



**Faculté
de
Médecine**

Accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale

Etat des lieux et pistes d'amélioration

Thèse présentée par Lou Richelle

en vue de l'obtention du grade académique de Doctorat en Sciences
médicales

Année académique 2023-2024

Sous la direction du Professeur Charles Kornreich, promoteur

Et de la Professeure Nadine Kacenenbogen, co-promotrice

Unité de Recherche en Soins Primaires ULB



Membres du jury

Président : Prof. Dr Christophe Moreno, H.U.B, ULB

Secrétaire : Prof. Dr Charles Kornreich, CHU Brugmann, ULB

Prof. Dr Véronique Delvenne, H.U.B, ULB

Prof. Dr Philippe de Timary, Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCLouvain

Prof. Dr Jean-Christophe Goffard, H.U.B, ULB

Prof. Dr Nadine Kacenenbogen, DMG, ULB

Prof. Dr Sandra Tricas-Sauras, ESP, ULB

Dr Seline van den Aemele, UZ, VUB

Membres du comité d'accompagnement

Président : Prof. Dr Gwenole Loas, CHU Erasme, ULB

Prof. Dr Michèle Dramaix-Wilmet, Service d'Epidémiologie et Biostatistiques, ESP-ULB

Prof. Dr Nadine Kacenenbogen, DMG, ULB

Prof. Dr Charles Kornreich, CHU Brugmann, ULB

Sarah Nouwynck, CAP-Faculté de Médecine, ULB

Prof. Dr Olivier Servais, Doyen ESPO, UCLouvain

Prof. Dr Michel Roland, DMG/ESP-ULB

Aux Drs Jerry Werenne et Donat Muteganya, partis trop tôt

A ma grand-mère Simone

A tou·tes les patient·es et collègues qui m'ont tant appris et ont contribué à façonner la personne et la
médecin que je suis

A la médecine, pour ce qu'elle a de plus beau...

Table des matières

Membres du comité d'accompagnement	2
Préambule	8
Résumé	10
Summary	11
Liste des Figures	12
Liste des Tables	13
Glossaire	14
Glossary	15
PARTIE I Introduction et contextualisation	16
I.1 Mise en contexte	17
I.1.1 Depuis combien de temps et pourquoi consommons-nous ?	17
I.1.2 Contexte historique et éco-politique en quelques repères	17
I.2. Notions et concepts essentiels	19
I.2.1 Modèles de l'addiction à travers le temps	20
I.2.2 La réduction des risques : concept fondateur et fondamental	22
I.2.2.1 Introduction	22
I.2.2.2 Contexte historique	23
I.2.2.3 Principes fondateurs	23
I.2.2.4 Conclusion	24
I.2.3 Stigmas et langage	24
I.2.3.1 Introduction	24
I.2.3.2 Langage de l'addiction et stigmatisation	25
I.2.3.3 De la nécessité d'un langage neutre et précis	27
I.3 Etat de la situation actuelle de la consommation de substances illicites	29
I.3.1 Situation actuelle dans le monde	29
I.3.1.1 Situation actuelle de la consommation de substances illicites	30
I.3.1.2 Profils de PTUSI à besoins de santé spécifiques	31
I.3.1.3 Conséquences du contexte prohibitionniste sur les inégalités sociales et la santé	32
I.3.2 Situation en Belgique	33
I.3.2.1 Epidémiologie des substances illicites	33
I.3.2.2 Cadre historique et éco-politique : quelques repères	34
I.3.2.3 L'offre de soins et son évolution en Belgique	34
I.3.2.4 L'offre de soins et la place du médecin généraliste	35
I.4 Projet de thèse	36
PARTIE II Regards croisés pour clarifier le rôle et la fonction du médecin généraliste dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites	39
II.1 Introduction	40
II.2 Méthodologie	40
II.3 Résultats	41

II.3.1 Axe 1. Perspective I : attentes et besoins des patient-es ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites	42
II.3.2 Axe 1. Perspective II : positionnement des médecins généralistes par rapport aux PTUSI	58
II.3.3 Axe 1. Perspective III : autres professionnels de la santé : enjeux et intérêts des collaborations interprofessionnelles	73
II.3.3.1 Introduction	73
II.3.3.2 Méthodologie	73
II.3.3.3 Résultats	74
II.3.3.4 Discussion	79
II.4 Discussion générale sur base des perspectives croisées	79
II.4.1 Limites de l'Axe I	83
II.4.5 Conclusion pour l'Axe I	83
PARTIE III : Pédagogie médicale, stigmas et déterminants	85
III.1 Introduction	86
III.2. Axe III.A : Recherche-action Formations assuétudées	87
III.2.1 Introduction	87
La recherche-action, qu'est-ce que c'est et pourquoi ?	87
Objectifs de recherche	88
III.2.2 Méthodologie	89
III.2.3 Résultats	91
III.2.3.1 Résultats de l'élaboration du dispositif pédagogique	91
III.2.3.2 Résultats de la recherche-action	111
III.2.4 Discussion	122
III.2.5 Conclusion	124
Perspectives	125
III.3 Axe III.B : Recherche interventionnelle de type mixte auprès des étudiant-es en médecine réalisant le suivi longitudinal d'un-e patient-e chronique avec dépendance	126
III.3.1 Introduction et objectifs de recherche	126
III.3.2 Méthodologie	127
III.3.2.1 Design	127
III.3.2.2 Population cible	127
III.3.2.3 Collecte de données	127
III.3.2.4 Déroulé de l'étude	128
III.3.2.5 Analyse des données	129
III.3.2.6 Comité d'éthique	130
III.3.3 Résultats	130
III.3.3.1 Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étudiant-es	130
III.3.3.2 Première analyse : Analyse du contenu thématique	131
III.3.3.2.1 Situation initiale	131
III.3.3.2.2 Analyse de la rencontre intermédiaire	133
III.3.3.2.3 Analyse de la situation après la 5 ^{ème} rencontre	134
III.3.3.3 Deuxième analyse selon le modèle conceptuel de la socialisation en médecine	134
III.3.3.4 Analyse quantitative	138
III.3.4 Discussion	139
<i>Limites de l'étude</i>	141
III.3.5 Conclusion	142

III.4 Complément sur les stigmas	143
III.4.1 Facteurs influant les attitudes des étudiants en médecine par rapport à la consommation de substances pendant la grossesse	144
III.4.2 Etude par Analyse factorielle exploratoire du brief SAAS	154
III.4.3 Etude par Analyse de cluster : représentation des étudiant-es en médecine	171
III.5 Conclusion générale de l’Axe II	186
PARTIE IV : Discussion générale et conclusion	188
IV.1 Discussion	189
IV.1.1 Changer le langage de l’addiction	189
IV.1.1.1 Actions possibles	189
IV.1.1.2 Conclusion	193
IV.1.2 Agir sur les stigmas culturels	188
IV.1.3 Investir dans la formation médicale	193
IV.1.3.1 Au niveau du cursus initial de médecine	193
IV.1.3.2 Au niveau du master complémentaire de médecine générale	194
IV.1.3.3 Au niveau de la formation continue en médecine générale	195
IV.1.4 Ressources de travail et reconnaissance	195
IV.1.5 Forces et faiblesses de notre thèse	197
IV.2 Conclusion	197
PARTIE V	202
Références bibliographiques	202
Remerciements	223

ANNEXES	225
1. Partie II	226
Annexe A : Etude perspective PTUSI	226
A.1 Guide d'entretien perspective PTUSI	226
A.2 Questionnaire socio-démographique	229
Annexe B : Guide d'entretien Perspectives médecins	232
2. Partie III.A	237
Annexe C : Etude : Analyse des besoins des apprenant-es en formation (synthèse)	237
Annexe D : Questionnaires	243
Annexe D.1 : Questionnaire SAAS	243
Annexe D.2 : Questionnaire QIFA	247
Annexe E : Exemple Carnet de route Formation Assuétudes Bruxelles	252
Annexe F : Exemple convention Bruxelles	275
Annexe G : Outils stigma	280
Annexe G.1 : Exemple de nuage de mots	282
Annexe G.2 : Vignette clinique utilisée dans le cadre du Cycle T	282
Annexe H : Etude : Accompagnement de l'entourage des consommateurs	282
Annexe I : Guides d'entretien évolutifs Formation Assuétudes	284
3. Partie III.B	289
Annexe J : Guides d'entretien évolutifs PPC (ex : Groupes Dépendances)	289
4. Partie IV	294
Annexe K : Assuétudes : Ressources pour professionnel·les de santé	294
5. Divulgations des résultats de recherche	299
Annexe L : Liste des publications et communications orales dans le cadre de cette thèse	299

Préambule

Le choix de mon métier s'est imposé à moi au début de mon adolescence en visionnant un reportage sur la médecine humanitaire. Les questions de justice sociale m'habitaient depuis l'enfance notamment grâce à ma grand-mère, assistante sociale de formation, qui nous incitait à rédiger avec elle, des lettres aux prisonniers politiques dans le cadre de son engagement chez Amnesty International. Les histoires qu'elle me racontait me bouscuaient, me révoltaient.

Lors de mes études, j'ai choisi de m'orienter vers la médecine générale. J'appréciais l'approche globale de cette spécialité, centrée sur les patient-es. J'aimais autant les aspects somatiques que psychiques, et je voulais pouvoir intégrer ces deux dimensions.

Au début de ma pratique en maison médicale, la clinique des « toxicomanes » n'était pas forcément une discipline que j'affectionnais. J'étais très probablement empreinte du regard sociétal et du système de santé dans lequel j'étais passée. Nous avions quelques patient-es dans le centre où j'exerçais mais je n'en étais pas directement responsable. Quand je « dépannais » un-e collègue en prescrivant de la méthadone, je n'en menais pas large. Je me souviens toutefois d'une femme sollicitant ce type de prescription, il y avait quelque chose en elle qui me fascinait. Hormis une combinaison de force et de faiblesse, il se dégageait d'elle une forme de liberté, d'affranchissement des carcans sociaux.

Un nouveau projet se mettait en place au sein de notre Département de Médecine Générale qui permettait de passer une demi-journée par semaine pendant un an au Projet Lama, un centre pour usager-es de drogues à Bruxelles. Ma co-assistante en était la « bêta-testeuse » et ma collègue Mima de Flores me proposait de lui succéder, mais à cette époque je n'étais pas intéressée.

Un soir de garde, on me signala une demande de visite chez une personne qui, me disait-on, sortait de prison et était toxicomane. Elle avait des demandes vagues et apparaissait en « rouge » dans leur logiciel du seul fait de sa condition. La standardiste me disait que je n'étais vraiment pas obligée d'y aller.

Cela me fit douter. Pouvais-je refuser des soins à une personne qui en faisait la demande ? Sur quelle base et sur quel prétexte ?

La boule au ventre, je me rendis à son domicile. Il n'était pas concevable que je cède à des considérations non déontologiques qui allaient à l'encontre des valeurs que l'on m'avait transmises. Arrivée sur place, je me trouvai en face d'un homme avec une demande somatique claire. Une profonde tristesse et un besoin évident de contact social émergeaient au-delà de ses douleurs physiques.

Cette détresse n'était fondamentalement pas différente de celle rencontrée lors de certaines de mes visites dans des quartiers plus huppés de la capitale.

À la suite de cet épisode, j'acceptai la proposition de Mima. Je n'avais pas supporté le fait de m'être sentie désemparée et d'avoir quelque peu hésité face à cette demande.

Je débutai ainsi l'aventure au Projet Lama d'Anderlecht. Je découvris une clinique qui me passionnait, qui alliait mes intérêts pour la santé mentale, l'infectiologie, la santé publique, mes questionnements plus sociétaux et mon besoin de plus de justice sociale en santé. Ces patient-es me faisaient constamment évoluer, remettaient en question mes acquis et mes balises.

Je me suis ensuite engagée à mi-temps dans cette structure, mais très vite, je constatai le manque de ressources humaines et matérielles, la souffrance et le sentiment parfois d'impuissance des équipes dans leur travail, les turnovers importants, la difficulté de la part des patient-es et des médecins de pouvoir faire relais vers la première ligne.

J'ai aussi dû faire face au regard de mon entourage, qui d'un côté ne comprenait pas toujours cet engagement et qui de l'autre était interpellé par cette thématique et me pressait de questions.

L'envie de faire une thèse est venue au fil de différentes rencontres et de participations à divers projets. Lorsqu'un poste d'assistant-e de recherche s'est ouvert au Département de Médecine Générale, et que le Professeur Marco Schetgen m'a précisé que le choix de la thèse était libre, j'ai saisi l'occasion. Réfléchir à améliorer l'accès aux soins des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale fut une évidence. Au début, je disais encore « toxicomane » ou « usager problématique de drogues ». Il me fallait trouver des pistes pour soutenir ces patient-es, pour qu'ils puissent avoir l'opportunité, comme le disait le Professeur Michel Roland, « de se retrouver dans une salle d'attente entre la petite vieille et l'enfant » et qu'ils ne soient pas réduit-es uniquement à ce statut.

Je voulais tester des moyens concrets pour répondre à ce besoin, me lancer dans une thèse qui ait un impact. Je désirai aussi oser une recherche plus réflexive, qui requestionne notre système de santé actuel pour tenter de l'améliorer. Le faire à l'Université Libre de Bruxelles me semblait un lieu propice. Pour mener à bien ce travail, j'ai pu compter dès le début sur l'inébranlable soutien de mes promoteur-ric-e-s, les Professeur-es Nadine Kacenenbogen et Charles Kornreich.

Résumé

Introduction : Depuis la préhistoire, l'être humain cherche à altérer sa conscience. Avec le temps, cette consommation s'est diversifiée et multipliée au gré des évolutions historiques, culturelles et géopolitiques. A l'heure actuelle, la consommation de substances est un enjeu de santé publique important. En 2021, 296 millions de personnes consommaient des substances parmi lesquelles 39,5 millions avaient un trouble lié à l'usage de substances (TUS). Les personnes qui présentent un TUS sont souvent stigmatisées d'autant plus si elles consomment des substances illicites.

Objectifs : L'objectif principal de cette thèse fut de réfléchir à des pistes pour améliorer l'accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites (PTUSI) en médecine générale (MG). Pour ce faire, notre objectif secondaire a été de faire un état des lieux de la situation actuelle en médecine générale en Belgique francophone.

Matériel et Méthode : A l'aide de plusieurs études qualitatives par entretiens semi-dirigés et focus groups, d'une recherche-action, d'une étude interventionnelle et d'études quantitatives (étude transversale par questionnaire, analyse factorielle exploratoire, analyse de clusters), nous avons évalué la situation actuelle en médecine et en médecine générale en croisant différentes perspectives. Grâce à cette variété de méthodes, nous avons pu interroger des PTUSI, des étudiant-es en médecine, des assistant-es en MG, des médecins généralistes et d'autres professionnel-les de santé. Le besoin de formation ayant émergé dès le début de notre travail, nous avons dans ce cadre élaboré un dispositif pédagogique spécifique (Formation Assuétudes) et profité d'un dispositif pédagogique existant (PPC) que nous avons aménagé, pour évaluer leur impact sur l'évolution des attitudes des étudiant-es en médecine et des assistant-es en médecine générale.

Résultats : Nos études ont montré qu'un phénomène de stigmatisation était encore bien présent en Belgique francophone. Nous avons en effet pu observer des stigmas sociaux perçus, des stigmas structurels et de l'auto-stigmatisation chez les PTUSI même après des années d'accompagnement. Les stigmas structurels avaient un impact sur les étudiant-es en médecine et leur volonté de s'engager dans cette clinique et d'accompagner ces patient-es. Plus d'un quart des étudiant-es en médecine de dernière année (27,6 %) présentaient des attitudes très stéréotypées et moralistes. La moitié des étudiant-es dont la plupart des futur-es MG- étaient toutefois peu enclins ou neutres par rapport aux stéréotypes et moralisme. Nous avons pu constater que ces attitudes étaient influencées par leur vécu personnel et professionnel par rapport aux substances et certaines caractéristiques sociodémographiques mais également par les modèles de rôle et les mentors qu'ils avaient côtoyé-es durant leur parcours d'apprentissage. Les deux projets testés dans le cadre de cette thèse, même s'ils impliquaient un nombre limité de personnes semblaient montrer des effets positifs, notamment au niveau de leur identité professionnelle en construction.

Conclusion : Cette thèse a permis d'explorer les freins et les leviers à un accompagnement adéquat des PTUSI en médecine générale dès le début du cursus de médecine. La stigmatisation semble encore à l'heure actuelle avoir un impact important même si nous avons pu identifier une génération de jeunes (futur-es) MG désirant plus d'inclusivité en médecine. Les principaux leviers pour améliorer l'accompagnement en médecine générale identifiés sont : un travail sur les stigmas structurels et le langage de l'addiction, des sensibilisations et formations itératives et variées dès le début du cursus médical et une meilleure reconnaissance et valorisation de cette pratique.

Mots-clés : Trouble lié à l'usage de substances, substances illicites, médecine générale, stigma, pédagogie

Summary

Introduction: Since prehistoric times, the human being has sought to alter his consciousness. Over time, this use has diversified and multiplied with historical, cultural and geopolitical developments. Today, substance use is a major public health issue. In 2021, 296 million people were using substances, 39.5 million of whom had a substance use disorder (SUD). People with SUD are stigmatised all the more if they use illicit substances.

Objectives: The primary objective of this thesis was to consider ways of improving support for people with illicit substance use disorders (PISUD) in general practice (GP). Our secondary objective was to take stock of the current situation in general practice in French-speaking Belgium.

Materials and Methods: Using several qualitative studies based on semi-structured interviews and focus groups, a participatory action research study, an interventional study and quantitative studies (cross-sectional study based on questionnaires, exploratory factor analysis, cluster analysis), we assessed the current situation in medicine and general practice from different perspectives. Using this variety of methods, we were able to interview PISUD, medical students, medical trainee's, GPs and other healthcare professionals. The need for training having emerged from the outset of our work, we developed an addiction training (Formation Assuétudes) and used an existing educational device (PPC) which we modified, to assess their impact on changes in the attitudes of medical students and GP assistants.

Results: Our studies showed that the phenomenon of stigmatisation was still very much present in Belgium. We were able to observe perceived social stigmas, structural stigmas and self-stigmatisation among PISUD even after years of support. The structural stigmas had an impact on the medical students and their willingness to get involved in this clinic and support these patients. More than a quarter of final-year medical students (27,6 %) displayed highly stereotyped and moralistic attitudes. Half of the students - most of whom were future GPs - had little or no inclination towards stereotyping and moralism. We found that these attitudes were influenced by their personal and professional experience with substances and certain socio-demographic characteristics, but also by the role models and mentors they had come into contact with during their apprenticeship. The 2 projects tested as part of this thesis, even though they involved a limited number of people, seemed to show positive effects on the participants in terms of their developing professional identity.

Conclusion: This thesis explored the obstacles and levers to providing appropriate support for people with SUD in general practice from the start of their medical studies. Stigmatisation still seems to have a major impact, even though we have been able to identify a generation of young (future) GPs who want a more inclusive medical practice. The levers identified for improving support in general practice are: working on the structural stigmas and language of addiction, investing in awareness-raising and training as early as possible in the medical curriculum, and improving recognition and appreciation of this practice.

Keywords : Substance Use Disorder, Illicit Drugs, General Practice, Stigma, Medical Education

Listes des Figures

Figure I.a Cercle vicieux du phénomène de stigmatisation des TUS	26
Figure I.b Rôle du MG dans la relation offre, besoin, demande des PTUSI en Belgique francophone basé sur le schéma conceptuel de Stevens et Raftery	37
Figure II.a Trois perspectives pour clarifier le rôle et la fonction du MG dans le parcours de vie du PTUSI	40
Figure III.a Plan d'évaluation mixte du dispositif pédagogique	89
Figure III.b Parties prenantes du dispositif de formation	92
Figure III.c Trajectoires de soins des PTUSI issue du rapport TDI 2025	95
Figure III.d Triple concordance Formation Assuétudes	96
Figure III.e Figure des coordinations assuétudes en Wallonie basée sur la carte disponible sur le site de la Fedito Wallonne	102
Figure III.f Synthèse du projet « Vidéos assuétudes et entourage »	107
Figure III.g Dispositif pédagogique « Formation Assuétudes » arrivé à maturité	109
Figure III.h Modèle de socialisation dans le cursus de médecine selon Cruess et al. 2015	129
Figure III.i Cadre d'analyse	135
Figure IV.a Stigmas en santé et discrimination d'après Stangl et al. 2019	192
Figure IV.b Schéma idéal : accompagnement des PTUSI en MG basé sur les constats de la thèse	199

Liste des Tables

Table I.a : Justification du recours à un vocabulaire neutre lors de TUS	28
Table II.a Freins et leviers à une bonne collaboration en 1ere ligne	77
Table II.b Recommandations pour améliorer les accompagnements des PTUSI en MG	82
Table III.a Données socio-démographiques des participant·es au début de la formation	110
Table III.b Données socio-démographiques des participant·es PPC	130
Table III.c. Evolution des représentations des participant·es dans le temps	139
Table IV.a Recommandations de bonnes attitudes à adopter par rapport aux PTUSI	190
Table IV.b Echelle d'obligation sociale d'après Boelen et al. 2012	196

Glossaire

AR : Arrêté Royal

CDA: Centre dédié aux assuétudes

CCFFMG : Centre de Coordination de Formation Francophone des Médecins Généralistes

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DMG : Département de médecine générale

FG : Focus groups

HSBC : Hong Kong and Shanghai Banking Corporation Limited

LGBTQIA+ : lesbienne, gay, bisexuel·le, Trans, Queer, Intersexe et Asexuel·le

INAMI: Assurance soins de santé et indemnités

IPA : idées, préoccupations, attentes

MASS : Maison d'accueil socio-sanitaire

MDMA : 3,4-méthylldioxy-N-méthylamphétamine

MM : Maison médicale

OEDT : Observatoire Européen des drogues et des toxicomanes (EMCDDA en anglais)

OMS : Organisation mondiale de la santé

PES : programme d'échange de seringues

PPC : Projet Patient Chronique (abréviation de projet de suivi longitudinal du patient chronique)

PQCDS : Personne qui consomme des substances

PTUSI : Personne avec un trouble lié à l'usage de substances illicites

RAT : Réseau d'aide aux toxicomanes (devenu Résad depuis 2023)

RdR : Réduction des Risques

SCMR : Salle de consommation à moindre risque

SPF : Service Public Fédéral

TAO : Traitement par agonistes opioïdes

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TDI : Indicateur de demande de traitement

TUS : Trouble lié à l'usage de substances

TUSI : Trouble lié à l'usage de substances illicites

ULB : Université Libre de Bruxelles

UCLouvain : Université Catholique de Louvain

ULiège : Université de Liège

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Glossary

CIA : Central Intelligence Agency

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

GP : General practitioner

HIV : Human immunodeficiency virus

HCV : Hepatitis C virus

ICE : Ideas, concerns, expectations

MIM : Mobile Instant Messaging

MOUD : Medication for opioid use disorder

NIDA : National Institute of Mental Health

OD : Overdose

PDPM : Portuguese Drug Policy Model

PWUD : People who use drugs

PWID : People who inject drugs

SUD : Substance use disorder

TDI : Treatment demand indicator

PARTIE I

Introduction et contextualisation

« Il faut être toujours ivre. Tout est là : c'est l'unique question. Pour ne pas sentir l'horrible fardeau du Temps qui brise vos épaules et vous penche vers la terre, il faut vous enivrer sans trêve. » Mais de quoi ? De vin, de poésie ou de vertu, à votre guise. Mais enivrez-vous. »

Charles Baudelaire, *Petits poèmes en prose*, XXXIII (1869)

I.1 Mise en contexte

I.1.1 Depuis combien de temps et pourquoi consomme-t-on ?

L'être humain, depuis la préhistoire, cherche à **altérer sa conscience**. Certains primates et les premiers hominidés auraient probablement déjà découvert l'hydromel par un phénomène naturel de fermentation du miel il y a 100 000 ans. Selon une équipe d'archéologues de l'Université de Stanford, les premières traces de brasserie auraient ainsi été découvertes en Israël, à l'époque des Natoufiens (peuple de chasseurs-cueilleurs) (1). Certains scientifiques avancent même, mais cela fait débat, que l'alcool aurait fait évoluer l'humanité en favorisant l'agriculture ou que l'espèce humaine serait génétiquement prédisposée à une certaine attirance pour l'alcool et ses excès (2,3). Il semble en tout cas, selon plusieurs éléments archéologiques, notamment mis en évidence par l'équipe d'Elisa Guerra-Doce de l'Université de Valladolid en Espagne, que l'utilisation à cette époque de différentes substances psycho-actives était très contrôlée. Elle se faisait surtout à visée spirituelle lors de cérémonies funéraires afin de favoriser la connexion avec le monde des esprits (4). Cette équipe a pu relever des éléments probants tels des restes fossilisés de plantes psychotropes (c.-à-d. des morceaux de pavots à opium découverts dans les dents d'un adulte) lors de fouilles en Espagne, des représentations artistiques de plantes psychotropes ou encore des scènes d'alcoolisation, dessins abstraits dans un site des Alpes italiennes.

Au fil du temps, ces consommations ont perduré, se sont multipliées, combinées et ont été sujettes aux évolutions historiques et éco-politiques des sociétés (5,6).

L'Histoire des drogues¹ se superpose à celle de l'humanité et des civilisations. Une **société sans drogue** n'a jamais existé et **n'existera jamais**. Chaque substance psychoactive présente différentes propriétés qui peuvent varier en fonction de la personne, du moment et du contexte. Elles possèdent, à des degrés divers suivant le produit, un potentiel hédonique (procurer du plaisir), thérapeutique (apaiser une souffrance) et social (faciliter les interactions et l'intégration sociale) susceptibles de répondre à la recherche du mieux-être du consommateur (8). Elles peuvent également répondre à des codes culturels, à des motivations identitaires, à une recherche d'amélioration des performances ou encore à une recherche spirituelle (8). Cet usage qui semble être l'essence même des premières consommations continue à persister à travers les âges et les communautés (5,6).

I.1.2 Contexte historique et éco-politique en quelques repères

D'un attrait plutôt spirituel réservé à l'origine à une élite, la consommation de substances a évolué avec le temps pour atteindre toutes les classes sociales. Au Moyen-Age, elle était perçue par la société et par l'Eglise comme un vice ou une **faiblesse morale** mais restait relativement bien acceptée (6,9).

Avec le temps, sous l'influence notamment des courants sanitaristes du XIXe siècle, elle devint de plus en plus vue comme un **fléau gangrénant la société** contre lequel des dispositifs de lutte furent mis en place. Les

¹ Le terme français « drogue » et ses variantes : « droga » en italien, « drug » en anglais, « droog » en néerlandais sont apparus au XVI^e siècle, ils désignaient des sortes de dragées voire des médicaments bons pour toutes les affections (6). Dans le présent travail, le terme « drogue » se réfère à toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience (7).

premières lois anti-alcool et les premières ligues de tempérance émergèrent fin du XIXe siècle, ce qui marqua le début de la « **Prohibition** » qui inévitablement généra une économie parallèle et constitua l'essor du trafic de drogues et des mafias (6,9,10). Cependant, ce trafic n'a pas été inventé par ces dernières mais par les puissances coloniales européennes au XIXe siècle. C'est ainsi que la Couronne Britannique produisait de l'opium dans ses colonies indiennes et le vendait en Chine via des mafias chinoises. Son objectif était d'affaiblir la Chine en développant la dépendance des Chinois à l'opium et de forcer son ouverture aux puissances étrangères via Hong Kong. Ceci marqua le début des « Guerres de l'opium » (10). La Chine, vaincue aux termes de trois guerres (1839-1860), fut contrainte d'autoriser le commerce de l'opium avec le financement de la banque HSBC. En 1882, la France ouvrit sa propre manufacture d'opium à Saïgon qui fut une source importante de revenus des colonies et permit d'asseoir son Empire. D'autres pays européens suivirent (10). Tandis que l'opium se répandait dans toute l'Asie, **l'industrie pharmaceutique** découvrit de nouveaux produits. Nous pouvons citer comme exemples, la cocaïne isolée à partir de la feuille de coca par Albert Niemann en 1859, dont l'industrie pharmaceutique trouva de nombreuses vertus -tout comme Sigmund Freud (11), et en inonda également les marchés. La morphine fut, quant à elle, découverte en 1804 par le pharmacien Sertürner qui la commercialisa dès 1833. L'héroïne découverte par Wright en 1874 (et commercialisée par Bayer en 1898) fut utilisée pour soigner l'addiction à la morphine et dans le cadre d'affections respiratoires (12).

Pour tenter de limiter l'usage extensif de ces différentes substances, les Etats-Unis firent voter le « Harrison Narcotics Tax Act » en 1914 (6,10). De son côté, la Central Intelligence Agency (CIA) soutint en 1951 les soldats chinois du Kouo-Min-Tang en Birmanie, lesquels devinrent en quelques années les principaux trafiquants en Asie du Sud-Est. Pendant la guerre froide, des réseaux de trafic connurent une croissance sans précédent et devinrent un instrument géopolitique entre les mains des services secrets occidentaux au Vietnam, au Mexique ou encore en Colombie (13).

En 1961, puis en 1971 et en 1988, furent adoptées plusieurs **conventions internationales** concernant les substances psychotropes et le trafic de drogues par les Nations Unies (14). Chaque nouvelle version renforçait et complétait les précédentes. Un des objectifs majeurs des deux premiers traités fut de codifier les mesures de contrôle à appliquer au niveau international pour assurer la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques et pour prévenir tout détournement vers les circuits illicites. Ces conventions incluent également des dispositions générales sur le trafic et l'abus de drogues (14). A noter qu'étaient présentes lors de la signature de ces traités, des compagnies pharmaceutiques et d'alcool dont l'influence fut indéniable sur l'élaboration des critères de légalité de ces produits (10). Les Etats membres de l'Europe furent tous signataires (15).

Dans les années 70, près d'un tiers des soldats de retour de la guerre du Vietnam étaient dépendants à l'héroïne. Aux Etats-Unis, on estimait qu'il y avait alors entre 400 000 et 500 000 héroïnomanes (9). Dans ce contexte, le Président Richard Nixon lança en 1971 : « La guerre contre les drogues » (« **War on Drugs** »). D'énormes moyens financiers et humains furent déployés pendant des années pour endiguer le phénomène causant de conséquents dégâts humains, matériels et environnementaux (16-19). De nombreux paysannes et petites trafiquantes furent entre autres arrêtées et des villages entiers furent contraints de migrer (16,17,20). De fait, d'importantes violations des droits humains furent commises pendant des années en Amérique du Sud et en Asie du Sud-Est pour peu d'impact sur les commanditaires (19,21).

En 1996, les Talibans prenaient le pouvoir à Kaboul et firent de l'Afghanistan le premier producteur mondial d'héroïne. La production d'héroïne est par ailleurs depuis longtemps un outil de pouvoir dans le pays (22).

En 2001, le Portugal, face à une « épidémie d'héroïne » (1% de la population étant dépendante à l'héroïne dans les années 80 avec la plus forte concentration d'infection au VIH parmi les personnes injectrices de

substances en Europe), décida de décriminaliser l'usage des drogues et d'adopter une politique de Santé Publique dans le domaine en réallouant du budget pour l'accompagnement médico-psychosocial et la réduction des risques (voir Chapitre 1.2.2) (19,23,24). Ce « Portuguese Drug Policy Model » (PDPM) a eu le mérite d'aborder la problématique sous un angle humaniste et pragmatique et d'inspirer de nombreux autres pays. En 20 ans d'expérience, il a également entraîné un déclin au niveau des incarcérations liées à des faits de consommation de drogues, une prévalence de drogues relativement basse par rapport au reste de l'Europe et une diminution des maladies infectieuses liées aux consommations avec quelques variations dans le temps (23–25). Malgré un engouement mondial, le bilan n'est toutefois pas sans controverse et paradoxe liés au contexte prohibitionniste global² (24,25).

Une étude publiée dans le Lancet fit grand bruit en 2010 (26). Celle-ci remettait en question les critères de légalité et d'illégalité des substances imposées par les conventions des Nations Unies. En effet, David Nutt et son équipe, en prenant en compte l'ensemble des dommages individuels et sociétaux causés par les substances, firent ressortir- suite à une consultation d'experts- en 1^{ere} position, l'alcool et en sixième position, le tabac (26). Si nous nous référons aux dernières données du Global Burden Disease, le tabac serait par contre en première position en terme de morbi-mortalité (27).

En 2011, la nouvelle Commission Globale de politique en matière de drogues, constituée notamment de l'ex-président de la Colombie, Cesar Gaviria Trujillo et de l'ancien secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, fut sans appel dans son rapport: « *La guerre mondiale contre la drogue a échoué avec des conséquences dévastatrices pour les hommes et pour les sociétés du monde entier. Cinquante ans après la création de la Convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies, quarante ans après le lancement de la guerre contre la drogue par le gouvernement américain du président Nixon, il est urgent de **réformer les politiques anti-drogues** à l'échelle nationale et internationale* » (16). Cela marqua un tournant sur le plan international.

Les Etats-Unis, le 26 octobre 2017, déclaraient les troubles liés à l'usage d'opioïdes comme une urgence de Santé Publique, témoin d'un malaise social important dans un pays très inégalitaire où les décès par overdose étaient devenus la première cause de mort accidentelle chez l'homme blanc (19,28). A noter que cette crise a été favorisée par un lobby pharmaceutique soutenu de la part de Purdue Pharma (28).

Pour conclure, la situation actuelle de la consommation de substances s'est façonnée à travers le temps et est sous-tendue par des enjeux moraux, historiques et géopolitiques avec des conséquences socio-sanitaires encore bien réelles sur les personnes qui consomment des substances (6,10,12).

1.2 Notions et concepts essentiels

Pour mieux comprendre et ancrer notre thèse, nous allons nous attarder dans cette partie sur plusieurs notions essentielles telles que la conceptualisation de l'addiction, la réduction des risques et le langage de l'addiction, leur fondement et leur évolution.

² On peut constater par exemple que mélanger juridique et santé n'est pas sans ambiguïté et complexité, que la « Commission de dissuasion des toxicomanies » mise en place n'atteint majoritairement pas le public visé en interpellant principalement des personnes ayant une consommation récréative de cannabis, que des mesures de réduction des risques de base comme des programmes de testing de substances restent difficiles à implémenter ou encore qu'une augmentation des sanctions pénales est observée depuis une dizaine d'années (24,25).

1.2.1 Modèles de l'addiction à travers le temps

Toutes les consommations évoquées auparavant ne sont pas sans conséquence sur l'individu et peuvent basculer **dans plus ou moins 10-15 % des situations vers un phénomène addictif** (5,29).

Pour bien comprendre les modèles conceptuels des addictions et l'évolution des représentations, il est primordial de les contextualiser en regard de l'évolution des différents courants de pensées et des avancées scientifiques.

Le mot « **addiction** » vient du latin « *addictus* », être adonné à ou se donner, exprime une absence d'indépendance qui peut aller jusqu'à l'esclavage. Au Moyen-Age, l'addiction évolua vers « la relation contractuelle de l'apprenti à son maître » (9). La consommation était vue alors comme un péché. C'est en 1784 que le médecin Benjamin Rush évoqua pour la première fois la dimension pathologique de l'addiction et la notion d'ivrognerie dans le cas de l'alcool. En associant science et humanisme démocratique, il voulait que la médecine rende son autonomie à l'individu en le libérant de ses addictions. D'autres continuèrent à étudier le phénomène mais ce ne fut qu'en 1849 que le médecin aliéniste, Magnus Huss, identifiait véritablement l'alcoolisme chronique comme une pathologie à part entière en médecine dont le diagnostic clinique s'affina avec le temps. On distinguait ainsi biologiquement l'intoxication aigue de l'ivrognerie ou de l'alcoolisme chronique. Les premières lois anti-alcool et les premières lignes de tempérance émergèrent fin du XIXe siècle (6,10).

La notion de « toxicomanie », intégrant les notions de « toxikon » le poison et de mania « folie », employée par les aliénistes dans les années 1880 engloba ensuite la dépendance à toute forme de substance. La connotation du terme était fortement psychiatrique et la substance largement incriminée comme responsable. Celle-ci engendrerait des comportements qui étaient jugés nocifs pour la société. De maladie d'ordre individuelle, elle devint un problème social. On lui donna tantôt une origine génétique, - il s'agit d'individus dégradés, d'hérédité alcoolique représentant une menace pour l'espèce -, ou tantôt une origine intrapsychique (9). Selon Freud, une mauvaise évolution du besoin primitif auto-érotique primaire de dépendance à la mère était à l'origine de la toxicomanie (9).

Par la suite, différents scientifiques, tel Otto Fechinel en 1945, firent la **distinction entre toxicomanie avec drogue et toxicomanie sans drogue** (30).

En 1964, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommanda l'abandon du terme « toxicomanie » pour celui de « **dépendance** ». Le terme d'alcoolisme fut remplacé en faveur du terme « alcool-dépendance » qui comprenait une dépendance physique (incluant les phénomènes de tolérance et de sevrage liés à une neuro-adaptation à la substance) et une dépendance psychique (désir insistant de consommer la substance pouvant se traduire par des manifestations psychosomatiques et plus liées aux caractéristiques du sujet) (9). Elvin Morton Jellinek, expert à l'OMS, créa ainsi une première taxonomie qui distingua les différents troubles liés à la consommation d'alcool avec ou sans dépendance psychologique et physique (31).

Dans les années 70, le psychiatre français Claude Olievenstein argumenta que « **La toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'une circonstance ou d'un moment culturel** » (32). Cette approche biopsychosociale de l'addiction sera par la suite appelée la triade d'Olievenstein ou le modèle multivarié (33). Parallèlement, cette approche fut également envisagée aux Etats-Unis. Les Drs Edwards et Gross évoquèrent en 1976 la notion d'« alcohol dependence syndrome », qui serait déterminé par des facteurs biologiques et culturels. Cette idée fut renforcée en 1977 par les travaux de Peele sur les soldats américains qui ne consommaient plus d'opium une fois rentrés du Vietnam (34). On envisagea ainsi que

l'addiction n'était pas causée par la substance mais par l'expérience que fait vivre le toxique, à savoir le soulagement d'un conflit avec la réalité extérieure. La dépendance était comprise comme une adaptation continue de l'individu à l'environnement (9). Cela s'inscrit également dans la conceptualisation d'une approche plus biopsychosociale de la maladie et de la santé (voir le modèle d'Engel) (35).

Dans les années 1990, avec le développement des neurosciences, il fut de plus en plus mis en avant que l'addiction était une maladie du cerveau, ce qui est notamment soutenu par le National Institute of Mental Health aux Etats-Unis (NIDA). En effet, depuis un demi-siècle, l'hypothèse d'un circuit de la récompense au niveau neurobiologique était avancée suite à des travaux effectués chez les rats (36). C'est ensuite par l'avènement de l'imagerie médicale qu'on arriva à mettre en lumière ce circuit chez l'humain (9). On comprit ainsi mieux que l'addiction était liée à un dysfonctionnement de ce système de récompense (dopaminergique) normalement contrôlé par des voies d'inhibition GABAergiques et des voies d'excitation glutamatergiques. Dans la revue Science en 1997, Alan Leshner, en plus d'évoquer l'addiction comme une « brain disease », amena la notion de maladie avec rechute chronique : « **chronic brain relapsing disease** » (37).

Cette approche permit d'aider à sortir de la notion largement répandue que la consommation était une faiblesse morale en mettant en avant le dysfonctionnement cérébral induit par la substance et en diminuant de facto la responsabilisation de l'individu. Cette approche est toutefois à nuancer par son côté réducteur qui amène à penser que la prise en charge pourrait être uniquement médicamenteuse en faisant fi du contexte (9).

Dans les mêmes années, Aviel Goodman précisa la notion d'addiction qui est largement reprise par le monde scientifique (38). Selon lui, l'addiction est « *un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par : l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion)* ». Cela permit de sortir du clivage « alcoolisme-toxicomanie » en abordant l'addiction comme un tout et de s'intéresser également à **l'installation du phénomène**.

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) a suivi ces différents courants et s'y est adapté (39). Le DSM III en 1975 -influencé par les travaux de Jellinek- introduit la notion de dépendance. Le DSM IV (1994) distingua dans une approche catégorielle la notion d'**abus** (apparition de dommages sans dépendance), et la notion de **dépendance** sous l'influence des travaux d'Edward et de Gross . Pour l'heure, la dernière version du DSM, le DSM V, sorti en 2013, évoque un terme plus neutre qui est la notion de « **substance use disorder** » pouvant se traduire en français par « trouble lié à l'usage de substances (TUS) » (9,40). En partant d'une approche dimensionnelle, on envisage ainsi une gradation du trouble selon un continuum de sévérité (le niveau « sévère » correspondant à la notion de dépendance dans le DSM IV). Cette approche permet également de travailler sur la problématique dès l'installation des symptômes en adaptant son approche en fonction de la sévérité et en allant de la promotion de la santé aux soins et au rétablissement. Cela inclut de passer par la prévention, la détection et la réduction des risques (voir Chapitre 1.2.2) (40).

