernement BEREGOVOY [16]. Dans un discours réalisé en 1999, au cours de la conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, il confirmait le rôle précurseur des associations de patients et des MG qui, bien que dans l'illégalité, avaient pris en charge ces patients [28]. L'étape essentielle a été la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins de mars 2002, dite loi Kouchner [29], qui a figé certaines nécessités. Elle a reconnu légalement l'utilité des réseaux et formalisé les financements possibles [10, p.287-8]. Mais, dans le même temps, la formalisation des demandes de financements alourdissait administrativement le fonctionnement des réseaux [10, p.294-5].

En France, l'administration centrale (la DGS) a apprécié et soutenu précocement la tentative de regroupement national Association Généralistes et Toxicomanies (G&T National) [30]. Localement cela a été très variable et dépendant des personnes, des relations et des opportunités. Les MG sont par définition des libéraux. Ils se sont adaptés difficilement aux arcanes et nécessités administratives. La pratique d'une Médecine en colloque singulier avec des « *vrais gens* » et la certitude de connaître la vraie vie les tient éloignés des préoccupations et nécessités de santé publique ainsi que du souci de la dépense publique que pratique l'administration [10, p.285].

Dès lors les MG et leurs collaborateurs ont dû choisir : garder leur autonomie libérale mais sans la reconnaissance et le soutien de l'administration, ou bien s'adapter aux exigences, aux dossiers et aux configurations obligées. A partir de là, les expériences de réseaux ont divergé. Chacun de nos témoins a vécu cela et chacun l'a vécu différemment. Cet aspect de dépendance et de vulnérabilité aux financements publics suivant les méandres de l'évolution des politiques de Santé est évoqué dans l'ouvrage de François-Xavier SCHWEYER [10, p.295].

Mais ceux qui ont fait l'effort d'adaptation ont ouvert la voie aux nouvelles collaborations interprofessionnelles : plate-forme territoriale d'appui [31], communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), remboursement de psychologue par le dispositif MonSoutienPsy [32] entre autres...

La majorité ont essayé de transmettre leur expérience. Certains l'ont fait en milieu universitaire. Or l'enseignement de l'Addictologie se répartit actuellement dans les Facultés françaises en 3 groupes à peu près égaux : obligatoire, optionnel et disséminé dans des ateliers non spécifiques [33, 34]. On peut s'interroger sur le caractère encore relativement marginal donné dans l'enseignement d'une discipline qui traite de la première cause de mortalité évitable [2].

Il reste un point qui a été peu abordé : celui de la réaction des confrères Psychiatres qui mériterait une étude plus développée. Après des débuts d'ignorance du phénomène en le cantonnant à de rares institutions, la Psychiatrie française et internationale a travaillé à revoir le concept d'addiction essentiellement à partir des travaux neurobiologiques. Les références psychanalytiques se sont effacées progressivement devant les progrès des neurosciences [35]. Ainsi l'addiction est devenue une maladie, et pas seulement une déviance sociale, nécessitant une approche spécifique [36].

Les Psychiatres ont accompagné, souvent soutenu, le mouvement que nous avons décrit mais sans le piloter. Ils ont progressivement dessiné une discipline, l'Addictologie, qui tend à devenir autonome.

III. Enjeux et réflexions

Pour poursuivre le travail effectué ici, il serait intéressant d'effectuer d'autres entretiens avec la même grille mais avec des sources plus diversifiées.

On s'est ici cantonné à vérifier un nombre limité d'hypothèses. Des études qualitatives pourraient approfondir le sujet en explorant des thématiques auxquelles nous n'avons pas pensé. Des études quantitatives pourraient en mesurer l'incidence réelle. Le profil des MG engagés, leur niveau d'isolement, leur rapport avec les non MG, leur rapport avec les structures, associatives ou administratives sont autant de pistes à ouvrir.

Un pan considérable a été à peine survolé : celui de la formation. Comment est enseigné l'Addictologie en Médecine Générale ? Qui l'enseigne ? Mais aussi de façon plus large, en quoi la réflexion, l'organisation puis l'enseignement de l'Addictologie a modifié l'enseignement même de la Médecine Générale ? En effet nous avons observé dans notre enseignement que de nombreuses thématiques abordées par le DMG de Poitiers auprès des internes semblent venir des acquis de l'Addictologie : le déni, savoir dire non, gérer le tiers en consultation, aborder les demandes cachées, décider sans savoir, l'entretien motivationnel, l'intervention brève, gérer la rechute..... Est-ce une conséquence directe ? Quand est-il dans d'autres facultés ?

De par leur proximité avec les patients, les MG représentent le premier recours. Leur capacité adaptative a permis de répondre, on l'a vu, à des situations nouvelles (toxicomanie et SIDA, CoViD). Le travail en réseau a facilité l'organisation de cette réponse faisant des MG

un pilier de la résilience du système de Santé français. Il serait intéressant d'étudier la façon de soutenir cette puissante ressource.

CONCLUSION

Certains MG se sont impliqués dans la prise en charge addictologique dès les années 1980. Sans profils très spécifiques, ils se sont tous retrouvés dans une situation similaire : faire face à des demandes de patients, pour lesquels il n'existait pas d'offre de soin adaptée, de prise en charge claire, et pour lesquelles ils ne se sentaient pas formés. Les résultats de cette étude semblent indiquer que la nécessité fait loi. Ils ont réagi de manière assez semblable en se regroupant pour échanger et se former afin de pouvoir proposer une solution adaptée à ces patients. L'investissement dont ils ont fait preuve a modifié durablement leurs représentations, ainsi que celles de la société, et leur pratique médicale dans son ensemble.

Cette étude semble montrer la position centrale du MG pour faire face à un phénomène nouveau. C'est l'arrivée du VIH qui a légitimé leur action aux yeux des pouvoirs publics, mais ces MG étaient souvent déjà mobilisés auprès des usagers de drogues. L'implication des institutions a permis d'augmenter la portée des actions déjà engagées par les MG, cependant, cela les a rendus dépendants aux financements et aux politiques. Cela a parfois fragilisé voire détruit des réseaux par ailleurs fonctionnels.

Une part des enseignements tirés de la pratique addictologique est aujourd'hui enseignée dans la formation prodiguée au DMG de Poitiers, ce qui permet aux jeunes internes, sans nécessairement le savoir, d'être bien mieux préparés à faire face aux différentes demandes que leur feront leurs patients.

Même si le travail qu'ont réalisé ces MG a grandement contribué à faire évoluer les représentations du monde médical et de la société sur l'Addictologie, cette discipline et les usagers de drogues restent, malgré tout, fortement stigmatisés. Il reste encore beaucoup de travail et de réflexions à mener, pour faire évoluer les mentalités de nos confrères et consœurs, mais aussi des pouvoirs publics et de l'ensemble de la population.

ANNEXES

Annexe 1 - Grille d'Entretien pour enquête HiMoGa

-> Introduction du guide d'enquête :

La prise en charge des Addictions, en France, est largement faite par les Médecins Généralistes (MG), cela depuis les années 1970 et jusqu'à aujourd'hui. Afin d'étudier ce phénomène, nous menons une étude, HiMoGa, qui essaie de comprendre ce mouvement original. Dans ce cadre, nous interrogeons les principaux acteurs de ce mouvement à savoir les MG eux-mêmes.

-> Talon du questionnaire d'enquête :

L'enquêté

- Présentez-vous
- Votre nom ? Votre prénom ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre parcours professionnel dans la Médecine Générale ?

L'enquêteur

Se présenter

- Nom Prénom
- Age
- Profession

L'entretien

- Contexte de l'entretien : lieu et date
- Durée
- Support (magnéto puis retranscription écrite)
- +/- Lieu de conservation et de consultation

-> Grille d'entretien :

Le témoin

Les caractéristiques du témoin (type exercice, où, ancienneté de l'exercice, et actuellement)

Lorsque vous avez commencé à prendre en charge des patients pour leurs addictions :

Exerciez-vous plutôt en libéral ou bien en hospitalier ? Les 2 ?

Où vous étiez vous installé ?

Depuis quand ?

Ses représentations de l'addiction et du rôle de la MG dans la prise en charge.

Qu'est-ce qu'un Médecin ?

Qu'est-ce qu'un MG ?

Qu'est-ce qu'était l'addiction pour vous ? Et aujourd'hui ?

Comment vous représentiez vous un patient addicté ? Et aujourd'hui ?

Pour vous, quel était votre rôle pour ces patients ? Et aujourd'hui ?

Comment votre entourage a-t-il réagi au fait que vous preniez en charge des patient addictés ?

Sa rencontre avec l'Addictologie (circonstances du début : démarche personnelle ou requise ? par qui ?)

Pourquoi avez-vous commencé à faire de l'Addictologie ?

Qu'est-ce qui vous a poussé à vous occuper de ce type de patient ? Ethique ? Déontologique ?

Morale ? Politique ? Religieux ? Des raisons personnelles ?

Dans quelles circonstances ?

Quelle part de votre activité représente la prise en charge addictologique ?

Période de mobilisation dans l'Addictologie.

Depuis quand faites-vous de l'Addictologie ?

Est-ce que vous faites toujours de la prise en charge addictologique ?

Les formes d'engagement et leur évolution (formation ? où / quand / comment ?)

Les mobilisations locales

Les origines de la mobilisation

Comment vous êtes-vous organisé ?

Les acteurs

Avec qui ? (Médecins ou non)

Comment les avez-vous contactés ?

Les fonctionnements

Sous quel mode de fonctionnement ? Associatif ?

Quels ont été les avantages et les inconvénients de ce type de fonctionnement ?

Comment cela a-t-il évolué ?

Comment avez-vous financé tout ça ?

Le rapport avec l'administration (la constitution administrative, les finances, le rapport avec la tutelle)

Quels ont été vos rapports avec l'administration ? Locale ? Régionale ? Nationale ?

Synthèse et analyse (subjectivité)

Impression générale (partie à laisser ouvert)

Avec le recul, que pensez-vous de votre engagement dans ce mouvement de prise en charge addictologique par les MG ?

Le vécu personnel (les apports à ma personnalité et à ma pratique, les regrets)

Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

Au niveau personnel ?