Notons que les drogues ont touché toutes les sphères de la société à travers les siècles. Les **penseurs et les écrivains**, par exemple, n'ont eu de cesse de vanter ses mérites en terme d'inspiration créative à travers le temps et ont contribué à faire évoluer la pensée et les représentations sociétales (41). Hérodote au Ve siècle avant J-C écrivait déjà sous l'influence euphorisante du chanvre. Au XIXe siècle, le Club des Haschischins, composé notamment de Honoré de Balzac, Théophile Gautier et Charles Baudelaire continuaient à en vanter le mérite. Citons aussi Jean Cocteau qui ne pouvait se passer d'opium, Guy de Maupassant, d'éther ou encore Robert Louis Stevenson et Sherlock Homes de cocaïne. Plus récemment, nous pouvons évoquer les

amphétamines consommées par beaucoup d'intellectuels comme Jean-Paul Sartre ou encore Jack Kerouac. De nos jours, les drogues sont toujours très présentes dans le monde culturel et artistique (41).

A l'heure actuelle, l'American Society of Addiction Medicine résume bien toute cette évolution dans sa définition de l'addiction : « **Addiction is a treatable, chronic medical disease involving complex interactions among brain circuits, genetics, the environment, and an individual's life experiences. People with addiction use substances or engage in behaviors that become compulsive and often continue despite harmful consequences. Prevention efforts and treatment approaches for addiction are generally as successful as those for other chronic diseases** » (42).

Dans cette approche, certains facteurs vont influencer dans un sens ou dans un autre l'initiation (facteurs de risque) ou la non-initiation (facteurs de protection) d'une consommation ainsi que le basculement potentiel vers un trouble lié à l'usage de substances (43). Ceux-ci existent à l'échelle de l'individu (personnalité, genre, génétique, état de santé, compétences psychosociales, etc.), de son contexte familial (dynamique de consommation, psychopathologie, violences intrafamiliales, niveau socio-économique etc.), de son milieu social (influence par les pairs, représentations des drogues par le groupe social, discrimination, etc.) mais également à l'échelle sociétale (valeurs et normes, conflit et insécurité, accès à des soins de santé, etc.) (5,43). Il est à noter que même si les classes socio-économiquement plus élevées ont tendance à plus initier des consommations de substances, il y a plus de troubles liés à l'usage de substances dans les classes socio-économiquement basses (5,43,44).

De nombreuses autres explications sous le prisme notamment de l'anthropologie, de la philosophie, de la psychanalyse, du behaviorisme, de la religion ont vu le jour au cours des siècles pour tenter d'expliquer ce phénomène complexe. Celles-ci ne feront pas l'objet de ce travail.

1.2.2 La réduction des risques : concept fondateur et fondamental

1.2.2.1 Introduction

Un concept essentiel et fondateur dans le champ des addictions, est la notion de **Réduction des Risques**, appelé dans le jargon de l'addictologie : RdR. Il s'agit d'une stratégie de Santé Publique qui s'adresse spécifiquement aux personnes qui consomment des substances (PQCDs) et à leurs proches (45,46). Celle-ci vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de produits psychotropes et a pour ambition de promouvoir la santé physique, mentale et sociale (45,46). **Elle se veut complémentaire à la prévention de la consommation et des traitements.** « Les risques » peuvent être liés à la dangerosité du produit, aux caractéristiques de consommation mais aussi à des facteurs infectieux, psychosociaux ou environnementaux connexes . Elle est régie par un texte législatif en Belgique depuis juillet 2016 (39). Malheureusement elle n'est pas, contrairement à d'autres pays comme la Suisse, reconnue chez nous comme politique de Santé Publique (45). Elle ne vise pas à limiter l'usage mais s'inscrit dans une vision plus large de prévention, ce qui la rend sujette à polémique (47).

1.2.2.2 Contexte historique

Le début du XXe siècle fut marqué par l'apparition de quelques démarches de soutien aux usager-es relativement marginales dans le contexte international de prohibition des drogues. La philosophie de la réduction des risques pris un tournant dans les années 80 et le concept se développa en lien avec l'épidémie de VIH (46,48). Jusque-là, l'abstinence, idéal de vertu, était la seule condition de prise en charge des personnes faisant usage de substances. Lors des premières découvertes liées au VIH, on comprend que le partage de seringues représente un risque élevé de transmission du virus. On assiste alors à « l'acte de naissance » de la réduction des risques par la revendication de l'accès à des seringues stériles à travers des associations d'usager-es et des acteurs-rices socio-sanitaires (cf Act Up, Aides) (46,48). Face à l'échec de l'éradication des drogues et à la maximalisation des risques qu'entraîne la prohibition, la démarche s'étendit progressivement en **remettant en question le paradigme de l'abstinence dominant** à cette époque-là (46,47).

Cette réflexion fit suite à plusieurs constats : une société sans drogue ainsi que le risque zéro n'existent pas, la notion de risque est relative et une information objective n'est pas incitatrice (45,47). Par ailleurs, le constat que le plus grand échec de la prohibition fut son incapacité à offrir une réponse adaptée en termes de protection, de responsabilisation des PQCDs et d'assistance aux personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites (PTUSI) dont la réduction des risques est la première porte (49).

Cette évolution stratégique ne fut toutefois pas sans tension, différents pays s'opposèrent de manière très claire à la reconnaissance de la réduction des risques dans les politiques publiques, et ce, encore à l'heure actuelle (18,49). En 2001, l'Union Européenne s'engagea à implémenter la « Réduction des Risques » sur son territoire. L'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT ou EMCDDA), quant à lui, adopta la RdR, la soutint et la considéra comme un des piliers de la politique des drogues. En 2009, on assista également à une meilleure acceptation des stratégies de RdR au sein des organes de l'ONU (49).

La réduction des risques a réellement pu se déployer grâce à une nouvelle conception de la Santé Publique et de la promotion de la santé, qui se recentraient sur le PQCDs (47). En valorisant d'une part, le **rôle de la personne comme actrice de sa santé** et d'autre part, la prise en compte de ses besoins spécifiques (46,47).

1.2.2.3 Principes fondateurs

Avec une approche globale, la RdR a pour principes un bas seuil d'exigence, le non-jugement, la proximité avec la réalité des usager-es et leur participation active aux programmes qui les concernent (47). La responsabilisation et la participation de la personne sont des caractéristiques fondamentales de la RdR (48). Loin d'une approche paternaliste, sont ici mis en avant l'accompagnement et la collaboration, en ce compris l'auto-support par les pairs (50). Cette inclusion des PQCDs dans les programmes de RdR a une double fonction : d'un côté, donner à la personne les moyens d'agir sur sa santé et sur son environnement en lui laissant le choix de son mode de vie et de son recours aux soins, de l'autre, lui **reconnaitre une expertise** en la matière et par conséquent lui accorder une **place centrale dans la construction du programme de RdR** (47).

Parmi quelques exemples de réduction des risques, nous pouvons trouver l'accès à des seringues stériles, les dispositifs de récolte de seringues usagées, les dispositifs de testing de drogues, l'accès à la naloxone (antagoniste lors d'overdoses d'opiacés), l'accès aux traitements par agonistes opioïdes (TAO) et aux salles de consommations à moindre risque (SCMR) ou encore l'accès au logement via des programmes d'housing first.

En tant que médecin, il est important d'intégrer le fait que le traitement par agonistes opioïdes -consistant en une prescription médicale de produits pharmaceutiques proches de l'héroïne- est une pratique de réduction des risques. En effet, la délivrance légale, l'administration d'un produit contrôlé comme n'importe quelle substance pharmaceutique et la limitation du dosage diminuent les risques socio-sanitaires et juridiques habituels de la consommation d'opiacés illicites (51).

I.2.2.4 Conclusion

A ce jour, la réduction des risques reste assez variable d'un pays à l'autre, dépendant des politiques, du cadre légal et des réalités locales. Pour donner quelques exemples en Belgique : la réduction des risques liée à l'usage de drogues représenterait 0,4% des dépenses publiques (15). Les programmes d'échange de seringues et la vente libre de seringues en pharmacie existent depuis les années 2000. En 2018 à Liège et à en 2022 à Bruxelles des premières SCMR ont pu voir le jour à l'instar de centaines d'autres réparties dans 16 pays (18). L'accès à des kits de naloxone en spray pour les usager-es, à quant à lui, pu être validé par le Conseil Supérieur de la Santé en 2022 mais la disponibilité n'est toutefois pas encore effective (52).

I.2.3 Stigmas et langage

Pour cette partie, nous ferons référence à la première partie de l'article « Troubles liés à l'usage de substances : langage pourvoyeur (in)conscient de stigmas » que nous avons rédigé dans le cadre du 57^e congrès de l'AMUB³ (54).

1.2.3.1 Introduction

Il ne faut pas négliger l'importance du choix des mots et l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur la qualité de soins. Il a été montré que **le vocabulaire choisi peut façonner le regard porté sur la maladie**, influencer les représentations que les professionnel·les de santé ont de ces situations et de facto les attitudes qu'ils et elles adoptent ainsi que la société vis-à-vis des personnes porteuses de ces maladies (55). En effet, le langage est un déterminant de notre pensée et par conséquent de nos comportements conscients et inconscients. Avant de nous intéresser au langage dans le cas spécifique des personnes avec troubles liés à l'usage de substances (TUS), nous allons commencer par nous intéresser à ses enjeux dans le cadre du phénomène bien étudié que sont les pratiques sexuelles.

L'Histoire nous a montré comment le langage peut impacter la compréhension des phénomènes et perpétuer les biais sociétaux. Pour exemple, la récente épidémie de la variole du singe qui a émergé en mai 2022 a rapidement été étiquetée de « maladie de la communauté gay », ce qui a eu un effet stigmatisant et discriminant pour cette communauté au détriment d'une approche adéquate de Santé publique. En effet, même si on a retrouvé une majorité de cas au sein de la communauté LGBTQIA+ (89,9 % selon l'OMS), ce n'était pas l'entièreté. De plus, comme le montrent März et al. (56), le focus sur cette communauté a renforcé

³ AMUB : Association des médecins anciens étudiants de l'Université Libre de Bruxelles (53).

des attitudes anti-LGBTQIA+ dans certaines régions qui ont majoré encore plus les discriminations vécues et les inégalités sociales de santé chez ce public. Qualifiée également il y a 40 ans de « gay cancer », « gay-related immune deficiency », les représentations réductrices autour du VIH ont eu un effet délétère sur la santé mentale et physique de cette communauté. Les nombreux stigmas associés ont limité l'accès à des soins de qualité pour ces personnes et sont encore une réalité tangible à l'heure actuelle (57,58). Ces représentations stéréotypées ont également pour conséquence des diagnostics tardifs. En cause d'une part, une faible perception du risque chez des personnes qui ne se sentent pas concernées et consultent tardivement. Et de l'autre, un dépistage trop ciblé ou des opportunités manquées (c.-à-d. passer à côté d'un VIH lors d'une autre pathologie révélatrice) de la part des soignant-es (59,60).

Dans un autre registre, nous pourrions également évoquer la notion de « gale des gens propres » en opposition à la gale des gens sales comme autre exemple de vocabulaire façonnant les représentations véhiculées autour des maladies et intégrées par les professionnel·les de santé. De nombreux autres exemples de stigmas liés aux maladies infectieuses, aux questions de genre ou d'orientation sexuelle, aux situations d'handicap, aux situations de migration, ou de sans-logement, etc. peuvent également être relevés et se cumuler (dans une perspective intersectionnelle) (61). Le discours public dominé par les stéréotypes et préjugés est influencé par les professionnel·les de santé et a une influence sur ces dernier·es également. Ce discours tend à être catégorisant et faire une distinction entre « eux », les gens aux caractéristiques non désirables, et « nous » (62). La stigmatisation peut s'expliquer ainsi comme une réaction sociale en partie inconsciente et automatique face à des populations « différentes » et « vulnérables ».

1.2.3.2 Langage de l'addiction et stigmatisation

Pour en revenir au champ des assuétudes, les mots connotés ne manquent pas, « le junkie », « le toxicomane », « le tox », « l'alcool », « le camé », « le drogué », entre autres. Si nous reprenons l'étymologie du terme « toxicomane », il s'agit d'une personne qui a la « mania » c'est-à-dire la folie du « toxikon », le poison. Pour rappel, le mot « junkie » vient de l'anglais « junk » qui veut dire « déchet ». Il n'est pas rare non plus qu'on fasse usage de ce terme en français pour désigner un·e consommateur·rice ayant un usage excessif d'une substance. Mais aussi d'évoquer le fait d'être « clean » pour faire référence à l'abstinence de consommation chez soi ou chez autrui. Ces termes stigmatisants empreints d'importants jugements moraux véhiculent la croyance que la personne qui consomme s'inflige elle-même la maladie, est coupable de comportements « sales » et mérite moins le soin (55,63). Ces biais peuvent être implicites ou explicites.

La littérature met en évidence que les différents stigmas sont des barrières à l'accès et à la qualité de soins (63–66). Ceux-ci sont de nature cognitive (stéréotypes), émotionnelle (préjugés) et comportementale (discrimination) (64,65). En effet, les stéréotypes et les préjugés intégrés au niveau individuel ou collectif peuvent donner lieu à de la discrimination (64,65). Deux formes de stigmas existent à l'échelle collective, ceux impliquant la communauté (les **stigmas** dits **publics** ou **sociaux**) et ceux concernant les institutions, en ce compris le système de santé et les personnes qui le composent (appelés **stigmas structurels**) (65). Lorsque ces stigmas sont internalisés par un individu, nous parlons d'**auto-stigmatisation** (self stigma) (65,66). Celle-ci est influencée par les stigmas sociaux perçus, donc la façon dont la personne va percevoir les stigmas présents dans la société. Cette auto-stigmatisation comprend une faible estime de soi, la peur du jugement d'autrui et le « **why-try effect** »(66). Celui-ci peut se traduire par « l'effet à quoi bon ? », sous-entendu « A quoi bon essayer vu que je ne vauds rien ». Cette auto-stigmatisation a un impact négatif sur la demande d'aide et le risque d'auto-exclusion des soins de santé et contribue à expliquer le « treatment gap » (le nombre de

personnes avec un trouble qui ont besoin d'un traitement mais n'y ont pas recours) majeur dans ces situations. Différentes données mettent en évidence qu'en moyenne 10-15 % des personnes ayant un trouble lié aux substances bénéficient d'un traitement (5,62,67). Il ne s'agit que d'une partie de l'iceberg, la stigmatisation est un phénomène complexe qui se joue à tous les niveaux de la société (64,65). Le système de santé contribue largement à la stigmatisation structurelle des problèmes de santé mentale de consommation de substances favorisant de mauvais résultats cliniques dans ces situations (68,69). Il a ainsi été démontré que des attitudes négatives par rapport aux personnes avec un trouble lié à l'usage de substances diminuent l'empathie et l'implication des soignant·es dans ces situations tout comme elles réduisent le sentiment d'empowerment ainsi que l'optimisme face au traitement et au rétablissement chez les patient·es (64,68–70). Cette stigmatisation structurelle ainsi que l'auto-stigmatisation chez les personnes avec TUS vont induire des retards dans les demandes de soin, des besoins de soins non satisfaits, des abandons de traitement, etc. (66,69–71). Ceci va également majorer les inégalités en termes de santé chez ce public (69). Pour exemple, Lasigetti et al. en 2019 ont montré que les personnes racisées (toutes les personnes définies comme autres que « blanches » dans l'étude), avaient significativement moins accès au traitement de buprénorphine lors de leur visite (72). Les soins en termes d'accès, de qualité et de résultats en sont indéniablement affectés et un cercle vicieux tend à s'installer. Voir Figure 1.a.

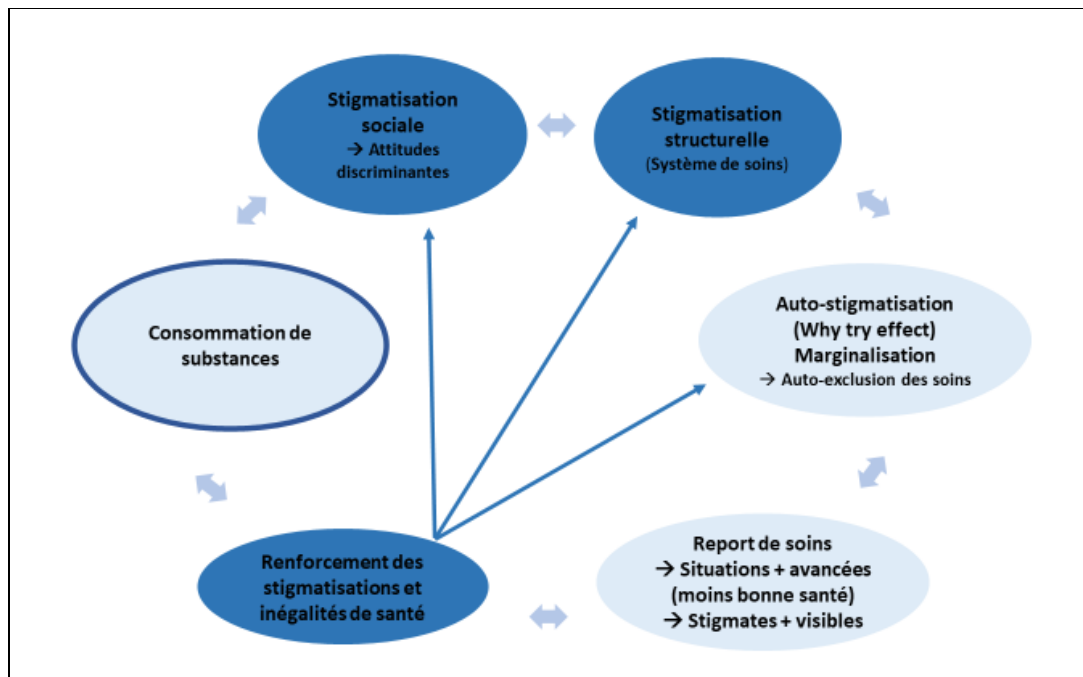


Figure 1.a Cercle vicieux du phénomène de stigmatisation des TUS

Corroborant ces observations, une étude contrôlée randomisée menée par Kelly et al. (29) en 2010 a mis en évidence des données interpellantes. Deux vignettes cliniques étaient distribuées aléatoirement entre des clinicien·nes et chercheur·ses spécialisé·es dans le domaine de la santé mentale et des addictions. La situation clinique dans les deux vignettes était en tout point pareille à l'exception qu'il était fait référence au terme « substance abuser » pour la première et à une personne avec un « substance use disorder » pour la deuxième vignette. Les résultats montraient que les répondant·es considéraient l'individu décrit dans la première vignette comme moralement plus coupable et étaient en faveur de plus d'actions punitives à son égard. Le

choix d'une terminologie adéquate est donc essentiel (62,73) pour limiter le phénomène de stigmatisation de ces personnes. Ces résultats semblent confortés dans une autre étude sur le partage d'informations entre professionnel·les de santé à travers le dossier médical (74). Celle-ci a relevé des attitudes plus négatives et un traitement médicamenteux différent de la part des assistant·es en médecine lors du recours à un langage stigmatisant par rapport à un langage neutre (74).

1.2.3.3 De la nécessité d'un langage neutre et précis

Une terminologie définissant les personnes par leurs comportements ou par une condition médicale contribue à les déshumaniser et à les exclure socialement (75). A l'inverse, **un langage centré sur la personne permet de respecter la dignité des individus et de minimiser les perceptions négatives véhiculées** (62,73,76). L'individu n'est pas défini par sa maladie et cela vaut pour toute pathologie médicale : il n'est pas que « diabétique », que « migraineux », que « psychotique » ou que « toxicomane ». Utiliser des termes tels que « personne avec » indique que la maladie n'est qu'un aspect de la personne et non une caractéristique la définissant dans son entièreté (29,73,76,77). Il a « un trouble » mais n'est pas « le trouble ». Pour ce faire, et pour un partage d'une information de qualité tenant compte des dernières avancées scientifiques, nous proposons de s'en référer aux nomenclatures en vigueur et donc dans ce cadre-ci au CIM 11 et au DSM-V afin d'avoir un langage scientifique commun et non connoté, bien que ces classifications puissent aussi être matière à débat. Des petites variances culturelles et linguistiques peuvent exister mais doivent faire transparaître une même idée (77). En ce sens, le DSM-V malgré ses limites, – comme vu supra – a mis de côté les terminologies encore de vigueur dans le DSM-IV utilisant les termes « abus » et « dépendance » aux substances pour plutôt parler de « trouble lié aux substances » avec différents degrés de sévérité. Pour appuyer notre propos, nous pouvons faire référence à l'utilisation de la terminologie « traitement par agonistes opioïdes » pour évoquer les traitements de méthadone et de buprénorphine. En effet, l'utilisation du terme « agoniste » et non du terme « substitution » dans « traitement de substitution orale » est crucial car il reflète la compréhension actuelle des traitements et de la science ainsi que le fait que ceux-ci ne sont pas un « remplacement d'une substance par une autre », ce qui peut participer à véhiculer l'idée reçue qu'il s'agit d'un traitement qui « entretient la toxicomanie » (76). Le terme « oral » n'est plus non plus adéquat depuis l'autorisation de mise sur le marché en 2018 de la buprénorphine par injection (78).

Par ailleurs, certaines personnes ayant ou ayant eu un trouble lié à l'usage de substances peuvent se définir avec le vocabulaire d'usage, qu'ils ont internalisé, par retournement du stigma ou pour pouvoir aussi s'en détacher « je suis un·e ex-toxicomane ». **Chacun·e peut se définir comme il l'entend mais il est du devoir du professionnel·le de santé d'utiliser quant à lui un vocabulaire neutre et précis** qui aura certainement un impact sur le vocabulaire choisi par les personnes avec TUS (77). Voir Table I.a ci-après.

Table I.a : Justification du recours à un vocabulaire neutre lors de TUS (55,73,76,77)

Vocabulaire connoté	Vocabulaire neutre	Justification
Absence de compliance, non compliance	Non observance thérapeutique, difficulté à prendre le médicament selon les modalités indiquées	Anglicisme péjoratif, jugeant et paternaliste
Abus	Consommation/ usage Trouble lié à l'usage Mésusage	Jugeant et ambigu, suggère une conduite volontaire et nie le fait que les troubles liés aux substances correspondent à une altération de la santé. En français, l'alternative "mésusage" est moins connotée négativement que son équivalent anglophone "misuse". Cela peut sous-entendre qu'il y a un "bon" et un "mauvais" usage, et que de ce fait il n'est pas "neutre »
Addiction	Trouble lié à l'usage de... Assuétudes	« Addict » est un anglicisme péjoratif et stigmatisant selon le contexte. En anglais, le terme addiction est habituellement perçu comme très stigmatisant, alors que ce n'est pas le cas en français, ce qui peut expliquer sa large diffusion à partir des années 2000 dans les milieux professionnels francophones. Addiction vient du Latin « addicere », qui renvoie à la mise en esclavage d'une personne. Le terme « assuétudes » est préféré en Belgique par son caractère relativement moins stigmatisant ²⁸ .
Addict, Alcoolique, Junkie, Toxicomane Ex-addict, ex-alcoolique, ex-toxicomane	Personne ayant un trouble lié à l'usage de... Personne étant en rétablissement	Préférer un langage centré sur la personne. Cela met en évidence que la personne « a » un problème mais « n'est » pas le problème, ce qui évite des associations négatives et des attitudes punitives.
« Clean »	Personne ne faisant pas un usage actif de, ne consommant pas actuellement	
Rechute	Reprise de consommation	
Bébé « addict »	Bébé avec un syndrome de sevrage néonatal	Un bébé ne peut pas naître avec une addiction car il s'agit d'un trouble du comportement, ils sont simplement nés avec un syndrome de sevrage.

Traitement de substitution orale	Traitement par agonistes opioïdes	Véhicule l'idée que cette médication entretient la toxicomanie en substituant une drogue par une autre
----------------------------------	-----------------------------------	--

**A noter que ces recommandations ne s'intéressent pas à un usage de substances récréatives qui représente toutefois la majorité des usages*

I.3 Etat de la situation actuelle de la consommation de substances illicites

I.3.1 Situation actuelle dans le monde

Tout le contexte décrit précédemment influence la situation mondiale actuelle. En effet, dans bon nombre de pays, l'usage des drogues constitue encore un délit pénal passible de prison. Dans certains d'entre eux, la possession de seringues est aussi prohibée et la police a parfois pour habitude d'arrêter les personnes qui consomment des substances près des centres de RdR pour remplir les quotas attendus par leur hiérarchie, comme il a été rapporté en Malaisie ou au Kenya (37,42). De nos jours, seule une personne qui utilise de substances par injection sur 100 vit dans un pays qui offre un accès privilégié aux programmes d'échange de seringues (PES) ou de TAO (42). 92 pays auraient des PES et 87 des programmes de TAO selon le dernier rapport du Global State of Harm Reduction (18).

Selon les dernières données disponibles (5), **296 millions de personnes** dans le monde **consommeraient** pourtant des drogues (sous-entendus substances illicites ou usage non-médical de médicaments) dont **39,5 millions auraient un trouble lié à l'usage de substances**. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent (voir chapitre 1-2-3), seule une personne avec TUS sur cinq voire six bénéficierait d'un traitement (20) et en moyenne 8 personnes en traitement sur 10 sont des hommes (5).

Ces **données** qui tentent d'estimer le phénomène sont de facto **sous-estimées** vu le caractère sensible et illicite de certaines informations. Celles-ci sont récoltées à travers différentes enquêtes dont les critères, définitions du trouble lié à l'usage de substances et accès aux données diffèrent d'un pays à l'autre. Par exemple, pour établir l'épidémiologie des premières demandes en traitement, des registres d'indicateurs de demandes de traitement (TDI) sont utilisés en Europe (79). Ces données ne sont collectées que dans des institutions dédiées à la santé mentale et aux assuétudes (en intra-hospitalier et ambulatoire), et non au niveau de la première ligne de soins qui joue pourtant un rôle clé pour ces personnes en Belgique (80–82). De plus, ces institutions sont investies en général par un public plus masculin et plus précarisé, surtout dans le cadre des structures de type bas-seuil (44). Nous y reviendrons dans la deuxième partie de cette thèse. Ces données sont donc biaisées et tendent à surreprésenter certains publics et façonner ainsi les représentations sociétales par rapport aux profils de consommateurs/trices. De ce fait, les classes moyennes insérées socio-professionnellement, faisant usage de substances illicites, sont sous-représentées dans l'imaginaire collectif et les politiques de santé (44).

A l'échelle mondiale, les consommations varient également d'un pays à l'autre selon le contexte historique et géopolitique, l'attribut licite ou illicite des produits dans le pays, les lieux de productions et routes d'approvisionnement ainsi que selon les inégalités sociales et de genre (5,44,83,84).

Nous pouvons relever par exemple, qu'il y a des consommations importantes d'opioïdes et de méthamphétamines aux Etats-Unis, de cocaïne en Amérique Latine et en Europe où la consommation

d'amphétamines et dérivés est également élevée. En Afrique de l'Ouest et du Nord, au Moyen-Orient et en Asie du Sud-Ouest, l'usage non médical de Tramadol est également préoccupant (5).

En Belgique, nous sommes directement concerné-es étant donné les courants migratoires actuels (85).

I.3.1.1 Etat de santé des populations qui consomment des substances illicites

Comme nous l'avons vu précédemment, malgré toutes les politiques menées, les conséquences socio-sanitaires des consommations sont toujours bien présentes actuellement, comme le démontre la crise des opiacés qui sévit en Amérique du Nord et ses conséquences.

La consommation de substances n'est pas sans risque sur la santé. La littérature met en évidence de **nombreuses comorbidités psychiatriques et somatiques** (5,83,86–88). Une étude belge récente révèle un recours deux fois plus fréquent au MG et sept fois plus fréquent au psychiatre que la population générale (89). En effet, des comorbidités psychiatriques (anxio-dépression, syndrome de stress-post-traumatique, psychose, TDAH, entre autres) sont présentes dans plus de la moitié des situations (90). Le trouble peut favoriser la prise de substances, parfois à visée d'automédication, mais celle-ci peut également l'exacerber ou induire un nouveau trouble (88).

Les personnes les plus touchées par les consommations sont les jeunes, en Afrique par exemple 70% des PTUSI traités ont moins de 35 ans (5). Parmi les personnes qui consomment des substances par injection (estimée à 13,2 millions dans le monde), 50% seraient porteurs-ses du virus de l'hépatite C (VHC)-principal réservoir de la maladie-, 12,1% seraient atteint-es du VIH (5). Les prévalences rapportées sont très variables d'un pays à l'autre selon l'accès à des programmes d'échange de seringues et l'accès aux données. Le taux de mortalité est bien supérieur chez les personnes avec TUS que dans la population générale et l'espérance de vie dû au cumul de risques médico-psychosociaux (troubles de santé concomitants, maladies cardiovasculaires, respiratoires, cancers, etc.) et aux barrières d'accès aux soins est en moyenne réduite de 20 ans (69).

Pour les substances illicites, la **plus grande cause de morbi-mortalité est attribuable aux opiacés** mais le caractère illégal des substances y contribue également (5,53). Les personnes qui consomment ces substances peuvent se retrouver avec des dosages ou des mélanges de substances favorisant des overdoses accidentelles ou être confronté-es à des « produits de coupe » -càd des produits qui vont être ajoutés aux substances pour les alourdir et améliorer le rendement- particulièrement dommageables (talc, microbilles, produit lessive, entre autres (5,91).

Les crises climatique, sanitaire et économique ont exacerbé les problématiques de santé mentale et de précarisation et ont augmenté ainsi les risques de consommation (92). On note en effet une augmentation de presque un quart de consommation (23%) en une décennie mais une augmentation presque de moitié (45%) de troubles liés à l'usage de substances selon les dernières données datant de 2021 (5).

Avec le temps, les usages ont évolué vers de plus en plus de **poly-consommations** notamment avec un détournement de l'usage de substances psychotropes, ce qui conduit à des prises en charge plus complexes, des potentialisations ou des interactions entre substances qui peuvent augmenter les risques sanitaires et les besoins de soins (5,83).

I.3.1.2 Profils de PTUSI à besoins de santé spécifiques

La littérature met particulièrement en évidence trois publics : les femmes, les personnes issues de l'immigration et les personnes ayant un usage de substances par injection comme ayant des besoins de santé spécifiques.

Les femmes⁴ : la littérature rapporte des besoins de santé liés aux violences basées sur le genre (la prévalence de violences conjugales serait de 40-70% contre 17-35% dans la population générale), des besoins liés aux risques sexuels majorés (travail du sexe/prostitution) et à la **parentalité** (84,93–95). Les parcours de vie des femmes ayant une consommation de substances sont très souvent marqués par **des vécus traumatiques** avant et pendant les consommations (84,93–95). Les études pointent également l'influence du partenaire sur l'entrée dans la consommation et le moindre contrôle des femmes sur la gestion de leur consommation (96). Les femmes qui consomment sont **invisibilisées** dans le champ des addictions, elles sont sous-représentées dans les services de santé ou arrivent souvent dans des états particulièrement dégradés à cause d'un report fréquent de demande de soins, un effet plus rapide des substances et le cumul de vulnérabilités⁵ biopsychosociales (84,93–95). Elles additionnent les barrières à l'accès aux soins aux niveaux personnel (auto-stigmatisation, stigmas perçus, autres priorités, peur de la violence induite, par exemples); interpersonnel (crainte de perdre la garde des enfants, manque de soutien dans l'entourage, dynamique conjugale de consommation compliquée, entre autres) ; sociétal (stigmas et injections sociétales) ; structurel (manque de structures sensibles aux questions de genre ou accessibilité réduite notamment en cas de parentalité, stigmas et tabous dans le soin) (33,98). Les **consommations sont socialement construites** et différentes en fonction du genre⁶, même si cette différence diminue de plus en plus (5). Les femmes ont toutefois tendance à plus présenter un mésusage de substances licites tels les antidépresseurs et anxiolytiques, qui sont socialement plus acceptables (5,100). Malgré le fait qu'il y ait en moyenne un tiers de femmes parmi les PTUSI (allant d'un quart pour les opiacés à la moitié pour les amphétamines et usage non médical d'opioïdes), seul un cinquième aurait accès aux soins (5). Nous manquons de chiffres à titre de comparaison pour les hommes uniquement mais ils représenteraient quatre cinquième des usager-es de service de soins. Le World Drug Report 2023 fait état de 17% de femmes en traitement en Europe ; aux deux extrêmes se trouvent l'Océanie avec 37% et l'Asie avec 3% (5).

Les personnes issues de l'immigration et de minorités ethniques⁷ : la littérature rapporte que ce public, du seul fait de leur appartenance à une minorité, peuvent avoir des conséquences sociales et individuelles complexes affectant la santé mentale, l'usage de drogues et la recherche d'aide (101). Ces personnes cumulent des facteurs de vulnérabilité tels des risques augmentés de parcours traumatiques, des difficultés socio-économiques, des ruptures socio-familiales, des **problèmes d'intégration**, de sensation d'isolement. Lesquels

⁴ Le terme « femmes » dans ce travail comprend toutes les femmes qui s'identifient comme telles peu importe leur sexe biologique. Nous intégrons la dimension de genre à cette définition. A noter que les études ne font pas toujours la distinction entre le genre dans sa dimension biopsychosocial et le sexe dans sa dimension biologique.

⁵ La vulnérabilité est à la fois un état et un processus. On devient vulnérable lorsque l'on est exposé à la possibilité d'un événement ou à une série d'événements sans avoir les ressources pour faire face aux risques qui y sont liés et à leurs conséquences sur le niveau initial de bien-être. Les formes de vulnérabilité sont multiples, peuvent se cumuler et s'alimenter mutuellement : précarité économique, insécurité alimentaire, mauvaise santé physique et/ou mentale passagère ou durable, isolement social, insécurité au regard de l'assistance sociale, discriminations et stigmatisations sociales, barrières linguistiques... La vulnérabilité entraîne un affaiblissement des mécanismes d'action (97).

⁶ Le genre fait référence aux rôles, comportements, activités et attributs socialement construits, considérés comme étant appropriés pour les femmes et les hommes par une société donnée (Convention d'Istanbul (99)).

⁷ Sont incluses les personnes issues de la migration de première génération dont les primo-arrivantes et de 2^e génération ainsi que les personnes demandeuses d'asile ou réfugiées.

sont des facteurs de risque de troubles de santé mentale et de consommation de substances (102–105). La consommation peut également être une **stratégie de coping** face à leur situation (106,107). A noter que les valeurs et normes de la société d'origine peuvent être un facteur de protection qui peut s'opposer à l'acculturation et à la volonté d'intégrer les normes, valeurs et groupes sociaux du pays d'accueil (108). Ils peuvent également développer des mécanismes de résilience, suite à leur parcours, qui agissent comme facteurs de protection face aux consommations (103).

Les **personnes qui consomment des substances par injection** : il s'agirait d'un public plus masculin, plutôt jeune, plus souvent en **situation de précarité ou de désinsertion sociale** selon la littérature (5,109,110). En effet, Degenhardt et al. ont mis en évidence chez ce public : 21,7 % de situation de sans-logement et un historique d'incarcération chez 57% d'entre eux (109). Le mode d'administration - outre un risque augmenté d'hépatites virales, d'VIH, d'infections cutanées et au niveau cardio-vasculaires- favoriserait également un risque majoré d'overdoses (5,91,111). L'usage de substances par injection concernerait dans la majorité des situations les opiacés (82,9%), suivi des psychostimulants (33%) (109).

Ces trois profils seraient également plus à risque de comorbidités psychiatriques et de subir différentes formes de stigmatisation (71,88,93,106,108,111).

1.3.2.3 Conséquences du contexte prohibitionniste sur les inégalités sociales et la santé

Nous pouvons constater que l'action basée sur la **prohibition favorise les discriminations, les inégalités sociales** et leurs **conséquences sur la santé globale** des PTUSI (17,18,112). L'interdiction s'accompagne par ailleurs d'un imaginaire collectif majoritairement négatif autour des substances illicites, ce qui englobe un ensemble de discours aussi bien populaires, médiatiques et politiques que scientifiques renforçant le sentiment de légitimité de la prohibition (15). Comme déjà évoqué, les représentations sociales liées aux substances illicites ont des conséquences négatives sur l'accès aux soins des PQCDS. Les substances sont de fait perçues comme interdites, dangereuses, créant de la dépendance et leur usage est synonyme d'irresponsabilité et de déviance (15). Comme nous l'avons relevé, ceci conduit à des **sanctions sociales négatives**, dont la marginalisation et la stigmatisation des PQCDS (64,113). En effet, les personnes qui consomment des substances se marginalisent et risquent d'éviter tout contact avec les services de soins ou d'accompagnement de peur d'être mal accueilli-es, jugé-es, renvoyé-es vers la justice ou de perdre la garde de leurs enfants par exemple (64,114). Les professionnel·les de santé, la police ou encore la justice, quant à eux, risquent, de perpétuer un ensemble de violences symboliques et institutionnelles envers ces personnes (15,17). En effet, la prohibition va favoriser le renforcement de risques socio-sanitaires liés à l'usage de substances en empêchant notamment les consommations dites « safe » et en poussant les PQCDS à fonctionner dans la clandestinité. Ce **contexte freine le développement et la pérennité des services de prévention, de détection précoce et de réduction des risques** et porte ainsi atteinte à la santé de ce public (15). De plus, la prohibition et les changements législatifs réguliers – et souvent flous– comporte des risques pénaux sur toute la chaîne humaine impliquée dans le domaine (producteurs, dealers, PQCDS, acteurs·rices et associatifs actifs sur le terrain) (17,18). Ce contexte n'inclut pas la production et la distribution des substances « illicites » dans les entités légales (que ce soit le marché « légal », l'État ou des associations sans but lucratif) et comme nous l'avons vu, favorise l'économie souterraine et/ou le crime organisé (5,15). Les risques encourus ne sont pas les mêmes selon le statut socio-économique des personnes. En effet, les ressources pour échapper au système policier et judiciaire, ou pour en minimiser les actions, ne sont pas réparties de la même manière au sein de la population : les biais raciaux, la présomption de l'innocence, l'accès à un·e avocat·e, la maîtrise

du vocabulaire judiciaire peuvent être entre autres des facteurs protecteurs ou de risque que la population ne partage pas équitablement (15,19). Nous pouvons prendre pour exemple, le gradient de 100 :1 entre la façon dont était traitée par la justice, la distribution de crack par rapport à la cocaïne aux USA pendant la grande époque de la « War on Drugs », ou le fait que posséder du crack pouvait conduire à 5 ans de prison versus maximum un an pour la possession de cocaïne en poudre. Il s'agit pourtant de la même substance. Le crack est la forme « basée » de la cocaïne (rajout d'ammoniac ou de bicarbonate de soude) et de ce fait, coûte moins cher au gramme. Il a toujours été associé aux populations afro-américaines et précarisées contrairement à la cocaïne poudre plus consommée par une population blanche huppée (17,112). Il existe des similitudes au sein de nos systèmes européens également (115). De plus, les conséquences sanitaires et sociales d'une condamnation ou d'un séjour en prison sont plus lourdes pour les personnes déjà défavorisées et marginalisées (17,43,112).

I.3.2 Situation en Belgique

1.3.2.1 Epidémiologie des substances illicites

En Belgique, l'institut Sciensano a mis en évidence en 2018 une augmentation des consommations chez les 15-34 ans (116). Plusieurs études ont ensuite été menées pendant la période du Sars-Cov-2 et ont rapporté des baisses puis des augmentations de consommations, variables selon les substances (117). A l'heure actuelle, il est difficile d'obtenir une vue globale sur la situation dans notre pays. Selon les données les plus récentes, à savoir le dernier Rapport « Drug Vibes » de Sciensano élaboré en 2021 suite à une étude menée auprès de 1451 personnes de 18 à 64 ans recrutées via les réseaux sociaux, 83% des personnes interrogées faisait usage de cannabis, 25 % de cocaïne, 25% de MDMA, 12% de kétamine et 9% rapportaient un usage de médicaments (somnifères et sédatifs d'usage détourné) (118). A noter les importants biais de sélection en termes de situation géographique (73% des personnes interrogées vivaient en Flandres, 14% de personnes en Wallonie et 13% de personnes à Bruxelles), de niveau d'études (40% des répondants étaient diplômés de l'enseignement supérieur) et de genre (80% de la cohorte était de sexe masculin).

Le dernier rapport TDI (79) fait par ailleurs mention parmi les 27.000 demandes d'entrée en traitement, d'une baisse de demandes pour l'alcool et pour l'héroïne et d'une augmentation des demandes pour crack (cocaïne-basée) et de kétamine. Citons aussi une consommation chez un tiers des femmes et une première demande de traitement après 38 ans. Une diminution des demandes d'entrée en traitement depuis 2020 est observée mais peut être liée à une baisse de l'encodage des TDI pendant cette période qui correspond à la crise du Sars-Cov-2.

Nous n'avons pas de données depuis 2022 mais en croisant les informations des différents rapports cités, nous pouvons -malgré les biais de sélection constatés- nous faire une idée de la situation actuelle des consommations en Belgique.

Selon le dernier rapport de l'EMCDDA (83), le taux de VHC chez le public qui s'injecte des substances atteindrait 15%. Une étude belge fait, quant à elle, état d'une prévalence de 0,22% dans la population générale et de 41% dans la population bruxelloise qui s'injecte des substances (119). 2% seulement des personnes vivant avec le VIH seraient des personnes consommatrices de substances (120).

1.3.2.2 Cadre historique et éco-politique : quelques repères

La législation des drogues est essentiellement régie en Belgique par la **loi du 24 février 1921** sur le trafic de stupéfiants qui a fait l'objet de réformes importantes, notamment en 1975, en 2003 et en 2014. Cette loi vise à réprimer la production, la détention et la vente de substances illicites et lutter contre le trafic. Un arrêté royal (AR) daté du 6 septembre 2017 fixe la liste de substances illicites et les modalités de répression (121).

Selon les données de 2012, sur les 2,3 milliards d'euros dépensés dans le cadre des politiques drogues, plus de la moitié (1,7 milliard) était dédié aux « traitements », un quart (557,45 millions) à la répression, 4,15 millions à de la coordination et 1,37 millions à de la recherche. Respectivement 11,24 et 2,5 millions étaient dédiés à la prévention et à la réduction des risques (ce qui correspond pour rappel à 0,6 % du budget total des dépenses) (80). La prévention cumulée à la RdR aurait atteint 1,4% du budget en 2014-2015 (15) .

La **Belgique** est également **une des plus grandes plaques tournantes de trafic de substances**, notamment de cocaïne; principalement via le port d'Anvers dont la situation devient de plus en plus préoccupante et commence à s'intensifier sur la capitale (122). La Belgique figure également parmi les principaux pays européens producteurs de cannabis et de substances synthétiques (MDMA et amphétamines principalement) (123).

1.3.2.3 L'offre de soins et son évolution en Belgique

La **méthadone**, premier traitement par agonistes opioïdes (TAO) a été délivrée par des **médecins précurseurs dès la fin des années 70 en l'absence d'un cadre légal** (124). Cette pratique clandestine et donc punissable était considérée comme un entretien de la toxicomanie. Partisans et détracteurs de cette démarche s'opposèrent au niveau déontologique, administratif et juridique. La conférence de consensus en 1994 permit cependant, dans le cadre de ces traitements, que la loi de 1921 ne soit pas d'application mais bien les recommandations de la conférence. Dans ce contexte, les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires furent créées pour usagers de drogues (MASS/MSOC en Flandres) afin de délivrer ces traitements (125). Dans l'**AR de 2004**, il était ainsi stipulé : « *Pour qu'un médecin généraliste puisse prescrire un traitement de substitution orale⁸, il doit être agréé et formé spécifiquement à la prise en charge de patients usagers de drogues et à l'instauration d'un traitement de substitution ou disposer d'une expertise en la matière* ». L'explication de ce qu'est une formation spécifique et une expertise restait assez vague. Il était néanmoins indiqué que « *Le médecin doit pouvoir apporter la preuve qu'il suit une formation, lit des articles scientifiques et participe aux activités d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogues ou d'un centre spécialisé dans lequel il doit être enregistré* ». Le nombre de patients différents par année en TSO devait être au maximum de 150 par médecin en dehors d'un centre d'accueil. Les modifications apportées dans l'**AR de 2006** précisèrent : « *Tout médecin qui prescrit des TSO doit prescrire les médicaments conformément aux recommandations scientifiques en vigueur; veiller à l'accompagnement psycho-social du patient; noter dans son dossier médical les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, le dosage, les modes de délivrance et d'administration, ainsi que les avis multidisciplinaires ou spécialisés qui auraient été demandés ou reçus* ». Selon cet AR, la formation préconisée dans l'AR de 2004 n'était nécessaire que si le médecin prescrivait un TSO à plus de 2 patients en même temps. La limitation du nombre de patients par année diminuait à 120 (125).

⁸ Ancienne appellation du traitement par agonistes opioïdes.

Ce contexte historique et juridique explique que la Belgique ait été un terrain de prédilection pour le développement d'une multitude d'approches différentes, puisque l'on retrouve, parmi les acteurs de soins délivrant des TAO en première ligne : des médecins généralistes (MG) en pratique solo, des MG en association mono ou pluridisciplinaire, des MG travaillant dans des institutions ambulatoires spécialisées dans l'accompagnement de personnes présentant des assuétudes et des psychiatres dans des cliniques spécialisées (124). Dans ce contexte et appuyés par ces AR, ont vu le jour des réseaux de médecins généralistes travaillant avec ce public : le Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT asbl) à Bruxelles (actuellement renommé Résad asbl), appuyé par une équipe psychosociale (126) et le Réseau Alternative aux Toxicomanies (Réseau Alto) en Wallonie (127).

1.3.2.4 L'offre de soins et la place du médecin généraliste

Au début de nos travaux, nous avons émis plusieurs constats relatifs à la **place du médecin généraliste** en regard de la situation des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites.

L'offre de soins en matière d'assuétudes est multiple, elle peut s'expliquer par notre historique mais également par notre système de soins qui promeut peu l'échelonnement de soins⁹ (128).

Le fait que le médecin généraliste puisse initier un traitement dans sa pratique quotidienne de médecine générale n'est pas communément répandu à travers le monde. En effet, dans de nombreux autres pays, le MG a un rôle de relais après stabilisation du/de la patient-e (82). En Belgique, il a pourtant été montré que le médecin traitant, surtout dans la partie francophone du pays, joue un rôle crucial en termes de diagnostic et de traitement (80,82).

De par son approche qui répond adéquatement au modèle biopsychosocial préconisé actuellement pour les addictions, le médecin généraliste semble être la personne appropriée pour prendre en charge ces patient-es dans une **vision globale de santé** (129,130). Il est, **plus sensible aux déterminants sociaux de la santé**¹⁰ que d'autres médecins et est capable de prendre en charge toutes les pathologies chroniques associées (129). Son rôle dans la continuité et la **coordination des soins** est également essentiel face à des situations cliniques complexes, qui s'étendent dans la durée et qui nécessitent un accompagnement multidisciplinaire (129,130,132).

L'offre variée de soins, qui donne une certaine liberté, permet à priori à chaque patient-e de trouver dans son parcours, une prise en charge qui corresponde à ses besoins et sa demande. Le fait que ce type de patient-e puisse avoir sa place au niveau des soins de santé primaires comme tout-e autre patient-e est une force de notre système qui en limite aussi son pouvoir discriminant. Tout-e PTUSI ne doit pas et ne veut pas forcément se retrouver dans un centre spécialisé et « psychiatrisé-e » comme tout-e PQCDS ayant un trouble de santé mentale peut être pris en charge par un-e MG compétent-e travaillant en réseau. En effet, les PTUSI qui se retrouvent en soins primaires s'y sentiraient moins stigmatisé-es que dans les soins spécialisés (133).

⁹ L'échelonnement des soins implique que l'accès aux soins spécialisés est conditionné par le passage au préalable par le 1^{er} niveau de soins (soins primaires) (128).

¹⁰ Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont façonnées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local (131).

Notre modèle de soins, qui a pourtant montré son efficacité dans ces prises en charge, semblait s'essouffler à l'aube d'entamer notre thèse (102). D'un côté, nous avons une génération de médecins engagés dans les années 70 qui trouvait peu de relève auprès des jeunes et des centres dédiés aux assuétudes (CDA) saturés qui peinaient également à trouver des médecins et à assurer des soins de qualité (134). De l'autre côté, se trouvaient des patient·es avec une grande liberté de choix qui tentaient de trouver une offre pouvant répondre à leurs besoins à un temps T. La hausse de demandes dans les centres dits « bas-seuil » (communément appelé la ligne 0,5 ou ligne inclusive)¹¹ mis en évidence dans le Livret Vert de Médecins du Monde à Bruxelles était très certainement un exemple du peu d'accès aux soins pour ces populations stigmatisées et marginalisées et des carences de dépistage et de prise en charge adéquate en première ligne (136). Pourtant, celle-ci devrait améliorer son accessibilité et être renforcée dans son rôle de repérage précoce, de diagnostic et d'intervention brève (80,137).

Selon les données que nous avons obtenues de l'INAMI en 2017¹², seul·es 16,3% des médecins généralistes de Bruxelles semblaient suivre au moins un patient·e nécessitant des traitements par agonistes opioïdes (TAO >10 délivrances/an) alors que les CDA de type bas-seuil étaient déjà saturés avant le crise du Sars-Cov-2 et ne pouvaient assumer les demandes faute de moyens, notamment humains (136).

I.4 Projet de thèse

Cette longue mise en contexte nous a semblé essentielle pour poser le cadre historique et social de la consommation de substances et examiner l'évolution de l'accompagnement médical de ces personnes jusqu'à ce jour.

Nous sommes ainsi mieux armés pour aborder une question aussi large que fondamentale :

« Comment améliorer l'accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale ? »

Dans ce travail, nous avons essayé d'évaluer et de préciser autant que possible la situation actuelle en médecine générale en Belgique francophone puis élaboré des pistes d'amélioration pour l'avenir. Nous sommes parties pour ce faire de l'analyse de l'offre, des besoins et des demandes comme théorisés par Stevens et Raftery en 1994 (138).

¹¹ La "ligne" est un point de contact entre un usager et un service de soins ou d'accompagnement. Elle considère le point de vue de l'usager, soit la demande et l'accès. La première "ligne" est alors celle du premier contact avec l'offre, quel que soit le "niveau" du service. La "ligne 0,5" comprend les services qui s'adaptent spécifiquement à des publics vulnérables ("bas-seuil"). Le bas seuil d'exigence est de fait considéré comme un accès aux soins qui n'est pas conditionné (97,135).

¹² Mail reçu de Marc de Falleur (Pharmanet) le 12/12/2017.

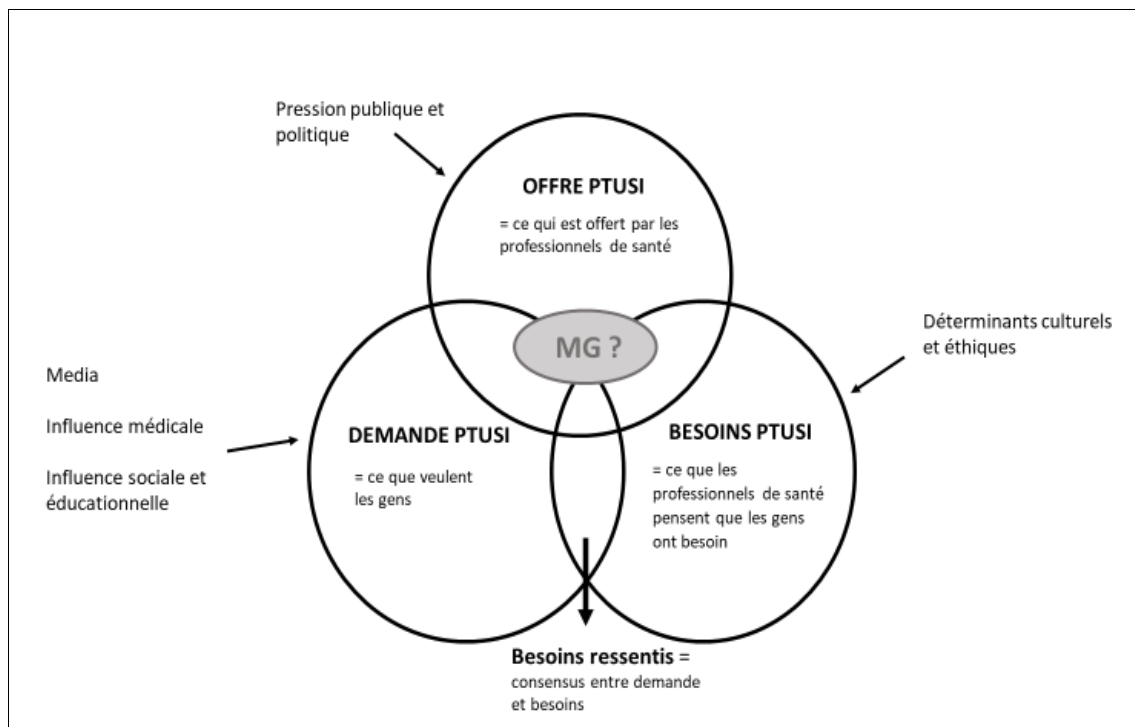


Figure 1.b Rôle du MG dans la relation offre, besoin, demande des PTUSI en Belgique francophone basé sur le schéma conceptuel de Stevens et Raftery (138)

Nous avons choisi **dans ce travail** de nous intéresser particulièrement aux **personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances illicites**¹³. Ces patient·es comptent en effet parmi **les plus stigmatisé·es et marginalisé·es** et semblent être les moins bien accueilli·es et pris·es en charge en médecine générale (69,72,139-141).

Il nous a également paru important de nous concentrer uniquement sur le MG et non sur les soins de santé primaires en général qui, considérant les différent·es intervenant·es potentiellement impliqu·es, entraînent une vision et une approche plus larges et complexes du premier niveau de soins (142).

Si nous avons souhaité dans ce travail nous concentrer sur le seul médecin généraliste et réfléchir aux spécificités, freins et leviers de son accompagnement, il a évidemment toujours été essentiel de l'intégrer dans son environnement global et ses interactions avec les autres soignant·es (143).

Nous avons abordé ce travail en suivant deux axes complémentaires :

Le **premier** a consisté à **croiser différentes perspectives** (PTUSI, MG, autres professionnel·les de santé) à l'aide d'études qualitatives pour faire un état des lieux de la situation (diagnostic de situation) et de mieux redéfinir le rôle et la fonction du médecin généraliste dans l'accompagnement des PTUSI.

Pour le **deuxième axe**, nous avons travaillé sur **deux projets de recherche de type « interventionnel »** spécifiquement conçus et élaborés pour notre thèse. Nous avons d'abord développé puis mesuré l'impact d'un projet innovant de formation théorique et pratique aux assuétudes (appelé « **Formation Assuétudes** »), mis

¹³ Ce travail s'est concentré uniquement sur les PTUSI ayant plus de 18 ans.

en place pour les assistant-es de médecine générale des trois universités francophones (ULB, UCLouvain, ULiège). Cette partie a été menée sous forme de recherche-action (Partie III.A).

Nous avons également évalué l'influence sur les étudiant-e-s en master de médecine d'un contact rapproché avec des personnes avec dépendance. Pour ce faire, nous avons tiré profit d'un projet pédagogique innovant mis en place par la Faculté de médecine de l'ULB sous l'impulsion de son Département de Médecine Générale intitulé : « **Suivi longitudinal d'un patient chronique** ». Ce projet organise le suivi d'un-e patient-e présentant au moins une pathologie chronique par les étudiant-es en médecine au cours des 3 dernières années de leur cursus de base, à la fréquence de 5 rencontres en moyenne. Nous avons proposé aux étudiant-es de choisir un-e patient-e ayant une problématique de dépendance avec ou sans substance(s) et avons analysé ce qui a déterminé ce choix et l'impact que ce suivi a eu sur l'étudiant-e en termes de représentations et d'approche clinique des PTUSI (Partie III.B).

Ce manuscrit se clôturera par une discussion et une conclusion (Partie IV) basées sur les différentes parties de cette thèse afin de répondre à la question de recherche principale :

« Comment améliorer l'accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale ? »

PARTIE II

Regards croisés pour clarifier le rôle et la fonction du médecin généraliste dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites

« Quand tu parles de compliance, c'est toujours cette idée que c'est le patient qui doit entrer dans notre monde, mais ce n'est pas ça pour moi. Pour moi c'est vraiment nous qui devons entrer dans le monde du patient, c'est vraiment le mouvement inverse. Donc il faut accepter aussi de se faire balader en réalité. C'est un tour en barque et si on ne monte pas dans la barque, il ne faut pas s'attendre à se sentir à son aise non plus. »

Intervenante psychosociale, Focus-group N°1, partie collaboration interprofessionnelle (2021)

II.1 Introduction

Comme nous l'avons évoqué dans notre chapitre précédent, l'accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites (PTUSI) en médecine générale (MG) en Belgique n'est pas optimal. Malgré **l'accès aux soins possible** en soins de santé primaires et en MG, lieu adéquat pour ces patient-es (82,129,139,144), une importante partie de ce public fait des demandes de suivis en centres dédiés aux assuétudes (CDA) qui sont de plus en plus saturés (136,145).

Dans ce premier axe d'étude, nous avons réalisé un état des lieux de l'accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites (PTUSI) en MG en croisant différentes perspectives (PTUSI, MG, autres professionnel·les de santé). L'objectif de la recherche était de pouvoir mieux clarifier le rôle et la fonction MG dans le parcours de vie du PTUSI en partant de ces perspectives.

La Région bruxelloise a été choisie comme terrain de recherche étant donné son hétérogénéité en termes de publics au niveau social et culturel, les consommations particulièrement répandues, une densité et une complexité de l'offre de services pour les PTUSI (85,116).

II.2 Méthodologie

Pour répondre à notre objectif de recherche, nous avons mené trois études qualitatives.

Premièrement, une étude a été conduite auprès de 23 PTUSI pour les interroger sur leur parcours de vie, leur parcours de soins en médecine générale et sur leurs attentes et besoins à ce niveau.

Deuxièmement, nous avons investigué les attitudes et pratiques de 33 MG par rapport aux PTUSI et essayé d'identifier ce qui déterminait ces positionnements.

Troisièmement, nous avons sondé des travailleur·ses psychosociaux et des MG à travers 2 focus-groups et 7 entretiens semi-dirigés concernant leurs collaborations interprofessionnelles avec le MG.

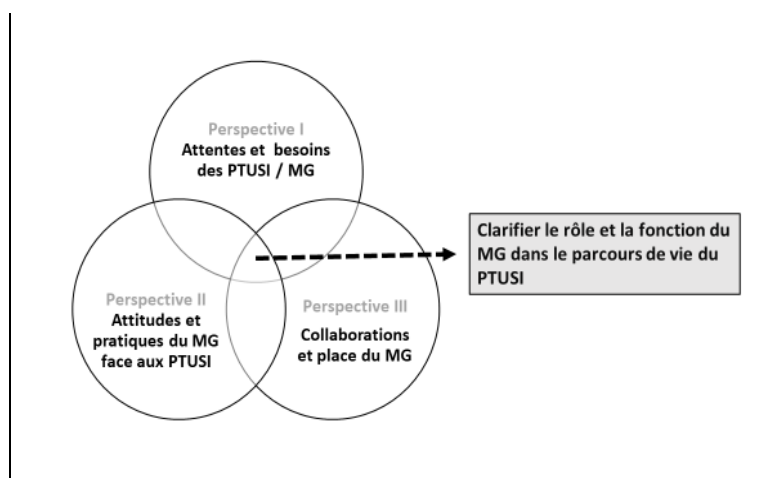


Figure II.a. Trois perspectives pour clarifier le rôle et la fonction du MG dans le parcours de vie du PTUSI

Les différentes études sont présentées dans la partie « Résultats » ci-après.

Les deux premières études ont bénéficié de l'accord du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire d'Erasme-ULB. La troisième étude, étant donné qu'elle s'intéressait aux professionnel·les de santé et n'avait pas de visée de publication n'a pas émis une demande d'avis.

II.3 Résultats

Les deux premières perspectives (PTUSI et MG) sont présentées dans le manuscrit sous forme d'articles. Ceux-ci ont tous les deux été soumis dans des revues internationales et sont en cours de révision. La troisième perspective qui s'est intéressée aux autres professionnel·les de santé, a permis principalement de les compléter et d'élargir nos réflexions.

II.3.1 Axe 1. Perspective I : attentes et besoins des patient·es ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites

Expectations and needs of people with illicit substance use disorders in general practice: a qualitative study in Belgium

Lou Richelle^{1,2}, Nadine Kacenenbogen^{1,2}, Charles Kornreich^{1,3}, Margaux Aron²

¹Unité de Recherche en Soins Primaires ULB
Faculty of Medicine,
Université libre de Bruxelles
Route de Lennik 808, CP 612 1070 Brussels
Belgium

²Département de Médecine Générale
Faculty of Medicine,
Université libre de Bruxelles
Route de Lennik 808, CP 612 1070 Brussels
Belgium

³Laboratoire de Psychologie Médicale et d'Addictologie
Faculty of Medicine,
Université libre de Bruxelles
Place Van Gehuchten 4, CP 403/21 1020 Brussels
Belgium

Corresponding author:

Lou Richelle
Département de Médecine Générale, Faculty of Medicine
Université libre de Bruxelles
Route de Lennik 808, CP 612 1070 Brussels
Belgium
E-mail: lou.richelle@ulb.be
Tel: 003225556167

Abstract

Introduction: People who use illicit drugs cumulate medical and psychosocial vulnerabilities which justify a rounded health approach. Both caregivers and patients can form barriers to accessing care which can lead to inadequate care. We tried with this study to identify the needs and expectations of these patients in general practice.

Methods: Qualitative research using semi-structured interviews was conducted on 23 people with illicit substance use disorder in Brussels in 2020. A multicentric recruitment was performed to obtain a heterogeneous mix of socio-demographic profiles and care trajectories. A thematic analysis was performed using RQDA package software.

Results: Several vulnerabilities were highlighted by the participants. These include the presence of significant self-stigmatization and guilt, sometimes to the extent of self-dehumanization even after years of care; overdoses masking suicide attempts and early memory disorders. Multiple substance use, smoking in almost all participants and significant misuse of benzodiazepines were also noted. The majority of participants expressed the need for an open-minded, non-stigmatizing and empathic GP with a holistic approach who could guide them throughout their life course. The competences of GPs in the field of addiction seemed secondary for the participants. Knowledge and good collaboration with the mental health network was an asset.

Conclusion: The participants expressed the need for GPs with good interpersonal skills including a non-stigmatizing attitude. The care coordinator role of the GP was highlighted as a key element, as was a holistic approach focusing on global health (including the social determinants of health) and not only on the substance use disorder.

Introduction

Since 2013, we have noted a significant increase in the use of multiple psychoactive substances among 15–64-year-old in Belgium and worldwide (1,2). People with substance use disorder (SUD) have more psychiatric and somatic co-morbidities than the general population and they require more attention in care (1,3–5). In Belgium, people who use illicit drugs (PWUID) are managed at different levels of care (5–7). Belgian general practitioners (GP) are allowed to initiate medication for opioid use disorder (MOUD) and may play a central role in the diagnosis and treatment (5–8). These patients can access to them in different ways : via GPs working alone, in private monodisciplinary or multidisciplinary associations, in integrated primary care health centers with needs-based per capita allocation or in SUD centers (6).

In our context, despite the direct access to GP in primary care, for which there is more and more evidence that is the best care setting (9–11), most of the PWUID are treated in SUD centers, which are saturated (12). The discrepancy could be explained by certain barriers identified at local and international level. On the part of GPs: reticence, uncomfot in treating this population perceived as medically, relationally and ethically challenging, especially if the patients use illicit substances (7,13). On the part of PWUID, they are commonly stigmatized by the health care system (13–15). They can face negative attitudes and inappropriate treatment in primary care with consequent limitation of access to care and breaks in care (7,16,17). This can be facilitated by a lack of confidence in the GP due to mental health disorders, substance use and traumatic life experiences in patients (4,16). In Belgium, a century of national legislation repressing drug use within the framework of global prohibition, structural stigmas, and a lack of adequately trained GP contribute to this situation (7,18).

Belgium, a century of national legislation repressing drug use within the framework of global prohibition, structural stigmas, and a lack of adequately trained GP contribute to this situation (7,18).

There is little literature from the SUD people's perspective about GP or primary care more widely (16,19). In this study, we wanted to conduct a research about people with illicit substance use disorders to gather their perspective, their needs and expectations about general practice care. The focus on this population was guided by the fact that they appear to be the most stigmatized and facing the most barriers to accessing primary care (7,15,20). We have chosen to limit the scope of the investigation to GP practices due to their specific roles as prescriber, care coordinator, proponents of a holistic approach (9,11).

Objectives

The primary objective of this study was to identify the needs and expectations that PWUID had in relation to GP care. The secondary objective was to identify specific needs in general practice according to patient's profile.

Material and Method

A qualitative study using semi-directed interviews was carried out with illicit SUD people. The method allowed identification of personal and complex needs due to their particular life trajectories along with addressing sensitive and intimate topics with nuance. By choosing semi-directed interviews we hoped to create an environment of trust for this vulnerable population.

Setting

We opted to limit recruitment to the Brussels area, with its own particularities in terms of population, drug use and care availability. The population is very heterogeneous according to the cultural and socio-economic status (21), consumption is particularly widespread (2) and SUD centers availability is much denser, but more fragmented, than in the rest of the country.

Data management

Sampling: we aimed for diverse but considered population sampling. We used the literature to identify different patient profiles with specific health needs, such as female gender, patients from immigrant and ethnic minority backgrounds and people who inject drugs (PWID) (22–27). Socio-demographic diversification variables were also considered (age, origin, socio-economic level, different substance use, etc.). As inclusion criteria, the person had to : be over 18 years old, have an active or former use of illicit substances, and have or had medical follow-up. A history of only a legal substance use disorder was an exclusion criteria.

Interview Matrix: A guide for patient interviews was constructed using available literature and discussions with medical and psychosocial experts. It comprised three sections. It dealt first with the life course including social and family environment, context of consumption, consequences of consumption, and state of mental and physical health. The second section explored the participant's health care pathway, i.e. the context of health care use, their relationship with the health care system, the level of needs, satisfaction and expectations within primary care. The third section focused on specific profiles (See Appendix A). For the "socio-demographic data" section to be filled in by the participant, we drew inspiration from the Treatment Demand Indicator (TDI) and EVALUMET tool (See Appendix A). The TDI is an European epidemiological indicator to monitor SUD

treatment used by health centers in Belgium (28). EVALUMET is a tool developed by a network of Belgian GPs in the field of addiction medicine for the collection of PWUID data (29). This template had previously been used in Belgian studies and was consistent with our research. The guide was pre-tested with a PWUID to ensure its suitability before starting the study. The guide was flexible, allowing for possible adaptations as the interviews progressed.

Data collecting: recruitment was carried out via over twenty residential, outpatient and mobile structures. These institutions were either explicitly active in the addiction field or active with vulnerable groups (e.g. homeless people, migrants, sex workers, etc.). It was also carried out in first-line GP practices to understand the choice of this follow-up by patients. The GPs were part of a network specialized in addiction or were suggested by institutions. Methods used for recruitment included posters in waiting rooms, mail to patients, active recruitment in waiting rooms and discussion with caregivers to fulfil our criteria. The interviews were conducted in face-to-face by one junior and one senior researchers presented as such. The majority of patients were interviewed by the junior researcher to limit confirmation bias. To reach the groups most marginalized and potentially excluded by the healthcare system, apart from recruitment via mobile teams, we used the "snow ball" method by asking participants if they knew of any other people experiencing similar situation.

Data analysis: The data was fully audio recorded, transcribed and anonymized by the 2 researchers. A thematic analysis underlaid by a interpretative phenomenological analysis (30,31) was carried out. This method focuses on the analysis of participants' lived experiences and seemed the most appropriate for understanding the needs of individuals. All the interview verbatims were coded and categorized into themes in an iterative process between the field, the interview guide, field notes and the analysis. This work aimed to get as close as possible to the "core content" of the experiences of the participants. Both researchers participated in the analysis. Coding, choice of themes and sub-themes were regularly discussed between the researchers to reach a consensus on a codebook. The qualitative data were studied using the qualitative analysis software RQDA (version 0.1.5 rev 31). Socio-demographic data were analyzed using Excel.

Results

23 interviews were conducted in 9 different facilities and one at the participant's home at her request. The structures included a crisis shelter dedicated to addiction, two integrated care centers, a low-threshold substance use treatment service, a non-profit organization working with sex workers, a solo GP's practice, a psychiatric addiction unit and two needle exchange services. These interviews took place from 6 February 2020 to 18 December 2020. The average interview duration was 59 minutes (31-93 min).

Profiles of participants

Our sample covered a variety of participant profiles based on different diversification criteria as shown in Table 1 and 2.

Variable	SD	N=23
Gender	Male	15
	Female	8
Age (years)	18-24	2
	25-34	5
	35-44	8
	45-54	6
	> 55	2
Origin	Belgium	7
	BE with European origin	3
	BE with Non European origin	6
	Europe	2
	Africa	3
Couple	Couple- living together	3
	Couple -living separately	5
	Single	15
Children	Child custody	3
	Loss of child custody	6
Social security	None	14
	Yes	20
	Urgent medical card	2
Professional activity <30d	Not in order	1
	Disability	11
	Unemployment	5
	Student	1
	Occasional job	1
	Regular job	1
	None	3
Educational degree	Other	1
	Elementary	4
	Low. secondary education	3
	High. secondary education (general, vocational)	11
	High school (college, university)	4
Housing < 30 days	Independant housing	9
	Shared housing	8
	Homeless, squat	5
	Supervised apartment	1

Variables		N=23
Substance daily use <30 d	Tobacco	22
	Cocaine	11
	Alcohol	6
	Opioids	5
	Cannabis	4
SU Treatment demand	Sedatives	1
	Opioids	17
	Cocaine	16
	Alcohol	4
	Sedatives	2
Drug injection history	Hallucinogens	1
	Other psychostimulants	1
	Cannabis	1
	Yes	8
	No	15
Medical Follow-up	Yes, regularly	20
	Yes, occasionally	2
	None	1
Treatment	Opiates	17
	Benzodiazepine(s)	14
	Antidepressor	11
	Antipsychotic(s)	9
	Gabapentinoïd	1

Semi-structured interviews

To limit external bias as much as possible, we ensured that the interviews could be conducted under good conditions in terms of time, mental availability and safety. This allowed us to collect interesting data and reach internal saturation for each interview. External saturation for the main research objective was reached after 15 interviews. Other interviews were subsequently conducted to validate this saturation and to respond to the secondary research objective.

The results have been structured into 4 themes : firstly the individual's life course and consumption; secondly their care course, patient needs and expectations of General Practice and lastly profiles with specific health needs.

Life and consumption pathways

Life context/triggering factors for consumption

All the participants reported challenging life events in their narrative which had an influence on their consumption, especially domestic violence, unease, feelings of rejection during their youth.

Most of them reported mental health disorders both personally and within their family. See Table 1A Appendix B.

Risk-taking and medico-psychosocial consequences of drug use

Risk-taking: all the participants mentioned risky behavior at the medico-psychosocial level. At the medical level, risk-taking was noted above all during the exchange of substance and equipment in non-sterile conditions (injection and inhalation) and single or multiple overdoses (OD). Many risks had also been taken in terms of sexual and reproductive health. Psychosocial risks such as substance trafficking, theft and sex work were also reported.

Consequences: half of the participants complained about memory disorders (retrograde, anterograde or both) which they linked to their drug use. Many mentioned suicide attempts with heroin and/or other drugs. Some of these episodes had been misdiagnosed as OD. Hepatitis C was reported among PWUID (including also via sexual routes). Few sexually transmitted diseases including HIV had also been contracted. There was significant overuse of psychotropic drugs, mainly benzodiazepines. Cardiovascular problems and bacterial surinfections, even gangrene, were reported among PWUID. Massive weight loss during intensive use was also common. Many other local damages were also described. In terms of psychosocial consequences, family tensions and social isolation were the main findings.

"I am a mother and now my son can't even recognise his own mother. [...] So I don't even mind coming with a client (for sex work) to my house. And my son is here. So I think my son is being rude. But it's normal, everything he says, he's already put up with a lot, eh?"

Interview 18, Female, 45-54 y., Congolese

Precariousness with job loss, loss of housing (including homelessness), debt mediation, and food insecurity were also reported. Numerous relationship separations appeared consequent upon drug use (15 of the 23 participants were not in a relationship) and child custody loss featured in the two-third of the parents. Drug use may also have led to incarceration, dropping out of school or from religious practice. In addition, many self and social stigmas were described by the participants, brought notably about by the physical consequences of drug use.

"What is sad is that it's very remote from society, [...] You have to look at how people look at you as if you're the orangutan straight out of the Antwerp zoo." Interview 13, Male, 25-34 years, Belgo-polish

Self-esteem and self-image were variable but for some could remain much altered even after years of care leading to compare themselves to a parasite or a plant. For those with positive self-esteem, this seemed to be influenced by abstinence, professional activity or psychotherapeutic work. Important guilt, which may have led to a break in contact with country of origin was also reported.

Care pathways

Request for care

The most common reasons for seeking health care were the desire to be abstinent followed by the request for treatment. It could also be part of legally imposed conditions after jail. Fears about health, linked to the physical consequences of their drug use (especially in the lungs) or their housing conditions, were very present among participants and could lead to procrastination in carrying out screening tests.

Satisfaction levels with general practice

Participants had mixed feelings regarding general practice.

Positive elements: availability and listening were the most important qualities highlighted by the participants. The GP's non-judgemental openness regarding their consumption was essential. Medication assistance was seen as a real added value. The GP's role as advisor was also appreciated. Some of them felt or were feeling psycho-socially supported. The trust between patient and GP was also mentioned on several occasions.

"Because when you're here, you're not judged, you can really... Because at the end of the day when you come here, you come for yourself. So if you relapse, you have to blame yourself and it's not the doctors who are going to be sad about the fact that you relapsed because you're just here to learn to evolve." Interview 19, Female, 18-24 years, Belgian

"He always takes the time to take care of his patient even if it lasts ¾ of an hour, he doesn't care and afterwards he finds the right medicine, he helps you [...]. He is free and very open-minded and even for intimate topics." Interview 11, Male, 35-44 y., Belgian, PWID

Some participants also mentioned the doctor's kindness and empathy (which was sometimes perceived as sympathy).

"It just hurts him to see how low I've sunk. So uh... Sometimes he blames himself. It's like, he blames himself, he tells me 'how he didn't realise that I...'" Interview 18, Female, 45-54 y., Congolese

The flexibility of the GP, the awareness of the consequences of drug use and the affordability of the consultation were also notable factors. Good collaboration with the specialized network was an important skill mentioned by several participants.

Negative elements: lack of availability or attentiveness on the part of the GP recurred among many participants. They were deterred by expeditious and procedural medical contacts.

"So I think I had to make calls because there were times when I was crying in the doctor's office to get the medicine and it was like saying 'But help me, I need you' and I felt like actually it's like he didn't understand the distress I was in [...]. I had the impression that GPs are not fit for purpose. [...] I sometimes went to the same doctor 2 or 3 times and still had no reaction." Interview 23, Female, 35-44 y., Belgo-Indian

A lack of drug prevention and harm reduction strategies on the part of their GP was also noted. Feelings of judgement and categorization by their doctor or the health care system (sometimes unconsciously) were also described, sensed as a lack of empathy or a denigrating attitude.

"He, my GP, when it comes to consumption, to "stop", he becomes another person, as if he were judging us, we'll say. He doesn't remain himself, he changes. And for him, when you take drugs, "oh". I don't know how he thinks but I can see his reaction. He told me like this : "Stop it all". At the center they said, "Could you cut down on the Diazepam?" Interview 7, Male, 45-54 y., Belgo-Moroccan

A few participants highlighted a deficiency in adopting a holistic approach.

"The fact that they are more attached to the medical issues than to the social life of the person I find. [...] No, perhaps what matters to them is more the medical aspect and

therefore what I need simply as medication. [...] They don't dig deeper, they don't get to the heart of the matter, it's still a very medically discussion." Interview 20, Female, 35-44 y., Belgian

Some said that they missed transparency with their doctor because of a lack of trust or open-minded attitude, because they were afraid of being held back from reducing their MOUD or because they were afraid of disappointing their caregiver. This fear could stem from the feeling of disillusionment that the doctor might transmit to the patient following several relapses. Some participants reported a feeling of being over-medicated by the physician. The GP may lack knowledge about the specialized network and therefore may not be able to refer them appropriately. Communication difficulties were also mentioned, particularly due to the use of medical jargon causing feelings of ignorance or incompetence.

Specificities related to the place of care

Few elements emerged concerning the specificities of one type of GP support compared to another. According to the participants, the doctor working alone or in group partnership seemed on the one hand to know his patient better but on the other hand sometimes lack knowledge in the field or interest in patterns of substance use. The SUD centers were places participants highlighted more openness, empathy and appropriate skills. However, being surrounded by PWUID there could be problematic as was the fact that they felt better known and understood by psychosocial workers than by doctors. Only one woman mentioned a desire in the past to be followed up in a structure for women.

Patient needs and expectations of General Practice

Patient needs mirrored where they were on their life course, substance use pattern and care trajectory. We found that of the 70 needs and expectations mentioned, only 31 related to skills in the field of addictology. The need for "soft" or more empathic skills seemed to be prominent along with wider general medical know-how not necessarily specific to this field.

Soft skills

Participants were asking the most for listening, empathy and availability from GPs. Some participants mentioned needing a trustful environment without judgmental and categorizing attitudes. They needed also flexibility.

"Well, being able to speak frankly, frankly. Sometimes I don't dare. I tell him I've relapsed but I'm not going to tell him how much." Interview 4, Male, >55y., Belgo-Italian, PWID

Knowledge

They wanted that the physician had knowledge about addictology (substances, harm reduction, withdrawal, treatment). They also were asking GPs to better anticipate the risk of shifting an addiction for another one.

"It would be to give less medication, less benzos. Because then you get addicted to benzos and it's another drug. Doctors prescribe benzodiazepines too easily. Everyone has Rivotril in the street, boxes of Bromazepam, boxes of... We need to cut down and really give it to those who need it. Because I've never had any problems in getting benzodiazepines. [...] Besides, I take them too." Interview 6, Male, 35-44 y., Belgo-Italian

Know-how

Half of the participants wanted more proactivity from GP in terms of substance use (screening, prevention, early intervention). Participants also expected a better knowledge of the mental health network and good collaboration. They wanted from GP to advise them and provide more psychosocial support. A few were also asking for a more patient centered-care approach.

“Essentially, it means, “You, dear patient, tell me... ‘What do you need? How?’ [...] Yes, so from the bottom to the top. Interview 5, Male, 45-54 y., Belgian, PWID

A few was also asking to be more attentive to the patient’s perspective about MOUD.

“I was a bit disturbed by the fact that, but then it seems true for all the doctors apparently, basically, insisting on taking it for longer and often, the doctors too, they advise taking more. I’m still confused about it but... But I’m more on the doctor’s side now than I was before, but it’s true that I know a lot of people... often the doctors tell them to take larger doses and to do it over the long term, and they are obliged by themselves to lie in order to reduce the dose and to do things more quickly. Interview 1, Female, 35-44 y. Belgo-Moroccan

Some were requesting a more biopsychosocial approach to addiction.

“...in which context was I earning my money, whether I was risking my life or putting myself in danger. They could have asked me that [...]. They could have asked me [...]. They could also have asked me what was the way I was using. They never asked me that, but I had been referred to a specialized center and they spoke clearly about material (means of consumption) but the doctor did not. So I think the doctor could have this role, especially in a place where addiction is treated. Interview 20, Female, 35-44y., Belgian

Profiles with specific health needs

We could not identify profiles expressing specific needs in general practice except for two migrants from the Middle East who seemed to seek a more paternalistic relationship with their GP whom they saw as the person with knowledge. Specific health needs were identified in:

Female gender: certain gender-related specificities such as sex work, gender-based violence (e.g. incest, intra-partner violence and sexual violence) and difficulties related to parenthood such as loss of child custody were identified. There were also specificities related to reproductive health, such as disturbances in the menstrual cycle, whether or not linked to drug use, or substance use during pregnancy (stopped as soon as the pregnancy was announced). Some felt they were not allowed to express a desire for pregnancy.

People from immigrant and ethnic minority backgrounds: this specific group raised the problem of psychological health needs related to identity disorders and suffering linked to difficult life experiences in the host country (e.g. feeling of permanent insecurity, precariousness, racism, disillusionment, etc.). Some were already using drugs in the country of origin, perhaps sometimes to self-medicate in the face of an undiagnosed mental health disorder. Others started drug use in Belgium to cope with their illegal situation or to (not necessary consciously) promote social integration. Shame and guilt towards their family of origin were reported, with one participant even saying that he "no longer had a face".