Cela a-t-il modifié votre pratique professionnelle ? Dans les autres domaines (non addictologique) ?

Des regrets ?

La structuration de la mobilisation (les forces et les faiblesses, les apports à la Médecine, à la population, les écueils)

Perspectives

Comment verriez-vous l'avenir ?

Qu'est-ce qui peut évoluer selon vous pour aider ces patients ?

Annexe 2 – Messages-type

Message de premier contact :

Bonjour,

Je m'appelle XXX Interne en MG à la Faculté de Poitiers. Je réalise ma thèse dans le cadre de l'étude HiMoGa dirigée par le Pr Binder. Nous étudions la mobilisation des MG en addictologie de 1970 à nos jours, pour comprendre ce mouvement original. Pour ce faire, nous souhaitons nous entretenir avec les MG acteurs de cette mobilisation. Seriez-vous d'accord pour participer à cette étude sous la forme d'un entretien ?

Dans l'attente de votre réponse, cordialement

Signature

Message de confirmation :

Bonjour,

D'abord, merci pour votre réponse positive.

Il s'agira d'un entretien téléphonique. Il sera enregistré par magnétophone pour faciliter l'archivage, la retranscription ainsi que le traitement ultérieur des données.

La durée prévisible habituelle de l'entretien est d'environ 1h-1h30.

Pourriez-vous me communiquer vos disponibilités pour réaliser cet entretien ?

Dans l'attente de votre réponse, cordialement

Signature

Annexe 3 – Tableau de synthèse des entretiens

A partir de la page suivante

	1 = PROFIL PARTICULIER	2 = MODE D'ACTION	3 = CONSEQUENCES
<p>MEDECIN 1</p> <p>Homme</p> <p>Généraliste Installation 1982</p> <p>Charente Maritime (17)</p> <p>Issu d'une famille chrétienne</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Pas de formation initiale Formation décevante à l'Abbaye (Paris) (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Envie de faire de l'humanitaire : envoi de médicaments en Afrique mais expérience décevante « Désœuvrement d'enthousiaste » (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> - Overdose d'une patiente peu après son installation (PEC en Psychiatrie) - Implantation post cure en 1983 : y faisait les entrées (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Exercice rural libéral (SOLE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussions informelles avec des Psychiatres de Bordeaux (2 ans) (AUTOFORMATION) - Groupes de pairs (ECHANGE) <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1983 : entrées médicales dans un centre de post cure - Création séminaire addicto sur 2 jours avec G. SORBE - 1985-86 : enquête par Minitel auprès de MG intervenant en post cure, questionnaires via La Poste - 1987 : création réseau local avec MG ayant participé au séminaire = MGTox (FONDATION) - Appel dans la presse spécialisée = création GT National - Publications de recherches sur Addicto et Adolescents, créations d'outils de repérage (TS-TS Cafard, BITS) / vidéos pédagogiques, direction de thèses (OUTILS) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation du réseau local MG Tox à la DGS, financement local par DDASS (SOUTIEN) - Financement par le Ministère de la Santé des congrès nationaux et création PNR - Arrêt des financements en fonction des politiques > Manque de fiabilité des financements > liquidation association (FREIN) (FLUCTUATION) - Interlocuteur privilégié = financements facilités (INDIVIDU) <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacataire dans un CH en Addicto puis auprès d'adolescents - 15% de sa patientèle MG - Président honoraire DMG de la Faculté de Médecine de Poitiers (ENSEIGNER) 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Initialement toxicomanie = peur, marginalité, clinique grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différence OH / tabac vs toxicomanie - « bricolage » (morphine, antalgiques) par essais mais erreurs <p>Vers compréhension neurobiologique à partir des années 2000 (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Entourage privé et de son village ont eu réaction soutenante en majorité Quelques inquiets (matériel d'injection laissé devant le cabinet) (PERSO +)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement de la façon de travailler par modification du rapport à l'autre - Accompagnement, prise en charge humaine (PRATIQUE) - Engagement au-delà de la Médecine (politique, enseignement) <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Histoire humaine » - Stimulation par la bataille des concepts > évolution des représentations (POSITIF) - Chronophage et énergivore : nécessité de suivre orientations politiques > décourageant (NEGATIF) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des MG - Création d'outils de simplification de l'addictologie - Engagement d'actions de Santé Publique

<p>MEDECIN 2</p> <p>Homme, 65 ans</p> <p>Généraliste Actif Installation 1983 (vers 30 ans)</p> <p>Seine St Denis (93)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Pas de formation initiale (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Dès son installation, demande de certains de ses patients (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Cabinet de groupe, en ville mais peu ou pas d'alternative (ISOLE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A répondu à l'appel de J. CARPENTIER sur la substitution - Lecture de publications, rencontres avec d'autres professionnels (REPSUD, réunions entre ECIMUD, Pharmacien de son quartier) (AUTOFORMATION) (ECHANGE) (RESEAU INFORMEL) <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1993 : réseau ville – hôpital addicto à l'instar de la DDASS (ADHESION) - 1993 : création du réseau Valjean (Secrétaire Général) (FONDATION) > formation des autres professionnels à la PEC addicto mais qui a finalement PEC directement les patients - Evolution vers consultation hospitalière (fonds hospitaliers) en lien avec le CSST - Projet de création de service addicto (regroupant OH, tabac, drogues illicites) mais bloqué par la DDASS, qui a finalement abouti au CSAPA, facilité car travaillait déjà avec toutes les équipes locales <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien ++ de son CDOM : certains conseillers faisaient de la substitution, pas de difficulté pour obtenir des carnets à souche - A participé au Comité de Suivi de la Substitution dirigé par la DDASS - Subvention du réseau Valjean par DDASS (SOUTIEN) - Exercice facilité quand hospitalier car fonds hospitaliers mais projets de ville souvent bloqués par financements au gré des changements de Médecins inspecteurs de la DDASS (INDIVIDU) (FLUCTUATION) <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercice en ELSA hospitalier, alcoologie puis CSAPA - Resté MG, pas addictologue - Mi temps MG / PH en CSAPA hospitalier - MSU et enseignant MG (ENSEIGNER) 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Initialement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vision différente entre toxicomane (idéaliste cherchant à extorquer une prescription) vs OH (violent) - But = sevrage, pas de substitution <p>Puis vision médicale = problème de santé à traiter en tant que tel via traitement de substitution, ce qui a permis de travailler le rester (comorbidités psy ou infectieuses) (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Associés compréhensifs (un autre était également prescripteur) ou dans l'opposition (« dealer en blouse blanche ») (PRO +) (PRO -) Entourage personnel inquiet mais pas limitant</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avancée pour la PEC des patients complexes - Connaissance privilégiée en Psychiatrie (PRATIQUE) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inquiétude ++ sur la PEC encore limitée en MG - Nécessité de former davantage les étudiants MG en addicto - Favoriser la collaboration à l'échelle d'un territoire via les CPTS pour « ne pas être seul lors de la PEC », intégrer les CSAPA
--	--	--	--

<p>MEDECIN 3</p> <p>Homme, 64 ans</p> <p>Généraliste Actif Installation 1974</p> <p>Côte d'Or (21)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Pas d'investissement particulier, notamment religieux (NON ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Peu exposé dans son cabinet Sollicité rapidement après son installation par une patiente qui était Présidente du CSST local déjà en place en 1974 (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Cabinet de ville, mais installé seul Aucun lien avec hôpital (ISOLE)</p>	<p><u>Formation :</u> Lecture ++ de la littérature américaine, travaux de J. CARPENTIER (AUTOFORMATION)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CSST local jusqu'en 2003 mais difficulté initiale au sein du groupe (beaucoup avaient visée répressive de la toxicomanie) (ADHESION) - 2003 – 2018 : Travail en UCSA où il a été chargé par la DDASS d'introduire les TSO - 2003 : création association GT21 et réseau RETOX 21 (FONDATION) sur des fonds du réseau ville – hôpital qui n'a jamais existé, plutôt un réseau ville – CSST ayant pour but formation des autres professionnels de santé autour de l'addicto (ECHANGE) - 2011 : séparation du réseau avec CSST, réseau est devenu HEMERA qui prend en charge toutes les addictions, en lien avec hôpital <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CSST financé par DDASS - Financement asso et réseau local par DDASS puis ARS, facilité car il avait des contacts privilégiés, il avait créé « un réseau au sein DDASS » (SOUTIEN INDIVIDU) - Difficulté secondaire de financement par ARS, retard des financements, beaucoup de demandes (listes de patients, extension du réseau au niveau départemental ou régional) (FREIN) <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de DU d'addictologie - Mi-temps MG orienté addicto et PH en service addicto 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Au départ, addiction vue comme une « <i>nébuleuse inconnue</i> » puis compréhension de la physiopathologie Pas de réel changement de la vision du patient, toujours vu comme une personne en souffrance (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bienveillance de l'entourage personnel et des patients (PERSO +) - Difficultés avec certains collègues notamment Psychiatres de l'UCSA qui le voyaient comme « <i>dealer</i> » (PRO -) <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprentissage d'outils pour la MG : hypnose, TCC, communication, entretien motivationnel (PRATIQUE) - Lui a évité de faire un burnout en lui donnant un but ce qui a évité de se lasser de la MG <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de légitimer sa compétence lorsqu'on est MG - Chronophage ++ (temps perdu en réunions stériles avec les instances) : coût financier en étant libéral (NEGATIF) - Accomplissement personnel : devenir une « <i>référence</i> », aider les patients (POSITIF) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Associations qui reposent souvent sur un nombre restreint de personnes : quelle évolution à leur départ ? - Évoluer vers associations plus structurées pour avoir une meilleure représentabilité mais en évitant hospitalocentrisme : intérêt des CPTS ?
---	--	--	---