People who inject drugs (PWID): specific physical damage caused by injection such as hepatitis C, cardiovascular disorders and bacterial superinfections were identified.

Discussion

The needs and expectations of patients in general practice with illicit SUD have been little explored in the literature and this study highlights interesting elements to enable better support for this target group. Despite difficult recruitment due to the SARS-Cov-2 crisis and challenges in motivating and mobilizing this population, we were able to obtain a panel of people with a variety of socio-demographic characteristics and life and care experiences.

The wide variety of personal life trajectories and the principle of intersectionality in health dictate that this population remains as complex individuals, not reducible to one or two dimensions. Their needs and expectations resulted from the combination of their life courses and personal characteristics (e.g. biological sex, gender, sexual orientation, ethnicity, migration experience, drug use patterns etc.) (32). We could therefore highlight common expectations and needs shared by people in a vulnerable situation.

What patients expect and need from GPs

The needs that emerged most prominently were interpersonal skills and soft skills that are not specific to addictions. Indeed, PWUD are first of all people with multiple vulnerabilities who need a human and person-centered-approach. The participants expressed needs that correspond to the definition of empathy used by Derksen et al. (33) : "*empathy as the competence of a physician to understand the patient's situation, perspective, and feelings; to communicate that understanding and check its accuracy; and to act on that understanding in a helpful therapeutic way*". Indeed it can bring greater patient satisfaction, reduces stress and anxiety, and leads to better clinical outcomes (33). Furthermore, participants emphasized the importance of not being stigmatized or categorized by doctors. This is key element knowing that stigmatization can limit the access and the quality of care but also limit empowerment, optimism about treatment and recovery by the patients (14,34,35). They also noted the importance of being acquainted and collaborating with a network of other health professionals inside or outside the practice. This need for a multidisciplinary approach is in line with the literature and proven to be effective (7,9,36). GP was also expected to be able to carry out prevention, screening, early intervention and harm reduction in relation to drug use, but with other health issues also in a holistic approach. Indeed, our sample highlighted health problems well documented in the literature (1,37) for which the GP may play a key role (11). Only four participants spontaneously indicated their expectation for the GP to initiate the consultation by inquiring about their needs. This raises the question of the legitimacy and consideration that these people give to their own health, presumably influenced by strong self-stigma. These different elements and attributes seem consistent with the limited literature found on this subject (19,38).

Relevant results

To understand and meet needs and expectations, we highlighted several elements in our study that should also be considered and actively sought after in order to improve care to this vulnerable population.

We have noted challenging life events leading to substance use totally in line with the literature but not always well explored by the GPs. Our sample revealed many mental health troubles but also people on strong psychiatric medication without any diagnosis (or possibly not understood by them). A proportion of the participants also appeared to be or have been self-medicated with psychotropic substances and did not seem to have had any follow-up for this either. The literature highlights 50-75% of psychiatric co-morbidities, many of which are under-diagnosed making the individual more susceptible to a double stigma and inadequate care (4,39).

With regard to risks related to consumption, some of the participants had already suffered from

one or more OD whatever the way of substance administration, whereas the literature reports more risks related to injection (27). That could be explained by the intentional nature of some OD reported by participants which could be more investigated in emergency rooms.

Apart from these substance-related risks, the participants also took many biopsychosocial risks worthy of more attention. In the sexual sphere, very few participants reported having suffered from STIs. However, the participants interviewed were having risk factors as injection, chemsex, sex work, migration, jail, homelessness (1,40,41) and regularly reported having sex without condom. Few seemed to have been tested recently and if so, mainly by blood, which does not include all the STIs screenings.

The medical consequences of drug use make PWUID a very fragile population to which the GP must be particularly attentive. It is indeed worrying that almost half of the participants had memory issues that concerned them. This is potentially linked to the use of alcohol and benzodiazepines in a large proportion of them, but it was not the case for all. At the psychosocial level, the impact of drug use on self-image and self-esteem was also important. Even if some patients did not seem to be too affected (being even positive), very self-deprecating comments were made showing significant self-stigma. For some patients, low self-esteem was already a trigger for use, leading to a vicious circle. In addition, despite psychotherapeutic work done by several participants, feelings of guilt and responsibility related to the drug use persisted in an important proportion of them. We might assume that the image reflected by society and also by health professionals is at least partly responsible for this observation (7,14,34,42). Self-stigma and guilt might be explained by various negative stereotypes taken on by the participants even going as far as a phenomenon of meta-dehumanisation reported by some comparing themselves to a plant for instance. These phenomena have been documented particularly in people suffering from severe alcoholism (43). This self-stigmatization may explain why some participants had low expectations of GP care imagining that all depends on their own willpower, a notion found in the study by Crapanzano et al. (35).

Now turning to the positive and negative elements highlighted in speaking about care management. In view of the complexity of SUD peoples' conditions along with their fears about their health, it is questioning to note the rapid nature and brevity of medical consultations reported by participants. Several considered that the GP who spends time in consultation is a competent doctor, which allows us to argue that financial support from health insurance should be provided for this type of complex consultation (17,19,44). Even if the importance of medication was mentioned by some, a few participants pointed out the excessive emphasis placed by GP on medication in the SUD management to the detriment of other concerns. We could observe over-medication with long-term benzodiazepines in our sample, provided by GPs or black market. This is in line with the literature in Belgium (45). It seems also upon the participants that the doctor's objective was not always the same as the patient's. The latter might have wanted to come off the MOUD as quickly as possible to break the addiction pattern whilst the GP's aim was to offer the patient maintenance treatment to support his recovery. The routine of the consultations did not always lead the doctor to propose the reduction of the MOUD desired by the patient. At the same time, some participants reported that after several relapses they had a better understanding of the doctor's vision. This is a process that they probably have to go through in order to accept it. However, this mismatch between the patient's and the GP's agendas should deserve discussion when MOUD is introduced and afterwards in order to create real partnerships with shared decision making and affording the patient complete confidence and transparency (46). These elements highlight the importance of addressing the Ideas, Concerns and Expectations (ICE) of each which is demonstrated to lead to fewer prescriptions (47).

To conclude, 22 out of 23 patients were still smokers at the time of our interviews, which is in line with the study by Shulte et al. (48), which reported a smoking rate of 77 to 93% among SUD people. With the objectives of limiting illicit consumption and socially reintegrating people, GPs may

underestimate the damage of legal substances or prescribed psychotropics which are no less dangerous (41).

Despite the recent literature supporting primary care as the most appropriate setting for PWUID, especially for MOUD (9–11), results were ambivalent regarding care facilities in our study and seem to be person and pathway dependent. The lack of interest in addiction field in primary care facilities was pointed out in opposition to the knowledge and the non-judgmental attitudes adopted by the caregivers including GPs in SUD centers. The participants mentioned also the stigmatizing potential of these structures which forges their identity as a 'junkie' and can be a hindrance to reintegrating into society and enhancing their self-image (27).

Profiles with special needs

As mentioned, the study did not reveal any specific needs and expectations in general practice for certain groups or types of people, nor did it reveal any health needs for groups other than the three groups highlighted in the literature. For these vulnerable groups our results were in line with the literature for gender-based violence, increased sexual risk, parenthood (22,23) and intimate partner influence for women (23,49). For substance use as a coping, a social integration and an acculturation strategy for immigrant population which can be a source of shame and guiltiness especially if it was in opposition with their home country culture (25); and physical consequences of injection for PWID (26).

Limitations of the study

The fact that we recruited some patients in GP practices to understand their experiences may constitute a selection bias, as some were suggested by the GPs themselves. However, we limited this bias as much as possible by recruiting as heterogeneous a group as possible. Unfortunately, we only had one person with break of care despite efforts to reach out such situations. The study therefore did not allow us to fully grasp the underlying causes of such situations. This study was focussed on Brussels with its particular healthcare provision and circumstances. On the whole, the themes addressed seem to be transferable to other populations. Nonetheless we should remain circumspect to certain nuances that studies in other contexts in Belgium and elsewhere might bring. To better reach the second objective we also should have had a wider sample.

Conclusion

This study, which focussed on patients' perspectives, highlighted needs and expectations in general medicine and allowed identification of the different roles expected of the GP according to the various biopsychosocial vulnerabilities of PWUID. The most striking aspect of this study was the simplicity of the needs and expectations expressed by the participants. They were mainly looking for an empathetic GP available to offer a rounded advice rather than merely a specialist in the field of addiction.

A number of key elements need to be considered such as self-stigmatization, even going as far as a phenomenon of self-dehumanisation, which still seemed to affect these patients after years of care, many suicide attempts which may be confused with overdose and numerous cognitive disorders. A large proportion of the patients seemed to be still using many substances despite being involved in care since years sometimes.

All GPs, as key first line professionals, must be able, even it could be sometimes challenging, to welcome these patients into their practice, especially as they are appropriate caregivers considering the many risks and biopsychosocial consequences of drug use. Alongside drug use management they must not neglect their role in prevention and screening related to drug use and other conditions.

In conclusion, these patients with complex life trajectories, are still too often stigmatized by both society and health professionals and consequently discriminated against by the health care system, even though they are in great need of humanity and social connection. Such attributes arguably form part of the foundation of the GP's role.

Abbreviations

SUD: Substance Use Disorder ; PWUID: People Who Use Illicit Drug; MOUD: Medication for Opioid Use Disorder, GP: General practitioner; TDI: Treatment Demand Indicator; OD: Overdose; HIV: Human Immunodeficiency Virus; ICE: Ideas Concerns and Expectations

Acknowledgements

The authors would like to sincerely thank the participants for their willingness to share with transparency their experiences and all the health professionals who facilitated the conduction of this research. Thanks also to Emilie Walewyns, Sarah Nouwynck, Quentin Vanderhofstadt and Vincent Huberland for their intellectual contribution to the study.

Authors' contributions

LR wrote the original draft of the manuscript, she designed the study and participated to the collection, the analysis and the interpretation of the data. NK and CK promoted the study and intellectually contributed to the study process. MA was involved in the conception and design of the study, she was a major contributor in the collection, the analysis and the interpretation of the data as well as the revision of the manuscript. All authors read, commented and approved the final manuscript.

Funding

No funding.

Availability of data and materials

The dataset used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent for participation

The research protocol was approved by the Ethics Committee of ERASME-ULB hospital (medical board's approval number: OM 021) on February 4, 2020, ref.: P2020/023. In addition, we insured the research from 01/01/20 to 31/12/20 in case of damage to participants. All methods were carried out in accordance with relevant guidelines and regulations. Oral and written informed consent was obtained from each participant.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

No competing interest are declared.

References

1. United Nations : Office on Drugs and Crime [Internet]. [cité 2 oct 2023]. World Drug Report 2023. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html)
2. Damian E. sciensano.be. Sciensano; 2022 [cité 2 oct 2023]. La consommation de drogues en Belgique. Les principaux résultats de Drug Vibes - L'enquête belge sur les drogues (Edition 2022). Disponible sur: <https://www.sciensano.be/en/biblio/la-consommation-de-drogues-en-belgique-les-principaux-resultats-de-drug-vibes-lenquete-belge-sur-les>
3. O'Toole J, Hambly R, Cox AM, O'Shea B, Darker C. Methadone-maintained patients in primary care have higher rates of chronic disease and multimorbidity, and use health services more intensively than matched controls. *Eur J Gen Pract.* déc 2014;20(4):275-80.
4. Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misuse.* 2012;47(8-9):1005-14.
5. Van Baelen L, Plettinckx E, Antoine J, De Ridder K, Devleeschauwer B, Gremeaux L. Use of health care services by people with substance use disorders in Belgium: a register-based cohort study. *Arch Public Health.* 23 juin 2021;79(1):112.
6. Boffin N, Antoine J, Van Baelen L, Moreels S, Doggen K. General practice patients starting treatment for substance use problems: observations from two data sources across levels of care. *BMC Public Health.* 18 juin 2020;20(1):960.
7. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract.* 14 juin 2014;15:119.
8. Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Schils N, Putman K, Pauwels L, et al. The social cost of legal and illegal drugs in Belgium [Internet]. Vol. 51, IRCP research series. Maklu; 2016 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/1854/LU-8023955>
9. Buresh M, Stern R, Rastegar D. Treatment of opioid use disorder in primary care. *BMJ.* 19 mai 2021;373:n784.
10. Saitz R, Daaleman TP. Now is the Time to Address Substance Use Disorders in Primary Care. *Ann Fam Med.* juill 2017;15(4):306-8.
11. Rowe TA, Jacapraro JS, Rastegar DA. Entry into primary care-based buprenorphine treatment is associated with identification and treatment of other chronic medical problems. *Addict Sci Clin Pract.* 29 oct 2012;7(1):22.

12. De Kock C, Demoulin L, Fortunier C, Husson E, Moens K, Racahpe J. #4 Repenser l'aide et les soins de première ligne [Internet]. BSI Position Papers. 2023 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://bsiposition.hypotheses.org/1774>
13. Hall NY, Le L, Majmudar I, Mihalopoulos C. Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 2021;221:108651.
14. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 1 juill 2013;131(1-2):23-35.
15. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend.* 11 mai 2007;88(2-3):188-96.
16. McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict Sci Clin Pract.* 9 avr 2018;13(1):8.
17. DeFlavio JR, Rolin SA, Nordstrom BR, Kazal LA. Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. *Rural Remote Health.* 2015;15:3019.
18. Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Kacenenbogen N, Kornreich C. Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey among Medical Students in Belgium. *Int J Environ Res Public Health.* 31 mars 2023;20(7):5356.
19. Press KR, Zornberg GZ, Geller G, Carrese J, Fingerhood MI. What patients with addiction disorders need from their primary care physicians: A qualitative study. *Subst Abus.* 2016;37(2):349-55.
20. Ventura CAA, Carrara BS, Fernandes RHH, Bobbili SJ, Eugênio SJ, de Ávila Domingos SG, et al. General Beliefs About Illicit Drug Use and Stigma: Perspective of People Who Use Illicit Drugs. *Community Ment Health J.* oct 2022;58(7):1346-53.
21. be.STAT [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=7de30ad3-0871-46ad-af5a-aad2f51969c3>
22. Fonseca F, Robles-Martínez M, Tirado-Muñoz J, Alías-Ferri M, Mestre-Pintó JI, Coratu AM, et al. A Gender Perspective of Addictive Disorders. *Curr Addict Rep.* 2021;8(1):89-99.
23. Harris MTH, Laks J, Stahl N, Bagley SM, Saia K, Wechsberg WM. Gender Dynamics in Substance Use and Treatment: A Women's Focused Approach. *Med Clin North Am.* janv 2022;106(1):219-34.
24. Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159134.
25. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 21 sept 2020;17(9):e1003337.

26. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, Drainoni M, Salhaney P, Edeza A, et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug Alcohol Depend.* 1 mai 2019;198:80-6.
27. Muncan B, Walters SM, Ezell J, Ompad DC. "They look at us like junkies": influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal.* 31 juill 2020;17(1):53.
28. Antoine J, De Ridder K, Plettinckx E, Blanckaert P, Gremeaux L. Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Arch Public Health.* 2016;74:27.
29. Denis B., Van Woensel G., Lejeune D., Lafontaine JB. EVALUMET tool. [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.reseualto.be/upload/Image/Outiltheque/EVALUMET.pdf>
30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101.
31. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research.* SAGE; 2012. 234 p.
32. Vu M, Li J, Haardörfer R, Windle M, Berg CJ. Mental health and substance use among women and men at the intersections of identities and experiences of discrimination: insights from the intersectionality framework. *BMC Public Health.* 23 janv 2019;19(1):108.
33. Derksen FA, Olde Hartman TC, Bensing JM, Lagro-Janssen AL. Managing barriers to empathy in the clinical encounter: a qualitative interview study with GPs. *Br J Gen Pract.* déc 2016;66(653):e887-95.
34. Yang L, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry.* sept 2017;30(5):378-88.
35. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2019;10:1-12.
36. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, Heisler M, Chopra V, Bohnert A. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186315.
37. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 9 nov 2013;382(9904):1575-86.
38. Fox AD, Masyukova M, Cunningham CO. Optimizing psychosocial support during office-based buprenorphine treatment in primary care: Patients' experiences and preferences. *Subst Abuse.* 2016;37(1):70-5.
39. Alsuhaibani R, Smith DC, Lowrie R, Aljhani S, Paudyal V. Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 23 avr 2021;21(1):209.

Determinants of GP's attitude towards patients with illicit SUD: a qualitative Belgian study

Imane Hafid¹, Lou Richelle²

Authors and Affiliations

¹Département de Médecine Générale, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, Brussels, CP 612 1070, Belgium.
imane.hafid@ulb.be

² Département de Médecine Générale, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, Brussels, CP 612 1070, Belgium
Unité de Recherche en Soins Primaires ULB, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, Brussels, CP 612 1070, Belgium
lou.richelle@ulb.be

Corresponding author: imane.hafid@ulb.be

Abstract

Background: General practitioners are essential in the management of patients with illicit substance use disorder (SUD) using their biopsychosocial approach, coordinator role and long-term follow up. However, not all GPs are willing to provide care to people with illicit SUD.

Aim: What are the facilitators of and barriers to managing people with illicit SUD in primary care?

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 33 French-speaking Belgians GPs between 2019 and 2021 regarding their attitude toward illicit SUD people. Grounded theory was used to analyze the interviews from four perspectives: stigma, professional career, philosophy of care, and care challenges.

Results: 4 types of GPs were identified: "refusal GPs", "no-choice GPs", "inclusive GPs" and "committed GPs". "Refusal GPs" refused to follow SUD patients, they endorsed stigmatizing attitudes, their philosophy of care was total abstinence from substances and medication for opioid disorder (MOUD). "No-choice GPs" were providing limited care and were characterized by little knowledge in the field. "Inclusive GPs" were driven by health equity. Their therapeutic objectives were "goal-oriented care", with the primary aim of recovery. "Committed GPs" were very concerned about their patients and this public health issue and often acted as referents for other GPs. Their therapeutic objective was "patient-centered" and holistic.

Conclusions: This study identified four typologies of GPs; There are still "refusal" GPs that refuse to follow patients with illicit SUD. "Inclusive GPs" are needed to enhance them access to primary care. This study highlights interesting findings that could improve medical education regarding SUD and help address this public health issue. The four typologies identified in the study may lead in the future to a tailored education program in the medical curriculum and continuing medical education, to have a better "learner-centered approach".

Keywords: *illicit substance use disorder, general practitioner, family medicine, attitude*

Introduction

According to the Alma Ata declaration¹ in 1978, "primary health care aims to solve health problems by providing necessary promotion, prevention, care and rehabilitation services". It also states that health, defined as "physical, mental and social well-being", is a fundamental human right. This means that general practitioners (GPs), have a vital role to play in ensuring access to care, especially through their work in prevention, long-term biopsychosocial follow-up and coordinating care²

In Belgium, people with substance use disorder (SUD) have 1.6 to 1.9 times more contact with their GP than the average patient, 2.6 more contacts with patients with an opioid use disorder. This difference may be explained by the need to prescribe medication³.

Studies have highlighted obstacles to the management of patients with illicit SUD by healthcare professionals (lack of training, time, complexity of situations), and more particularly the importance of stigma^{4,5,6,7,8}. In the Belgian context, according to the study by Ketterer⁴ et al., some GPs were still recently refusing to treat patients with illicit SUD, and doctors' perceptions of these patients influenced this decision, particularly in relation to their "personal histories, deep emotions, or emotional burdens"⁴. In 2013, Van Boekel et al.⁵ also concluded that negative representations of patients with illicit SUD by healthcare staff, such as violence and manipulation, were frequent.

The above-mentioned study⁴ was carried out eight years after the authorization and regulation of medication for opioid use disorder (MOUD) in Belgium, which allowed GPs to prescribe in the first intention⁹. Ten years later, it was time to investigate the current situation and previous study have focused only on certain regions of Belgium (Liège and Antwerp).

This study aims to understand the barriers to and motivations for managing patients with illicit substance use disorder in general practice.

Methods

Design

A qualitative method using semi-structured interviews was chosen to identify and understand the factors influencing the decision to accept patients with illicit substance use disorder.

Recruitment

To obtain a varied sample, we used several methods, such as a random draw on the website of the National Medical Association (www.ordomedic.be)¹⁰ followed by phone calls. Emails were sent to GP associations, some of which specialized in the addiction sector. In view of the fifty-or-so refusals, a new email was written to target only doctors who voluntarily refused to follow patients with SUD. This methodological adaptation made it possible to recruit missing profiles from the sample. We also used the "Snowball" method, which consisted of asking the doctors we interviewed for the name of a doctor they thought would be interesting for our study.

Recruitment began in Brussels, which, according to the "Observatoire de la santé et du social"¹¹, is a region with a high incidence of social inequality in access to healthcare, and the region with the highest prevalence of illicit substance use¹². It was also decided to survey GPs throughout the French-speaking part of the country to compare our results and have a better representation of the situation.

Data collection

The study was conducted between March 2020 and September 2021. All interviews were conducted by the junior researcher (IH, MD, female) to limit investigation bias. No relationship was established prior to study commencement. The participants only knew that she was at her last year of family medicine residency and that she wanted to know why some GPs followed or refused to follow these patients.

The interviews took place face-to-face (practice of the GP) or via videoconference, depending on the preference of the doctor and the health situation linked to the Sars-Cov-2 pandemic. The interviews in French were recorded (audio) for the duration of the full transcription, no additional notes were taken. Besides the participants and the researcher no one else was present. Mean length was 57.5 minutes. The extracts were translated into English for use this study.

The interview guide was based on a literature review and results from previous work conducted within our research team, looking at the perspective of people with illicit SUD. It has been tested twice before. Various themes were explored: 1) professional background 2) doctor's attitude to treatment: obstacles, difficulties, and motivations 3) influencing factors: contribution of experience and training 4) therapeutic attitude: the way of working with this population and the presumed role of the GP.

Analysis

The qualitative grounded theory method was used¹³ to develop a conceptual model based directly and as faithfully as possible on what doctors had to say. The Atlas.ti software version 9.1.0 (2044) was used for direct coding. A limited analysis of the¹⁴ discourse was also carried out to help us consolidate our theory.

The analysis was carried out by the authors of the study, in an iterative process of analyzing themes, codes, different results, and field notes. To build our grounded theory, we consulted experts in qualitative methodology and primary care research from our primary care research unit. The 4 main themes of the analysis matrix which emerged quickly were: "representations", "professional career", "philosophy of care", "barriers and motivations to care".

Results

Our study recruited 33 participants whom we divided into 4 typologies: "refusal", "no choice", "inclusive" and "committed". The sociodemographic characteristics of the GPs are shown in Table 1. Our sample consisted mainly of GPs working in urban areas, half of which, like those in Brussels, were of Belgian origin.

Four types of doctors have emerged quickly. The "refusal" who did not accept patients with illicit SUD, the "no-choice" who did not prescribe MOUD, the "inclusive" who accepted them and prescribed MOUD, and finally the "committed" who had oriented their practice towards illicit SUD care.

Table 1. Sociodemographic characteristics of participants according to their typologies

	Refusal (6)	No choice (7)	Inclusive (10)	Committed (10)
Gender				
Male (n=13)	4	1	3	5
Female (n=20)	2	6	7	5
Midfield				
Brussels	1	0	1	0
Wallonia : Rural	1	0	3	1
Semi-rural	4	7	6	9
Urban	4	7	5	5
Age				
25-44 years old	0	5	5	3
45-64 years old	4	2	5	5
>65 years old	2	0	0	2
Type of practice				
Solo	1	0	0	2
Single-discipline association	2	5	3	1
Multidisciplinary association	3	2	7	7
Family planning	0	1	2	0
Teaching and research	1	3	5	2
National office for children	0	2	2	0
Humanitarian work	0	0	0	1
Prison	0	0	1	0
Addiction center	0	0	0	5
Main source				
Belgium	5	2	5	5
Western Europe	1	2	4	4
Asia	0	1	0	1
North Africa	0	0	1	0
Sub-Saharan Africa	0	2	0	0

The "refusal GPs" refused to follow patients with SUD, most of them argued that they didn't like to deal with patients with an addiction problem (licit and illicit). The majority were men in older age groups. Many of them openly said they did not like this patient group and referred them as quickly as possible.

"You simply give them the address of "addiction center X", ...and tell them to go somewhere else...(...) They all need to be put back together in a well-supervised structure with barbed wires around it...". (Refusal GP, Brussels, M, multidisciplinary association, >65 y.)

They describe patients with illicit SUD as violent, manipulative, liars, lacking willpower, etc., and their vocabulary expresses a clearly unfavorable perception of these patients.

Patients with cannabis and cocaine use disorder were considered less problematic because of the absence of substitution, which means that the doctor was not involved in their addiction, and the representation of a "harmless patient" for cannabis user and "a high social class user" for cocaine user.

Some doctors have explained why they prefer to refuse these patients.

"I know I'm too weak to do this because I will deeply invest myself and therefore I protect myself. So I prefer to devote myself to what I can manage, that I cannot manage because there are so many factors that play a role that one day or another, one of them will kill himself and my medicine box will be next to him and it will be because of my prescription. And that, I know I will have a hard time dealing with it and living with it so I prefer not to." (Refusal GP, M, Brussels, monodisciplinary association, > 65 y.)

Their approach included total abstinence from substances (licit or illicit) and MOUD. Many saw MOUD as "maintenance of drug addiction" and felt that such treatment was not the responsibility of GPs, whose mission was to cure patients and had difficulty managing the repeated relapses inherent to the disease.

"But experience has shown me that they are big kids and cannot be trusted and really talk nonsense (...)That's cleaner (talking about MOUD), that's good, that's cute but uh ... but it's not, it's not curing. Anyway, that's my point of view." (Refusal GP, M, 44-64 y., monodisciplinary association)

These doctors appear destabilized and seem to have difficulty focusing on the needs of these patients, who worried them and with whom they have had discouraging experiences. Ultimately, these GPs prefer not to support them.

The "no-choice" GPs, most of whom were women in a fairly young age group, did not prescribe MOUD. They had many fears and apprehensions that manifested at several levels (patients, legal authorities, and health authorities). They said that they lacked training and knowledge of care networks. However, they did accept their patients for overall follow-up, but (for most of them) not for their SUD problem.

"But to be honest, I don't even know if..., if you have to take medication for withdrawal, I don't even know how to do it" (No-choice GP, multidisciplinary association, Brussels, F, 25-34 y.)

Their perceptions of patients with an illicit substance use disorder were fairly negative but mostly the result of unfavorable societal stigma. A few shared personal reasons that limited their interest in this disease:

"In my family we never talked about illicit substances, I would never imagine using it, it was such a taboo to even talk about it" (No-choice GP, multidisciplinary association, F, 25-34 y., Brussels)

Some of them have heard about bad experiences shared by their colleagues, others had one or two negative non-supervised experiences. They all have limited experience with this population.

"...Bad memory of a patient on methadone during my fellowship. He was a very aggressive patient, so I was scared in my stomach of what could happen uh every time I saw him with

really all the aggressiveness that emanated from him and it didn't necessarily make you want to take care of these patients (...) I only had this case, and it was not a very good memory.
(*"No-choice GP, multidisciplinary practice, Brussels, F, 25-44 y.*)

They referred as often as possible illicit SUD patients to other physicians and were not involved in a collaborative approach. However, they accepted patients with an alcohol use disorder or for smoking cessation and sometimes followed continuous education about these licit SUD. Their therapeutic objective was withdrawal from substance and social and professional reintegration.

"Inclusive" GPs dealt with both the "health" and "addiction" aspects of their patients. They were very sensitive to social inequalities and issues of intersectionality in health. They were involved in a range of related health issues (abortion rights, access to healthcare for immigrants, LGBTQIA+ population, etc.).

"I take care of the health of people in a global way and of everyone (...) and with more particular attention to the most vulnerable audiences,(...)I haven't built all my practice around drug use, I have built privileged partnerships at this level because today it is a question of social vulnerability and difficulty of access to care." (Inclusive GP, multidisciplinary association, M, Brussels, 25-44 y.).

The philosophy of care was equity in terms of access to care. Their perceptions of illicit SUD patients were not negative, but either neutral (patient like any other) or positive (patient with complex, interesting, 'challenging' care);

"When you have a chronic health problem and you're greeted with suspicion, when you're shot at from the very first consultation, well, I think you're going to get angry" (Inclusive GP, multidisciplinary association, M, Brussels, 25-44 y.).

They used a biopsychosocial approach that integrates all health determinants. They had thought about the framework within which they worked with these patients, to ensure that they were comfortable integrating them into primary care. Their therapeutic objectives were "goal-oriented care", with the primary aim of recovery.

They had undergone further training and had been accompanied from the start of their training by GPs who were in charge of illicit SUD patients, either by chance or as part of a proactive approach to working in a structure sensitized to the social determinants of health. Interprofessional collaboration was at the heart of their work as they were mostly working in multidisciplinary associations and had developed their own addiction network.

Their main obstacles were lack of availability in mental health services, fear of feeding the black market, time-consuming consultations, and, above all, regret of having to refuse illicit SUD patients to maintain quality of care. The difficulties mentioned were tolerance for failure and emotional management. They expressed the need for training and application of non-violent communication, emotional charges linked to the patient's experience, etc.).

As for the GPs classified as "committed", they prescribed MOUD and took full charge of their illicit SUD patients as part of a global approach for those who worked in general practice or in institutions dedicated to addiction. They were very involved with the subject and often acted as references for other GPs. These two groups stood out from our results:

1. Older doctors who had evolved through the heroin epidemic and had been involved in legalizing MOUD for public health reasons, they also lived in the post-'68 movement of questioning the established order and the attraction of transgression.

"And at that time, it was still very, very strong, so young people had absolutely nowhere to go to say "I've got a problem". But they came to me! And I found myself with kids aged 17-18 (...) who had taken drugs I didn't even know existed, you see (...) And, and I had all the kids on the same street, for example on a street in X, all the kids fell into heroin at the same time. It was an extremely powerful epidemic and, and nobody saw a thing." (Refusal GP, M, >65 y., periphery)

2. On the other hand, young GPs who were involved because they had the desire to help a group of people perceived to be the most excluded from society and the healthcare system), or for more personal reasons (family, friends affected, etc.) that made them aware of the patient's vulnerability factors. The motivations cited were scientific and clinical interests as well as psychosocial aspects. Their perceptions were "positive": they describe patients with illicit SUD as interesting, original, rewarding and stimulating, enabling GPs to fulfill their role as fully as possible by providing comprehensive patient care.

" I met an audience that I didn't knew well but who was really interesting, super touching (...) very rich in terms of social, holistic, psychiatric and somatic aspects. If I hadn't worked with drug users, I don't think I would have learned to treat patients with HIV, tuberculosis, hepatitis C I wouldn't have learned all that (...) When you work with a general population, 'it's the specialists who do all that, but with the drug users population it's the GPs who initiate a lot, we're much more involved in the care" (Committed GP, F, 25-44 y., addiction center, mobile GP).

There was a desire to ensure the best possible consultation and reception for these patients. The therapeutic objective was "patient-centered" and holistic, including prevention, empowerment of the patient, harm reduction, regain of the patient's dignity (as perceived by the patient) and social reintegration. Abstinence was not a necessary goal for them.

"There is a poster in my waiting room with the effects of drugs, and as soon as I see that a patient reads it I ask him if it speaks to him, ...I really look for the user" (Committed GP, multidisciplinary association, Brussels, M, 35-44 y.)

The obstacles reported were the under-funding of SUD centers and sectors, difficulty of referring a stabilized patient from centers to primary care, and difficulty of the personal and emotional investment.

Brussels vs the rest of French-speaking Belgium

None of the GPs interviewed on the periphery fell into the 'no choice' category. The positions of the GPs were more dichotomous: they either accepted them completely or refused to accept them. A challenging issue highlighted by the GPs in the periphery was the significant lack of GPs accepting to take care of people with illicit SUD in their region (exacerbated in areas with a severe shortage), which obliged patients to go to centers that could be very far from their place of residence and added a geographical barrier to access to care.

Education

We can see in our socio-demographic tab that 11 of the 33 GPs were involved in teaching and research and only one of them was a "refusal" GP. But all "refusal" GPs interviewed were supervisor of one or two medical resident in their practice.

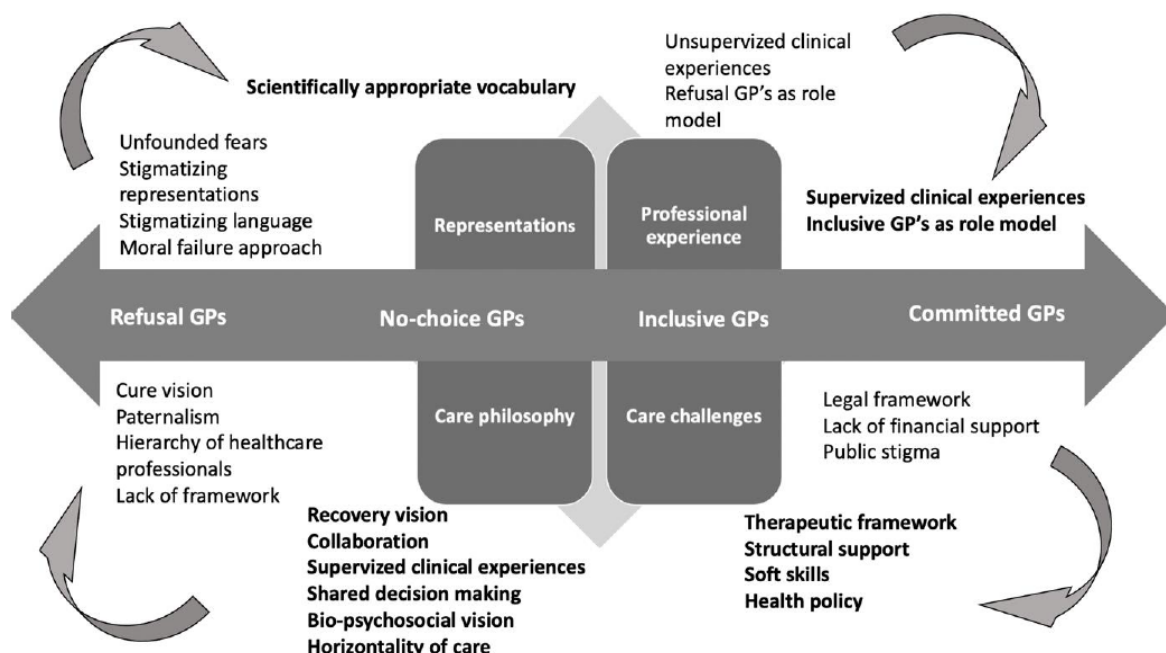


Figure 1. Typology of GPs regarding people with SUD

Legend:

Bold : characteristic of “refusal” to “no-choice” GPs

Normal : characteristics of “inclusive” to “committed” GPs

Discussion

This study allowed us to highlight four typologies of GPs regarding attitudes toward patients with illicit SUD with specific characteristics.

The typologies found in our study are not fixed categories, but more like a continuum, the dimension of which is the GP's "posture towards choice". The factors influencing the two extremes of this continuum are summarized in Figure 1.

Comparison of data with the literature

The study by Ketterer et al.⁴ (2014) differed from ours. They asked GPs about their management of patients with alcohol and drugs in the Flemish-speaking city of Antwerp and in the French-speaking city of Liège. We focused on illicit substance use in Brussels, and to a lesser extent, in the suburbs. Our results are in line with the literature on the major impact of GPs' representations in the decision to care for these patients and in the way they do so^{4,5,7,15}. However, unlike the Belgian study mentioned above⁴, the GPs interviewed told us very little about their intrinsic personal motivations.

Collaboration between the various health workers involved and the GP's ability to coordinate with everyone is a difficulty that limits the follow-up of patients with illicit SUD. This observation is shared by the Ketterer study⁴ and another Belgian study in 2016⁷, although they were only interested in the prescription of MOUD, whereas numerous studies show the value of multidisciplinary in the management of drug users^{16,17,18}.

Finally, as reported in the literature, GPs' emotional management, soft skills, appropriate self-care strategies, their skills in the bio-psycho-social field and the GP-patient relationship influence the management of this population^{4,7,15}. In our sample of GPs, these skills were acquired through experience or further training.

A recurring notion in our study is the "patient-centered" concept adopted by the "inclusive" and "committed" GPs as their philosophy of care, in contrast with the "refusal" GPs, whose paternalism was still present. The inclusive and committed GPs made sure to propose a treatment with the patient's agreement according to his or her specificity. The «refusal" GPs wished to impose their choice of care on the patient, whether it suited them or not. Across all specialties, the "patient-centered" attitude still seems difficult for doctors to apply in practice^{19,20}. However, in our study there were no young doctor in the "refusal" typology of GPs which means that the paternalistic approach is gradually decreasing, and that the bio-psycho-social aspect of addiction has been more understood by the new generation. New doctors like the "no-choice" GPs are partisan of shared decision making, but they still have societal negative representations and fears that make them not comfortable with patients with illicit SUD. However, they feel more competent smoking cessation or other licit SUD as other studies have shown²¹. The moral failure approach was sometimes still present or underlying GPs attitudes, but it could not be said out loud. It looks like ethics shamed the new generation for not accepting some patients. Ethical reflection on this issue seems to drive young doctors away from the option of having the right to refuse to accompany certain patients because of their drug use.

In our study, the vocabulary used by the GPs could either hindered or facilitate care. This is confirmed by the literature^{22,23,24,25}: not only does the stigmatizing language used by anyone in contact with illicit substance use disorder exacerbate the stigma suffered by these people, but it also dehumanizes them, affecting their self-perception and the treatment or therapy recommended by the doctor.

The main contribution of our study was to highlight four typologies of GPs regarding attitudes toward patients with illicit SUD with specific characteristics; these profiles were not found in the literature.

Implications for research and practice

We believe that to improve access to primary care for illicit SUD patients, inclusive GPs are essential.

According to several studies, training has a role to play in deconstructing the negative representations^{26, 27, 28,29}. As previous studies^{21,29,30} have shown, residents in general practice had negative attitudes toward patients with SUD that could be worked on through previous teaching. We can observe in our study that the "no-choice" GPs which had a negative perceived experience soon in their cursus, have a hard time getting over it. Furthermore, those whose first experiences and following experiences are not supervised by an "inclusive" GP as a role model, will see his stigma become well-rotted and hard to unbuild.

Factors that could be challenged during medical cursus are representations of illicit substance-related disorders (from a moral failure perspective to a chronic relapsing disease)^{26, 27, 28, 29,30}, better knowledge of illicit SUD management^{7,21}, interprofessional collaboration^{7,17,18}, empathy training³¹, emotions training³², communication³³ and the importance of learning to provide care and support rather than cure^{34, 35}, and the GP's experience of role modelling³⁶. All these elements can be worked on as part of the initial and continuing medical education of GP doctors, and the soon is the better.

We believe that the typologies could lead to improvements in the continuing education of supervisors by setting up a tailor-made program based on the teachers' profiles.

We can use the typologies as “persona” like Zagallo and al. did in their study³⁷. Persona are characters with characteristics from an user population, based on data from real users³⁸. Therefore, they can be used as a tool for a “learner-centered” approach to the continuing education of supervisors. As underlined above, the role model of supervisors is essential, so it is necessary not only to train students³⁹ but also to ensure that supervisors receive high-quality continuing education.

In our department, a study⁴⁰ has been conducted that find four profiles of medical students regarding their attitudes towards patients with illicit SUD which could be a first step toward a tailored education program.

Several recommendations have emerged from our study:

- Continue to increase GP’s awareness of the bio-psycho-social dimension of addiction to improve the therapeutic relationship with the patient and the societal perception of the illicit SUD
- Continue to work on changing the paradigm of care: from paternalism to patient-centered practice⁴¹
- Work on health taboos, including in the basic curriculum of all doctors a more in-depth course on health stigma, illegal substances, legal framework, bio-psycho-social approach, and pharmacology, as this concerns all future physicians⁴². Managing failure, dealing with violence⁴³ and empathy^{31,44} are also skills that can be learned at the university
- Favorize person-centered language and the use of precise terms reflecting current scientific knowledge (so as not to (un)consciously convey stigma)^{45,46}
- Encourage supervision and train GP supervisors in best practice in addictology, because, as noted in our study and in the literature³⁶, they are often one of the first role models for new GPs and they will contribute to shape their professional identity
- Encourage inter-professional collaboration (mental health professionals, health care professionals, specialists, hospitals, etc.) and between GPs, networks and centers dedicated to addiction, to ensure better care^{7,17,18}.

Strengths and limitations of the study

Strengths

The strength of the study was that it recruited enough “refusal” GPs to reach saturation point to understand the reasons behind this choice. This was a target group that was difficult to access; they did not feel concerned about the issue or did not want to spend time discussing it. The comments we gathered were honest and transparent, which enabled us to draw up a fairly accurate typology for these doctors. We also reached the external saturation point in the Brussels study. No new themes relevant to the research question were found in the last two interviews with each type of doctor.

Limits

Data saturation was not reached for the periphery, and none of the “no choice” GPs of this typology were found. This could be explained by two hypotheses: a sampling problem or the fact that given the problems in the outlying areas (geographically remote centers, lack of doctors accepting illicit SUD patients, etc.), GPs were quick to position themselves in relation to these patients (refusal or

inclusive/committed) but could hardly accept them without prescribing and without taking their SUD into account.

Conclusion

Four types of doctors emerged from our study: "refusal", "committed", "inclusive" and "no choice" GPs. Each had their own representation of the patient with illicit SUD, their own philosophy of care, and professional background, as well as different barriers and motivations. These typologies may lead to a tailored education program for medical students and teachers to have a better "learner-centered approach". We were able to identify the following obstacles to the management of substance use disorders: misrepresentation, lack of 'holistic' training on the subject and lack of interprofessional collaboration. A major lever could therefore be to address stigma, particularly in training throughout the university curriculum and in continuing medical education, to continue to improve the understanding of the bio-psycho-social model of addiction, and the development of essential relational skills (soft skills), such as motivational interviewing, empathy, management of emotions and violence, and all other interpersonal and communication skills. To conclude, more "inclusive GPs" are needed to allow access to primary care for this vulnerable population as well as a role model to positively shape the next generation of doctors.

List of abbreviations:

GP: General practitioner MOUD: medication for opioid use disorder SUD : substance use disorder

Declarations:

Ethical approval and consent to participate

The research protocol was approved by the Erasme-ULB Hospital Ethics Committee on March 18, 2020 (reference: P2020/023; Nr EudraCT/CCB : B406202042787). All the participants provided informed consent.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interest.

Data Availability Statement

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author (IH) upon reasonable request.

Author's information and contribution

IH (MD, female, general practice resident at the time of the study), wrote the original draft of the manuscript, collected, analyzed, and interpreted the data, and contributed to the design of the study. LR (MD, PHD, female) promoted the study, designed the study, and contributed to the analyze, the interpretation of the data and the revision of the manuscript. All authors have read, commented, and approved the final manuscript.

Acknowledgement

We would like to thank the GP's we interviewed and the associative workers who helped us conduct this study. We also would like to thank Nadine Kacenenelbogen, Céline Mahieu and Aurore Girard for their intellectual input on the manuscript.

Funding

No funding

References

1. Declaration of Alma-Ata, 1978 [Internet]. [cited 27 Apr 2022]. Available from: <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
3. Van Baelen L, Plettinckx E, Antoine J, De Ridder K, Devleeschauwer B, Gremeaux L. Use of health care services by people with substance use disorders in Belgium: a register-based cohort study. *Archives of Public Health [Internet].* 23 June 2021 [cited 20 March 2023];79(1):112. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00620-5>
4. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract.* 14 June 2014;15:119.
5. Van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence.* 1 Jul 2013;131(1):23-35.
6. Van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence.* 1 Jan 2014;134:92-8.
7. Fraeyman J, Symons L, Van Royen P, Van Hal G, Peremans L. How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. *Eur J Gen Pract.* June 2016;22(2):134-40.
8. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 27 Dec 2018;10:1-12.
9. Service public federal sante publique securite de la chaine alimentaire et environnement. Arrêté Royal du 06/10/2006 arrete royal modifiant l'arrete royal du 19 mars 2004 reglementant le traitement de substitution [Internet]. etaamb.openjustice.be. Moniteur Belge; 2006 [cited 18 June 2022]. Available from: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-06-octobre-2006_n2006023153.html
10. Home [Internet]. Ordomedic. [cited 29 Apr 2022]. Available from: <https://ordomedic.be/fr/>

11. Dossier 2019/2- All equal when it comes to health in Brussels? Recent data and mapping on social inequalities in health [Internet]. Joint Community Commission. 2019 [cited 29 Apr 2022]. Available from: <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20192-tous-egaux-face-la-sante-bruxelles-donnees-recentes-et>
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2021: trends and developments. [Internet]. LU: Publications Office; 2021 [cited 27 Apr 2022]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/18539>
13. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *crs*. 1994;(23):147-81.
14. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexical, linguistic, cognitive, thématique. In: XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS [Internet]. Montréal, Canada: AIMS; 2007 [cited 29 Apr 2022]. p. pp 1-16. Available from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448>
15. Nicaise P, Corten P, Bergeret I, Baert I, Irusta LÁ, Casselman PJ, et al. Research programme in support of the federal policy paper on the drugs problem.
16. Bruneau J, Ahamad K, Goyer MÈ, Poulin G, Selby P, Fischer B, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*. March 5, 2018;190(9):E247-57.
17. Dugosh K, Abraham A, Seymour B, McLoyd K, Chalk M, Festinger D. A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *J Addict Med*. Apr 2016;10(2):93-103.
18. Kampman K, Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med*. Oct 2015;9(5):358-67.
19. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ*. Jul 2010;44(7):662-73.
20. Driever EM, Tolhuizen IM, Duvivier RJ, Stiggelbout AM, Brand PLP. Why do medical residents prefer paternalistic decision making? An interview study. *BMC Med Educ*. 8 March 2022;22(1):155.
21. Rouillon M, Laporte C, Ingrand P, Castéra P, Di Patrizio P, Messaadi N, et al. Perceptions, professional responsibility and management experiences of patients with alcohol, tobacco and opioid use disorder by residents in general practice and teaching general practitioners. *Eur J Gen Pract*. déc 2021;27(1):77-82.
22. Werder K, Curtis A, Reynolds S, Satterfield J. Addressing Bias and Stigma in the Language We Use With Persons With Opioid Use Disorder: A Narrative Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. Feb 2022;28(1):9-22.
23. Abuse NI on D. Words Matter - Terms to Use and Avoid When Talking About Addiction [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2021 [cited 13 Jul 2022]. Available from: <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>
24. Ashford RD, Brown AM, Curtis B. Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. *Drug and Alcohol Dependence*. August 1, 2018;189:131-8.

25. Ashford RD, Brown A, Curtis B. Expanding language choices to reduce stigma: A Delphi study of positive and negative terms in substance use and recovery. *Health Education*. 1 Jan 2019;119(1):51-62.
26. Crapanzano K, Vath RJ. Long-Term Effect of a Stigma-Reduction Educational Intervention for Physician Assistants. *J Physician Assist Educ*. June 2017;28(2):92-5
27. Avery J, Knoepflmacher D, Mauer E, Kast KA, Greiner M, Avery J, et al. Improvement in Residents' Attitudes Toward Individuals with Substance Use Disorders Following an Online Training Module on Stigma. *HSS J*. Feb 2019;15(1):31-6.
28. Gonzalez M, Clarke DE, Pereira A, Boyce-Gaudreau K, Waldman C, Demczuk L, et al. The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. August 2017;15(8):2153-81.
29. Dupouy J, Vergnes A, Laporte C, Kinouani S, Auriacombe M, Oustric S, et al. Intensity of previous teaching but not diagnostic skills influences stigmatization of patients with substance use disorder by general practice residents. A vignette study among French final-year residents in general practice. *Eur J Gen Pract*. déc 2018;24(1):160-6.
30. Moses TE, Chammaa M, Ramos R, Waiono E, Greenwald MK. Incoming medical students' knowledge of and attitudes toward people with substance use disorders: Implications for curricular training. *Subst Abus*. 2021;42(4):692-8.
31. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(8):e0221412.
32. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ*. 15 Dec 2017;17(1):255.
33. Barenie RE, Cernasev A, Heidel RE, Stewart S, Hohmeier K. Faculty, staff, and student perceptions of substance use disorder stigma in health profession training programs: a quantitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 6 janv 2023 [cité 25 févr 2024];18(1):2. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00509-8>
34. Alomran A, Alyousefi N. Attitudes of Family Medicine Trainees Towards Patient-Centeredness Practice. *Int J Gen Med*. 2023;16:329-36.
35. McNair R, Griffiths L, Reid K, Sloan H. Medical students developing confidence and patient centredness in diverse clinical settings: a longitudinal survey study. *BMC Med Educ*. 15 Jul 2016;16:176.
36. Lamb E, Burford B, Alberti H. The impact of role modelling on the future general practitioner workforce: a systematic review. *Educ Prim Care*. Sept 2022;33(5):265-79.
37. Zagallo P, McCourt J, Idsardi R, Smith MK, Urban-Lurain M, Andrews TC, et al. Through the Eyes of Faculty: Using Personas as a Tool for Learner-Centered Professional Development. *CBE Life Sci Educ*. déc 2019;18(4):ar62.
38. Pruitt, J., Adlin, T. (2006). *The persona lifecycle: Keeping people in mind throughout product design (interactive technologies)*. San Francisco, CA: Elsevier. [\[Google Scholar\]](#)

39. Weinhandl R, Mayerhofer M, Houghton T, Lavicza Z, Kleinfurchner LM, Anđić B, et al. Enhancing user-centred educational design: Developing personas of mathematics school students. *Heliyon* [Internet]. 30 janv 2024 [cité 22 févr 2024];10(2). Disponible sur: [https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440\(24\)00204-4](https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440(24)00204-4)
40. Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Vanderhofstadt Q, Kornreich C. Cluster analysis of medical students' attitudes regarding people who use drugs: a first step to design a tailored education program. 2024.
41. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 18 Apr 2017;357:j1744.
42. Henderson S, Stacey CL, Dohan D. Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department. *J Health Care Poor Underserved*. Nov 2008;19(4):1336-49
43. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Jan 2021;18(16):8459.
44. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med*. August 2013;88(8):1171-7.
45. Ho JJ, Jones KF, Sager Z, Wakeman S, Merlin JS. De-Stigmatizing the Language of Addiction #429. *Journal of Palliative Medicine*. Jan 2022;25(1):155-7.
46. Words Matter - Terms to Use and Avoid When Talking About Addiction [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2021 [cited 29 May 2023]. Available from: <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>

II.3.3 Axe 1. Perspective III : Autres professionnel·les de la santé : enjeux et intérêts des collaborations interprofessionnelles

II.3.3.1 Introduction

Pour rappel, le MG en Belgique peut travailler à différents niveaux de soins avec les PTUSI. Il peut soit travailler dans un cabinet solo ou dans une association mono-disciplinaire, travailler dans une équipe pluridisciplinaire en ce compris les maisons médicales (MM)¹⁴ ou travailler dans un centre dédié aux assuétudes. Le MG, peu importe ses modalités de travail, est amené à travailler avec d'autres professionnel·les de santé (psychologues, assistant·es sociaux, éducateurs·rices spécialisé·es, psychiatres, etc.) que ce soit de manière directe au sein de son équipe ou dans le cadre d'un travail en réseau. L'approche multidisciplinaire semble être l'approche la plus adéquate dans l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité tels les PTUSI (132,144). Il semblait pertinent, pour répondre à la question de recherche de cet axe, de questionner les collaborations interprofessionnelles des MG.

L'objectif de cette partie a été d'identifier les freins et leviers à la collaboration interprofessionnelle avec le MG.

II.3.3.2 Méthodologie

Le recrutement des participant·es s'est fait en contactant les coordinateurs·rices des CDA sur Bruxelles et via le Resad asbl¹⁵.

Une recherche qualitative par focus-group (FG) auprès d'intervenant·es psychosociaux a été réalisée ainsi que des entretiens semi-dirigés avec des MG. 19 personnes ont ainsi participé à l'étude, 12 intervenant·es psychosociaux et 7 médecins généralistes. L'idée de mixer les méthodes de collecte de données était liée aux réalités et besoins de l'étude. En effet l'objectif était surtout de s'intéresser à la collaboration interprofessionnelle en se centrant sur le médecin généraliste. Il était donc intéressant d'avoir d'un côté une réflexion plus collective à ce niveau-là de la part des autres prestataires de soin, et de l'autre une réflexion plus individuelle du côté des MG.

Les focus-groups et les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés et entièrement retranscrits et anonymisés. L'analyse des données a été réalisée en suivant les 6 étapes¹⁶ de l'analyse thématique selon Braun et Clarke 2006 (147).

Nous présentons ici une synthèse des résultats de l'étude (148).

¹⁴ Une maison médicale est équipe pluridisciplinaire prodiguant des soins GICA (globaux, intégrés, continus et accessibles) (146)

¹⁵ Le Resad asbl est le nouveau nom du RAT asbl que nous avons présenté en première partie de thèse (page 36), il s'agit d'un réseau d'appui pluridisciplinaire aux addictions à Bruxelles.

¹⁶ Se familiariser avec les données, générer des codes, rechercher des thèmes, réviser les thèmes, définir et choisir des thèmes, produire un rapport.

II.3.3.3 Résultats

II.3.3.3.1 Données socio-démographiques

L'échantillon était composé de 12 travailleur·ses psychosociaux (8 assistant·es sociaux et 4 psychologues du côté des travailleur·se·s psychosociaux. Parmi les 7 MG, trois travaillaient exclusivement en CDA, 2 avaient une pratique mixte (MM et CDA), 1 MG travaillait en MM et 1 MG avait une pratique solo. Les participant·es avaient entre 25 et 65 ans (médiane de 45 ans). Il y avait 13 femmes pour 6 hommes. Les participant·es avaient entre 1 et 44 ans de pratique.

II.3.3.3.2 Bénéfices identifiés d'une collaboration interprofessionnelle

Complémentarité et interchangeabilité

Les intervenant·es rapportaient le fait qu'il y avait une base commune au niveau des pratiques mais que chacun·e gardait sa fonction propre et sa spécificité. Il était soulevé par tout·es l'intérêt et la richesse de la diversité et de la complémentarité des pratiques. Ils rapportaient le sentiment d'être le relais l'un·e de l'autre pour de meilleures prises en charge.

« Et bon, je trouve que c'est presque une métaphore par rapport au produit, en fait, se dire qu'avoir juste une relation fusionnelle avec un produit ou avec une personne, ce n'est peut-être pas ce qu'il y a de mieux, donc là, la multidisciplinarité, je trouve que c'est intéressant. C'est aussi parce qu'il y a, bah, on est complémentaire et qu'on n'a pas tous les mêmes connaissances. » MG, Entretien 6

Répartition du travail et des patient·es

Selon les participant·es travaillant dans les centres, les demandes de soins étaient continuellement axées vers le médecin via les demandes de prescriptions. Les intervenant·es psycho-sociaux rapportaient jouer un rôle de modération par rapport à ces demandes, ce qui permettait une meilleure répartition des tâches et des patient·es. Cela permettait également de limiter la répétition des tâches, de diminuer le poids sur chacun·e et de prévenir un épuisement professionnel. Pouvoir aussi se répartir les patient·es équilibrait la charge émotionnelle et de meilleures affinités relationnelles.

Soins centrés sur les patient·es

Mettre tou·te·s les intervenant·es qui gravitent autour du/de la patient·e en contact permettait selon les participant·es d'ajouter de la cohérence dans les interventions et de se recentrer autour du/ de la patient·e. En partant de lui ou d'elle et non l'inverse. Les participant·es étaient sensibles à cette notion de soins basés sur les besoins du patient·e dont l'objet pouvait être modifié à tout moment.

Sécurité d'un travail en équipe

Beaucoup trouvaient du sens à travailler en équipe, notamment lors de situations qu'ils ne se trouvaient pas capables d'affronter seul·es, tels des situations de violence ou d'annonce difficile.

« Mais il y a du sens, le fait de pouvoir intégrer une équipe où il y a un soutien derrière, où ils ne vont pas être seuls, ça moi je perçois qu'il y a beaucoup de médecins qui cherchent ça. » Intervenante psychosociale, FG1

II.3.3.3.3 Freins et leviers à une bonne collaboration interprofessionnelle

Les freins

La **surcharge de travail** a été le premier frein évoqué par les participant·es. A savoir que cette étude a été organisée durant la crise du Sars-Cov-2 où la surcharge était à son sommet. Dans ces contextes de crise, les participant·es mettaient en avant une tendance à référer plus rapidement que de coutume. Il a été soulevé que l'épuisement des équipes induisait une mauvaise communication et impactait la dynamique d'équipe.

Plusieurs éléments de surcharge ont été évoqués, tels l'**afflux massif de patient-es dans les structures bas-seuil**, obligeant parfois à refuser des patient-es ou à les inscrire sur des listes d'attentes ; le manque de structures acceptant ces patient-es (surtout lors de consommation active) et la **difficulté de renvoyer les patient-es stabilisé-es vers la première ligne** (effet entonnoir dans les structures). A ce niveau, il a été mis en évidence la difficulté, d'un côté pour les patient-es de rompre le lien et de faire confiance à quelqu'un d'autre ou à une autre structure, et de l'autre le manque de médecins traitants prêt·es à faire le relais aux structures une fois les patient-es stabilisé-es. Certain·es médecins se retrouvaient par conséquent avec trop de suivis de patient-es avec TAO.

« Le problème est qu'on les réinjecte très difficilement. On a le flux qui rentre mais pas le flux qui sort et on est complètement submergé. Le souci, c'est que une fois que les patients sont stabilisés, on essaie de leur attribuer un médecin traitant pour le suivi et la continuité des prescriptions mais on manque crucialement de médecins prêts à prendre ce type de patients en charge. Autre problème, c'est que quelques fois ce sont les patients qui ont leurs habitudes et ne sont pas prêts à changer et partir. » MG, Entretien 7

Par ailleurs, ce type de public imposait selon les participant·es un rythme de travail fluctuant, en raison du non-respect fréquent des rendez-vous établis et de l'immédiateté de la demande.

Le manque de temps a été plusieurs fois abordé. Ce qui avait comme conséquence un manque de partage d'informations pouvant impacter la prise en charge des patient-es.

Tous les participant·es ont évoqué le **manque de formation** dans leur cursus initial en termes d'assuétudes. Le manque de connaissances et de formation en gestion des relations interpersonnelles a été mis en avant comme une source d'erreurs dans les accompagnements, pouvant générer tension et désaccords entre soignant·es. Ils ont toutefois évoqué l'intérêt et l'existence de sources de formations et de soutien à la pratique complémentaires (ex : congrès, journées d'étude, groupes Balint du Resad, etc.).

« On voit très souvent des généralistes qui font n'importe quoi dans leurs pratiques, qui sont presque des dealers. Il y en a qui font des suivis de n'importe quoi. » MG, Entretien 1

De plus, un **manque d'informations sur les aides et les structures disponibles** a été relevé par les MG en 1ere ligne qui estimaient manquer d'informations à ce niveau pour ces patient·es. Sans lien privilégié ou contact préétabli, l'accès aux ressources était vécu comme difficile.

« J'aimerais bien beaucoup plus de retour, plus de clarté sur les rôles des différentes structures, genre un tableau ou je ne sais pas, un truc plus clair sur quand on peut envoyer. Par quel moyen, est-ce que c'est un coup de téléphone ? Est-ce que c'est d'abord passer par une réunion ? J'ai l'impression que chaque structure a son mode d'entrée bien défini. » MG, Entretien 6

Comme autre frein à une bonne collaboration, les participant-es mettaient en avant la **représentation du médecin dans la société**. En effet, le médecin garde une aura de supériorité, liée aussi à son pouvoir de prescrire.

« Il y a aussi la place que la société accorde aux médecins et ça le médecin ne peut pas y échapper et nous non plus. » Intervenante psychosociale, FG1

Ce sentiment était mal vécu par les médecins interrogé-es car ils avaient la perception que cela entravait la bonne collaboration avec les équipes. Ils aspiraient à travailler sur un pied d'égalité.

Pour finir, un frein important soulevé était les **difficultés de communication**. Avec d'un côté le jargon spécifique à chaque profession et la technicité propre à chaque métier qui pouvait constituer un obstacle à la collaboration, et de l'autre le manque de communication avec les intervenant-es extérieur-es de la part des professionnel·les travaillant dans les CDA, notamment avec les médecins traitants des patient-es si ceux-ci étaient suivi-es pour leur(s) addiction(s) dans le CDA. Cet élément est souvent revenu comme le point essentiel à améliorer.

Les leviers

La **co-consultation pluridisciplinaire** a été beaucoup citée chez les participant-es travaillant en CDA comme un outil qui permettait une mise en lien et une continuité de l'information. Les médecins mettaient en avant qu'elle ouvrait la place au psychologue pour essayer de créer un lien. D'autre part, elle était ressentie comme une plus-value pour la relation entre les intervenant-es et avec les patient-es. Les éventuels recadrages des patient-es étaient également vécus comme étant moins difficiles à mener à conjointement.

La **remise déléguée d'ordonnance** a aussi été soulevée comme un levier intéressant, elle était réalisée par un-e travailleur-se psycho-sociale de la structure. Cette pratique permettait de l'utiliser « comme carotte » ou comme outil de lien pour faciliter le contact avec les intervenant-es. Selon les participant-es, il s'agissait également d'une stratégie intéressante pour soulager le médecin.

« C'est un autre outil qu'on utilise, c'est la remise déléguée d'ordonnances et ça permet parfois des choses très différentes, des échanges très différents pour le patient avec les intervenants psychosociaux. » MG, Entretien 4

Un autre levier cité a été le **dossier médical partagé**. En effet, les participant-es de toutes professions ont rappelé son intérêt - s'il est bien complété - pour une bonne transmission d'informations et un bon suivi. Dans cette logique, l'intérêt du secret médical/professionnel partagé a été également évoqué. Les limites ne semblaient pas toujours clairement définies mais tout le monde s'accordait sur la nécessité de ne partager les informations que si c'était dans l'intérêt du patient-e et avec l'accord de ce dernier afin de permettre un meilleur accompagnement. Cela a été décrit comme un levier favorisant la coordination de l'équipe afin d'apporter le meilleur suivi possible. Certains médecins mettaient toutefois en avant l'attachement particulier des psychologues au secret professionnel qu'ils considéraient parfois comme un obstacle au bon suivi.

« Un bel exemple, je trouve, ce weekend on a reçu un mail d'un de nos médecins, en disant que monsieur X avait un taux de GGT explosé, donc que n'importe qui, qui le croise essaie d'axer sur la problématique de l'alcool et je pense que c'est un bel exemple que ce secret médical partagé est même un levier. » Intervenante psychosociale, FG1

Un levier mis en évidence également fut l'importance de **travailler sur un partenariat renforcé avec différentes ASBL et l'élaboration d'un carnet d'adresse**. En effet, il était relevé que le fait de travailler en réseau augmentait le nombre de personnes ressources et diminuait de ce fait le temps de travail de chacun-e comme le recours aux traducteurs/rices, éducateurs/rices de rue pour les accompagnements aux rendez-vous etc. On notait une différence à ce niveau entre les centres qui s'appuyaient sur un partenariat renforcé avec certaines ASBL et les médecins traitants solo qui devaient plus se créer un carnet d'adresses et un réseau sur base des ressources du ou de la patient-e.

Favoriser l'horizontalité par rapport à la verticalité a été décrit par tout-es les participant-es comme un moyen de ne pas hiérarchiser les fonctions et de mettre tout-es les intervenant-es sur le même pied d'égalité tout en respectant la spécificité de chacun-e. Pour ce faire, il était rapporté qu'établir un lien de confiance en reconnaissant les compétences de chacun-e était essentiel.

Enfin, la **flexibilité** a été un levier régulièrement mentionné. En effet, il a été rapporté qu'ayant affaire à un public souvent peu ponctuel, il était compliqué de fonctionner sur rendez-vous. De plus, il semblait important d'être disponible et joignable afin de prendre les patient-es en charge mais également pour trouver des moments de collaboration. Par conséquent, les horaires fixes des centres ou des maisons médicales étaient perçus comme un frein.

De façon plus spécifique, la crise du Sars-Cov-2 a mis - selon les participant-es - de la distance entre les intervenant-es ainsi que dans la relation avec les patient-es, elle a favorisé un sentiment d'incohérence dans les règles mises en place et augmenté l'épuisement des équipes. Elle n'a plus permis suffisamment de moments de communication informelle, vécus comme nécessaires. Les participant-es ont également rapporté son impact sur la dégradation de la situation psychosociale des patient-es.

Ces différents éléments ont été résumés dans la Table II.a ci-après.

Table II.a Freins et leviers à une bonne collaboration en 1ere ligne

Freins	Leviers
Surcharge de travail et manque de temps	Co-consultations pluridisciplinaires et horizontalité des soins
Manques d'(in)formations	Délégation d'ordonnance
Représentation sociétale du MG	Réunions, concertations pluridisciplinaires et partenariat avec le réseau
Difficulté de faire relais vers la première ligne	Dossier médical et secret médical partagé
Communication (jargon professionnel propre et manque de communication)	Communication informelle
Sars-Cov-2	Flexibilité et disponibilité

II.3.3.3.4 Pistes proposées par les participant-es pour améliorer les collaborations interprofessionnelles

Différentes pistes ont été évoquées par les participant-es comme créer du temps pour des moments de collaboration interprofessionnelle et de concertation et ce, particulièrement pour le médecin traitant en première ligne. L'idée d'une formation par les patient-es en allant à leur rencontre a été évoquée également.

II.3.3.4 Discussion

Cette étude n'a pas mis en évidence de réelle distinction entre intervenant-es, raison pour laquelle, elle s'est finalement plus concentrée sur la question des freins et des leviers à la **collaboration interprofessionnelle** entre tout-es les professionnel-les de santé dont les MG. Celle-ci semblait être vécue comme un **réel atout pour les soignant-es** (partage d'informations, diminution de la charge émotionnelle déposée par les patient-es, complémentarité) ainsi que pour un meilleur accompagnement des patient-es. Ceci est corroboré par la littérature existante (132,149–151).

Certains leviers relevés, comme **l'importance de la communication informelle** qui permet de fluidifier la continuité du suivi, ont été retrouvés dans la littérature (152). Il est en effet évident que de bonnes relations interpersonnelles peuvent favoriser un meilleur travail d'équipe (152). Les réunions d'équipe, le partage d'idées, d'expériences et de points de vue semblaient être un réel levier à l'accompagnement. En effet, un temps suffisant octroyé à des réunions d'équipes régulières permet de meilleurs résultats (152,153) d'autant qu'il était relevé la nécessité d'ajuster les interventions face à un public compliqué et en souffrance. **L'intérêt des interventions**, qui sont des sessions d'analyse des pratiques en s'appuyant sur le regard d'un-e intervenant-e expérimenté, était également soulevé comme un élément favorisant de bonnes pratiques. Comme souligné dans la littérature, cela permet une certaine mise à distance, une réflexion plus « meta » par rapport aux situations cliniques et aux dynamiques institutionnelles à l'aide d'un tiers (33,154). La littérature met également en avant que **l'élaboration d'un réseau** et d'un carnet d'adresses au travers d'associations transversales et indépendantes, tels que traducteurs, éducateurs de rue, maraudeurs, équipes psychosociales, renforce les partenariats, ce qui permet de combler les besoins de multidisciplinarité des centres et ceux de la médecine générale (33), particulièrement lorsqu'un encadrement renforcé s'avère nécessaire. Le travail en équipe questionne également - comme soulevé dans l'étude - des principes déontologiques au niveau du **secret professionnel**. De fait, le travail en collaboration implique un certain partage de ce secret pour améliorer l'accompagnement. Cependant seules les informations essentielles au suivi thérapeutique devraient être partagées selon les participant-es, et ce, dans l'intérêt du /de la patient-e consentant-e (33,155,156).

Deux éléments, non retrouvés dans la littérature, se démarquaient également dans l'étude, à savoir : la « **co-consultation** » et la **délégation d'ordonnance**. Le premier, la « co-consultation » qui combine la consultation du médecin et d'un-e autre intervenant-e psycho-social-e est une piste intéressante. Elle associe en une même consultation deux approches et ainsi tend à démedicaliser certains problèmes en privilégiant une approche plus étiologique que symptomatique. Elle permet de diminuer également les barrières des patient-e par rapport à la psychothérapie. Concernant la pratique de la remise déléguée d'ordonnance, elle paraissait émaner d'une adaptation nécessaire à la réalité de terrain et constituait un outil pour créer du lien fort utilisé dans certains CDA. Bien que ce soit une piste intéressante, cela implique de pouvoir émettre des garde-fous aux risques éventuels associés au niveau médico-légal ou de perdre la relation de soin avec le médecin.

La prise de conscience des limites de sa fonction permettait selon les participant·es de réorienter les gens vers des intervenant·es ou des institutions plus qualifié·es. Pour cela, comme souligné dans l'étude, il faut connaître les rôles et le fonctionnement des collègues dans l'intérêt du ou de la patient·e (149,150). Le manque de compréhension des rôles et tâches de chacun·e peuvent sinon être source de conflits (148,149).

Par ailleurs, les centres et institutions prenant en charge les personnes avec des assuétudes préféraient une **non-hiérarchisation des compétences** et un travail en horizontalité en opposition avec d'autres fonctionnements plus communément répandus dans le système de santé. En effet, une verticalité de la collaboration peut s'avérer contre-productive étant donné que chaque perspective a son importance et sa plus-value (157). Cette verticalité n'est pas toujours volontaire et peut être liée à l'aura de leadership (152) qui entoure la profession médicale au sein de la société (158). Ceci appuie ce que les médecins et les intervenant·es psychosociaux ont rapporté quant au fonctionnement des différentes structures. La **communication dans un cadre d'horizontalité** était, selon les participant·es et la littérature, la pierre angulaire de la réussite du suivi (149,150).

Pour finir, il faut relever que les participant·es s'accordaient sur le manque de moyens pour faire **relais** à la suite des centres (159) ainsi que **le manque de formations** axées sur la communication dans des contextes difficiles (ex : gestion de crise, agressivité du patient·e).

Être conscient·e des freins et des leviers lors de ses collaborations interprofessionnelles semblait **essentiel** pour de meilleurs accompagnements. Cette étude a souligné l'importance des différentes formes de communication pour optimiser ces accompagnements.

II. 4 Discussion générale sur base des perspectives croisées

Ce premier axe d'étude a eu le mérite d'explorer différentes perspectives pour mieux identifier quels rôles et fonctions sont attendus du médecin généraliste par rapport aux personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites. L'importance et l'intérêt de son rôle dans ces accompagnements ont été soulevés par toutes les parties interrogées au vu de ses différentes compétences. Certain·es MG, comme nous avons pu l'observer, étaient toutefois réticent·es à prendre un rôle actif dans ces accompagnements. Nous supposons que ce positionnement est marqué par le contexte historique et socio-culturel dans lequel ils ont évolué (cf Partie I), par le paradigme de soins encore fort ambiant du « cure » et du médecin guérisseur, paternaliste mais également par certains mécanismes de protection face à des situations de vulnérabilité émotionnellement difficiles à gérer (160).

Plusieurs éléments ont été transversalement relevés dans les trois études : le besoin exprimé d'adopter une **approche centrée sur les patient·es** et dépourvue de jugement, et l'importance d'appréhender **les PTUSI dans toutes leurs dimensions** et pas seulement celle de l'addiction, en **considérant leurs besoins spécifiques**. Cet axe a effet soulevé également qu'il est important que le médecin s'intéresse et comprenne le contexte dans lequel cette assuétude s'est installée et évolue (161). Par ailleurs, dans un objectif de réinsertion sociétale et sans avoir bien planifié le sevrage et intégré les mécanismes de l'addiction, un trouble lié à l'usage de substances illicites peut évoluer vers la consommation d'autres substances licites plus socialement acceptables tels les psychotropes et l'alcool. Ceci devrait pourtant être anticipé et travaillé par le binôme médecin-patient selon certains participant·es.

Pour favoriser ces accompagnements, il a été rappelé par toutes les parties de l'étude, l'importance de travailler et de réfléchir à son cadre de travail avec les patient-es et les autres professionnel·les de santé (155,159). En effet, la piste la plus porteuse allait dans le sens de **collaborations horizontales** avec les différent-es intervenant-es et le patient-e. dans **un climat de confiance**, de respect et d'écoute mutuelle, ce qui est en phase avec l'approche de partenariat patient et de décision partagée avec ce dernier (159,162,163). Le rôle du **médecin dans la société** mais également son rôle de **prescripteur** ont également été relevées comme inévitables mais aussi **complexes et difficiles** à gérer pour ce dernier, qui est désireux aussi de pouvoir s'en détacher (158,164). Il semblait intéressant et parfois nécessaire de **mettre du tiers dans cette relation**. Le fait d'impliquer d'autres professionnel·les de santé permettait de ce fait, selon les trois études, d'avoir une approche globale et différée des situations.

Ces besoins évoqués par les professionnel·les de l'étude étaient souvent mis en tension par **un manque de moyens et de ressources structurelles et chroniques** pour ces accompagnements, ce qui peut mener à une surcharge importante et des conditions de travail difficiles, exacerbées lors de moments de crises (145). Toutefois, comme cela a pu être soulevé dans cette partie, bien reconnaître les rôles et la complémentarité de chacun-e et définir des **moyens de communication efficaces** (formels et informels) autour de chaque situation peuvent être de réels leviers pour gagner en efficacité, limiter la surcharge et prévenir le burn out (149,150,152). Le dossier de santé informatisé des patient-es était mis en évidence comme un outil communicationnel intéressant dans ce cadre si utilisé correctement (165). Se connaître dans les équipes et dégager du temps pour des moments informels et conviviaux semblait nécessaire pour travailler au **bien-être et à la résilience des équipes**, ce qui est appuyé par la littérature (166).

Un autre élément spécifique qui était rapporté également par toutes les parties était la **difficulté de réorienter les patient-es** - dont la situation médico-psychosociale s'était « stabilisée » ou du moins fortement engagés dans un processus de rétablissement ou de réhabilitation psycho-sociale¹⁷ - **vers la 1ere ligne**, de pouvoir faire relais. Un TFE s'est intéressé cette année à la question en interrogeant les professionnel·les de santé et les patient-es de la MASS Parenthèse à Mons (168). Les freins étaient rapportés des deux côtés : refus et manque de MG adéquats, lien thérapeutique, crainte des rechutes, coût, entre autres. Les pistes évoquées étaient de mieux former les MG pour un meilleur accueil en 1ere ligne, de développer de meilleures collaborations entre CDA et MG, de rendre les patient-es plus acteurs·rices de leur santé et d'avoir des tarifs plus abordables en première ligne. Cette étude vient renforcer les résultats de notre axe (168).

Tout ceci ne peut se faire sans un système de santé solidaire qui apporte du soutien aux professionnel·les de santé pour **valoriser un travail émotionnellement chargé et des consultations potentiellement plus longues** (124,169). Ce **public** n'est en effet **pas toujours facile à appréhender**, il n'est pas forcément dans une demande de soins, cumule les vulnérabilités et co-morbidités, présente un mode de structuration particulier et a peu de projections (135).

Une piste potentielle, déjà évoquée par Nicaise et al. en 2005 serait la reconnaissance **d'un code de consultation longue par l'INAMI** (124). Cela pourrait également se faire par le remboursement de supervision ou d'intervention qui sont des lieux de mise à distance nécessaires pour favoriser de meilleures prises en charge et le bien-être des professionnel·les de santé et des équipes (169). En effet, le soutien et l'empathie entre partenaires de santé est nécessaire dans ces accompagnements (166). Le MG a un rôle de coordinateur de

¹⁷ Le rétablissement (recovery en anglais) ne fait pas référence à une guérison clinique ou à une disparition des symptômes mais à une possibilité de redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne (167).

soins, mais face à la charge de travail importante et son manque de temps (170), il pourrait également faire relais à un **case manager**¹⁸, si ce n'est pas lui, dans ces situations.

Par ailleurs, nous pouvions constater que le médecin généraliste selon « sa typologie » avait une sensibilité différente à ces populations. De fait, les **MG** qui avaient été identifié-es dans la typologie « **Refus** », ne semblaient pas faire de distinctions entre les différents besoins de ces populations. Ils étaient par ailleurs plus dans une **approche paternaliste de soins**, moins centrée sur les patient-es et de ce fait potentiellement moins sensibles à ses besoins et ses déterminants sociaux de santé (logement, situation socio-économique, éducation, entre autres). Au contraire, les médecins de la typologie « **Inclusif-ves** » voire « Engagé-es » faisaient une distinction claire entre les différents besoins des patient-es auxquels ils étaient particulièrement sensibles. Nous pouvions toutefois noter que les médecins « Refus » étaient globalement plus âgé-es, leur **philosophie de soins** était moins en phase avec celle **enseignée actuellement dans le cursus** universitaire qui comprend l'approche partenariat-patient, la décision médicale partagée, les soins centrés sur les objectifs de vie de la personne (172–174).

Sur base de ces différents constats ainsi que de la première partie de cette thèse, nous avons élaboré un tableau avec des **propositions de recommandations raisonnables et concrètes** pour améliorer l'accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites par les médecins généralistes **en clarifiant le rôle et la fonction du MG** dans ces accompagnements. Nous avons pour ce faire voulu prendre un peu de hauteur et intégrer des éléments plus structurels.

¹⁸ Le case manager est un professionnel social-santé expérimenté qui intervient dans les situations les plus complexes. Il est au service de la personne accompagnée et agit comme son porte-parole vis-à-vis du réseau. Il entre en relation avec la personne pour coordonner le plan d'accompagnement, en cohérence avec ses besoins, en assure le suivi et veille au bon fonctionnement du réseau (171).

Table II.b Recommandations pour améliorer les accompagnements des PTUSI en MG (175)

Structurel.les

- Donner des moyens et du temps aux **professionnel·les** de santé
 - par la reconnaissance d'un code de consultation de longue durée par l'INAMI pour les médecins généralistes
 - par plus de moyens financiers et humains pour les structures d'accueil de ces personnes
 - Par la mise en place de case managers et de coordinateurs de concertations
- Généraliser le dossier de santé informatisé dans toutes les structures (-> amélioration de la communication formelle)
- Soutenir financièrement les collaborations interprofessionnelles (financer les temps de réunions et concertations multiprofessionnelles)
- Soutenir financièrement les formations en santé mentale, assuétudes, collaborations interprofessionnelles
- Revaloriser publiquement le secteur assuétudes
- Travailler à plus d'horizontalités dans les soins
- Travailler sur la stigmatisation et le langage qui en découlent
- Impliquer les personnes qui consomment des substances dans les réflexions politiques et au niveau du système de santé
- Soutenir financièrement les supervisions et interventions des professionnel·les de santé

Médecins généralistes

- **MG = rôle essentiel dans ces accompagnements**
- **Adopter une approche centrée sur la personne (requiert flexibilité et adaptabilité)**
- **Bien réfléchir et remettre régulièrement en question son cadre et ses balises**
- **Partir des besoins du patient·e (IPA) et de ses objectifs de vie dans une vision de rétablissement**
- **Approcher le/la patient·e dans sa globalité biopsychosociale en intégrant également la prévention à tout niveau et la RdR**
- **Adopter une approche multidimensionnelle de l'addiction surtout au vu des poly-consommations (éviter de substituer une addiction par une autre, ex. substance illicite par substance licite)**
- **Soutenir le rétablissement (recovery) du patient·e dans une approche de soins orientée sur les objectifs de vie de la personne (goal oriented-care)**
 - > l'abstinence et les médicaments ne sont que des outils
- **Favoriser un accompagnement multidisciplinaire (médecins, psychologue, assistant·e social·e, pharmacien·ne, dentiste, accompagnateur·rice de rue, pair-aidant·es...) et travailler à de bonnes collaborations interprofessionnelles (importance de la communication formelle et informelle)**
- **Se former à l'addictologie et plus largement à la santé mentale, aux techniques de communication, à la collaboration interprofessionnelle**
- **Intégrer un réseau de MG (Résad/Réseau ALto) et participer à des supervisions et des interventions**

II. 4.1 Limites de l'Axe I

Pour limiter les biais d'enquêtrice et de confirmation, la doctorante ne se sachant pas neutre par rapport au sujet a fait appel à trois chercheuses juniors dans le cadre de leur travail de fin d'étude pour mener chacune, une de ces trois études. L'objectif était de gagner en neutralité et en « naïveté » par rapport au sujet. Bien qu'elles aient toutes été très impliquées dans ce travail, qu'une petite équipe de recherche a été créée pour pouvoir partager idées, vécus, guides d'entretien, résultats et que la doctorante a chapeauté comme elle pouvait et à des degrés variables ces travaux étant donné le fonctionnement de chacune, des limites ont émergé. L'investigatrice principale de chaque étude était différente et novice en recherche qualitative, et cela a montré des limites en termes de qualité et de possibilité de mise en perspective des données. Cependant cela a permis une pluralité de regards et de réflexions qui ont enrichi la recherche.

Une autre limite qui est apparue fut que l'échantillon limité de PTUSI n'a pas permis d'explorer suffisamment les différents besoins spécifiques des participant·es en terme de d'attentes et de besoins en médecine générale. Certains publics rencontrés ou évoqués à travers les études tel·les les personnes LGBTQIA+, les personnes âgées, le public en mal-logement mériteraient également que leur soient consacrées des études spécifiques. L'étude sur les autres professionnel·les de santé n'a pas non plus pu atteindre tous les profils rencontrés (ex : infirmier·es, éducateur·rices , etc.).