<p>MEDECIN 4</p> <p>Homme, 70 ans</p> <p>Généraliste Actif</p> <p>Aisne (02)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Il y a une vingtaine d'années, au moment de l'AMM des TSO car son fils avait un problème d'addiction (CONTACT TARDIF) Raison éthique aussi (approche empathique) Envie de diversifier</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Très isolé, peu d'alternative (ISOLE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lectures notamment de la littérature étrangère (AUTOFORMATION) - Rencontre avec P. VENTROUX suite à la publication par celui-ci d'un article dans <i>Le Flyer</i> sur la PEC humaniste en Addictologie (ECHANGE) <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un réseau internet « <i>Yahoo Groupe</i> » appelé MG Addiction (FONDATION) qui a rejoint la Fédération Addiction dont il a été plus tard le Coordinateur - Création avec l'ARS d'un CSAPA à l'hôpital local (financement hospitalier) - Création de vidéos pédagogiques / sites internet « <i>interveniraddiction.fr</i> » (OUTILS) - A été vite étiqueté « <i>Médecin addicto</i> » donc recevait les patients de ses collègues <p><u>Rapports avec l'Administration :</u> Quasi aucun : volonté d'un réseau sans financement suite aux mauvaises expériences financière de GT (AUCUN)</p> <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Retraité libéral mais a gardé son activité au CSAPA hospitalier - Pas de DU d'Addictologie 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Initialement une approche très médico – centrée (« <i>donner un médicament</i> ») puis évolution vers une vision et une approche bio psycho sociale (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entourage personnel le trouvait accaparé mais intéressé donc a eu peu de réaction - Quelques patients ont changé de médecin car le trouvaient « <i>trop long</i> » (avait un collègue antithèse qui allait très vite « <i>pour faire du chiffre</i> ») (PRO -) <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lui a apporté une « <i>expertise psychiatrique</i> » - Approche de non jugement (PRATIQUE) <p><u>Vécu :</u> Apports personnels et sur sa pratique, intérêt important (POSITIF)</p> <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail sur la primo prescription de METHADONE en MG - Vision assez pessimiste du fait de la pénurie médicale actuelle (moins de médecins = moins disponibles)
---	---	--	--

<p>MEDECIN 5</p> <p>Femme, 69 ans</p> <p>Généraliste Retraitée Installation 1980</p> <p>Paris (75)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Très peu Avait passé quelques jours à l'Abbaye à Paris (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Demande des patients de son cabinet, « <i>n'a simplement pas fermé la porte</i> » dans le contexte VIH (CONTACT PRECOCE) Pas de raison spécifique</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Associée avec un MG lui aussi très investi Initialement peu d'aide des autres confrères MG avant REPSUD (SOLE) Échec du réseau ville hôpital local et des structures d'accueil (peu souples, rétention des patients)</p>	<p><u>Formation :</u> Apprentissage clinique auprès des patients (AUTOFORMATION)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Publication d'une étude sur leurs patients dans la presse spécialisée - Publication dans <i>Le Monde</i>, d'un appel aux autres professionnels de santé à réaliser la PEC des patients addictes > création du réseau REPSUD qui permettait d'échanger sur des cas (FONDATION) (ECHANGE) - Réunions / échanges autour de cas avec l'hôpital local, les ECIMUD - Création d'un réseau informel local (ex : maternité) et national (son confrère a sillonné la France pour rencontrer d'autres professionnels, ce qui permettait d'adresser les patients qui déménageaient par ex.) (RESEAU INFORMEL) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Procès au Pénal contre le CDOM qui limitait la distribution des carnets à souche pour la prescription, devait aller les chercher chaque semaine en présentiel (FREIN) - Aucun rapport de financement <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de diplôme d'addictologie - A exercé en CAARUD puis CSAPA - MSU (ENSEIGNER) 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Peu de changement dans sa vision du patient « <i>malade en demande d'aide</i> »</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Associés également militants - Certains autres médecins dans l'opposition « <i>dealer en blouse blanche</i> », poursuites judiciaires (PRO -) - Entourage personnel et patients compréhensifs et bienveillants (PERSO +) <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement de la façon d'être en consultation « <i>ils vous obligent à être vous-même</i> » « <i>les masques tombent</i> » (parallèle avec les soins palliatifs) - Remise en question de la pratique, accepter l'échec (PRATIQUE) <p><u>Vécu :</u> Fierté des apports du REPSUD (POSITIF)</p> <p><u>Perspectives :</u> Accentuer la formation des MG car patients nombreux donc besoin d'un accès facile au soin</p>
---	--	---	---

<p>MEDECIN 6</p> <p>Homme, 45 ans</p> <p>Généraliste Actif Installation 2004</p> <p>Paris (75)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Stage en Maladie infectieuse (formation sur VIH, hépatites) Stage en Psychiatrie mais expérience négative Stage en Médecine Interne qui faisait aussi de service de sevrage et ELSA (FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Aucun rapporté, seulement des réflexions éthiques personnelles</p> <p><u>Rencontre initiale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Situations rencontrées au cours de ses études, a accompagné des camarades « <i>accrochés</i> » et a développé un attrait pour addicto - A pris la succession du Médecin 5 qui était sa MSU <p>(CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Contacts déjà établis avec structures alentours durant ses études ++ (ENTOURE)</p>	<p><u>Formation / Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrivé après la période de militantisme - A profité d'un réseau déjà existant et créé au cours de ses études (RESEAU INFORMEL) - Participe à d'autres réseaux (ADHESION) <ul style="list-style-type: none"> • MG Addiction : forum avec « <i>parole libre</i> », cas cliniques partagés et adaptés à la PEC en MG « <i>qui s'éloigne parfois des objectifs</i> » (ECHANGE) • Fédération Addiction - Échanges avec acteurs locaux (ASE, commissariat) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u> Aucun rapport de financement (AUCUN)</p> <p><u>Spécialisation :</u> A exercé en CSAPA Pas de diplôme d'addictologie</p>	<p><u>Évolution de la représentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Peu de changement car patient toujours vu comme un malade lambda, souffrant, en demande d'aide - Porte une attention particulière mais comme il porterait sur d'autres pathologies (ex : initiation insuline) <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Pas de réaction spécifique Crainte de certains professionnels (PRO -)</p> <p><u>Apports pour la pratique : (PRATIQUE)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Globalité : ne pas se centrer sur la maladie mais sur l'individu - Rôle du MG : accompagner mais pas forcément guérir <p><u>Vécu : (POSITIF)</u> Apprécie la complexité : challenge</p> <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte de l'impact de la désertification médicale qui va probablement toucher ces patients ++ - Développer le rôle complémentaire de la MG auprès des hôpitaux, associations - Continuer d'apporter aux instances des réflexions autour de l'addictologie en MG
---	--	--	--

<p>MEDECIN 7 Homme, 72 ans Généraliste Actif Installation 1976 Paris (75)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune formation (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Première promotion DU de MG - Enseignant de MG, MSU - Création d'un syndicat MG (Mouvement Action Généraliste) > MG France (ENGAGE) <p><u>Rencontre initiale :</u> Rapidement après son installation, demandes détournées d'opiacés par certains de ses patients > confrontation avec un patient qui lui a avoué sa vraie demande Raison éthique / morale et déontologique, volonté d'aider ses patients (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> 3 centres à Paris pour prescription des TSO et 1 autre MG (J. CARPENTIER), PEC par les centres spécialisés ne lui convenait pas. Rares Psychiatres intéressés (ENTOURE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoformation surtout (AUTOFORMATION) - Discussion avec collègues via son propre carnet d'adresses (RESEAU INFORMEL) <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de réseaux plus formels favorisés par l'apparition du VIH, réseau RIVE GAUCHE puis REPSUD avec J. CARPENTIER : réunions, discussions autour de cas pour avoir une réflexion commune, pas de financement (FONDATION) (ECHANGE) - Formation des étudiants à la Faculté de Bobigny : écriture d'un polycopié bien accueilli par ses collègues (1980), venue de patient expert en cours - Écriture de nombreux ouvrages > présentation / conférences en Europe - Création d'un module de psychothérapie pour le CNGE - Réalisation d'études en alcoologie (BACLOVILLE) mais beaucoup d'opposition <p><u>Rapports avec l'Administration :</u> A volontairement chercher à les éviter (AUCUN)</p> <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de diplôme d'addictologie mais rôle implicite <ul style="list-style-type: none"> • MG pour ses patients • Addictologue pour les patients envoyés par ses confrères pour la PEC particulière de cette pathologie - Devenu MCU puis PU-PH de MG (ENSEIGNER) - Est entré à l'Académie de Médecine 	<p><u>Évolution de la représentation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur au départ (a fait de l'aïkido) - A toujours eu une vision identique, d'un patient en demande d'aide comme tout patient en MG et forme ses étudiants en ce sens (REPRESENTATION) <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réactions de peur ou d'opposition des autres professionnels, le considéraient comme « dealer » et ne l'ont pas admis ensuite (« ils ont retourné leur veste ») (PRO -) - travaille avec épouse Psychanalyste (PERSO +) <p><u>Apports pour la pratique : (PRATIQUE)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprentissage de la globalité, de l'empathie, de la tolérance, du non jugement - Force le Médecin a changé ses représentations - Création d'un réseau important pour la suite (étude BACLOVILLE) <p><u>Vécu :</u> S'est senti souvent « court circuité » en tant que MG (par les labos, les politiques, certains spécialistes). A trouvé plus d'écho en tant que PU-PH (NEGATIF)</p> <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accentuer formation MG en addictologie, encore trop peu répandue, dédramatiser la PEC et le suivi - Recherches en MG : nouvelles addictions, CBD, primo prescription de METHADONE® ... - Problème toujours actuel du financement des réseaux dès lors qu'ils sont formels (ex : CPTS) - Changer le rapport à l'ethnicité, la sexualité, au genre pour mieux apprécier le patient dans sa globalité
--	--	--	---