II.5 Conclusion pour l'Axe I

Comme nous avons pu l'explorer dans cet axe, les patient·es ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites cumulent différentes vulnérabilités au niveau biopsychosocial et la prise souvent de plusieurs substances qu'il semble important de pouvoir analyser de manière globale à l'aide du modèle trivarié. Les **patient·es** interrogé·es, même si certain·es s'étaient renforcé·es positivement par leur expérience de consommation, montraient encore une **auto-stigmatisation** et **d'importants stigmas sociaux perçus**, et ce parfois après des années d'accompagnement. Du côté des médecins, l'étude a relevé d'un côté des stigmas structurels encore importants chez certain·es médecins généralistes et de l'autre des MG très engagé·es sur la question. L'étude confirme pourtant que **le médecin généraliste est une personne-clé** pour ces personnes, notamment en termes de **repérage précoce** et de **prévention du TUSI** et des autres co-morbidités (137). Le fait d'identifier ce qui déterminait le choix de prise en charge de ces patient·es par les MG nous a permis de mieux comprendre quels étaient les leviers à notre portée pour améliorer les accompagnements et mieux clarifier les bonnes pratiques de soins en MG. Parmi ceux-ci, l'étude a mis en avant toute l'importance de la **formation des MG** (176) et de développer de **bonnes collaborations interprofessionnelles**.

L'étude a souligné également la nécessité **d'accueillir ces patient·es** avec respect et bienveillance, ce qui est recommandé pour tous les soignant·es selon les principes de professionnalisme et de déontologie (177,178) et ce, pour tous types de patient·es. En effet, les patient·es étaient plus demandeur·ses d'une approche empathique en médecine générale que d'être soigné·es par des MG spécialisé·es en addictologie. Or, du côté des MG, un de leur frein principal était le fait qu'ils/elles ne se sentaient pas assez formé·es spécifiquement à cette clinique. L'étude dans son ensemble a pourtant révélé que des compétences en addictologie sont certes importantes, mais que **tout·e médecin** qui serait prêt·e à se mettre en réelle position de partenaire et de guide pour ces personnes, **a la capacité**, s'il est prêt·e à apprendre du et avec les patient·es, **de les accompagner adéquatement comme un·e autre patient·e**. Comme nous avons pu le voir au travers de cet axe, la trajectoire

de vie d'une personne avec TUSI est souvent complexe, parfois chaotique et vulnérabilisée à différentes étapes. Cette étude à trois regards nous rappelle que le **MG soigne avant tout un individu en situation de fragilité à un temps T, dans toutes ses dimensions** (pas uniquement son TUSI), ses ambivalences, sa complexité et que les profils d'usage sont variés et évolutifs. Selon nos recherches, il apparaît que pour que ces suivis puissent se passer au mieux, il faut **croire en la capacité de changement de la personne tout en respectant son rythme**. En effet, adopter comme philosophie de soins, le « **care** » (accompagner) dans une vision de rétablissement en regard du « **cure** » (guérir) semble être une étape clé pour mieux accompagner ces patient·es (175).

Nous retiendrons de cet Axe :

1. Le rôle clé du MG dans l'accompagnement des TUSI
2. La nécessité de traiter tout le monde avec dignité, respect et humanité
3. L'importance d'aborder la situation de manière globale en intégrant le caractère multidimensionnel de l'addiction
4. Le besoin de travailler au niveau macro, méso et micro pour agir sur la situation actuelle
5. L'importance de former les médecins généralistes à de meilleures pratiques en addictologie (savoir, savoir-être, savoir-faire) et de travailler sur les modèles de rôle
6. La plus-value de travailler de manière horizontale avec tou·tes les partenaires de santé, en ce compris le ou la patient·e
7. L'importance de bonnes communications formelles et informelles

PARTIE III

Pédagogie médicale, stigmas et déterminants

*« L'éducation est l'arme la plus puissante que l'on puisse utiliser
pour changer le monde »*

Nelson Mandela

III.1 Introduction

Au travers de nos premières recherches et sur base de notre expérience de clinicienne, réfléchir et investiguer la **formation des médecins**, du cursus initial à la formation continue, constituait une **piste sérieuse** et bien documentée pour améliorer l'accompagnement des personnes avec troubles liés à l'usage de substances illicites (PTUSI) en médecine générale (179–181,111,182–184,176).

Investir dans la formation des médecins généralistes (MG) était déjà recommandé par l'Arrêté Royal de 2004 concernant la délivrance de traitement par agonistes opioïdes (TAO) et suggéré dans plusieurs études belges par la suite (139,185,186) ainsi que par le premier axe de notre thèse (voir Partie II). En effet, comme nous l'avons mis en évidence dans nos premiers chapitres, le **MG et plus largement les soins de santé primaires peuvent jouer un rôle-clé** et ont une réelle plus-value en termes de repérage précoce et d'intervention brève avant d'en arriver à une situation de trouble lié à l'usage de substances (137,184). De par leur approche bio-psychosociale, leurs positions de coordination de soins et d'accompagnement des PTUSI dans la durée (129), ils sont des professionnel·les-clés et reconnu·es pour ce faire (144,184). Notre système belge permet également que le médecin généraliste puisse directement prendre en charge thérapeutiquement ces situations et toutes les comorbidités associées (82). Avoir donné la possibilité aux MG, contrairement à d'autres pays, d'initier les TAO est un argument de plus. La formation reste toutefois souvent insuffisante pour que les MG se sentent suffisamment outillé·es et compétent·es en Belgique (139,187). Le manque de formation en addictologie n'est pas propre à notre pays, il existe un sentiment largement partagé à travers le monde qu'il s'agit là d'une matière insuffisamment enseignée au regard de son impact sur la santé (180,188).

Pour cet axe de thèse, nous avons premièrement effectué une revue de la littérature afin d'explorer et de comprendre les dispositifs pédagogiques existants et d'analyser comment et pourquoi s'en inspirer ou s'en détacher.

Différents dispositifs pédagogiques ont déjà été pensés à travers le monde pour les professionnel·les de santé ou les MG directement. Ils ont montré des effets variables. Un programme bien connu aux Etats-Unis, dispensé depuis les années 60 pour les professionnel·les de première ligne, est l'enseignement du programme SBIRT (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) promu par le SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Administration) dont l'intérêt et l'impact au niveau des professionnel·les et des patient·es ont depuis longtemps été démontrés (179,181,184,189). Le dispositif pédagogique de ce programme se décline, quant à lui, sous différentes modalités : en présentiel ou en ligne allant de quelques heures à un curriculum s'étendant sur 2 ans, ciblé sur une profession ou sur plusieurs (1,3,7,9). D'autres programmes, plus sur mesure, existent également alliant différents objectifs, outils pédagogiques et moyens d'évaluation (ex : DIUs d'addictologie en France ou en Tunisie, Starter-kit en présentiel ou e-learning pharmit en Suisse, microprogramme en addictologie, programme CSMA-SMCA, PACES au Canada, etc.). Des dispositifs ont également été élaborés pour diminuer les stigmas comme des vidéos avec des patient·es simulé·es (190), des e-learning (UTexas) (191) ou des programmes combinant différentes méthodes et modalités (179,192). L'efficacité et l'impact à long terme de tels dispositifs pour diminuer les stigmas semblent toutefois mitigés dans la littérature surtout lorsqu'il s'agit de programmes théoriques même très bien construits comme dans l'étude menée par Crapenzano et al. en 2014 (192). Cette équipe avait pourtant monté un dispositif alliant lectures, vidéos, échanges interactifs et ce notamment avec une personne en rétablissement, ainsi qu'une production écrite réflexive. Le programme était par contre assez dense car administré en 3 h. On pouvait noter en post-intervention, une différence significative en termes de stigmas (évaluation pre-post test) mais avec des attitudes restant toujours très négatives pour la vignette concernant l'héroïne. Les attitudes concernant

l'alcool, quant à elles, restaient neutres. Par ailleurs, certaines études montrent que le témoignage de patient-es en rétablissement ou le contact avec des personnes dans des programmes de traitement peut avoir un impact favorable sur les stigmas en santé mentale et par rapport aux TUSI (111,179,193).

Au terme de nos recherches, nous avons pu constater qu'un programme uniquement théorique même bien construit ne montrait pas un grand impact sur la déconstruction des stigmas et le développement des compétences (179,192). Ce qui semblait **le plus efficace** pour un effet à long terme et un changement d'attitudes notable, était **la répétition d'interventions ciblées et variées dès le début du cursus** alliant cours théoriques, rencontres avec des personnes en rétablissement et visites de terrain, en ce compris des mises en contact avec des personnes en traitement de manière itérative sur plusieurs années (179,181). Une approche plus globale de la problématique en **situation réelle et authentique** - comme suggérée par certains étudiants anglais- se révélait nécessaire (188). Vu les poly-consommations et l'intérêt également d'aborder le phénomène addictif comme un tout (Partie I et Partie II), il était plus opportun de **former les assistant-es à toutes les formes d'assuétudes** et pas uniquement aux troubles liés à l'usage de substances illicites.

Sur base de ces constats, nous avons mené deux recherches autour de deux dispositifs pédagogiques. L'un s'intéressait directement à notre public cible, les MG, en proposant une **formation aux assistant-es en médecine générale**. Cette première recherche se présente sous forme d'une recherche-action autour d'un dispositif pédagogique élaboré dans le cadre de cette thèse qui a été nommé : « **Formation assuétudes** » (Partie III·A Recherche-action Formation assuétudes). La deuxième recherche s'intéresse quant à elle aux **étudiant-es en médecine** de manière plus large. Il s'agit d'une étude interventionnelle autour d'un projet qui existait préalablement au sein du DMG de l'ULB et qui se nomme « **Projet de suivi longitudinal d'un patient chronique** » (Partie III·B « Projet PPC-Dépendance »). Nous avons complété ces deux parties de plusieurs études que nous avons menées autour de la question des stigmas auprès des étudiant-es de dernière année en médecine et qui a permis d'alimenter la réflexion globale sur les freins et les leviers qui se jouent au niveau de la formation médicale et qui impactent l'accompagnement des personnes avec TUSI en médecine générale.

III.2 Axe III.A : Recherche-action Formation assuétudes

III.2.1 Introduction

La recherche-action, qu'est-ce que c'est et pourquoi ?

Pour cette partie de notre thèse, nous avons mené une recherche-action. Son principe, comme il a été considéré dans cette thèse, est le suivant : « *Il y a une action délibérée de transformation de la réalité; recherche[s] ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations* » (194). La recherche-action qui implique trois notions-clés (intervention, changement, connaissances) s'inscrit ainsi dans des réalités sociales envisagées comme des systèmes complexes. Différents travaux et évolutions autour de ce principe de recherche-action ont conduit par la suite à poser la participation des acteurs-rices de terrain comme un principe fondamental de cette méthodologie (195).

Pour répondre à notre question de recherche principale qui s'inscrit dans une réalité particulièrement complexe, il nous a semblé nécessaire d'essayer d'emblée de participer à transformer cette réalité en médecine générale. De **mettre ainsi en place** une intervention ou action, c'est-à-dire un **dispositif pédagogique**, qui

impliquerait les partenaires de terrain dans son élaboration et évaluation et dont l'objet final serait de changer la dynamique actuelle en médecine générale et d'en étudier ses effets.

Objectifs de recherche

Objectif primaire : Evaluer les effets du dispositif chez les participant·es (assistant·es en MG) en termes d' :

- Evolution des représentations liées aux assuétudes
- Acquisition de bonnes pratiques de soins
- Inclusion de patient·es avec TUSI dans leur pratique

Objectifs secondaires :

- Evaluer l'adéquation du dispositif par rapport aux objectifs pédagogiques (Evaluation à 360°)
- Evaluer les effets du dispositif sur le secteur assuétudes

III.2.2 Méthodologie

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous avons dû premièrement élaborer le dispositif pédagogique assuétudes à destination des futur·es MG. Pour ce faire, nous nous sommes tourné·es vers une démarche qui peut s'apparenter au **modèle d'ADDIE (ADDIE model)**. Celui-ci est le plus reconnu des modèles d'ingénierie pédagogique au niveau international et validé également dans le domaine médical (196,197). ADDIE est l'acronyme d'une approche itérative en 5 étapes : **Analyze, Design, Develop, Implement, Evaluate**. Ce modèle a été élaboré initialement par l'US Army puis repris par l'Université de Floride en 1975 en se basant sur diverses théories issues du béhaviorisme et du (socio)-constructivisme. La première "phase" consiste à analyser la situation de départ et à établir « un diagnostic de situation ». La seconde, à concevoir le design du dispositif en se basant sur l'analyse de la situation actuelle et des besoins ressentis du côté des enseignant·es, des stakeholders dont les patient·es dans ce cadre-ci. La troisième phase, à développer des outils et des supports pour soutenir la formation. La quatrième, à la mettre en place. Enfin, la cinquième et dernière phase consiste à évaluer et en réguler le fonctionnement. Les différentes phases ne s'opèrent pas de manière linéaire mais s'ancrent dans un processus itératif soumis à un réajustement permanent (ADDIE model) (194,195).

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous avons mené une **étude mixte** alliant une partie qualitative : entretiens semi-dirigés, focus-group, étude des traces d'apprentissage¹⁹ (carnet de compétences et bilans de la formation) et une partie quantitative (questionnaires SAAS et questionnaire QIFA). L'évaluation du dispositif par les enseignant·es et partenaires de terrain était également faite de manière informelle en continu et lors d'une réunion annuelle de feed-back.

¹⁹ Traces d'apprentissage : l'écriture d'une trace est une méthode de formation mais permet également une évaluation de l'acquisition des compétences.

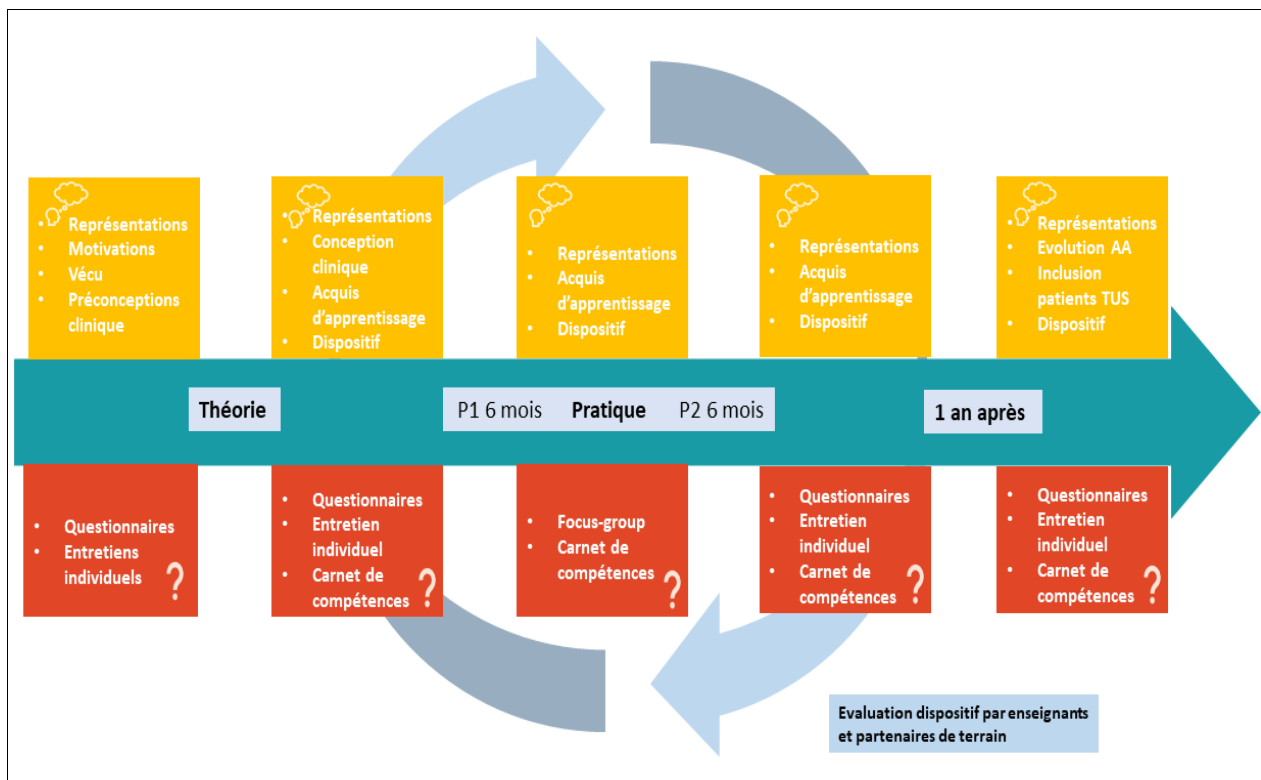


Figure III.a. Plan d'évaluation mixte du dispositif

Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique des différentes données récoltées en combinant analyse manuelle et analyse à l'aide du logiciel Atlas.ti (Version 22).

Le Comité hospitalo-facultaire d'Ethique d'Erasmus-ULB a émis en février 2019, une lettre de non opposition à l'étude étant donné qu'elle s'intéressait à des professionnel·les de santé (Ref : P2019/156). Les participant·es ont donné leur consentement écrit jusqu'à la crise du Sars-Cov-2 puis leur consentement oral lorsque nous sommes passé·es en distanciel.

III.2.3 Résultats

III.2.3.1. Résultat de l'élaboration du dispositif pédagogique

III.2.3.1.1 ANALYSE (réalisée en 2018-2019)

Analyse de la situation des soins liés aux PTUSI : dans le système de soins et en MG

La mise en contexte que nous avons développée dans l'introduction de cette thèse (Partie I) permet d'expliquer les **attitudes discriminatoires** que certain·es soignant·es peuvent adopter face aux personnes présentant des assuétudes. Tout comme le fait que des **médecins aient également tendance à faire une distinction dans le soin entre les personnes consommant des substances licites et celles consommant des**

substances illicites et de ce fait ne pas sentir la responsabilité de faire du repérage précoce, de la prévention et de traiter ces dernières, comme mis en évidence dans l'étude de Ketterer et al. menée en Belgique en 2014 (139).

Pourtant, comme nous l'avons exposé précédemment, cette distinction est arbitraire et tend à exclure du système de soins ces patient-es ou à prodiguer des soins de moindre qualité avec moins d'engagement dans les soins et moins d'empathie de la part des soignant-es (68).

Force est de constater que peu d'heures sont consacrées à la thématique des addictions dans le cursus initial en médecine à l'ULB. En effet, 6 heures sont administrées dans le cours de psychiatrie de la Faculté de médecine. Par ailleurs, à notre connaissance hormis pour le cours de pneumologie, les substances sont mentionnées dans les autres cours principalement comme des facteurs de risque parmi d'autres avec un focus surtout sur l'alcool et le tabac. Il semble également que dans les autres universités francophones, l'enseignement de ces matières soit limité dans le cursus initial. Comme le soulignait l'étude de Hoffman et al. menée en 2008 en Belgique, le dépistage de l'usage des substances tend à se faire de facto de ce que les médecins connaissent le plus, le plus enseigné, c'est-à-dire les substances licites, à ce qu'ils connaissent le moins, les substances illicites. Un TFE de fin de master de médecine mené à l'ULB en 2019 (187) allait dans le même sens au travers d'une étude transversale par questionnaire auprès de 219 médecins généralistes en Belgique francophone. De plus, malgré une population sélectionnée (47,8% des répondant-es prescrivaient des TAO), près de deux tiers déclaraient n'avoir jamais entendu parler de la Réduction des Risques ni de ses outils. Seul un tiers se disait satisfait voire très satisfait-de la prise en charge dans ces situations. La majorité rapportait avoir besoin de plus de formation et de connaissances.

Ce public, qu'il consomme de substances licites ou illicites comme nous l'avons déjà bien illustré, cumule les facteurs de vulnérabilités biopsychosociales et devrait avoir accès à des soins de qualité prodigués par des soignant-es formé-es comme pour tout autre pathologie en soins de santé primaires. Le **manque de connaissances, les méconnaissances et les fausses croyances** par rapport à ce public sont renforcées par les stigmas sociaux et structureaux. Certain-es médecins vont ainsi inadéquatement prendre ou refuser de prendre en charge ces patient-es à cause de leurs stéréotypes et préjugés (Cf. Etude MG dans notre Partie III.2). Un des leviers identifiés à ce niveau dans la littérature est de travailler sur la formation des médecins au plus tôt dans le parcours (198–200). Cela permet d'adopter d'emblée des bonnes pratiques de soins en termes de compétences, d'attitudes verbales et non verbales. Il est de fait plus facile d'apprendre que de désapprendre (111).

A noter toutefois que notre Axe I (Partie II de la thèse) devait consister à faire le diagnostic de la situation actuelle afin d'adapter le programme de formation en fonction. Malheureusement, il n'a pas pu précéder l'élaboration de la formation car nous voulions pouvoir implémenter cette formation dès le début pour nous permettre d'évaluer le dispositif à 5 ans. Cet Axe I, mené en parallèle, a permis toutefois d'alimenter et de réajuster régulièrement notre modèle ADDIE et notre formation.

Analyse de la situation au sein du Département de médecine générale (DMG-ULB)

Le DMG de l'ULB, avant que cette thèse ne fut débutée, proposait déjà un cours théorique appelé Cycle Toxico de 12 heures orienté sur les substances illicites. Celui-ci avait vu le jour en 2013²⁰. Ce cycle était accessible aux étudiant-es de 3^e master (MA3), aux assistant-es en MG et aux médecins généralistes. Des demi-journées

²⁰ Sous l'impulsion du Professeur Michel Roland (DMG et MM Santé Plurielle) et des Dr Jerry Werenne (Directeur à l'époque du Projet Lama) et Claire Remy (Directrice à l'époque du Réseau d'Aide aux Toxicomanes, Rat asbl).

étaient également proposées aux assistant·es en MG concernant le tabac et l'alcool ainsi qu'un e-learning par rapport aux benzodiazépines. Le DMG, suite au partenariat avec le Projet Lama, centre thérapeutique pour usagers de drogues en milieu urbain à Bruxelles, proposait également de pouvoir passer une demi-journée par semaine dans ce centre pendant 1 an²¹ (testé par 4 assistant·es). La partie théorique était en général suivie par une trentaine de participant·es dont majoritairement des étudiant·es de dernière année du cursus initial de médecine.

Caractéristiques du public-cible

La partie théorique de base a pour cible les étudiant·es en médecine de MA3, assistant·es en médecine générale et médecins généralistes. Concernant le dispositif de formation plus complet, il cible les assistant·es en médecine générale. Choisir les assistant·es en médecine générale semblait opportun : ils/elles sont flexibles cognitivement, pas encore trop arrêté·es dans leurs représentations et très motivé·es à améliorer leurs connaissances et compétences. Ils sont également dans une période de vie où ils sont disposés à se former et dédient du temps pour ce faire (201).

Analyse des besoins en formation selon les enseignant·es/parties prenantes (compétences visées)

Selon les enseignant·es ayant pris part à l'élaboration du dispositif et les personnes actives dans le secteur du social-santé que nous avons contactées par téléphone, rencontrées lors de différent·es réunions de réflexion autour du projet, il y avait un **besoin urgent que les futur·es médecins généralistes se forment à prendre en charge ces personnes de manière adéquate**. Tou·tes exprimaient le besoin d'avoir plus de MG acceptant d'accueillir ces patient·es en 1^{ere} ligne notamment pour faire relais après stabilisation dans les centres mais également de recruter des médecins dans leurs structures de soins pour le secteur social-santé. (« MG UD-friendly »).

Dans une optique de toucher un public de jeunes médecins le plus large possible, ce projet a été pensé directement en inter-départements de médecine générale afin de couvrir toute la Belgique francophone. Pour ce faire, les référent·es assuétudes des autres départements francophones (UCLouvain et ULiège) ont directement été contacté·es dès l'ébauche de la formation. Le constat partagé avec les différentes parties prenantes étaient que peu de médecins semblaient se sentir à l'aise avec les patient·es et avec la prescription des TAO (=indicateur objectif) au terme des différentes formations théoriques proposées (10h pour ces 2 universités).

Tout·es partageaient l'idée que pour un réel changement, il fallait **compléter ces modules par une partie pratique**.

Différents intérêts ont tout de suite été identifiés par les enseignant·es quant à une nouvelle mouture de ce type sur toute la Belgique francophone repris au niveau de la Figure III.a.

²¹ Cette possibilité faisait suite à la reconnaissance des centres dédiés aux assuétudes comme centre d'activité préventive où les assistant·s pouvaient exercer une activité médicale complémentaire (CA du Centre de Coordination de Formation Francophone de Médecine Générale du 26/06/2012).

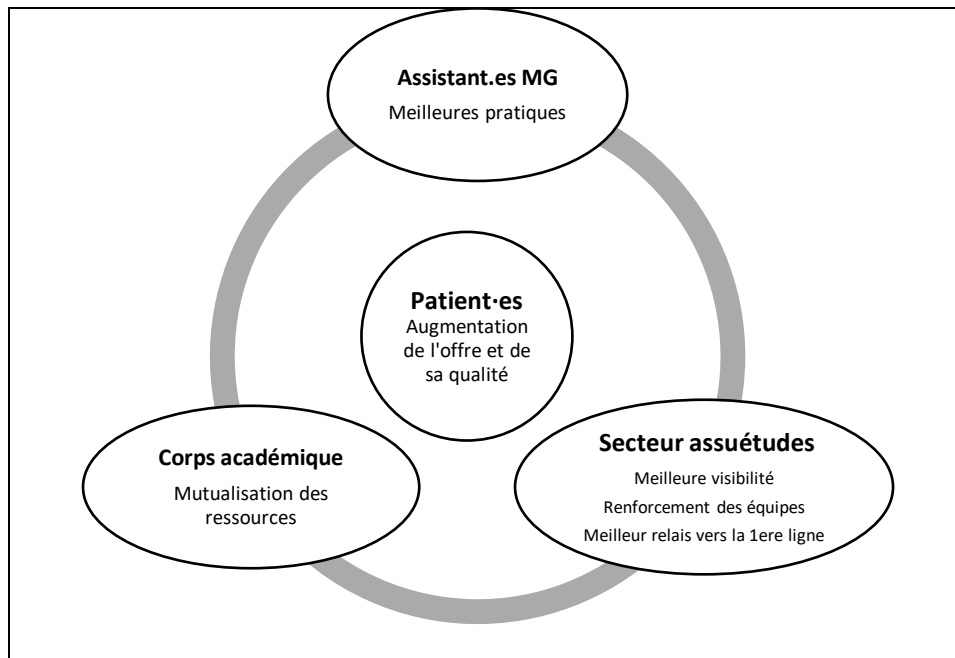


Figure III.b Parties prenantes du dispositif de formation

Analyse des besoins en formations selon les apprenant·es

Pour prendre en considération les besoins et attentes des étudiant·es et assistant·es qui allaient suivre le module théorique et potentiellement la formation plus complète, nous avons mené une étude qualitative sous forme de **trois focus-groups** avant les premières séances théoriques administrées par les départements de médecine générale des trois Facultés en 2019 et en 2020. Grâce à cela, nous avons pu interroger 23 personnes (17 étudiant·es et 5 assistant·es en MG).

Les résultats nous ont permis de retirer des leçons, réflexions et enseignements intéressants pour notre formation dans le domaine des assuétudes et de manière plus globale pour le cursus initial de médecine. Une synthèse plus détaillée se trouve en Annexe C.

Nous avons ainsi pu retenir plusieurs pistes et points d'attention pour notre dispositif :

- S'adapter à un public très hétérogène d'étudiant·es en termes de vécus et de connaissances (ex : tabou dans la famille versus être l'enfant de PTUSI)
- Bien clarifier les objectifs et les limites de la formation (la formation n'a pas vocation de répondre à tous les manquements du cursus initial)
- Travailler sur les représentations (déconstruction des stéréotypes) et le langage de l'addiction
- Travailler pour changer la vision du paradigme de soins en addictologie (l'abstinence est un moyen et pas une fin)
- Travailler à de-psychiatriser l'usage de substances
- Travailler sur les compétences relationnelles
- Partager des informations sur le réseau

Pour le cursus initial :

- Revaloriser l'importance de l'humain dans les études de médecine

- Enseigner les « soft skills » au même titre que les « hard skills »
- Intégrer réellement la définition de la santé par l’OMS dans le cursus et reconnaître l’importance de la santé mentale au même titre que la santé somatique
- Intégrer un enseignement plus large des soins (en intégrant plus de sciences humaines) et plus de moments de métacognition
- Réfléchir à implémenter plus de focus-group comme méthode de pédagogie active dans le cursus pour son intérêt de confrontation d’idées, de métacognition, d’apprentissage par les pairs

Analyse des moyens du projet (ressources et contraintes)

Nous ne bénéficions pas de budget pour mettre en place ce projet. Chaque partenaire ou son représentant-e s’est impliqué dans le cadre de son temps de travail institutionnel, voire plus. Nous avons pu bénéficier d’emblée de l’appui et de la validation pour ce projet de la part du Directeur du DMG et Doyen de la Faculté de Médecine de l’époque.

Pour ce projet, nous avons obtenu l’accord des autres DMG francophones concernant le déploiement du dispositif et sa validation en interuniversitaire. Il n’a toutefois pas été facile d’harmoniser le projet à ce niveau, chaque DMG ayant son fonctionnement, son système d’activités d’apprentissage et d’évaluation. Cela a donné lieu à beaucoup de discussions et de compromis.

III.2.3.1.2 DESIGN (réalisé en 2018-2019)

Sur base de la littérature mais également des réalités liées aux dispositions déjà existantes et aux limites possibles du master complémentaire en médecine générale qui se doit de former à toutes les facettes de la médecine générale, nous avons redessiné une nouvelle mouture de formation en prenant en considération les discussions avec les différents stakeholders (enseignant-es inter et intra facultés, acteurs/actrices de terrain). Nouveau dispositif que nous avons nommé « **Formation Assuétudes** » et qui comprenait une partie théorique et une partie pratique.

Dès l’initiation de la réflexion autour du projet, nous avons travaillé à la rédaction d’objectifs pédagogiques basés sur la taxonomie révisée de Bloom (202), laquelle intègre 3 dimensions : cognitive, psycho-affective et psychomotrice (transposable en français au savoir, savoir-faire et savoir-être). Nous avons également d’emblée réfléchi à la **triple concordance pédagogique** ou alignement pédagogique du projet (c’est-à-dire la cohérence entre objectifs, méthodes et évaluation (203). La nouvelle conseillère pédagogique de la Faculté de médecine qui a pris fonction au sein de la Faculté au moment des prémises de notre projet, Sarah Nouwynck, s’y est très vite intéressée et fortement impliquée, convaincue de son importance pour les futur-es soignant-es.

Les objectifs de la formation, son contenu, les modalités dont sa durée furent des questions de débat et de compromis avec les différents enseignant-es et partenaires de terrain. Il était difficile de trouver le bon équilibre entre d’un côté une formation suffisamment qualitative et complète par rapport à une clinique complexe et de l’autre une formation trop longue et trop implicante qui en limiterait l’attractivité. L’objectif étant de toucher le plus grand nombre de médecins et non d’avoir des MG très qualifiés.

Triple concordance pédagogique

Au terme des différentes discussions et de la littérature scientifique concernant les bonnes pratiques de soins dans l'accompagnement des assuétudes (33,179,180,204), nous nous sommes accordés sur les objectifs pédagogiques suivants :

Objectif principal : Accompagner toute situation de trouble(s) lié(s) à l'usage de substance(s) en médecine générale

Objectifs opérationnels être capable de :

- Assurer le suivi du/de la patient-e dans une approche globale des soins en reconnaissant ses limites (en y incluant la prévention et la RdR)
- Etablir des collaborations interprofessionnelles efficaces (dans une approche biopsychosociale de l'addiction)
- Adopter une posture et une communication non stigmatisantes (basées sur des représentations non stéréotypées)

En termes de méthodes, nous avons défini ce que devait contenir la partie théorique : c'est-à-dire le cycle toxico de 12 heures complété d'un cours de 4h sur l'alcool, un cours de 4h sur la tabac, un e-learning sur les benzodiazépines pour l'ULB. Pour les autres universités, il s'agissait de compléter les 5 modules proposés par le Réseau Alto²². En effet dans leur programme, il n'était pas possible de cumuler plusieurs cours sur une même thématique durant la même année. La proposition retenue fut de valider les modules théoriques la première année et la partie pratique, l'année suivante. Nous nous sommes accordé-es sur une partie pratique s'étendant sur une année à raison d'une demi-journée par semaine. Pour atteindre nos objectifs pédagogiques, il semblait également important dans le cadre de notre formation de **passer au moins par 2 centres principaux ayant des approches thérapeutiques différentes et des publics différents**. En effet, il existe plusieurs modèles et cadres thérapeutiques pour aborder les troubles liés à l'usage de substances et il paraissait nécessaire que l'assistant-e puisse être confronté-e à différentes approches pour trouver ce qui lui correspondrait le mieux, ainsi qu'aux différents types de situations auxquelles il/elle serait confronté-e.

L'idée de compléter ce passage dans 2 centres médicalisés principaux par des rencontres avec le réseau, c'est-à-dire à la rencontre du secteur assuétudes, s'est tout de suite imposée lors de la réflexion sur la nouvelle mouture de la formation. En effet, comme souligné dans le Chapitre II-4, une approche multidisciplinaire est essentielle dans ces accompagnements étant donné l'intérêt d'une démarche biopsychosociale de l'addiction. Cet accompagnement peut se faire en intra-institutionnel mais doit pouvoir également s'orchestrer en inter-institutionnel au vu des trajectoires de vie complexes de ces patient-es.

²² Réseau Alto : Réseau alternative à la toxicomanie, réseau de médecins généralistes impliqués dans les assuétudes en Wallonie depuis 1992 (120).

Proportion des patients présentant des épisodes multiples entre 2011 et 2015 traités dans les différents programmes de traitement, Belgian Treatment Demand Indicator Register, Belgique, 2011-2015

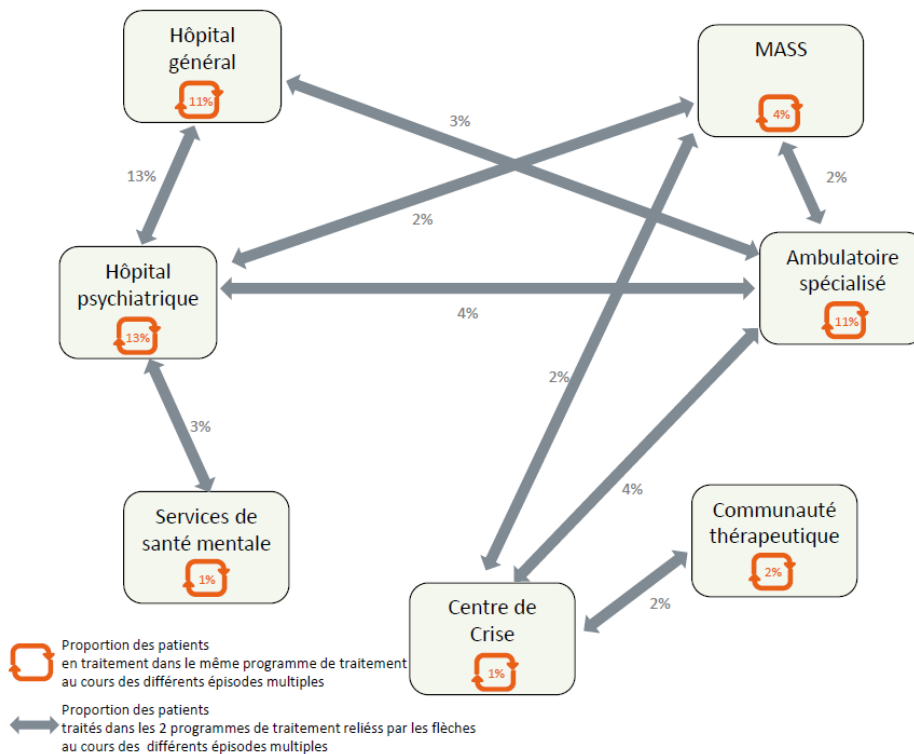


Figure III.c Trajectoires de soins des PTUSI, issue du rapport TDI 2015 (205)

Sensibiliser les assistant·es en médecine générale à cette approche multidisciplinaire et à la nécessité du travail en réseau autour de ces patient·e·s était essentiels et ce, d'autant plus dans le cas où l'assistant·e se destinerait à une pratique mono-disciplinaire (132,161). En faisant le point sur les professionnel·les de santé clés dans l'accompagnement d'une personne avec trouble de substances, nous avons débouché sur l'idée de compléter cette formation par des demi-journées « Réseau ».

Pour ces **demi-journées « Réseau »**, nous avons ciblé en premier lieu « le pharmacien », partenaire essentiel lors de prise de médication tels les TAO, mais également pour tous les autres psychotropes prescrits (204,206). Celui-ci a en effet une rôle historique en Belgique dans ces accompagnements (25). Il nous semblait évident de l'inclure dans cette formation et de conscientiser les apprenant·es par rapport à l'importance de son rôle au niveau relationnel et thérapeutique au-delà de la prescription. Pouvoir discuter des aspects plus pharmacologiques des différentes substances et observer la préparation d'une magistrale de méthadone était également bénéfique aux apprenant·es. Les psychologues et assistant·es social·es aussi sont un pilier important dans ces suivis, il nous a donc paru nécessaire que les participant·es puissent rencontrer les réseaux d'appui à ce niveau tel le Resad à Bruxelles. Une rencontre avec d'autres institutions peu ou non médicalisées était également positive pour que les futur·es soignant·es se familiarisent et puissent mieux collaborer avec les différents intervenant·es du secteur, tels les comptoirs d'échange de seringues et dispositifs de réduction de risque, les centres d'hébergement d'urgence et de crises pour patient·es TUS, le réseau Hépatite C, etc. Secteur qui, sur Bruxelles, est particulièrement dense et complexe. Nous devons trouver la juste balance au vu des nombreuses possibilités : aller à la rencontre de deux institutions différentes était à notre sens un minimum acceptable. Pour finir, il était crucial que les assistant·es n'aient pas une expérience uniquement en

CDA qui leur donnerait une vision trop réductrice, biaisée, du public concerné et différente du public rencontré en 1ere ligne classique.

Lors des débats, la possibilité de pouvoir faire cette formation directement en 1ere ligne a été soulevée mais trop peu de MG avait une patientèle suffisamment conséquente de personnes avec TUS pour que cela soit possible à raison d'une demi-journée par semaine ou bien, cela semblait compliqué logistiquement (surtout à Bruxelles où nous avons réfléchi notre projet pilote). Par contre, la possibilité de concentrer sa patientèle pour une demi-journée était réalisable selon les MG. Nous trouvions toutefois qu'une demi-journée était trop peu pour s'imprégner suffisamment de la perspective de la première ligne et nous nous sommes arrêtés sur 2 demi-journées. Nous avons inclus ces 2 demi-journées dans l'ensemble des demi-journées « Réseau » par facilité.

Au terme de ces réflexions, nous avons débouché sur le compte de **6 demi-journées dites « Réseau »**

- **2 demi-journées** : avec un-e MG de 1ere ligne ayant une patiente avec TUSI
- **1 demi-journée** : avec un-e pharmacien-ne qui délivre un nombre élevé de TAO
- **1 demi-journée** : dans deux institutions dédiées aux assuétudes « partenaires »
- **1 demi-journée** : avec un-e intervenant-e psycho-social-e d'appui à la 1ere ligne

En termes d'évaluation globale, nous avons construit des questionnaires de représentations et de connaissances (à passer à différents temps de la formation) ainsi qu'un carnet de compétences (grille d'auto et d'hétéro-anamnèse) dont nous donnerons les détails par la suite.