<p>MEDECIN 8</p> <p>Homme, 70 ans</p> <p>Généraliste Addictologue</p> <p>Actif</p> <p>Thèse en 1979 mais installation 1987 ou 88</p> <p>Paris (75)</p> <p>Père Médecin interniste qui réfutait toute dimension psychique</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune formation (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pause sabbatique de 3-4 ans avec formation approche psychosomatique de la nutrition et de la prévention - Rencontre avec yogi, pratique ++ du yoga - A fait plusieurs métiers (chantiers marins, etc.) <p>> Besoin de se trouver un but (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Frère ayant un problème OH : tabou familial - A remplacé un peu son père et y a rencontré un patient du cabinet en manque qui a fait une overdose quelques jours plus tard <p>(CONTACT PRECOCE)</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'est installé plus tard « <i>Médecine Psychosomatique et Nutrition</i> » et y a retrouvé des patients SIDA dont certains toxicomanes <p><u>Niveau d'isolement :</u> Peu de lieu de PEC des patients VIH – SIDA lors de son installation différente de sa ville de formation (SOLE)</p>	<p><u>Formation :</u> Discussion avec ROZENBAUM puis avec des professionnels ayant des pratiques de soutien (AUTOFORMATION) (RESEAU INFORMEL)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion aux réseaux ville – hôpital d'abord orientés VIH puis toxicomanie (Rive Gauche) financés par DDASS (ADHESION) (ECHANGE) <ul style="list-style-type: none"> • Bon fonctionnement pendant 2-3 ans • Échange autour de cas, orientation des patients, réunions, congrès, etc. • Patients complexes adressés au CSST - Adhésion à des forums d'échange sur internet : Addictolib puis à la Fédération Addiction - Réseaux informels gardés des précédents - 2000 : après 2 ans aux USA, s'est inscrit comme Addictologue et a fait beaucoup de suivi d'alcoologie > nécessité de se former <p><u>Rapports avec l'Administration :</u> Aucun pour lui-même mais a vu disparaître les réseaux formels auxquels il avait adhéré faute de financement (« <i>implosion</i> » réseau Rive Gauche en 1995-98) (AUCUN)</p> <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A passé la Capacité d'addictologie pour se mettre en règle auprès du CDOM et avoir de la théorie notamment sur l'alcoologie (ADDICTOLOGUE) - Aujourd'hui 90% de son activité (vs 20% vers 1996-97) 	<p><u>Évolution de la représentation :</u></p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas ou peu de réaction des autres patients car peu de contact - Crainte de l'entourage du cabinet, a été « <i>viré</i> » d'un cabinet pour cette raison - Un collègue Psychiatre qui avait peur > A maintenant son cabinet dans son appartement (PRO -) (PERSO -) <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprentissage de la gestion des conflits - Accompagnement : écouter et voir avec le patient vers quelle direction il veut aller (PRATIQUE) <p><u>Vécu :</u></p> <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recentrer sur le patient, sur sa psyché et pas que sur le somatique - Réévaluation de la MG : difficile d'accorder le temps nécessaire à 25€ la consultation - La téléconsultation comme outil d'avenir
---	--	---	--

<p>MEDECIN 9</p> <p>Femme</p> <p>Généraliste Retraitée Installation 1980</p> <p>Nord (59)</p> <p>Thèse sur le Sd d'alcoolisation fœtale</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Absence de formation ou uniquement sur l'alcoologie (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Engagement politique à Gauche (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> A eu rapidement des demandes de ses patients après son installation en PMI (CONTACT PRECOCE) Raison éthique</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> 1 seul Psychiatre intéressé dans sa région, cadre hospitalier peu utile car peu représentatif (SOLE)</p>	<p><u>Formation / Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Première formation par la Police mais aucun apport pour sa pratique mais y a rencontré d'autres MG intéressés (RESEAU INFORMEL) (ECHANGE) - Ensembles ils ont créé l'association GT locale (FONDATION) et se sont formés auprès d'autres professionnels souvent non médecins (AUTOFORMATION) avant de créer eux-mêmes une formation pour les autres professionnels - En a été Présidente puis Vice-Présidente - Création d'un outil qu'ils ont développé sur le modèle Belge, l'intervision (sorte de RCP en addictologie autour d'un patient donné) (OUTILS) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u> Nécessité de se battre pour avoir des financements (FREIN), de faire évoluer leur activité au gré des demandes de la DDASS (FLUCTUATION) : faire de la formation, puis arrêter, développer l'intervision, etc.</p> <p><u>Spécialisation :</u> A été rapidement contactée par un CSST où elle a exercé toute son activité d'addictologie</p>	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Toujours la même, patients en souffrance qu'il fallait aider sans avoir une PEC uniquement médicamenteuse Maladie chronique comme une autre</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Sa collègue de PMI ne voulait pas voir de toxicomanes mais n'a pas eu de problème, son exercice étant distingué entre PMI / CSST (PRO -)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u> Apprentissage théorique et accompagnement du patient, empathie, écoute, non jugement (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apports professionnels et personnels - Peu de regret (POSITIF) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enjeu de la désertification médicale : rôle des CPTS ? - Augmenter la formation des MG : repérage précoce, gestion des cas modérés et laisser le peu de recours hospitalier aux cas plus sévères - Étendre la PEC par d'autres professionnels pour l'accompagnement (car finalement la PEC médicamenteuse n'est pas le plus important), intégrer le potentiel associatif (CAARUD, CSAPA) - Développer d'autres outils à l'instar de leur intervention
--	---	--	---

<p>MEDECIN 10</p> <p>Femme</p> <p>Généraliste</p> <p>Bientôt retraitée</p> <p>Début activité 1982</p> <p>Installation 1990</p> <p>Loiret (45)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <p><u>Rencontre initiale :</u> PEC vue comme une nécessité Omniprésence des addictions, lieu de passage des trafiquants Rencontre de patients lors de ses remplacements, besoin de comprendre comment les aider (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Difficulté d'accès aux spécialistes (Psychiatres) ou alors n'étaient pas intéressés par la PEC des addictions (SOLE)</p>	<p><u>Formation :</u> Échange avec collègues Psychiatres (ECHANGE) (RESEAU INFORMEL)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion à GT National (ADHESION) - Création d'un réseau ville-hôpital toxicomanie (FONDATION) : formation des professionnels, acteurs souvent bénévoles - Implication au PRN alcool : création de supports de formation qui n'ont jamais été utilisés faute de financement (OUTILS) - N'a actuellement plus d'implication particulière si ce n'est des réunions avec acteurs locaux de façon informelle <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Financement réseau ville hôpital par la DDASS (SOUTIEN) mais difficulté car promettait des financements qui arrivaient tardivement (FREIN), parfois un Médecin inspecteur qui était un appui (INDIVIDU) - Absence de financement des projets créés au PRN alcool - Impression globale que les financements / orientations sont très personnes – dépendants (FLUCTUATION) <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercice libéral exclusif, pas d'exercice en structure - Pas de diplôme d'addictologie 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Peu de modification : personnes en souffrance</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Patients et entourage personnel un peu inquiet pour elle mais bienveillant et protecteur (PRO +) (PERSO +)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u> Écoute et accompagnement (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impression que leur travail n'a pas servi, qu'on se pose toujours les mêmes questions - Sentiment d'abandon de la part des institutions (NEGATIF) - Apports pour sa pratique et vie personnelle (POSITIF) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inquiétude pour la suite pour ses patients - Spécialisation : MG ne pourra pas être au centre de la PEC, réservé à certains qui s'y intéresseront comme on peut s'intéresser à une autre spécialité - Intérêt des réseaux de proximité (CPTS)
--	---	---	--

<p>MEDECIN 11</p> <p>Femme, 71 ans</p> <p>Généraliste</p> <p>Installation en 1976 en PMI</p> <p>Retraitée</p> <p>Seine Saint Denis (93)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Exercice en Centre de Santé / PMI</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Dès son installation, plutôt alcoolologie, sur des demandes cachées > Essayait de faire une PEC globale (famille, travail) (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Quelques centres de PEC pour la toxicomanie autour mais peu de collaboration, le patient était souvent contraint de n'aller qu'au centre (ISOLE)</p>	<p><u>Formation / Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Au départ formation en autodidacte (AUTOFORMATION) - Travail avec acteurs locaux rencontrés au fur et à mesure de PEC, acteurs non Médecins (RESEAU INFORMEL) (ECHANGE) : ANPE, assistants sociaux, psychologue > création d'un maillage global autour du patient. - Adhésion à GT National (ADHESION) - 1995 : cours donnés à la Faculté de Médecine pour le DES de Psychiatrie - Participation à des études, des recherches pour des collègues, des cours - A participé à l'écriture d'un traité d'addictologie avec M. REYNAUD <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé financé par Collectivités locales mais assez souples, soutien important pour prendre le temps nécessaire, pour obtenir des salles de réunions, laisser consulter les acteurs au centre. Pas de nécessité de courir après des financements (SOUTIEN) - Sollicité par Assemblée Nationale pour participer à l'écriture d'un plan anti addictions <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2006 : MCU de MG à Bobigny pour enseignement addictologie (ENSEIGNER) - Pas de diplôme d'addictologie 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Conséquence chez les adolescents, cause et conséquence chez les adultes Pathologie de la globalité</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Peu de Médecins impliqués autour d'elle. Les Médecins qu'elle avait contactés avaient refusé d'assister aux réunions Accroches avec spécialistes car n'avait pas de retour concernant ses patients (traitement) (PRO -)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u> Nécessité d'un maillage local : on ne peut pas faire tout, tout seul, mais il faut savoir s'entourer d'un réseau local que ce soit pour l'addictologie ou les reste de la MG (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u> Stimulant : lui a apporté une carrière plus large que la MG : enseignement, rencontres avec d'autres Médecins de toute la France (POSITIF)</p> <p><u>Perspectives :</u> Insister sur le travail en commun, la collaboration, ne pas se cloisonner</p>
--	--	---	---

<p>MEDECIN 12</p> <p>Homme, 70 ans</p> <p>Généraliste Installation 1991</p> <p>Moselle (57)</p>	<p><u>Formation préalable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune formation théorique - 1977-91 : interne hôpital local puis assistant / adjoint du Chef de service, s'occupait des toxicomanes du service <p>(PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Culture politique globale, importance du social - Intervenant en centre pour personnes handicapées (ESAT) <p>(ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> En milieu hospitalier, s'occupait des toxicomanes sous la direction du Chef de service Neuropsychiatre, il était déjà intéressé par la Psychiatrie</p> <p>(CONTACT PRECOCE) Ses patients l'ont suivi lorsqu'il s'est installé en libéral en 1991</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Pas d'autre alternative locale que l'hôpital local (SOLE)</p>	<p><u>Formation :</u> Groupe de pairs (ECHANGE) (AUTOFORMATION)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un réseau informel avec d'autres professionnels de santé locaux et laboratoires Schering puis Bouchara (RESEAU INFORMEL) - A été responsable du réseau ville – hôpital local (FONDATION) - A intégré GT National en auditeur puis au Conseil d'Administration (ADHESION) - Création du PNR pour favorisation formation des MG sur les addictions car insuffisant voire inexistant à l'Université, réunions dans toute la France - MSU, direction de thèses en addicto (ENSEIGNER) - Microstructure au sein du cabinet libéral avec Psychologue, Educateur, - Président association ASFAB (ex RESAB) : formation pro OH-BACLOFENE® <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réseau ville hôpital financé par DDASS (SOUTIEN) puis arrêt des financements > arrêt du réseau (FLUCTUATION) - PNR financé par fonds expérimentaux au niveau national puis arrêt des financements - Etude MéthaVille (2007) : primo prescription METHADONE® en ville, financée par Ministère de la Santé - Difficulté à faire accepter des sujets de thèse par la Faculté de Médecine locale (notamment sur CBD) (FREIN) 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Initialement faisait une différence entre OH (perte de contrôle) – tabac (pathologie chronique) et drogues illicites = « diabolisé »</p> <p>Changement avec aide des TSO qui a permis une accroche des patients pour accompagnement, PEC bio psycho sociale. Théorisation du fond commun des addictions (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Peur des confrères hospitaliers ou libéraux, a quitté l'hôpital pour cette raison Aucun problème dans la patientèle où se côtoyaient usagers et personnes handicapées (PRO -)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u> Connaissances non enseignées à la Faculté : l'accompagnement, la patience, l'humilité. Travail en équipe Rôle du Médecin / regard sur autrui (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté avec les critiques régulières de ses collègues sur la PEC des patients addictes qui l'ont amené à quitter l'hôpital (NEGATIF) - Stimulation intellectuelle importante / nécessité d'un champ de connaissance diversifié pour PEC addictions (POSITIF) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la formation des MG en addictologie - Faire évoluer les représentations de la société et du monde médical vis-à-vis des addictions - Cannabis thérapeutique
--	---	--	--

<p>MEDECIN 13</p> <p>Homme, 62 ans</p> <p>Généraliste Addictologue</p> <p>Thèse en 1985</p> <p>Haute Garonne (31)</p> <p>Fils d'ouvrier</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Politiquement à Gauche - Valeurs humanistes : n'accepte pas rejet social / marginalité <p>> Prendre en charge ces patients relève du défi</p> <p>> Sa « révolution » à lui (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Remplacements après sa thèse (1985), en pleine épidémie de SIDA. Son remplacé, très Catholique, lui avait dit de virer les toxicomanes s'il en voyait. Incompréhension face au 1^{er} patient toxicomane, nécessité de comprendre, incompréhension « exclusion de ces patients de principe » > Vu comme un défi (CONTACT PRECOCE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprentissage de terrain - Groupe de pairs (ECHANGE) (AUTOFORMATION) <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PEC des patients toxicomanes via des « bons de toxique » en MG - Réseau informel local pour échanges de pratique, solidarité face au CDOM (RESEAU INFORMEL) - Création du réseau ville – hôpital local « Passage » né du réseau informel (FONDATION) puis évolution vers réseau département = RAP 31 puis régional où il a été Médecin coordinateur - Formateur à FMC-Action sur entretien motivationnel, éducation thérapeutique (ENSEIGNER) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Méfiance initiale vis-à-vis des sanctions possibles via CDOM - Directeur du Contrôle Médical de la CPAM 31 met un terme à une expérience de prescripteur unique / pharmacie avec délivrance unique sur laquelle la CPAM avait un rétrocontrôle pour une question de secret médical / éthique (FREIN) - Réseau ville hôpital financé par DDASS puis ARS lorsqu'il a évolué sur le plan régional (SOUTIEN) <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'addictologie à Bordeaux (ADDICTOLOGUE) - Exercice de MG avec activité addicto jusqu'en 2017 puis addicto à plein temps 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Initialement, faisait une différence marquée entre OH et drogues illicites (empathie pour toxicomane), ne voyait pas de lien physiopathologique Puis changement avec début de la prescription (maintien du lien social, réduction des risques) et capacité d'addicto (compréhension du lien des addictions et double vulnérabilité du patient = parcours de vie et regard sociétal marginalisant) (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Parfois traité de dealer en blouse blanche (PRO -) Peu de réaction de sa patientèle car ses patients addictes étaient bien insérés socialement et patientèle avec grande diversité socio-économique</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement du patient vers ses objectifs propres - Apprentissage de l'humilité en général - Évolution professionnelle fonction des apprentissages qui ramènent à l'addictologie (PRATIQUE) <p><u>Vécu :</u> Accomplissement personnel : impression d'avoir trouvé sa voie, la discipline dans laquelle ses qualités personnelles ont été le mieux mobilisées (POSITIF)</p> <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité pour les MG de s'emparer de l'addictologie - Faire évoluer la mentalité des Médecins et de la société sur addictions, orientations sexuelles, revendications sociales
--	--	---	--

<p>MEDECIN 14</p> <p>Homme, 62 ans</p> <p>Généraliste Addictologue</p> <p>Seine et Marne (77)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Un peu en alcoologie uniquement Un stage en Psychiatrie qui lui a fourni des bases (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Intérêt pour la Psychiatrie</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> En début de carrière, demande de TEMGESIC® injectable par un patient, problématique addictologique omniprésente (CONTACT PRECOCE)</p> <p>Raison éthique surtout</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Exercice rural en désert médical avec une patientèle importante Manque local à pallier, désintérêt de l'hôpital (ISOLE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1992 : formation de 3 ans en Toxico-alcoologie à la Faculté de Paris Descartes (difficulté à trouver des terrains de stage) - Capacité d'addictologie - Formation en PNL et en hypnothérapie <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un réseau informel autour de professionnels avec PEC patients addictes (RESEAU INFORMEL), n'avait pas le temps pour une organisation plus formelle car en désert médical - Réalisation de formations pour confrères du département mais qui finissaient souvent par lui envoyer leurs patients (ENSEIGNER) - Travail pour le Département : formation de personnels, intervenants de rue, judiciaire, injonctions de soins <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau du CDOM a eu difficulté avec un Secrétaire notoirement opposé à la PEC addicto (FREIN), l'embêtait pour des sujets sans forcément de rapport avec addicto, mais soutien du Président (SOUTIEN) (INDIVIDU) - A participé à une Commission électorale de lutte contre la toxicomanie mais querelles ++ au niveau des subventions > désintéressé <p><u>Spécialisation :</u> Capacité d'addictologie (ADDICTOLOGUE)</p>	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Initialement peu de connaissance (surtout sur OH), évolution de sa vision suite à sa formation à Paris = soulager souffrance morale, compréhension des mécanismes neurologiques et sociologiques Vision globale, généraliste A l'impression d'une meilleure acceptation populaire des addictions depuis la nouvelle nomenclature (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Peu de réactions, curiosité surtout Difficultés avec le CDOM (PRO -)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u> Accompagnement / suivi maladie chronique (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surinvestissement des MG qui ont fait de l'addictologie par rapport à l'investissement qu'on peut voir pour autres champs de la Médecine - Nécessité de se former du fait de l'omniprésence des addictions (POSITIF) - Unilatéralité des rapports avec l'Administration (NEGATIF) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail sur primo prescription de METHADONE® en MG = actuellement un frein PEC des patients bien insérés - Faire évoluer perception sur les produits et leurs consommateurs
--	---	--	---

<p>MEDECIN 15</p> <p>Femme</p> <p>Généraliste</p> <p>Installation 1988</p> <p>Bas Rhin (67)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Formation d'une journée, insuffisante, juste une prise de conscience (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Engagement et militantisme social et syndical (RMI, CMU) - Installation volontaire en quartier défavorisé - PEC des addictions vue comme un nouveau défi <p>(ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> A fait une formation d'une journée sur la toxicomanie et s'est rendu compte de son omniprésence chez les patients de son cabinet en zone défavorisée (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Quartiers défavorisés, peu de lieu de recours (ISOLE)</p>	<p><u>Formation :</u> Groupes de pairs (AUTOFORMATION) (ECHANGE)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion à GT National (ADHESION) connu via sa prédécesseuse au cabinet, initialement pour se former - Actions d'information en milieu carcéral sur thèmes addiction / droit et santé - Formation des assistants et travailleurs sociaux - MSU : a tenté de transmettre son engouement pour l'addictologie aux étudiants mais difficile <p>(ENSEIGNER)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2010 : Fondation Maison de Santé et mise en place d'un réseau microstructure dans le cabinet via Médecins du Monde (mais difficulté à trouver des travailleurs sociaux) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Excellents rapports avec la DDASS 67 car sa prédécesseuse y était chargée de mission VIH-toxicomanie dans les années 1990 (SOUTIEN) (INDIVIDU), organisait des réunions pluri professionnelles - Difficultés avec la Municipalité en lien avec historique du cabinet (FREIN) : les assistants sociaux avaient interdiction de travailler avec eux, amélioration avec fondation de la Maison de Santé, facilité par un Chargé de Santé à la municipalité qu'elle connaissait et qui avait participé à la PEC des toxicomanes - Financement du réseau microstructure via ARS, CPAM et Municipalité <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 5-10% de sa patientèle 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Toxicomanie vue initialement comme l'illégalité, la précarité, nécessitant un cadre strict et une complexité de la PEC bio psycho sociale > consultations initialement pour sevrages ponctuels (contexte SIDA) Changement avec RMI, TSO et CMU : régularité du suivi, diminution de la précarité permettant un accompagnement du patient dans les réflexions, normes Démystification de l'addiction et de la précarité (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté avec Municipalité (PRO -) - Patientèle reconnaissante car problème omniprésent dans leur quartier (PRO +) - Parents non informés par peur de les inquiéter (PERSO -) - Compagnon impliqué aussi dans le travail social donc compréhensif (PERSO +) <p><u>Apports pour la pratique : (PRATIQUE)</u> Apports divers pour la PEC des pathologies chroniques : patience, écoute, humilité</p> <p><u>Vécu : (POSITIF)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Défi personnel : fierté - Situations difficiles (vols, menaces, agressions) sont prises avec recul et philosophie <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la PEC psychiatrique et sociale notamment au niveau hospitalier - Modification du rapport économique à la Santé : revalorisation salariale
--	--	--	--