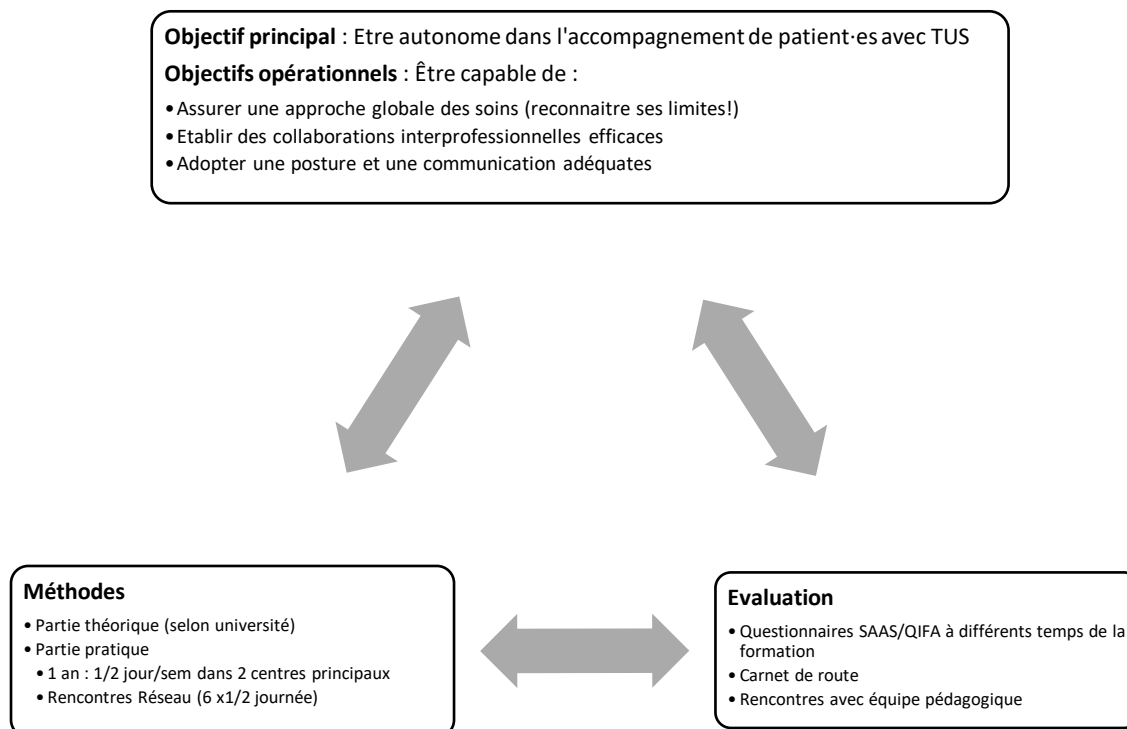


Figure III.d Triple concordance Formation Assuétudes

III.2.3.1.3 DEVELOPPEMENT (2018-2019)

Dans cette phase, nous avons développé de manière plus concrète et plus précise notre projet afin d'implémenter une phase-pilote.

Nous avons, dans un premier temps, précisé notre triple concordance pour le module théorique.

Partie théorique

1. Objectifs pédagogiques

Module de base (cycle T à l'ULB ou Modules Réseau Alto pour UCLouvain et ULiège) :

- Objectif principal :
 - A l'issue du module de base, le candidat MG sera sensibilisé à la clinique des assuétudes et au rôle qu'il peut jouer comme médecin généraliste dans ces prises en charge allant de la prévention au traitement

- Objectifs opérationnels :
 - A l'issue de ce module, le candidat MG sera capable :
 - d'intégrer les drogues dans un contexte éco-politique et sociétal
 - d'analyser le phénomène addictif selon différentes approches
 - de reconnaître différents produits, usages et usagers
 - d'accueillir un-e patient-e en adoptant une attitude ouverte et non jugeante
 - de proposer une prise en charge théorique d'un usage problématique de drogues en intégrant la dimension médico-psychosociale et le travail multidisciplinaire autour du/de la patient-e
 - d'utiliser des outils de prise en charge des assuétudes

Module théorique complémentaire (Modules Tabac, Alcool, et e-learning benzodiazepines) :

A l'issue du module complémentaire, le candidat MG

- aura approfondi certaines thématiques propres aux assuétudes

2. Méthodes

Module de base : ULB : 3 demi-journées de 4h :

Pour le projet-pilote, nous avons préservé le contenu initial en faisant quelques aménagements pour le rendre plus pratico-pratique et plus pertinent pour le public :

Thème 1 : Contexte et produits

- Contexte historique, géopolitique et juridique des drogues
- Compréhension du phénomène addictif : approches neurobiologique, psychopathologique, biopsychosociale de l'addiction
- Produits, usages et usager-es

Thème 2 : Rencontres : cliniques de l'addiction

- Vignettes cliniques amenées par les participant-es, discussions, réflexion clinique autour de l'addiction

Thème 3 : Accompagnements et réseau

- Accompagnements (médicamenteux et non médicamenteux) à différents niveaux de soins et spécificités
- Accompagnement multidisciplinaire
- Travail en réseau à Bruxelles et en Wallonie

Pour enseigner ce contenu, hormis le contenu plus ex-cathedra, nous avons eu recours également à une série d'outils :

- Introduction : par un Wooclap avec des questions de représentations (ex : « Citez 3 mots qui vous viennent en tête quand vous pensez au mot drogue », « Préférez-vous qu'une personne proche prenne de l'alcool ou du LSD » ?) mais également des questions de connaissance
- Contexte éco-politique : extraits d'une courte vidéo sur l'histoire du trafic des drogues (Arte)
- Bonnes pratiques (savoir, savoir-faire, savoir-être) : partir de vignettes cliniques amenées par les participant-es et les faire travailler en individuel sur base de l'approche biopsychosociale de l'addiction, du modèle transthéorique du comportement de Prochaska et Diclemente (207) et de questionnements sur les demandes et besoins du/de la patient-e, discussion autour de vignettes cliniques amenées par les enseignant-es pour aborder certaines thématiques (grossesse et parentalité, médecine du travail, co-consommation,...)

Nous avons également créé un module dédié à la formation sur l'Université Virtuelle de l'ULB avec un accès pour tous les participant-es. Nous avons pour ce faire pu bénéficier de l'appui des techno-pédagogues de la Cellule d'Appui Pédagogique de l'ULB afin de le rendre le plus ergonomique et agréable à l'utilisation.

Cet espace virtuel donne accès à de la documentation multimédia de base (« Théorie B.A-B.A ») pour les personnes suivant seulement le module théorique et de la documentation plus poussée (« Théorie approfondissement ») pour le reste. Il contient également un espace pour de la documentation à destination des patient-es et des informations quant au réseau. Cette interface dynamique nous a permis également de faire évoluer le contenu au cours du temps et d'y déposer nos outils d'évaluation.

3. Evaluation

Pour ce module, nous avons élaboré 2 questionnaires.

Le premier questionnaire, le questionnaire nommé « **bsAAS** » ayant trait aux représentations des participant-es par rapport aux troubles liés à l'usage de substances a été le fruit d'une élaboration plus longue. Pour ce faire, nous avons utilisé la version brève (brief SAAS) du questionnaire Substance Abuse Attitude Survey (208), questionnaire validé dans la littérature internationale. Le questionnaire court comportait initialement 25 items. Avec un comité d'expert-es, nous avons réadapté le questionnaire au contexte belge (nous avons enlevé des questions sur des expérimentations de marijuana chez les jeunes, sur les para professionnels et les Alcooliques Anonymes qui ne sont pas aussi présents qu'aux Etats-Unis). Nous avons décidé de scinder les questions sur l'alcool et les drogues pour pouvoir évaluer s'il y avait des attitudes différentes selon les produits consommés, ce qui nous a amené à un questionnaire en 29 items (cf Annexe D-1). Cette décision s'est basée sur le fait que les perceptions entre substances illégales et légales peuvent être différentes. En effet, dans les perceptions de la population belge, le mot « drogues » se réfère aux drogues

illicites. Cette différence a été mise en avant lors d'études chez des médecins belges (139,185). De plus, nous nous sommes assuré-es de la validité transculturelle du questionnaire (traduction bilatérale et questionnaire pré-testé auprès de médecins et de « profanes »). Nous avons laissé la possibilité de réponse au questionnaire comme prévu initialement, c.à-d. de se positionner sur une échelle de Likert à 5 items (« pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Il nous paraissait important de donner la possibilité aux répondant-es de ne pas devoir se positionner face à des items clivants.

Pour évaluer les dimensions socio-démographiques de nos participant-es, nous avons établi différentes questions de type socio-démographique (genre, âge, origine), de vécu personnel (consommation personnelle ou TUS dans l'entourage) et de caractéristiques professionnelles (rencontre avec personnes avec TUS, orientation de spécialité, participation à une formation volontaire autour des assuétudes) en se basant sur de précédentes études . Nous avons également voulu évaluer s'il y avait un effet de la perception de sa propre santé sur le regard porté aux personnes dépendantes. Partant de l'hypothèse qu'une personne se considérant en moins bon état de santé serait potentiellement plus empathique par rapport à des patients avec une maladie chronique. Nous avons construit notre question sur base du questionnaire SF-36 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (209–212). Voir Annexe D.1.

Le deuxième questionnaire appelé « **QIFA** » pour Questionnaire d'Impact de la Formation Assuétudes a été élaboré par la doctorante en concertation avec l'équipe enseignante et incluait 7 questions de savoir, savoir-être et savoir-faire dans ces situations . Il a été discuté également avec 2 sociologues de la santé et le directeur de la Cellule d'Appui Pédagogique de l'ULB. Voir Annexe D.2.

Nous avons également élaboré un questionnaire de satisfaction concernant le cycle complet.

Partie pratique

1.Objectifs pédagogiques

- Objectif principal :
 - A l'issue de la formation pratique, le candidat MG sera capable de travailler de façon autonome avec un patient ayant une problématique d'assuétudes
- Objectifs opérationnels :
 - A l'issue de la formation pratique, le candidat MG
 - aura intégré les différents volets de l'accompagnement des PTUSI (prévention, dépistage, prise en charge globale, réduction des risques,...) en les adaptant à la singularité de chaque situation
 - sera capable d'identifier différents profils de TUS et de travailler en fonction (ce qui sous-entend de gérer des situations relationnelles et humaines complexes)
 - sera capable de prendre en charge les plaintes psychiques et somatiques des usagers tout en reconnaissant ses limites
 - sera capable de travailler à différents niveaux de soins allant d'une pratique en équipe multidisciplinaire de type bas-seuil à une pratique solo s'articulant avec le réseau

2. Méthodes

Au niveau pratique, il était prévu que l'assistant-e passe une demi-journée par semaine pendant un an dans 2 centres dédiés aux assuétudes pendant lesquelles des demi-journées « Réseau » étaient prévues. Dans les centres principaux, ils devaient participer à 2 réunions d'équipe sur les 6 mois.

Nous avons commencé par un projet-pilote sur Bruxelles et donc développé notre projet à ce niveau.

Pour la partie dans les centres, nous avons d'abord rencontré les directeurs et parfois les équipes des 3 centres ambulatoires médicalisés principaux sur Bruxelles à savoir : le Projet Lama, la Maison d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS) de Bruxelles et le Centre Enaden. Nous avons réfléchi et travaillé ensemble aux modalités pratiques dont l'identification de référents pour la formation en fonction des réalités propres.

En ce qui concerne la partie « Réseau », nous avons attaqué sur les différents fronts. Nous avons présenté notre projet à la direction et l'équipe du Résad asbl (anciennement RAT) concernant la demi-journée au sein de leur équipe. Il a été décidé que l'assistant-e passerait une demi-journée avec la travailleuse psycho-sociale qui travaillait dans sa zone de pratique et qu'il/elle participerait à la réunion d'équipe.

Pour les demi-journées chez les médecins généralistes, nous avons présenté le projet à l'Assemblée Générale du RAT à l'époque, et envoyé des mails et/ou téléphoné à tous les médecins généralistes de ce réseau ainsi que tout médecin connu et recommandé par le secteur.

Pour la partie institutions partenaires, nous avons écrit un mail à destination de toutes les institutions de la devenue Féda Bxl (Fédération addiction Bruxelles anciennement Fedito Bxl) afin de savoir quelles institutions étaient intéressées de prendre part au projet. Nous avons rencontré individuellement chaque représentant-e des institutions qui ont répondu positivement à notre démarche afin de présenter le projet et discuter du programme des demi-journées.

Enfin pour la partie pharmacie, nous avons pris contact avec l'Union des Pharmaciens de Bruxelles (UPB-AVB) et l'Association Pharmaceutique Belge (APB) afin qu'ils fassent un communiqué auprès de leurs membres. Nous avons ensuite contacté les pharmacies recommandées par les différents centres dédiés aux assuétudes ou par les médecins généralistes du Résad asbl.

Pour soutenir cette partie pratique, nous avons développé différents outils :

- Un **guide** très pratique et protocolaire pour la **gestion de la prescription des TAO** (initiation, maintenance, shift d'une molécule à l'autre et arrêt) en collaboration avec les Dres Charlotte Pignon et Anne Slimbrouck (126)
- Un **carnet de route** pour chaque assistant-e qui lui rappelle les modalités du projet, les objectifs pédagogiques, lui fournit un listing de tous les intervenant-es du projet, lui donne le descriptif des différents centres principaux et partenaires et les possibilités/activités durant les demi-journées. Ce carnet inclut également un carnet de compétences et une feuille de route. Le carnet de compétences a été élaboré avec les différents partenaires du projet et inclut les compétences à acquérir sur le temps de la formation en termes de savoir, savoir-être et savoir-faire. Une évaluation formative (non cotée) croisée est prévue au début et à la fin de chaque période de 6 mois avec le coordinateur/rice du centre (voir Annexe E)
- Des **entretiens semi-dirigés** en début et fin de formation (réel outil de formation pour travailler la métacognition notamment autour des questions des stigmas)

- une **réunion de type focus-group** à mi-parcours avec les participant-es pour échanger autour des expériences vécues (confrontation), voir les points positifs et négatifs et discuter au besoin de situations cliniques compliquées. Cette réunion est l'occasion d'un réajustement du projet
- Une **convention de stage élaborée** encore une fois avec les différents partenaires du projet, basée sur la convention du CCFFMG (Centre de Coordination Francophone pour la Formation en médecine Générale) et avalisée par un juriste (voir Annexe F)

3. Evaluation

Pour l'évaluation de la partie pratique, l'idée était de se baser sur le carnet de compétences et les retours des centres (retour de l'équipe et des patient-es) ainsi que sur le remplissage des questionnaires bSAAS et QIFA en début et en fin de formation pratique.

Concernant le carnet de compétences, le but était d'évaluer l'assistant-e en fonction de son évolution dans ses compétences au cours du temps dans les 3 dimensions (savoir, savoir-faire et savoir-être).

Développement du Projet-pilote

Après avoir mis toutes ces éléments en place, c.-à-d. validé la collaboration de 3 CDA principaux, du Résad, de 6 MG, de 9 institutions partenaires et de 4 pharmacies, nous avons pu démarrer notre projet-pilote. Suite à large communication, nous avons pu recruter 4 « assistant-es testeurs » (2 assistant-es de l'UCL et 2 assistant-es de l'ULB).

Dans le cadre de notre recherche-action, nous avons fait régulièrement le point avec eux ainsi que les partenaires de terrain de manière informelle. A mi-parcours, nous avons prévu une rencontre avec les assistant-es cobbaye qui a permis d'alimenter la rencontre avec les partenaires.

Au terme de cette phase pilote, nous avons dû arrêter un des participant-es dans sa formation. En effet l'assistant-e n'était pas adéquat ni avec les patient-es ni avec les membres de l'équipe. De sérieux doutes étaient émis sur ses compétences cliniques. Ce « cas d'école » a mis en exergue l'importance d'utiliser le carnet de compétences comme valeur de référence objective et de preuve en cas de situation litigieuse ; l'importance également de faire une évaluation régulière du stage mais également d'avoir un contact privilégié avec le maître de stage de l'assistant-e pour pouvoir discuter de la situation en temps suivi. Un-e autre participant-e a décidé d'arrêter la formation au bout de quelques mois pour raisons personnelles et surcharge de travail.

Les deux participant-es restants et les équipes étaient, quant à eux, très satisfait-es lors de l'évaluation sommative avec toutefois quelques points d'attention et recommandations que nous avons essayé d'appliquer collectivement (ex : établir clairement un référent médical et non médical, prévoir plus de supervisions, bien clarifier les objectifs et attentes des deux côtés).

III.2.3.1.4 IMPLEMENTATION (2019)

Sur base des « lessons learnt » de cette phase pilote, nous avons pu réellement implémenter le projet.

A Bruxelles

Il a été plus aisé de communiquer en pouvant notamment se baser sur notre première année d'expérience. De nouvelles institutions partenaires ont pu être rajoutées également.

En Wallonie

Il a fallu fonctionner différemment car la **Wallonie est beaucoup plus morcelée et complexe** et les accès au terrain n'étaient pas les mêmes. Nous avons commencé par créer un partenariat avec le Réseau Alto et ensuite avec la Fédération des Institutions pour Toxicomanes Wallonne (Fedito Wallonne) à travers ses 10 coordinateurs·trices.

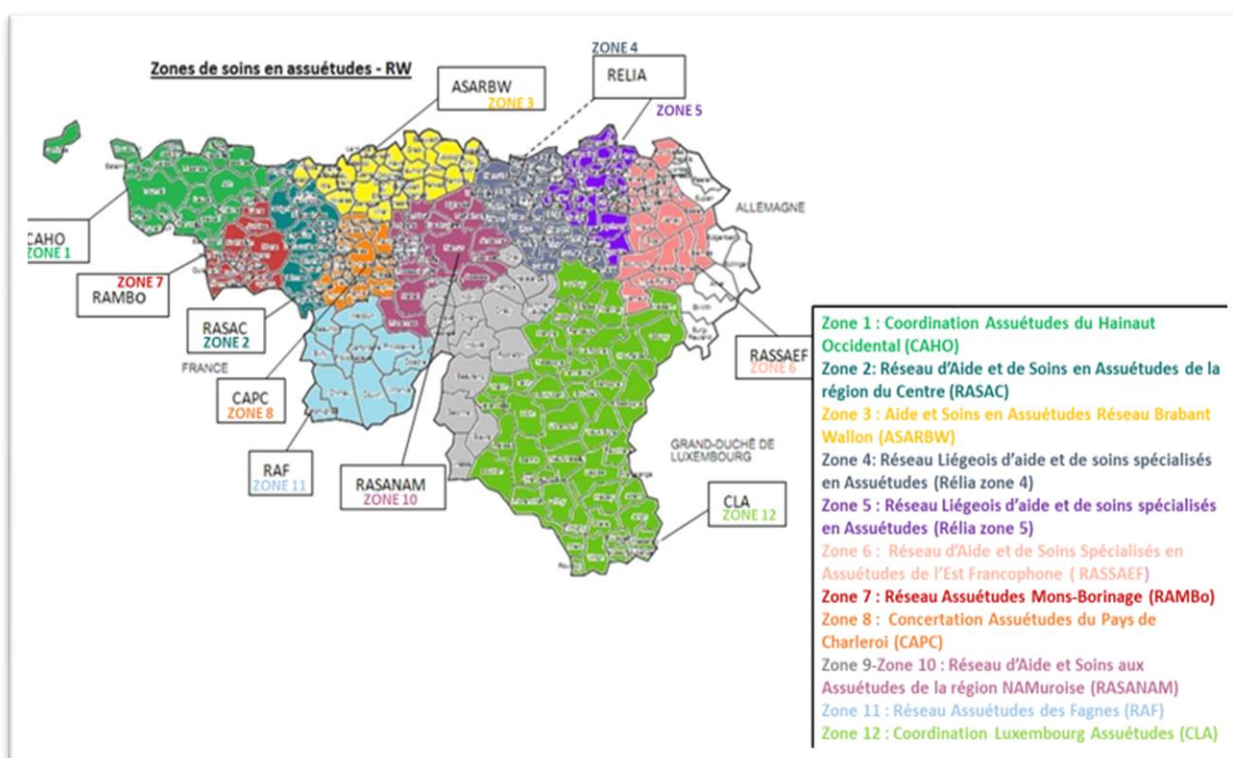


Figure III.e Figure des coordinations assuétudes en Wallonie basée sur la carte disponible sur le site de la Fedito Wallonne

L'engouement suscité par ce projet était évident et plus marqué encore qu'à Bruxelles du côté des coordinateurs·rices et de la plupart des acteurs·rices du réseau. Les seules réticences qui se sont faites sentir étaient en termes de faisabilité (logistique, espaces, ressources humaines).

Dans chaque région, nous avons essayé de reproduire ce que nous avons mis en place à Bruxelles mais ce ne fut pas sans peine. Il n'y avait pas de CDA médicalisés dans toutes les régions. A Tournai par exemple, nous avons à défaut collaboré avec des maisons médicales ayant une patientèle importante de patient·es avec TUS. Dans certains centres, des médecins bénévoles, retraité·es, ne venaient que quelques heures sur le mois ou en soirée. Pour la partie consistant à passer 2 demi-journées avec des MG de 1^{ere} ligne, les possibilités, hormis les quelques membres du Réseau Alto dispersés dans toute la Wallonie, étaient restreintes. Certain·es avaient une pratique qui ne semblait pas recommandable, pouvant s'assimiler plutôt à une pratique de « deal » selon les coordinateurs·rices ou les centres assuétudes partenaires.

Quelques constats

En entamant ce travail pour la région wallonne, nous nous sommes confronté·es à des constats alarmants et plus interpellants que ce que nous avions imaginé. En effet, nous supposions qu'en Wallonie de par l'historique et la géographie (82), il y avait plus de MG qui prenaient des patient·es en 1^{ere} ligne et moins de CDA. Le constat, après de nombreuses rencontres et croisements de données, était que le réseau survivait tant bien que mal. Premièrement, du côté des MG, le Réseau Alto qui comptait à la base des centaines de médecins s'était fortement réduit et n'en comptait plus qu'une petite vingtaine pour toute la Wallonie. Membres dont une partie avait déjà dépassé l'âge de la pension. Du côté des réseaux assuétudes locaux, ils semblaient survivre comme ils pouvaient avec des montages financiers et humains compliqués. Certains étaient subsidiés par les instances fédérales, d'autres par la Région. Ils essayaient de trouver l'argent où ils pouvaient, chacun·e défendant sa part. Les moyens étant limités, leurs actions l'étaient également. La Fédito Wallonne était la première à en pâtir avec des moyens qui ne lui permettaient pas de soutenir suffisamment ce réseau. Du côté des CDA, ils étaient peu nombreux, plus concentrés dans certaines régions et inexistant dans d'autres. Les coordinateurs·rices des réseaux mettaient en avant le fait que les MG étaient difficilement accessibles dans certains endroits et qu'ils n'avaient connaissance que de quelques noms (certain·es médecins ne voulaient pas non plus être identifiés). Ils avaient ainsi tendance à solliciter toujours les mêmes mais ceux-ci étaient déjà trop demandé·es à tout niveau. La plupart des coordinateurs·rices étaient de ce fait fortement motivé·es par le projet et le voyaient comme une réelle opportunité.

Evolutions du projet entre 2018 et 2023

Le modèle ADDIE étant un processus itératif, nous avons ajusté régulièrement la formation durant ces 5 ans suite aux évaluations sommatives.

Au niveau organisationnel

Dès 2020, nous avons demandé une lettre de motivation et un CV pour valider l'inscription à la formation qui a eu un effet bénéfique sur la rétention dans la formation. La lettre de motivation était un bel outil pour entamer une réflexion sur cette pratique.

Au niveau théorique

Durant nos premières évaluations, nous nous sommes rendu-es compte que nous ne travaillions pas suffisamment l'objectif pédagogique lié à « adopter une posture et une communication adéquate basées sur des représentations non stéréotypées dans notre formation ». Nous avons mis dès lors un focus particulier sur les aspects des stigmas et du langage. Cela a commencé par changer le nom même de la partie théorique (passant de « Cycle toxico : la rencontre entre le médecin généraliste et le toxicomane », à « Cycle T : la rencontre entre le médecin généraliste et l'utilisateur de drogue(s) ». Nous avons également veillé à faire évoluer la terminologie utilisée dans les cours. De plus, il nous semblait important de plus impliquer la perspective du patient-e dans la formation, nous avons ainsi fait appel à un pair-aidant assuétudes²³ pour lui demander son avis sur notre programme de formation, qu'il a validé. Nous l'avons également impliqué dans la partie théorique à l'ULB. Il a ainsi intégré la deuxième séance du cycle T en partageant son témoignage et en coanimant les discussions cliniques. Nous voulions ainsi faire rencontrer savoirs académiques, cliniques et expérientiels. Nous avons de plus proposé avec une hépatologue un module optionnel sur l'hépatite C et travaillé à des outils d'aide à la pratique pour l'accompagnement des proches sur lesquels nous reviendrons par la suite.

Au niveau pratique

La formation a mis quelques temps à se déployer et à trouver des recrues en Wallonie. Sur Bruxelles, elle a, par contre, directement bien démarré et les partenaires se sont étoffés. Certaines volontés de participation ont également échouées à cause de la charge de travail trop importante du côté des assistant-es en Wallonie, majorée pendant la crise du Sars-Cov-2. Nous avons eu tout le long du projet de très bons contacts avec nos partenaires mais force est de constater que la fragilité du secteur, particulièrement ébranlé par la crise sus-mentionnée et ses conséquences, a fragilisé soignant-es, patient-es et institutions. En effet, nous avons été confronté-es à plusieurs coordinateurs/rices de réseau épuisés et des équipes avec des turn over importants, ce qui demandait constamment des ajustements de notre part (214). Pour ces raisons, nous n'avons plus été en mesure de proposer la formation dans la région du Hainaut-Occidental pendant 2 ans.

Il a par ailleurs été intéressant, au vu du **contexte évolutif des consommations**, de constater qu'il était nécessaire de **faire évoluer notre documentation et nos ressources**, les dynamiques ayant changé en moins de 5 ans. Par exemple, même si notre guide pour accompagner la mise en traitement par agonistes aux opioïdes restait utile pour une partie des assistant-es, certain-es autres n'avaient pas eu l'occasion d'initier des TAO durant toute leur formation. Dans certains centres, les nouvelles demandes étaient majoritairement en lien avec la Pregabaline (Lyrica©) et le Clonazepam (Rivotril©). Nous nous sommes intéressé-es à cette nouvelle tendance avec Eurotox asbl²⁴ et avons travaillé à mieux la comprendre et émettre quelques recommandations à ce niveau (216,217).

Pour soutenir le bon déroulement de la formation et pour favoriser le développement d'une communauté d'apprenant-es, nous avons eu recours au média WhatsApp.

²³ Une formation pair-aidance a été organisée entre 2016 et 2022 à l'université de Mons (213)

²⁴ Eurotox asbl est l'observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles (215).

Comme mentionné précédemment, nous avons élaboré certains outils ces cinq dernières années que nous allons plus développer dans ce chapitre. Voir Annexe G.

1. Outils pour réduire les stigmas (inspirés de l'e-learning d'UTexas) (191) :

- **Nuage de mots** : en début de Cycle T, nous partons de ce que leur évoque les mots « drogues » et « usagers de drogues » pour revenir dessus dans la partie du cours sur les stigma en évoquant les stéréotypes, préjugés et discriminations véhiculées par le langage²⁵
- **Note patient avec TUSI aux urgences** : nous partons d'une note fictive des urgences dans laquelle les participant-es doivent repérer ce qui est de l'ordre d'un vocabulaire ou d'une attitude stigmatisante et identifier comment ces éléments ont pu impacter la prise en charge du patient
- **Témoignage** du pair-aidant par rapport à ses vécus de discrimination durant son parcours de consommation jusqu'à aujourd'hui afin de donner la perspective du « patient » et de travailler l'empathie (111,193)

2. Vidéos entourage et assuétudes (<https://dmgulb.be/aide-a-la-pratique/>)

Introduction

Dans le cadre des différentes réunions pour implémenter la formation assuétudes en Wallonie, nous avons rencontré l'équipe du centre Nadja²⁶. Un membre de leur équipe nous a, à juste titre, fait remarquer que notre formation était fort centrée sur les personnes consommatrices alors qu'**en tant que médecins de famille nous étions amené-es à traiter l'entourage également ou parfois juste l'entourage**. Cette réflexion a permis d'enrichir notre formation. Nous avons ainsi profité de la longue expérience et expertise de leur équipe pour réfléchir ensemble à un dispositif pédagogique pour traiter cette question. L'idée d'aborder cette thématique via des capsules vidéo consultables à tout moment a rapidement émergé. Pour ce faire, nous avons sollicité le soutien pédagogique et technique de la Cellule d'Appui Pédagogique (CAP) de l'ULB. Afin de bien définir les objectifs de nos vidéos et adapter le contenu au public cible, nous avons mené, en parallèle de la rédaction des deux premières vidéos, une étude en 2020-2021 grâce au TFE d'une étudiante en 3ème année de master en médecine qui a combiné recherche de littérature et étude qualitative auprès des MG portant sur leurs attitudes et vécus en ce qui concerne l'accompagnement de l'entourage des personnes avec TUS (219). Une synthèse détaillée des résultats de ce TFE se trouve en Annexe H.

Concrétisation du projet

L'élaboration du contenu a pu bénéficier de l'angle de vue des MG interrogé-es dans le cadre de ce TFE mais également de son regard à elle en tant que future soignante, du regard de la référente assuétudes de l'ULiège et de la doctorante; de l'équipe pluridisciplinaire du Centre Nadja et des conseillers (techno-) pédagogues de

²⁵ Les notions d'« addiction » et de « dépendance » prédominaient chaque année pour le mot « Drogue » avec une notion de plaisir minoritaire (variable d'une année à l'autre) et pour « Usager de drogue », les notions de « addiction/dépendance », « précarité », de « sans-abrisme », « jeunes » étaient prédominantes.

²⁶ Le centre Nadja est spécialisé dans le traitement et la prévention des dépendances à Liège (218).

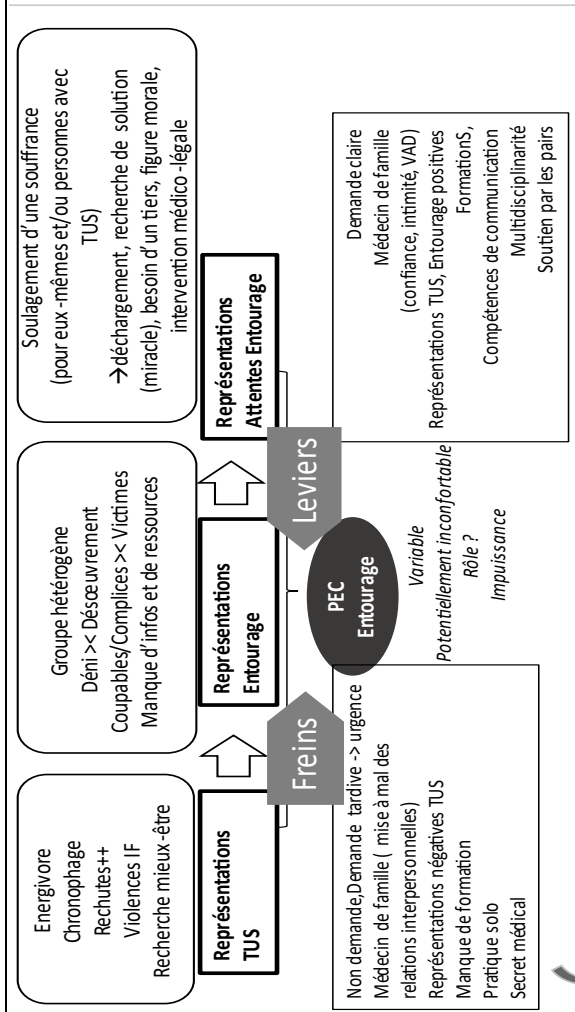
la Cellule d'Appui Pédagogique de l'ULB (CAP). Nous avons de plus demandé l'avis des autres enseignant·es du Cycle T et de proches de consommateur·rices suivi·es au sein du centre Nadja sur les scénarios produits.

Les vidéos réalisées à CAP ont été divisées en 4 grandes thématiques : « **Vidéo 1 : l'introduction à l'importance d'allier l'entourage des consommateurs** » ; « **Vidéo 2 : l'entourage comme levier** » ; « **Vidéo 3 : pas de communication sans feed-back** » et « **Vidéo 4 : l'intention positive** ».

Nos objectifs à travers ces différentes vidéos étaient de :

1. Clarifier ce que nous entendions par entourage
2. Expliquer la fonction de la consommation pour l'individu (rappeler l'intention positive, l'ambivalence qu'elle peut générer)
3. Faire prendre conscience de l'importance d'associer l'entourage dans ces situations (allié, plus mobilisable que le consommateur)
4. Sensibiliser aux enjeux de la communication (appréhender les comportements des individus)
5. Aider à décoder les attentes et attitudes de l'entourage afin de s'y ajuster
6. Aider le MG à co-construire une solution personnalisée
7. Partager des ressources en termes de réseau

Tous ces éléments ont été synthétisés au niveau de la Figure III.f ci-après.



- Clarifier la notion d'entourage
- Expliquer la fonction de la consommation
- Conscientiser l'importance d'associer l'entourage

- Sensibiliser aux enjeux de la communication
- Aider à décoder les attentes et attitudes de l'entourage
- Aider à co-construire une solution personnalisée
- Partager des ressources en termes de réseau

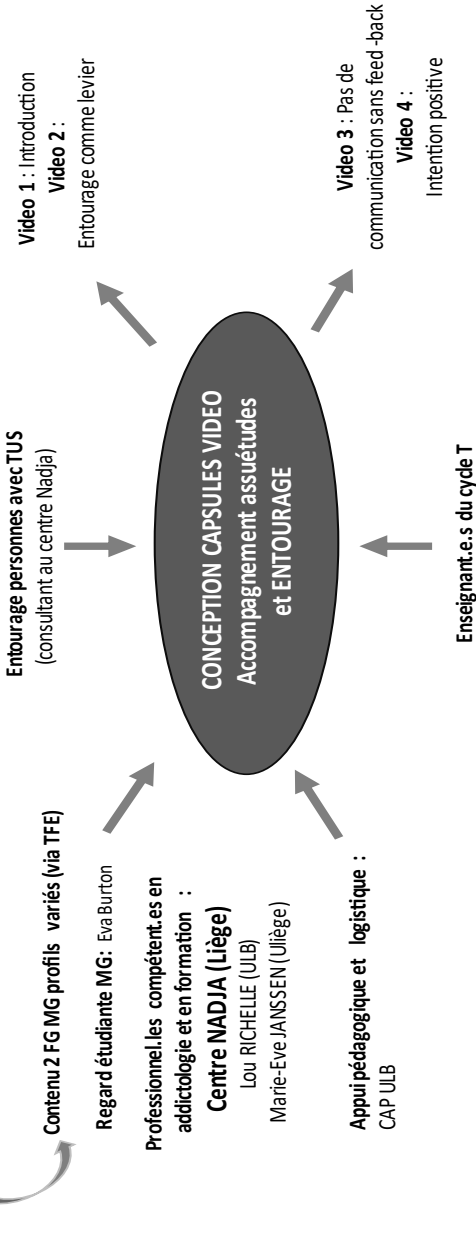


Figure III.f. Synthèse du projet « Vidéos assuétudes et entourage »

A noter que dans le cadre du cycle T, nous visionnons les deux premières vidéos pendant la dernière séance du cycle qui a trait à l'accompagnement médico-psychosocial des personnes avec TUS.

3. Soutien à la communauté d'apprenant-es en 2020 via WhatsApp

Dès le début du projet, nous avons voulu faire se rencontrer les apprenant-es et créer une dynamique de groupe pour que ceux-ci puissent s'entraider, échanger des informations pratiques (formations, réseau, clinique) et se reconnaître dans des valeurs et intérêts communs d'une **communauté de praticien·nes**. Nous avons commencé par la mailing list mais cela s'est révélé être un échec, ce qui nous a amené à orienter cet objectif vers un média beaucoup plus dynamique et adapté au public des assistant-es en MG des années 20, à savoir le média **WhatsApp**.

Un groupe « Formation Assuétudes » a ainsi été initié en octobre 2020. Même s'il est alimenté majoritairement par l'équipe enseignante avec toute une série d'informations concernant la formation, y sont également partagés des suggestions de formations ou documentations complémentaires aux contenus variés, des nouveautés dans le secteur, des articles d'opinion, etc. Le tout en étant sensible à diversifier les médias. Cet espace sert également de lieu d'échanges entre les participant-es. Plusieurs études mettent en avant les apports des Mobile Instant Messaging (MIM) en pédagogie pour leur intérêt d'ouverture à de l'apprentissage collaboratif avec une temporalité particulière (immédiateté et différée), son côté « user-friendly » et son coût minimal avec une multimodalité de contenus (220–222). Bien que son initiative et son usage aient été assez spontanés, il semble que la façon dont le groupe y a recours répond à certaines utilisations identifiées dans la littérature. A savoir : son intérêt en termes de transmission, de dialogique (favorisant le dialogue entre pairs/entre apprenant-es et enseignant-es) ou encore son côté « helpline » (220–222).

La majorité des participant-es de la formation a pris volontairement part au groupe lors de son inscription et ne l'a pas quitté par la suite. Même celles et ceux qui n'ont pas été au bout de la formation ou qui se sont réorienté-es vers la psychiatrie, quasi tout-es restent présent-es.

Cela amène au constat qu'un des **apports majeurs de ce groupe** est la création d'une communauté de praticien·nes partageant une philosophie de soins commune. Les participant-es au groupe nous ont fait savoir d'une manière ou d'une autre qu'ils appréciaient son existence dans leur quotidien. Nous pensons que ce lieu et lien virtuel a d'autant plus de sens pour les médecins travaillant dans des zones plus reculées où nous imaginons qu'ils peuvent ressentir une certaine forme de marginalité liée à leur pratique.

Pour finir, nous n'avons pas créé de charte ou communiqué des principes de fonctionnement pour ce groupe, qui semble s'autoréguler très correctement, où nous ne faisons face à aucun propos, contenu déplacé ou pouvant porter atteinte à la vie privée des apprenant-es ou des patient-es comme la littérature a pu l'identifier (220).

Il s'agit à ce stade d'une expérience positive, qui a donné lieu suite à la requête d'assistant-es à l'organisation d'évènements Alumni pour continuer à faire vivre cette communauté et la renforcer étant donné qu'une partie ne s'est rencontrée à ce stade que virtuellement.

Ce groupe pourrait toutefois gagner en plus d'échanges ou d'apports des participant-es qui se sentent peut-être inhibé-es par la présence de l'enseignant-e ou par le fait qu'ils ne se connaissent pas tout-es réellement.

Dernièrement, nous avons pu trouver une nouvelle utilité au groupe. En effet, nous avons pu grâce à ce réseau d'assistant-e-s et de médecins actifs à différents niveaux de soins répartis dans toute la Belgique francophone, **questionner de nouvelles pratiques** rapportées par certains collègues localement. Nous avons ainsi pu obtenir des informations quasi instantanément par rapport à des pratiques et consommations qui semblent émergentes dans certains contextes (ce qui se rapproche du principe de médecins vigies (223)).

Nous concluons sur cette partie par une synthèse du dispositif pédagogique en 2023 :

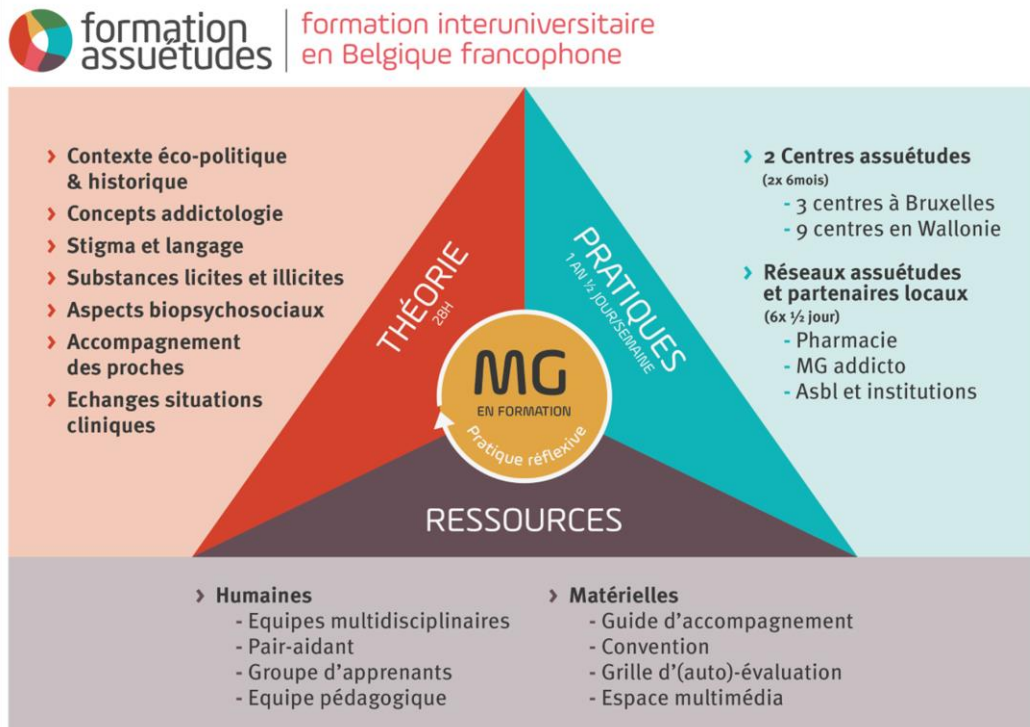


Figure III.g Dispositif pédagogique « Formation Assuétudes » arrivé à maturité ²⁷

III.2.3.2 Résultats de la recherche-action

Les résultats concernant nos objectifs de recherche correspondent à l'évaluation de notre dispositif (action). Pour ce faire, nous nous sommes basées sur les différentes formes d'évaluation du modèle ADDIE (196,197).