<p>MEDECIN 16</p> <p>Homme</p> <p>Généraliste Retraité</p> <p>Remplacements dans le Nord (59) Installation 1978</p> <p>Savoie (73)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Formation à Lille, stages au Planning familial (contraception, IVG)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> MLAC, aide à l'avortement tardif via orientation à l'étranger (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Lors de remplacement en équipe d'injonction thérapeutique pendant que sa consoeur passait un concours (CONTACT TARDIF)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Difficulté à mobiliser localement les confrères, malgré les formations (SOLE)</p>	<p><u>Formation :</u> Groupes de pairs (AUTOFORMATION) (ECHANGE)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1993 : remplacement de sa consoeur en équipe d'injonction thérapeutique - Rapprochement de GT National pour la formation (ADHESION) - 1994 : fondation du réseau toxicomanie de Savoie (FONDATION) pour la formation des confrères locaux, création de documents sur l'injonction thérapeutique - Travail important avec CSST local dans les PEC financé par la Ville et le Département - Fusion secondaire avec réseau SIDA-hépatites fondé par un infectiologue hospitalier puis avec réseau alcool, mise en place d'appartements thérapeutiques - Missions militantes auprès des pharmacies locales - Fondation Maison des Réseaux de Santé - Association Nationale des intervenants en Toxicomanie voulait moins de soin et plus de prévention > modification des financements et scissions en plusieurs associations <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lien avec Procureur de Chambéry qui a interpellé une trentaine de Médecins prescripteurs d'un même patient > prise de conscience de la nécessité de se former - Financements du CSST par la Ville et le Département > aide indirecte - Aide importante de sa consoeur Médecin inspectrice à la DDASS, a été un appui auprès de la DGS pour financements (SOUTIEN (INDIVIDU)) - Financement régional de la Maison des réseaux de Santé, mutualisation des moyens <p><u>Spécialisation :</u></p>	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Vision initiale du patient dépendant d'un toxique, violent lors des consommations ou du manque, besoin non récréatif > rôle du prescripteur d'être une béquille lors du manque Démystification de la toxicomanie pendant ses remplacements en injonction thérapeutique, apport des TSO pour la relation Médecin malade, questionnements sur l'usage, la trajectoire du consommateur (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> A créé un rapprochement local important des professionnels de santé et sociaux (PRO +)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u> Suivi, accompagnement (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Frustration de la difficulté à mobiliser les confrères (NEGATIF) - Bon souvenir global de l'implication malgré quelques situations difficiles (vols, menaces) mais plutôt dans contexte OH (POSITIF) <p><u>Perspectives :</u> Sensibiliser les professionnels sociaux et de la Santé aux problématiques de santé populationnelle</p>
---	---	---	--

<p>MEDECIN 17</p> <p>Homme</p> <p>Généraliste Addictologue Retraité</p> <p>Installation 1999</p> <p>Haut-Rhin (68)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Interne en Alsace fin des années 70 dans un service de sevrage OH devenu ensuite service de sevrage complexe au nord de Mulhouse (FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Issu d'une famille historiquement mobilisée contre injustices, contre la torture en Algérie. Il est dans ses habitudes de lutter contre injustice (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Durant son internat, premiers héroïnomanes en 76, souvenir de l'accueil d'une patiente qui avait pris 70 cp de CATAPRESSAN® et avait ramené ensuite ses amis pour sevrage (CONTACT PRECOCE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupes de pairs (Formation Etude Toxicomanie, analytique puis familial et systémique) (AUTOFORMATION) - 1984-90 : formation thérapie familiale - 1994-96 : capacité en toxicomanie <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1982 : création d'une post cure devenue CSST et association ARGILE, salarié à temps partiel puis à temps complet (1984) (FONDATION) - 1994 : tentative de transformation du CSST en centre METHADONE® mais renversé par salariés > fermeture de la structure - 1994 : création d'un nouveau CSST à la demande du Département – PEC pluri disciplinaire et lien avec professionnels ville - Adhésion à GT National (ADHESION) où il a été Trésorier puis Vice-Président - 2003-09 : microstructure au sein du cabinet - 2012 : participe à la création d'Addictolib (ECHANGE) - Consultation avancée hépatite C au cabinet, en lien avec référent VHC du CHU - Administrateur de la Fédération Addiction, coordination TDAH - Expert auprès du Ministère de la Santé sur sujet « <i>Addictologie et dispositif d'évaluation des soins</i> » - Groupe de travail sur les Drogues à la Conférence du Rhin Supérieur (France, Suisse, Allemagne) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé à l'origine de la création d'ARGILE et CSST sur expérience de l'internat (SOUTIEN) - Financement majoritaire du second CSST par le Département, suite à l'échec du premier <p><u>Spécialisation :</u> Capacité en Addictologie (ADDICTOLOGUE)</p>	<p><u>Évolution de la représentation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanes vus comme sensibles, sympathiques avec comportement auto destructeur > nécessité d'éloignement du produit, de la famille > abord psychanalytique - Puis intégration de la famille dans PEC - Puis compréhension du support neurobiologique commun - Evolution mentalité « <i>tout sevrage</i> » vers consommation raisonnée / support TSO - Part importante TDAH chez les addictes (20-25%) souvent non diagnostiqués <p>(REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Entourage personnel enthousiaste et aidant (PERSO +) Centre METHADONE renversé par ses employés (PRO -)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u> Formations analytiques puis systémiciennes ont eu un apport important Humilité, curiosité (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u> Apports personnels et professionnels (POSITIF)</p> <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Primo prescription METHADONE® par les addictologues libéraux - Reconnaissance diagnostique du TDAH de l'adulte, modification des modalités de prescription des traitements - PEC systématique de la psychothérapie - Création d'actes de pharmaco et addicto vigilance
--	--	---	---

<p>MEDECIN 18</p> <p>Homme</p> <p>Généraliste Installation 1980</p> <p>Haute Garonne (31)</p>	<p><u>Formation préalable :</u></p> <p><u>Investissement préalable :</u> Famille de Médecins, habituée à la PEC de populations précaires (Espagnols, Maghrébins, prostituées) (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> PEC initialement inadaptée aux demandes des patients Adaptation des objectifs avec l'arrivée du SIDA (CONTACT TARDIF)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u></p>	<p><u>Formation :</u> Groupes de pairs (AUTOFORMATION) (ECHANGE)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regroupement initial en réseau informel de Médecins pour échanger, se former, être solidaire face au CDOM (RESEAU INFORMEL) - Création d'un réseau ville hôpital Passage (FONDATION) regroupant d'autres Médecins libéraux et hospitalier, CSST. En concurrence avec réseau Permettre du CHU. Évolution du réseau et de ses missions selon financements, actuellement un réseau d'aide et de soutien mais plus de PEC directe des patients - Mise en place d'un Comité de Suivi de la Substitution à Toulouse en coordination avec tous les acteurs locaux <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de soutien initial du CDOM : rappels à l'ordre réguliers mais ne s'opposait pas à la PEC. Normalisation des rapports lors de l'AMM des TSO - Concurrence directe du réseau Permettre du CHU pour les financements issus de la DDASS (FREIN) - Aide du Ministère de la Santé pour la mise en place du Comité de Suivi de la Substitution (SOUTIEN) mais qui a conduit à une régulation importante du marché local > perte conséquente du chiffre d'affaires CPAM et labo > Directeur service médical fait arrêter l'expérience - Financements mettent les différents acteurs du réseau en concurrence : nécessité de modifier le réseau et son activité <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation progressive activité addictologique jusqu'à 2/3 des consultations - 2018-2019 : arrêt activité MG, début activité en CSAPA 	<p><u>Évolution de la représentation :</u> Patients vus initialement comme des junkys, accros, dépendants, des délinquants en grande difficulté physique / morale / sociale, non civilisés > discours rigide basé sur le sevrage, aucune PEC Puis a débuté la prescription médicamenteuse (MOSCONTIN®, TEMGESIC®, etc.) dans le contexte du SIDA > transfert de la dépendance vers le Médecin, chaîne qui s'assouplit ou disparaît à l'arrêt des TSO Sevrage = dernière étape du processus (REPRESENTATION)</p> <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Famille de Médecins : compréhensifs et soutenant (PERSO +) - Patientèle curieuse voire frileuse mais vite rassurée - Mise en concurrence des réseaux (PRO -) <p><u>Apports pour la pratique :</u> Apprentissage de l'accompagnement (PRATIQUE)</p> <p><u>Vécu :</u> La PEC des patients addictes l'aurait « fait rajeunir de 10 ans » car nouveaux patients bien plus jeunes (POSITIF)</p> <p><u>Perspectives :</u> Chercher à faire évoluer la société pour diminuer les addictions</p>
--	--	--	--

<p>MEDECIN 19</p> <p>Homme</p> <p>Généraliste</p> <p>Installation 1981</p> <p>Rhône (69)</p>	<p><u>Formation préalable :</u></p> <p><u>Investissement préalable :</u></p> <p>Investissement communauté Juive</p> <p>Installation dans son quartier d'enfance à dessein (cabinet au RDC pour l'accessibilité au PMR)</p> <p>(ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u></p> <p>Environ 1 an après son installation, Demandes répétées de morphine par des patients à la suite, a débriéfé avec confrères lors de la répartition des gardes > Touché dans son égo, envie de comprendre donc a fait le tour des squats et toxicomanes locaux avec un éducateur du quartier > Décision de PEC devant l'ampleur</p> <p>(CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u></p>	<p><u>Formation :</u> Groupes de pairs (AUTOFORMATION) (ECHANGE)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1983 (ou 85) : réseau local autour de l'organisation des soins et de la PEC des usagers de drogue, agrégation de professionnels libéraux et hospitaliers, d'intervenants sociaux. Élargissement rapide Lyon puis communauté urbaine Lyon (RESEAU INFORMEL) - 1994 : réseau ville hôpital qui deviendra ensuite GT 69 (FONDATION) – création de nombreux réseaux sur thèmes divers - Participation à la création de GT National - Lors de l'apparition du SIDA, maraudes auprès des prostituées avec Médecins du Monde (informations, seringues, préservatifs, RDV hospitaliers pour PEC) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés avec le CDOM dès son installation puis en 1988 a eu une réunion avec Président > invitation à une réunion de réseau le soir qui l'a conduit à le soutenir (INDIVIDU) - Soutien de la DGS pour la création de GT National (SOUTIEN) - Maraude soutenues par Ville de Lyon et DDASS, demande ++ export du modèle - 1994 : convoquée à la DGS avec Médecin inspecteur de la DDASS pour financer la création d'un réseau ville hôpital à Nice - Frein de la DDASS au développement du réseau alcool en concurrence avec association nationale d'alcoolologie (FREIN) - 1995 : évaluation médico économique de la CPAM pour efficacité PEC réseau vs hors réseau (premiers résultats : réseau moins cher) mais absence du représentant de la CPAM à la présentation des résultats (aurait été séquestré) > diverses poursuites ordinaires et pénales pour malversations > cela a presque tué le réseau 	<p><u>Évolution de la représentation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Usagers vus comme des personnes en souffrance, marginalisées, en difficulté par rapport au produit > la difficulté physique et psychologique entraîne des conséquences sociales et sur le mode de fonctionnement - Perception précoce du lien commun comportemental entre différents produits <p><u>Réactions de l'entourage :</u></p> <p>Soutien de son entourage familial</p> <p>(PERSO +)</p> <p><u>Apports pour la pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du rapport au patient - Capacité à désamorcer des situations conflictuelles (PRATIQUE) <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressentiment important envers administrations / politiques des réseaux jugés responsables de la diminution de l'efficacité du réseau de soins français actuel (NEGATIF) - Sentiment de persécution institutionnelle systématique lors des procédures judiciaires et/ou ordinaires - Fierté du parcours accompli (POSITIF) <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire évoluer la perception des drogues, de l'addictologie et TSO par la société, la Loi et le corps médical - Accentuer la formation des professionnels en contact avec usagers de drogues dans la Santé mais aussi ailleurs
---	---	---	--

<p>MEDECIN 20</p> <p>Femme, 60 ans</p> <p>Généraliste Installation 1993</p> <p>Seine St Denis (93)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Activité concomitante en Obstétrique en milieu hospitalier de 1993 à 2000</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Omniprésence des addictions dans son département d'autant que dans un cabinet déjà militant pour les addictions avant son arrivée. PEC palliative d'un cancer estomac chez un père de famille avec 2 enfants héroïnomanes, prescription de TEMGESIC® aux enfants qui a permis d'assurer une PEC palliative confortable au père (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Installée dans un cabinet déjà sensibilisé aux question VIH / addictions (ENTOURE)</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoformation (AUTOFORMATION) - Formation au CDOM : réduire le risque VIH, avec le Dr J. Carpentier - Groupes de pairs (ECHANGE) <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1994 : adhésion GT National (ADHESION) - Participation au réseau VIH local (Président du réseau dans son cabinet) - GT 93 : réunions d'informations locales avec les Pharmaciens pour TSO, création d'un lien entretenu autour de la PEC des patients, groupes BALINT supervisé par Psychanalyste - 2000 – 05 : coordinatrice GT 93 - Cours aux étudiants <p><u>Rapports avec l'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CDOM favorable à la PEC des patients toxicomanes : un des membres du CDOM dans le réseau VIH = interlocuteur privilégié, protection des MG (SOUTIEN) (INDIVIDU) - GT 93 subventionné par le Département <p><u>Spécialisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MCU à la Faculté sur addictions et réseaux (ENSEIGNER) - 2000 – 09 : activité CSAPA Avicenne à l'AP- HP (mi temps) 	<p><u>Évolution de la représentation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Addiction : maladie qui prend tout, désocialise, ne laisse pas indifférent - Initialement « <i>effet magique</i> » des TSO : faire l'apprenti sorcier, permet souvent un retour à la vie normale - Ensuite modification des patients addictes : impression de « <i>liste de course</i> » plutôt qu'une vraie PEC, perte de « <i>l'effet magique</i> » <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fierté de sa pratique (POSITIF) - Stimulation intellectuelle importante / effervescence de la bataille idéologique de la PEC autour du sevrage ou substitution (GT / REPSUD) - « <i>Re psychiatrisation</i> » des addictions en structure a rendu le travail des MG en structure moins intéressant, institutionnalisation de l'addictologie - Diversification de sa pratique : CSAPA, enseignement à la Faculté <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse toxiques urinaires en laboratoire de ville : permettrait meilleur suivi des patients, détection de poly consommation ou consommation cachée - Primo prescription METHADONE® en ville avec un cadre adéquat
---	---	---	--

<p>MEDECIN 21</p> <p>Homme</p> <p>Généraliste</p> <p>Installation 1985</p> <p>Essonne (91)</p>	<p><u>Formation préalable :</u> Aucune (PAS DE FORMATION)</p> <p><u>Investissement préalable :</u> Installation à dessein dans des quartiers défavorisés Syndicalisme MG (ENGAGE)</p> <p><u>Rencontre initiale :</u> Problématique OH, tabac et drogues omniprésente dans ses consultations, contexte SIDA (CONTACT PRECOCE)</p> <p><u>Niveau d'isolement :</u> Quartiers défavorisés (SOLE)</p>	<p><u>Formation :</u> Groupes de pairs (AUTOFORMATION) (ECHANGE)</p> <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réseau informel pour la formation (échange de pratiques, essai – erreur) (RESEAU INFORMEL) - Membre actif de GT National (ADHESION) - Rapprochement professionnel avec éducateurs du club de prévention et Pharmaciens locaux autour de la PEC - Militantisme pour PES au niveau municipal et Police pour stopper la surveillance des distributeurs - Création réseau ville hôpital local (FONDATION) <p><u>Rapports avec l'Administration :</u> Aucun (AUCUN)</p> <p><u>Spécialisation :</u></p>	<p><u>Évolution de la représentation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Addictions omniprésentes : pas d'opposition OH-tabac / drogues - Vision initiale du consommateur comme irresponsable, menteur, pas fiable > objectif sevrage mais échec donc passage à un objectif de « <i>survie</i> » - L'addiction est la résolution d'un problème par la prise non contrôlée d'un produit > accompagnement - Arrivée de la Buprénorphine a permis de supprimer une partie de la violence (REPRESENTATION) <p><u>Réactions de l'entourage :</u> Entourage professionnel soutenant (PRO +)</p> <p><u>Apports pour la pratique : (PRATIQUE)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>Médecin GPS</i> » : accompagnement, guide - Spécificité de la pratique ayant apporté des compétences - Humilité <p><u>Vécu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Militant : histoire de vie souvent difficile donc patients dont personne ne voulait - Fierté : se sent utile dans la PEC des addictions (POSITIF) <p><u>Perspectives :</u> Revalorisation de la consultation de MG</p>
---	--	--	---

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues de 2019*. [En ligne]. 2019 Juin [Consulté le 15 Septembre 2023]; Consultable à l'URL: https://www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html
- [2] Ministère de la Santé et de la Prévention. *Addictions*. [En ligne]. [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l'URL: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
- [3] *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* (J.O. 03 Janvier 1971)
- [4] Chevrel JB. *Histoire de la Mobilisation des Médecins Généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés*. [thèse : Médecine]. Poitiers : Université de Poitiers; 2019.
- [5] Richard D, Senon JL, Valleur M. *Historique de l'hôpital Marmottan. Dictionnaire des drogues et des dépendances*. [En ligne]. Larousse; 2004 [Consulté en ligne le 15 septembre 2023]; Consultable à l'URL : https://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?page_id=271
- [6] Union Alcooliques Anonymes. *Il y a une solution*. [En ligne]. 2018. p. 7. [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l'URL: https://www.alcooliques-anonymes.fr/wp-content/uploads/2020/09/20181008_AA_BROCHURE-INSTIT_WEB_LIGHT.pdf
- [7] Tomczak JC. *Livre Blanc*. [En ligne]. 2016. p. 5. [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l'URL: <https://www.camerup.fr/wp-content/uploads/2022/08/Livre-blanc-CAMERUP-2020.pdf>
- [8] Farges F, Patel P. *Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes*. *Revue Toxibase*. 1996 Janvier;1:1-23.
- [9] Haute Autorité de Santé. *Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalité de réalisation des tests de dépistage - Argumentaire*. *Recommandations en Santé Publique*. 2008 Octobre. p. 35.

- [10] Schweyer FX. Chapitre 16. L’outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé. Dans: Bloy G, dir., Schweyer FX, dir. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 283-305.
- [11] Boisseau C. *Carpentier, Boisseau : la prescription du 3eme type*. ASUD [En ligne]. 2015 [Consulté le 15 septembre 2023]. Consultable sur l’URL: <http://www.asud.org/2015/04/13/carpentier-boisseau-la-prescription-du-3eme-type/>.
- [12] Goodman A. *Addiction : Definition and implications*. Br J Addict. 1990 Novembre;85:1403-8.
- [13] Boyer P, Crocq MA, Guelfi JD, Pull C, Pull-Erpelding MC. *Mini DSM-5, critères diagnostiques*. 3. : Elsevier Masson, 2016. p. 207 et suivantes.
- [14] Département de Médecine Générale de Poitiers. *Le 3eme cycle de Médecine Générale*. [En ligne]. [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l’URL: <https://medphar.univ-poitiers.fr/accueil/formations/departement-de-medecine-generale/le-3eme-cycle-de-medecine-generale/>
- [15] OFDT. *Drogues et addictions, chiffres clés*. Paris (FR): OFDT ; 2007-2022. Rapports No.: 1-9.
- [16] Coppel A. *Chronologie de la réduction des risques en France*. [En ligne]. Janvier 2002 [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l’URL: <http://www.annecoppel.fr/wp-content/uploads/2002/01/RDR-chronologie-.pdf>
- [17] Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 2. Paris: Armand Colin; 2013. p. 7.
- [18] Imbert G. *L'entretien semi-directif : à la frontière de la Santé Publique et de l'Anthropologie*. Recherche en soins infirmiers. 2010;(102):23-34.
- [19] Blanchet A. *Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé*, L'Année psychologique. 1989;89(3):367-391
- [20] Meliani V. *Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode*. Actes du 3ème Colloque International Francophone sur les Méthodes Qualitatives. Du singulier à l'Universel. Montpellier: RIFREQ; 2011 Juin. p.435-452

- [21] Quintin JJ. *Analyse de données qualitatives. Outils de production de données qualitatives et méthode d'analyse. Support de cours de Jean-Jacques Quintin*. MCF – Université Lumière Lyon 2 [En ligne]. 2012 Septembre [Consulté le 15 septembre 2023]; [101 pages]. Consultable à l'URL: https://apprendre.auf.org/wp-content/opera/13-BF-References-et-biblio-RPT-2014/Analyse%20de%20donn%C3%A9es%20qualitatives_Outils%20de%20production%20de%20donn%C3%A9es%20qualitatives%20et%20m%C3%A9thode%20d%E2%80%99analys e...pdf
- [22] Gervais Y. *Histoire de la Médecine Générale de 1945 à nos jours*. France: Les Belles Lettres; 2022. p. 977
- [23] Vilaboa E. *Déploiement de la vaccination contre le COVID-19 dans une communauté professionnelle territoire de santé : étude qualitative auprès des médecins libéraux*. [thèse : Médecine]. Tours : Université de Tours; 2022.
- [24] Jeanmart C. *Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique - France)*. [thèse : Sociologie]. Lille : Université de Lille 1; 2007.
- [25] Lejeune D. *Réseaux et assuétudes*. Réseau alto [En ligne]. 2007 Avril [Consulté le 25 septembre 2023]; Consultable à l'URL: <https://www.reseaualto.be/upload/Image/Publication-alto/R%C3%A9seaux-et-assu%C3%A9tudes-%E2%80%93-D.-Lejeune.pdf>
- [26] Lafontaine JB. *Alto - SSMG : les fruits d'une expérience. Accompagnement des toxicomanes par les Médecins Généralistes*. Bruxelles: Continental Pharma Searle; 1991.
- [27] *Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret 72200 de 03-1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie* (J.O. 16 Mai 1987)
- [28] Kouchner B. *Déclaration du secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, sur l'évolution des politiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues et sur la prise en charge des toxicomanes*. Conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues. [En ligne]. 1999 Mars [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l'URL: <https://www.vie-publique.fr/discours/180687-declaration-de-m-bernard-kouchner-secretaire-detat-la-sante-et-l>
- [29] *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* (J.O. 5 Mars 2002)

- [30] Binder P, Gualdoni S, Reynaud M. *Intervention de la Médecine Générale dans le domaine des addictions : le Pôle Ressource National* Dans: Reynaud M, coord., Karila L, coord., Aubin HJ, coord., Benyamina A, coord. *Traité d'Addictologie*, 2. Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2006. p. 297-300.
- [31] Ministère de la Santé et de la Prévention. *Plateformes territoriales d'appui - PTA*. [En ligne]. 2021 Février [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l'URL: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>.
- [32] *Mon soutien Psy*. [En ligne] [Consulté le 15 septembre 2023]; Consultable à l'URL: <https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr>
- [33] Binder P, Brabant Y, Baque M, Ingrand P, Castéra P, Di Patrizio, et al. *Influence des choix pédagogiques et des représentations sur les connaissances et raisonnements en Addictologie chez les étudiants en fin de DES de Médecine Générale*. *Exercer*. 2019 Mai;153:231-7.
- [34] Baque M. *Etude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoir et attitude des jeunes Médecins Généralistes* [thèse : Médecine]. Poitiers: Université de Poitiers; 2017.
- [35] Abgrall E, Milhet M. *Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions*. Paris: OFDT; 2019 Décembre.
- [36] Leshner A. *Addiction is a brain disease, and it matters*. *Science*. 1997 Octobre;278:45-7.

RESUME

Introduction : Depuis les années 1980 à nos jours, certains Médecins Généralistes se sont impliqués dans la prise en charge addictologique. L'objectif de cette étude est de documenter cette mobilisation.

Méthode : Une enquête a été réalisée par entretiens semi-dirigés individuels, avec enregistrement, transcription et analyse par 2 doctorants en Médecine Générale (MG).

Résultats : Nous avons pu réaliser 21 entretiens avec des MG qui ont participé à la mobilisation concernant l'Addictologie en soins primaires. Ils nous ont rapporté avoir rencontré des patients avec une problématique de consommation de psychotrope, précocement dans leur carrière dans la majorité des cas, sans avoir eu de formation préalable. En l'absence d'alternative de prise en charge, ils ont ressenti la nécessité de se regrouper pour ne pas se sentir seul, afin d'échanger et de se former. Parmi eux, certains étaient préalablement engagés sous une forme ou une autre, mais pas tous. Parce qu'ils ont beaucoup appris, certains ont voulu transmettre ces enseignements à leurs collègues, leurs confrères et leurs étudiants. Secondairement, une fois regroupés en réseau ou association, certains ont bénéficié de soutien, notamment financier pour soutenir leurs actions. Néanmoins, il ressort des entretiens que les rapports avec les différentes administrations et institutions sont assez mitigés. Celles-ci ont été tantôt porteuses, tantôt limitantes, leurs interventions variant en fonction des orientations politiques des différents interlocuteurs. La pratique en Addictologie des MG a souvent modifié leurs représentations, mais plus encore l'ensemble de leur pratique.

Conclusion : Certains MG se sont impliqués dans la prise en charge addictologique dès les années 1980. Sans que ces Médecins n'aient un profil particulier, ils se sont tous retrouvés dans une situation similaire : répondre à des demandes de patients, pour lesquels il n'existait pas d'offre de soin adaptée ni de prise en charge claire, et pour lesquelles ils ne se sentaient pas formés. Ils ont réagi de manière assez semblable en se regroupant pour échanger et se former afin de pouvoir proposer une solution adaptée à ces patients. L'investissement dont ils ont fait preuve a durablement modifié leurs représentations, mais plus encore l'ensemble de leur pratique.

Mots-clés : Médecine Générale ; Addiction ; Dépendance ; Histoire de la Médecine

ABSTRACT

Introduction : Since the 80's, some general practitioners (GP) committed to taking care of addiction. The aim of this study is to document this commitment.

Method : An investigation has been conducted by personal semi-structured interviews, which were recorded, transcribed and analyzed by two general medicine PhD's.

Results : We performed 21 personal interviews with GP that have been playing a role in the commitment of Healthcare to addiction in France since 1980. They were GP's at the start of their career, who had no prior background in Addictology. Given the lack of care in this domain, they mostly all joined other GP's in order to get out of their isolation, share and study. Among them, some were already involved in various political, union, religious, social, or associative activities. Because they have learnt a lot, some passed their experience through tools and teaching. Then, once gathered in networks or associations, they profited from administration support, mainly financial. However, the relationship with those administrations were sometimes valuable, sometimes limiting, depending on circumstances and on their counterparts political direction. GPs experience on Addictology changed their point of view, and even more, their whole practice.

Conclusion : Some GP's committed to taking care of addiction since the 80's. Without having any particular profile, they all faced a similar situation : being confronted to patients needs, versus lacking of appropriate treatments, clear caring protocols, and specific educational backgrounds. The outcome of this study seems to show that necessity dictates the law. They all responded by gathering together to share and educate themselves in order to provide an appropriate solution to their patients. Their involvement permanently changed both their personal opinion and the society's one, but also renewed their practice of healthcare in general.

Key Words : General practice, Addiction care, Addictology, History of Medicine.

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 !



RESUME

Introduction : Depuis les années 1980 à nos jours, certains Médecins Généralistes (MG) se sont impliqués dans la prise en charge addictologique. L'objectif de cette étude est de documenter cette mobilisation.

Méthode : Une enquête a été réalisée par entretiens semi-dirigés individuels, avec enregistrement, transcription et analyse par 2 doctorants en Médecine Générale.

Résultats : Nous avons pu réaliser 21 entretiens avec des MG qui ont participé à la mobilisation concernant l'Addictologie en soins primaires. Ils nous ont rapporté avoir rencontré des patients avec une problématique de consommation de psychotrope, précocement dans leur carrière dans la majorité des cas, sans avoir eu de formation préalable. En l'absence d'alternative de prise en charge, ils ont ressenti la nécessité de se regrouper pour ne pas se sentir seul, afin d'échanger et de se former. Parmi eux, certains étaient préalablement engagés sous une forme ou une autre, mais pas tous. Parce qu'ils ont beaucoup appris, certains ont voulu transmettre ces enseignements à leurs collègues, leurs confrères et leurs étudiants. Secondairement, une fois regroupés en réseau ou association, certains ont bénéficié de soutien, notamment financier pour soutenir leurs actions. Néanmoins, il ressort des entretiens que les rapports avec les différentes administrations et institutions sont assez mitigés. Celles-ci ont été tantôt porteuses, tantôt limitantes, leurs interventions variant en fonction des orientations politiques des différents interlocuteurs. La pratique en Addictologie des MG a souvent modifié leurs représentations, mais plus encore l'ensemble de leur pratique.

Conclusion : Certains MG se sont impliqués dans la prise en charge addictologique dès les années 1980. Sans que ces MG n'aient un profil particulier, ils se sont tous retrouvés dans une situation similaire : répondre à des demandes de patients, pour lesquels il n'existait pas d'offre de soin adaptée ni de prise en charge claire, et pour lesquelles ils ne se sentaient pas formés. Ils ont réagi de manière assez semblable en se regroupant pour échanger et se former afin de pouvoir proposer une solution adaptée à ces patients. L'investissement dont ils ont fait preuve a durablement modifié leurs représentations, mais plus encore l'ensemble de leur pratique.

Mots-clés : Médecine Générale ; Addiction ; Dépendance ; Histoire de la Médecine

Thèse de Médecine Générale, Histoire de la Mobilisation des Généralistes en Addictologie en France de 1980 à 2022, Etude HiMoGA, Caroline MONTRIEUL et Serge RASOLO

Addendum 1 :

Carte du Réseau, 2003

Association Nationale de Médecine Générale et Conduites Addictives