II.2.3.2.1 EVALUATION (2019-2023)

Pour évaluer l'impact du dispositif, nous avons prévu (cf Figure III.a) de faire une évaluation conséquente du côté des assistant-es ainsi qu'une évaluation continue du côté des partenaires au travers d'échanges informels réguliers et l'organisation d'une réunion annuelle de feed-back comme déjà évoqué (cf Figure III.a). Contrairement à ce qui avait été prévu, les réponses aux questionnaires QIFA et SAAS en début de formation ont dû se faire en ligne en péri-crise du Sars-Cov-2. La procédure en ligne s'est maintenue par la suite par facilité logistique, ce qui généra un moindre contrôle sur la complétion avec perte de nombreuses données.

²⁷ Centres à Bruxelles : Projet Lama (3 antennes), MASS de Bruxelles, Enaden

Centres en Wallonie : MASS Parenthèse (Mons), MASS Diapason (Charleroi), MASS Start (Liège), Centre Sesame (Namur), MM le Gué (Tournai), MM du Vieux Chemin d'Ere (Tournai) Solaix Bastogne, Solaix Arlon, Le Ressort (Tubize)

Nous avons ainsi décidé de nous limiter aux données qualitatives ainsi qu'aux traces écrites (carnets de compétences et bilans de fin de projet). Cela nous semblait également plus riche et plus adéquat pour répondre à notre question de recherche. Cette évaluation a été réalisée de manière itérative et continue avec la conseillère pédagogique de la Faculté. Voir guides d'entretiens en Annexe I.

III.3.2.1.1 Evaluation formative

L'évaluation formative s'est faite de manière continue à l'aide de l'analyse des entretiens semi-dirigés préformation (n=33), des focus-groups de mi-parcours avec les participant-es en cours (n=9), des entretiens de fin de formation (n=19) et du focus-group (n=1) et de 2 entretiens semi-dirigés que nous avons menés un an après la formation 1 an.

A. Profils et motivations des participant-es

Pour bien comprendre l'impact du dispositif sur les participant-es en termes de représentations, d'acquisition de bonnes pratiques et d'inclusion de patient-es avec TUSI dans la pratique, il semblait important de mieux appréhender le profil des **33 participant-es** ayant entamé la formation assuétudes entre 2019 et 2023, de comprendre où ils se situaient au départ et ce qu'ils venaient chercher dans la formation.

Table III.a Données socio-démographiques des participant-es au début de la formation

Variables socio-démographiques	n=33
Genre	
F	24
M	9
Age	
< 30 ans	31
> 30 ans	2
Origine	
Belge	17
Mixte BE	1
Mixte BHE	6
Europe	6
Hors Europe	3
Stages principal MG	
Association multidisciplinaire	25 (24 MM)
Association mono disciplinaire	2
Solo	6

Motivations à prendre part à la formation

Tout-es exprimaient une motivation voire un besoin de se former par rapport à une clinique complexe pour laquelle ils **ne se sentaient pas assez compétent-es voire parfois démuni-es** et rapportaient manquer de formation dans le cursus initial.

Leurs motivations à participer à cette formation semblaient être sous-tendues par différents facteurs (parfois exprimées de manière latente). Certains éléments telle une histoire de consommation dans l'entourage proche (parents, beaux-parents, ami-es proches) notamment parmi leurs pairs médecins revenaient chez plusieurs d'entre eux et pour lesquels plusieurs exprimaient un sentiment d'impuissance.

« Je suis restée chez ma maman et puis à 16 ans je suis repartie chez mon papa et puis ma sœur qui a 2 ans moins que moi, elle est restée 2 ans de plus, pour essayer de la faire s'en sortir. Donc elle essayait de gérer ça, elle dormait avec elle, elle essayait de gérer la prostitution et tout ça...Fin truc de fou et on savait rien faire pour elle... X. voulait absolument rester...et...jusqu'au jour...-elle a essayé aussi, moi je me sentais impuissante et j'avais capitulé...X a dit: «C'est l'alcool, la drogue ou moi » et ma maman a dit « C'est l'alcool et la drogue, vous partez! » Encore après, on a réessayé : l'alcool et tout ça...mais c'était...On était impuissantes... » Participante 8

Des **expériences professionnelles marquantes** étaient également sources de motivation. Soit ils avaient été durant leur début d'assistantat ou en tant qu'étudiant-es confronté-es à une population de personnes consommant des substances, soit ils étaient passé-es par un CDA (dans une démarche pro-active ou non), soit ils avaient accompagné un médecin dans le milieu carcéral. Certain-es semblaient particulièrement confronté-es à une population avec de nombreuses consommations dans leur lieu de pratique que ce soit de substances illicites ou des substances licites, en ce compris les médicaments. Cela pouvait être lié au type de pratique du médecin, à la région ou au quartier où ils exerçaient. Il est intéressant de relever que la motivation à faire la formation liée au mésusage de benzodiazépines dans leur lieu de stage s'est surtout manifestée pendant la période de la crise du Sars-Cov-2. Ils se questionnaient sur leur rôle et responsabilité comme médecin et prescripteur à ce niveau.

« On a une très très grande consommation de benzodiazépines et d'antalgiques et c'est pour ça que je voulais faire la formation [...]. Et là, depuis les premiers mois de pratique avec les assistants, c'est ce qui nous a choqué...on a commencé des sevrages chez les patients demandeurs mais on était démunis et mes MDS n'étaient pas forcément formés. » Participante 20

Par ailleurs, les **motivations** semblaient également être liées à certains facteurs tels une histoire personnelle d'usage de substances récréatif ou thérapeutique, des valeurs humanistes²⁸, qu'ils reliaient à une éducation tournée vers l'autre ou explicitement exprimées comme étant liée à leur religion. Ils portaient en eux le serment d'Hippocrate et une certaine éthique du soins qui impliquait d'offrir des soins de qualité pour tout-es. Quelques-uns témoignaient d'épisodes d'anxiété, de dépression, ou de burn-out durant leurs études qui pouvaient les rendre potentiellement plus sensibles à la vulnérabilité psychique de ces patient-es.

La **curiosité** se démarquait chez les participant-es. Celle-ci pouvait se décliner sous différentes formes : que ce soit pour les attraits scientifiques, pharmacologiques des drogues et/ou la complexité de la nature humaine.

²⁸ Valeurs émanant de la notion d'humanisme qui intègre l' « humanitarianism » (croyance active en la valeur de la vie humaine), le respect des autres, l' honneur et l'intégrité (224)

On pouvait observer chez certain-es, une attirance voire une fascination pour les substances et ce public marginalisé allant même vers un attrait pour la transgression.

« Je ne sais pas je crois que c'est une population marginale, marginalisée donc en général c'est des gens qui ont des choses intéressantes à dire, fin quand on est pas dans les clous, c'est toujours plus intéressant, fin de mon point de vue. » Participante 33

Ces différents facteurs d'influence semblaient, selon plusieurs combinaisons de degrés d'intensité variable, avoir déterminé de manière explicite ou implicite leurs motivations à prendre part à cette formation. Celles-ci se manifestaient sous différentes formes : pour la majorité, par un souci d'une médecine plus inclusive, où tout-e patient-e devait avoir accès aux mêmes soins. Pour certain-es cela s'exprimait par un réel engagement pour plus de justice sociale. Quelques participant-es étaient également « drivés » par un besoin de réparation, cela pouvait être exprimé, conscientisé ou non (en tout cas pas toujours lors du premier entretien).

Plusieurs voulaient également rajouter plusieurs cordes à leur arc dans un souci d'être un-e MG accompli-e ou de pouvoir répondre adéquatement aux besoins et demandes des patient-es auquel-les ils ou elles étaient confronté-es au niveau de leur lieu de stage. D'autres mettaient en avant l'envie de découvrir de nouveaux horizons, de mieux comprendre une clinique et une patientèle peu ou méconnue et dite complexe pour mieux la traiter.

« Parce que je pense que...Il faut comprendre le monde, enfin sur ce monde-là, le monde dans lequel le patient évolue pour pouvoir le soigner... » Participante 7

Certain-es exprimaient l'envie de **progresser intellectuellement** grâce à la formation et de gagner à encore plus de réflexivité face à une thématique qui traversait beaucoup de questions sociétales.

Leurs représentations par rapport au trouble lié aux substances et corolaires étaient assez hétérogènes selon leur éducation, vécus personnels et professionnels même si elles étaient globalement assez « bien pensantes ». Ils avaient des attentes réalistes par rapport à la formation et ce qu'elle pouvait offrir en termes de développement de compétences qui pouvaient sensiblement varier d'un-e participant-e à l'autre selon où cette personne se situait en terme de savoir, savoir-être et savoir-faire par rapport au sujet. Peu de participant-es semblaient avoir des appréhensions concernant la formation ou le public.

B. Impact du dispositif pédagogique

Grâce aux 9 focus-groups menés à mi-parcours et les 19 entretiens de fin de formation (1 n'a pas pu être réalisé), nous avons pu identifier certains apports relevés par les participant-es que nous avons synthétisés en 7 grandes thématiques.

1. Diminution des stéréotypes et préjugés, augmentation de l'empathie

Beaucoup de participant-es mettaient en avant en premier lieu que la formation leur avait donné une ouverture sur des réalités mal/méconnues qui pouvaient être sources de nombreux fantasmes.

« J'ai découvert un univers...On rentre dans un nouveau monde, au début on se demande si c'est la réalité... » Participante 23

« J'avais peur de dire des choses qui les mettent mal à l'aise. » Participante 18

Même si au premier entretien on percevait peu de jugements de la part des participant·es, lors des entretiens suivants, la majorité mettait en avant que la formation avait permis de démystifier cette population et les TAO ainsi que de diminuer voire de déconstruire certains de leurs stéréotypes et préjugés en découvrant notamment la pluralité des parcours liés aux TUS. Ils rapportaient que cette déconstruction avait été favorisée par la formation dans son ensemble. D'abord par la partie théorique qui leur donnait une première ouverture notamment par une mise en perspective historique et sociétale du phénomène, puis par la multiplicité des rencontres avec les équipes et les patient·e·s dans des contextes différents.

« Fin oui énormément, fin avant, j'avais presque pas d'idée, j'en avais presque pas rencontré, et maintenant j'en ai rencontré plein de différents. Au X, j'en ai rencontré... des gens à l'aise dans leur vie, des gens super âgés, des gens qui étaient déjà au X avant que je naisse, des gens qui ont vécu tout l'historique des mouvements militants pour en arriver là. Plein de gens différents, d'origine différente, de voir que plein de parcours différents pouvaient amener au même endroit, fin au même bâtiment... » Participant 12

« Je pensais qu'ils étaient beaucoup plus cachés, moins présents, comme des rats qui vivent dans les égouts... » Participant 5

Plusieurs participant·es relevaient, sans toujours la nommer, que la rencontre avec ce public sous différentes formes avait permis d'augmenter leur empathie. Grâce au développement d'un lien thérapeutique, à la prise de conscience des parcours de vie difficiles des patient·es et de leur résilience allant jusqu'à de l'admiration pour certain·es, la déconstruction de préconceptions qu'ils ou elles avaient (ex : personnes « qui provoquent leur situation », personnes manquant de volonté, entre autres) ou encore en prenant également conscience que tout le monde pouvait y être confronté.

« Et ce qui m'a permis d'avoir une vision plutôt positive, c'est déjà d'aller à leur rencontre, de voir des gens avec souvent des parcours terriblement difficiles et où l'on ne peut que être empathique et se dire que moi, à sa place, j'aurais sans doute pas fait mieux entre guillemets, donc c'est l'empathie, la compassion et puis aussi comprendre simplement que ça peut arriver à n'importe qui [...]. Donc ça, c'était positif aussi de voir que ces gens-là peuvent s'en sortir avec l'aide adéquate et toute leur volonté. Il y a des messages positifs, je pense que c'est bien de le souligner. » Participante 17

« Ca m'a énormément réconcilié avec ce type de patients, je me sens vraiment plus tolérante envers eux [...] J'ai une vision complètement différente des assuétudes. » Participante 26 FG mi-parcours

2. Acquis de compétence en addictologie

Les participant·es rapportaient qu'au terme de la formation, ils se sentaient plus compétent·es dans toutes les dimensions de la clinique et plus confiant·es en eux dans cette clinique.

« C'était hyper qualitatif pour apprendre à gérer euh à gérer les dépendances, les mécanismes des produits, les... parce qu'en fait tu as l'impression de, tu es bien encadré, avec des gens qui sont habitués à le faire donc tu sais que tu as des conseils de qualité, et donc tu sors de là avec des compétences, euh, d'induire une méthadone, de faire une anamnèse médico-psychosocial d'un usager de produits dans son entièreté, d'être attentif à tout l'aspect social, psychologique autour, tu prends connaissance du réseau qui existe en terme d'assuétudes, d'hébergement, et du réseau, et donc c'est impressionnant comme c'est formateur, donc je suis capable de recevoir quelqu'un en besoin d'accompagnement, de sevrage ou d'autre chose par rapport aux produits que j'ai cité. Tu sors vraiment avec des balises. » Participante 24

« Je me sens prêt à les prendre en charge en médecine générale, plus même qu'en centre, encadré, mais à aller à l'étape supérieure, à les prendre en charge seul en MG [...]. Je suis prêt à tout (sous-entendu toutes les situations qui pourraient arriver), je suis plus confiant en moi dans la consultation. » Participant 5

Compétences liées au « Savoir »

Tout-es rapportaient se sentir beaucoup plus compétent-es en termes de connaissances en addictologie, en santé mentale et en infectiologie tout en gardant les limites de leur fonction de médecin généraliste.

« Ça m'a appris énormément de choses, c'est une formation hyper riche d'un point de vue théorique, pharmacologique, somatique, psychiatrique, du réseau de soutien des usagers, ça m'a énormément apporté dans des équipes qui ont d'autres manières de prendre en charge les patients, ça m'a un peu chamboulé. » Participant 4

Tout-es mettaient en avant l'intérêt de la partie pratique de la formation en termes de déploiement de connaissances. La partie théorique, quant à elle, permettait pour nombreux-ses une ouverture, une appréciable mise en contexte, de donner des balises et de rassurer en sachant pouvoir y retourner. Concernant l'exploitation de la documentation disponible sur l'UV, elle était consultée variablement par les assistant-es. Ils rapportaient toutefois que même si la théorie était nécessaire, ils se rendaient toutefois compte que la réalité s'en éloignait grandement, que chaque situation être très singulière, ce avec quoi ils étaient variablement confortables. Comme le disait une participante, *« c'est une clinique qu'on ne peut pas apprendre dans les dias »*. Le guide pour aider à gérer des prescriptions de TAO était, dans ce contexte, une ressource mentionnée à plusieurs reprises comme sécurisante et rassurante face à une clinique multiforme et engageante en terme médico-légal.

Compétences liées au « Savoir-être »

Ils reconnaissaient tou-tes se sentir plus à l'aise au niveau de la relation thérapeutique et de la communication avec ce public grâce à la partie pratique principalement. Ils rapportaient l'intérêt et la compréhension à travers la formation de cette construction de lien comme clé thérapeutique. Plusieurs rapportaient l'intérêt de la théorie comme premier questionnement en termes de savoir-être mais celle-ci aidait peu pour réellement le développer avec ces patient-es. Les participant-es rapportaient avoir développé des attitudes adéquates et non stigmatisantes par le fait qu'ils avaient pu observer la bienveillance et l'accueil inconditionnel des patient-es par les équipes peu importe leur parcours. Ils déclaraient avoir développé ce savoir-être par le fait de ne plus faire de clivage entre bien et mal, de travailler sur leur non verbal et de montrer un intérêt et une curiosité pour le patient-e dans toutes ses dimensions. Quelques-uns évoquaient l'acquisition du langage propre au public comme un élément clé contributif. Certain-es mettaient en avant la difficulté, surtout à mi-parcours, de trouver la juste distance thérapeutique, la position adéquate entre surinvestissements, entre transfert et contre-transfert. Ce, face à des situations émotionnellement chargées ou face à la confrontation des rechutes, pouvant être vécus comme des échecs personnels.

« Ça vient au long terme, ça vient de la répétition de ces situations, en boucle, la répétition des consultations semaine après semaine, c'est tout l'aspect humain qu'on va avoir avec gens, le lien mais que eux, ils peuvent briser d'un moment à l'autre et il faut reconstruire ce lien. Et qu'il soit pas brisé trop longtemps et parfois le lien il tient plus longtemps, et c'est là que ça devient une réussite. » Participant 5µ

Compétences liées au «Savoir-faire »

Au terme de la formation et lors des entretiens un an après, tout-es rapportaient se sentir capables de travailler de manière autonome avec cette patientèle. Même si certaines compétences n'avaient pas pu être explorées pendant la formation (ex : initiation d'un traitement TAO dans certains centres, gestion d'un sevrage d'alcool, substances à consommation plus festive), ils disaient avoir appris à mobiliser leurs ressources ou leur réseau pour y arriver.

Un apport de la formation théorique qui était mentionné par certain-es et particulièrement éprouvé pendant la partie pratique, était l'apprentissage d'une approche de type « care » et non « cure » par rapport à ces personnes. En effet, beaucoup de participant-es se rendaient assez vite compte que d'être dans une vision uniquement de « cure » dans ces situations généraient trop de frustrations, de sentiment d'impuissance et que ce n'était pas un but thérapeutique en soi. Que rien que d'être dans une écoute active était thérapeutique mais qu'il était toutefois important de rester confiant-e et de croire aux capacités de changement de la personne. Tout comme il était nécessaire d'adopter une attitude orientée sur les objectifs de vie de la personne et le rétablissement. Une participante rappelait l'importance de maîtriser le « cure », les traitements médicamenteux par exemple, pour pouvoir donner de l'espace au « care ».

« Ca (la formation) te drille, tu sais, tu sais gérer les molécules de substitution et du coup tu peux gérer les problèmes de dépendance dans leur entièreté, tu n'es plus stressée [...] Je suis assez optimiste...la solution est d'emblée sur un très long terme, il faut accepter la chronicité de ça, ça donne un potentiel plus large d'aide, j'ai moins le syndrome de la sauveuse, mais pour être actif, il faut avoir quand même de l'espoir et des objectifs de réussite en terme de qualité de vie plus que de produit. » Participante 24

3. Approche holistique, transversale des prises en charge avec une meilleure collaboration transdisciplinaire

Plusieurs participant-es ont évoqué le fait que cette formation leur avait permis de bien intégrer le modèle biopsychosocial de l'addiction et l'importance de considérer les déterminants sociaux de santé qui prenaient tout leur sens ici. Notamment par l'apprentissage de mener une anamnèse biopsychosociale complète.

« Je fais très attention aux aspects sociaux de mes patients, j'ai toujours une attention particulière sur : « Est-ce qu'au niveau financier, on est encore... Est-ce qu'il y a des dettes ? » Il y a tout un aspect social que la formation m'a apporté. » Participante 8, focus-group 1 an après

3.1 Meilleur dépistage et prévention, découverte de la RdR

Ils rapportaient spontanément être beaucoup plus attentifs à cette thématique dans leur lieu de stage principal également et ce, encore par la suite. De faire plus de dépistage, de prévention et de réduction des risques. La découverte du principe de la réduction des risques semble être également cité par plusieurs comme un apport important en termes de philosophie de soins.

« Je dépiste beaucoup plus dans ma pratique, par exemple l'alcool, dès qu'il y a un changement dans la vie de la personne ... Je dépiste systématiquement, quasi tout le monde finalement à un usage d'une substance ou une autre. » Participante 21, mi-parcours

3.2 Le développement du réseau

La partie qui consistait à aller à la rencontre du réseau, même si vécu souvent comme compliquée à mettre en place, avait été très appréciée au terme de la formation. D'autant plus, le fait que ce soit au niveau local, près du lieu de leur future pratique. Etre en contact avec différent·es intervenant·es du secteur avec d'autres regards, d'autres perspectives étaient vécu par les participant·es comme très enrichissant. Ils rapportaient que ces rencontres leur avait vraiment permis de mieux comprendre ce réseau parfois tentaculaire, son intérêt et le fait que cette offre pouvait répondre aux besoins du patient·e à chaque temps de son parcours de soins. Les participant·es rapportaient mobiliser ce réseau plus facilement et y avaient plus recours qu'avant et donc se sentir moins seul·es. Plusieurs mentionnaient qu'ils avaient notamment découvert et mieux compris le rôle thérapeutique du pharmacien·ne dans le trajet de soins des personnes.

« Je pense que j'ai moins peur d'aborder ces sujets parce que je me sens moins seule aussi et que je me dis OK, si j'aborde le sujet et que le patient me dit effectivement qu'il a un souci d'addiction, je sais vers qui je peux me tourner pour...pour avoir de l'aide pour voilà pour prendre en charge ce patient quoi. »
Participant 3

« Ca permet plus d'aiguiller le patient et savoir le préparer à ce qu'il va lui arriver. Ca le rassure que je sache entre guillemets décrire les lieux, décrire le fonctionnement, ils étaient plus ouverts à y aller par le fait d'avoir plus d'infos. Donc ça aide vraiment aussi de pouvoir leur apporter ça. [...]. Ils sont tous super disponibles (sous-entendu le réseau). On peut les appeler quand on veut et ils vont se démener pour le patient. »
Participant 27

3.3 Apprentissage du travail en équipe, apprentissage de la transdisciplinarité

Bien que la majorité des participant·es avaient travaillé en Maison médicale dans leur stage principal, ils mettaient en avant qu'ils avaient vraiment, grâce à cette formation, mieux compris le rôle et la fonction de chaque profession, qu'ils avaient aussi particulièrement appris des autres professionnel·les de santé, parfois plus que du médecin.

« C'est toujours des co-consultations médecins-infi, médecins-psy, médecin AS, je pense que ça a été ma meilleure formation car pour le coup je trouve ça méga intéressant, c'est super super chouette...J'ai l'impression que c'est du coup peu médicalisé par les autres professionnels...Ca ne pourrait pas être plus formateur que d'être formée par les autres professionnel·les de santé. »
Participant 24, mi-parcours

La majorité rapportait avoir mieux intégré ce qu'était le travail en équipe et son importance grâce à cette formation. Ils opposaient souvent la transdisciplinarité éprouvée dans le cadre de la formation à la multidisciplinarité qu'ils connaissaient en MM par exemple. En effet, cette transdisciplinarité où les professionnel·les réfléchissaient et travaillaient réellement ensemble de manière plus horizontale autour de situations cliniques, avec de limites parfois poreuses entre les professions pouvait s'opposer à la multidisciplinarité qu'ils connaissaient où il y avait moins de partages autour des situations vécues. Certain·es rapportaient que cette transdisciplinarité, ce maillage fort de l'équipe, permettait également de moins vivre un sentiment d'impuissance face à des situations complexes ou des faits de violence. Cela pouvait balancer la solitude vécue parfois en MG face aux patient·es.

« Ce qui est parfois plus difficile à gérer, c'est le patient qui vient et qui est sous substance, c'est parfois ce que j'ai le plus de mal, car j'ai parfois l'impression que ce qu'on fait ne sert à rien, car il est sur une autre planète parfois et c'est difficile de le recadrer, de savoir quoi faire à ce moment-là. [...]. Parfois, ça dégénère ils peuvent devenir violents en parole ou en acte pas envers nous, mais envers le matériel...je me suis

retrouvé 2 fois dans des situations où je ne savais pas trop quoi faire mais l'équipe arrive très vite en soutien, c'est surtout quand ils sont deux que ça arrive [...]. Le fait d'être en équipe permet de les prendre séparément et de calmer la situation.» Participante 27

4. Confrontation avec les questions de **cadre thérapeutique**

Les participant·es rapportaient que cette formation leur avait appris à se confronter aux questions du cadre de la consultation, de la relation de soins avec les patient·es et des différents cadres institutionnels rencontrés qui pouvaient être particulièrement interpellants par rapport à tout ce qu'ils avaient connus. Ces patient·es qui essayaient souvent de sortir ou de tester les limites du cadre les confrontaient. Ceci leur avait permis de mieux se positionner et se connaître par rapport à leurs propres cadres et types de cadres institutionnels dans lesquels ils se retrouvaient le mieux. Les situations de crise et de violences vécues mettaient particulièrement en exergue ces questionnements.

5. Expérimentation d'un réel **partenariat patient** avec une population actrice de sa santé

Certain·es participant·es rapportaient avoir également énormément appris des patient·es, et avoir éprouvé et mieux compris le partenariat patient et la décision partagée dans le cadre de cette formation. Avec des patient·es qui les remettaient en question, qui connaissaient souvent plus de choses que le médecin sur les produits et pour certain·es souvent plus acteurs et actrices de leur santé que d'autres. On pouvait noter également que les participant·es se mettaient dans une réelle position d'apprenant·es et une position d'humilité face à ces situations en essayant de travailler au plus près de leur réalité et de leurs besoins.

« En fait, on peut pas imposer des trucs aux patients et le but c'est vraiment d'essayer de faire en sorte que leurs pratiques soient les moins risquées possibles pour leur santé. Et ça, je crois que c'est applicable dans plein de choses en fait, et ça permet vraiment d'avoir des décisions prises avec le patient. Une communication qui est plus centrée sur le patient, ses besoins, ce que lui en pense. Ouais, c'est ça et moins vouloir imposer...Bah la vision idéale du médecin et de la santé et vraiment plutôt de se dire OK, qu'est-ce qui est possible pour vous de mettre en place et...et comment est-ce qu'on peut avancer ensemble pour améliorer les choses ? » Participante 3

« Y en a plein avec qui j'ai eu des discussions très très intéressantes, y en a plein qui m'apprenaient plein de choses [...]. J'adorais qu'il y ait des fois ce rapport de hiérarchie qui soit inversé, ou qu'il y en ait pas justement... » Participant 12

6. **Réflexivité** au niveau éthique, déontologique, sociétale, Santé Publique

Certain·es apprenant·es avait déjà une réflexion bien élaborée par rapport à la thématique, la médecine et leur rôle avant cette formation. Celle-ci semblait avoir trouvé un terrain fertile dans la formation au vu de la thématique transversale qui pouvait questionner leur éthique, leur déontologie ou poser des questions sociétales ou de Santé Publique. Quelques-un·es, par contre, rapportaient que la formation avait permis de réellement déployer leur réflexivité, remis en question leurs balises voire généré un certain engagement. Nous pouvions également le percevoir dans l'évolution des entretiens et des discours des participant·es tout au long du processus.

« Je suis de base « dans les règles, c'est la loi ! », j'avais l'impression parfois qu'ils jouaient avec mes pieds, je pouvais me sentir mal ou coincée face à des demandes de prescription puis je me rappelais que l'important c'était le lien thérapeutique, et à ce moment c'est ce qu'il fallait faire, je pouvais me justifier avec ça. » Participante 27

« Ma réflexion est beaucoup plus construite [...]. Ca m'a beaucoup plus fait réfléchir au monde qui m'entourait...Ca a apporté une dimension en plus que je n'ai jamais eu avec aucun autre cours de médecine... » Participant 4

Cette réflexivité, ils rapportaient l'avoir développée via différents médias de la formation: à travers les cours théoriques, la rencontre avec les patient-es, les échanges avec les différent-es intervenant-es de santé rencontrés, les échanges entre pairs ou encore via leur TFE s'ils avaient orienté leur sujet dans cette direction.

« J'étais avec un patient et il racontait de manière très touchante et il racontait à quel point il était dépendant et il racontait une histoire ou en fait mais putain, en fait les policiers ils essayent tout le temps de nous arrêter nous, et pourquoi ils investissent pas plus d'argent pour [...]. Ca m'a fait prendre conscience de la société, des drogues, des ...Ca m'a poussé à regarder pas mal de trucs, à travers les groupes de partage d'étudiants (sous-entendu le groupe WhatsApp)...sur les questions de comment s'est arrivé, à qui ça profite...et...et tout ça, ouais en fait ça a eu pas mal de... » Participant 12

7. **Transfert** des acquis à l'ensemble des pratiques

Selon les participant-es, la formation leur a permis d'acquérir plusieurs compétences qu'ils disaient avoir pu transférer à leur pratique tels le non jugement face aux patient-es et leurs situations de vie en général. Ils rapportaient pouvoir transférer aussi les compétences de savoir, savoir-être et savoir-faire en addictologie à d'autres situations comportementales comme le diabète. Tout comme la question aussi de poser un cadre et des limites dans la consultation, et ce, notamment par rapport à certaines demandes (ex : demande d'antibiotiques non justifiée). Ils soulignaient également avoir appris à travailler et à réfléchir de manière plus globale en général en intégrant mieux le modèle biopsychosocial de la maladie. En termes également de collaboration interprofessionnelle et de travail en réseau, ils rapportaient qu'ils pouvaient transposer ce qu'ils avaient appris à d'autres situations complexes.

« Qu'on est pas seul, qu'il faut pas travailler seul, mais c'est valable pour toutes les autres pathologies qu'on peut rencontrer, ça m'a bien aidé, ça permet de prendre l'habitude d'aller voir d'autres personnes plus spécialisées ou qui peuvent aider. » Participant 22 focus-group 1 an après

Ils disaient travailler beaucoup plus avec le ou la pharmacien-ne qu'avant la formation pour toute une série de situations car ils avaient beaucoup mieux intégré son rôle dans les trajectoires de santé. Plusieurs ont également évoqué le fait que cette formation leur avait particulièrement appris à mieux gérer le sentiment d'impuissance du soignant-e face à certaines situations cliniques qui allaient au-delà de ces patient-es. Ce sentiment d'impuissance revenait souvent, surtout face aux situations de migration ou ils réalisaient que la part d'aide qu'ils pouvaient apporter était minime et se jouait souvent à un niveau non médical. Ce sentiment était particulièrement marqué à mi-parcours et semblait avoir été travaillé par la suite par un travail sur le « cure » au profit du « care » même s'il pouvait rester difficile à gérer encore par la suite.

Plusieurs ont évoqué aussi des MG dans des structures qui ont été de véritables modèles de rôle²⁹ pour eux de par les compétences cliniques, relationnelles, leur engagement ou encore leur réflexivité témoignant de leurs professionnalisme³⁰.

²⁹ Un modèle de rôle est « une personne qui enseigne en donnant l'exemple et qui a une influence sur les étudiants de manière non intentionnelle, inconsciente, informelle et épisodique ». Le mentor est, quant à lui, considéré comme un superviseur plus direct (225).

³⁰ Le professionnalisme en médecine sous-entend l'excellence, la responsabilité, l'altruisme et l'humanisme (226).

Au terme de ces analyses et de ces suivis individuels et collectifs, nous pouvons constater que cette formation a eu un impact sur la construction de leur **identité professionnelle**³¹ et la **philosophie de soins** du médecin généraliste qu'ils étaient en train de devenir. L'effet était variable selon leur position dans ce processus avant d'entamer la formation.

« Ca a complètement changé les choses, et la RdR...Ca a complètement changé ma façon de voir le patient, dans une pratique qui n'est pas forcément assuétudés, ça a changé ma façon d'aborder les gens... »
Participante 10

D'autres éléments sont à évoquer également pour compléter l'impact du dispositif sur les participant-es. En effet, trois participant-es se sont orienté-es vers la psychiatrie (deux au terme de la formation et la troisième en cours de parcours). La formation semble avoir été un des leviers à ce niveau.

Il est intéressant de noter également qu'une majorité des assistant-es a choisi un sujet de travail de fin d'étude en lien avec la thématique des assuétudés. Cela témoigne que cette formation amenait beaucoup de questionnements et l'envie de les approfondir.

Pour finir, nous avons fait le constat qu'au terme de la formation ou de leur assistantat peu s'installaient dans une pratique clinique. A part les personnalités plus pragmatiques ou démunies par rapport aux situations rencontrées qui avaient trouvé dans la formation réponse à leur question, plusieurs évoquaient le fait de faire le post-graduat à Anvers, de voyager, de s'investir dans d'autres formations, dans d'autres causes ou projets. Ils semblaient mobiles, sans beaucoup d'attache, curieux-ses de tout, curieux-ses du monde et de pouvoir mieux le comprendre.

III.3.2.1.2 Evaluation sommative (niveau de satisfaction, d'apprentissage et de performance)

1. Niveau de satisfaction de la formation

A travers les différents entretiens, focus groups, réunion de feed-back avec les différents partenaires, nous avons perçu beaucoup d'enthousiasme de tous côtés. Les institutions ont à la fois retiré un bénéfice de ces expériences en termes de remise en question de leur pratique et d'amélioration de la qualité de soins de leurs patient-es sur certain-es aspects mais également en termes de recrutement immédiat ou de collaborations futures. Ils ont également éprouvé la satisfaction de pouvoir transmettre de bonnes pratiques de soins aux nouvelles générations de médecins généralistes.

Les assistant-es, quant à eux, étaient globalement très satisfait-es de la formation pour tous les apports mentionnés dans le chapitre précédent ainsi que pour avoir eu un espace de discussion et d'échange privilégié, intime et formatif avec l'équipe enseignante. Pendant la crise du Sars-Cov-2, plusieurs ont vu la formation comme une bulle d'oxygène par le fait de pouvoir sortir du cadre de la consultation en MG, de voir d'autres publics, d'autres besoins de santé. Cela a également été mentionné après la crise.

« Si j'ai continué la médecine générale cette année, c'est grâce à cette formation. » Participante 21

³¹ L'identité professionnelle en médecine peut être vue comme une construction de soi qui se réalise par étapes au fil du temps, au cours duquel les caractéristiques, les valeurs et les normes de la profession médicale sont intériorisées. Ce qui va permettre à l'individu de penser, d'agir et de se sentir médecin (227).

Lors de l'entretien de fin de formation et dans les bilans de formation qu'ils devaient remplir, ils étaient globalement très reconnaissant-es de leur avoir donné cette opportunité, accès à cette clinique qui les avaient fait évoluer en tant que professionnel-le et en tant que personne et citoyen-ne (cf évaluation formative). Certain-es considéraient que la formation aurait dû être obligatoire pour tout médecin tant les consommations étaient omniprésentes et tant cette formation leur avait apporté. Les participant-es avaient particulièrement apprécié les rencontres avec les équipes, leur bienveillance, leur ouverture, le fait qu'ils soient ce dernier rempart de santé et qu'ils permettent une réelle accessibilité aux soins pour tou-ttes dans les centres bas-seuil.

« Moi, ce que je retiens en premier de cette formation : c'est la bienveillance des équipes, je n'avais jamais connu ça auparavant. » Participant 30

Ils avaient beaucoup apprécié la qualité de l'encadrement à tout niveau, que ce soit sur le terrain par les équipes pluridisciplinaires qu'au niveau académique (cf évaluation formative). Les moments d'entretiens individuels qui permettaient de prendre un temps de métacognition sur leur parcours d'apprentissage étaient également appréciés par les participant-es. Le fait d'avoir pu échanger avec les pairs lors du focus-group à mi-parcours sur leurs vécus, leurs questionnements et interpellations et essayer d'élaborer ensemble, forts de leur expériences respectives des réponses, étaient vécus comme bénéfiques. Tout comme le fait également d'entendre les vécus et les réalités des autres participant-es dans des contextes différents.

La majorité des participant-es qui allaient au bout de la formation, évoquaient vouloir travailler dans le secteur par la suite d'une manière ou d'une autre et en tout cas continuer à soigner ces patient-es. Certain-es étaient déjà effectivement en place au terme des cinq ans. A noter qu'une participante avait même créé une consultation d'addictologie dans un hôpital psychiatrique à Tournai.

Nous avons aussi pu relever chez quelques participant-es un effet indirect de la formation que nous n'avions pas anticipé : la formation et la sensibilisation des maitres de stage à cette clinique. Certain-es se retrouvaient à déléguer ce type de prise en charge aux assistant-es mais d'une certaine manière à leur donner une place d'expertise plutôt positive dans une dynamique plus horizontale de savoir. Des participant-es rapportaient également que leurs maitres de stage étaient particulièrement curieux-ses et intéressé-es de ce qu'ils apprenaient durant la formation, qu'ils leur posaient de nombreuses questions, leur demandaient aussi d'en faire quelque chose de constructif dans le cadre de leur pratique.

Il restait difficile de trouver un équilibre avec leur stage principal et les exigences du master de spécialisation en médecine (surtout pour les assistant-es de Master 3). La crise du Sars-2-Cov a amené quelques instabilités dans les équipes qui ont eu parfois un impact sur l'ambiance ou l'encadrement. Certain-es regrettaient un manque de ressources dans les centres avec un flux parfois trop important de patient-es à devoir gérer, trop de moments de prescription générant un sentiment d'être presque un dealer ou que les 6 mois dans chaque centre n'aient pas permis qu'ils créent des liens thérapeutiques avec les patient-es qui n'avaient pas forcément de rendez-vous hebdomadaires ou qui ne s'y tenaient pas forcément. Leur place comme médecin généraliste avec une approche holistique n'était pas toujours facile à trouver dans certains lieux qui se focalisaient uniquement sur l'aspect TUS. Certain-es ressentaient parfois trop de passivité ou trop d'attentes envers eux. Pour les assistant-es en Wallonie, il n'avait pas non plus été facile de pouvoir réaliser la partie « Réseau » dans certaines régions en péri-crise du Sars-Cov-2. Les situations de violence, exacerbées en péri-crise du Sars-2-Cov pouvaient également amener un malaise chez certain-es.

Plusieurs participant-es regrettaient de ne pas avoir été mieux formé-es aux questions de tabac et d'alcool durant la formation. Ils relevaient que ces questions étaient relayées au second plan dans les centres bas-seuil dont ce n'était pas la première demande. En effet, l'importance était donnée à la stabilisation des substances illicites et à la réinsertion sociétale des personnes. Les institutions semblaient ainsi être plus prises dans ses

enjeux politiques que sanitaires. Le tabac par exemple, était selon les participant·es particulièrement banalisé et minimisé dans certaines équipes où certains travailleurs·ses se retrouvaient à fumer dehors avec les patient·es. Une participante évoquait également son inconfort à aborder la question étant elle-même fumeuse.

« Le 1^{er} truc qui m'a un peu choquée quand j'ai commencé à consulter à X, c'est qu'on était très focus sur l'héroïne, l'alcool et le cannabis limite c'était normal, l'alcool c'était limité banalisé, mais ce qui m'a aussi choqué c'est le tabagisme quand je voyais les travailleurs fumer avec les patients dehors, ça m'a questionné sur ma place...Car la santé du patient est centrale pour moi et je trouvais qu'elle était un peu délaissée. » Participante 28, focus-group de mi-parcours

Une autre participante mettait en avant le peu de place laissé à la prévention et au somatique dans ces suivis.

Quelques-uns mettaient en avant la lourdeur du carnet de compétences qu'ils trouvaient trop scolaire. L'importance de l'évaluation diagnostique était de ce fait souvent comprise à posteriori.

Plusieurs ont également évoqué le fait que cette formation, même si elle pouvait leur donner de l'énergie, leur en demandait également beaucoup. En effet, celle-ci se faisait dans la réalité souvent en dehors des 38 heures de base et en plus d'un cursus déjà fort chargé et demandant.

Certain·es auraient voulu plus de cours théoriques, ils estimaient manquer de connaissances suffisantes sur les pathologies psychiatriques.

Niveau d'apprentissage

En ce qui concerne le niveau d'apprentissage, comme évoqué, nous n'avons pas eu recours au QIFA pour les compétences de savoir, savoir-faire ou au bSAAS pour les compétences de savoir-être. Ces questionnaires ont toutefois permis aux personnes qui les ont remplis de s'auto-évaluer. Nous nous sommes basé·es sur leur propre sentiment de développement de compétences; le carnet de compétences complété·es par eux-mêmes et leurs référents médicaux et non médicaux qui montraient chez tout·es une évolution positive à très positive ; les retours des équipes et des patient·es via les équipes. Pour ce faire, nous avons un contact téléphonique avec le ou la référent·e de la formation après chaque 6 mois.

Niveau de performance

L'évaluation du niveau de performance des apprenant·es s'est faite à travers les retours des équipes, l'entretien semi-dirigé de fin de formation.

Pour compléter nos méthodes d'évaluation, nous allons mobiliser également le Modèle d'évaluation de Kirkpatrick. Il s'agit d'un modèle d'évaluation pédagogique, élaboré par Donald Kirkpatrick en 1959 et qui est largement utilisé dans les sciences de l'éducation, notamment au niveau des soins de santé (228). Il s'agit d'un modèle pyramidal à 4 niveaux (1= satisfaction par rapport à la formation, 2= acquis d'apprentissages, 3= changement dans les comportements et compétences dans la pratique, et 4= résultats) (229). En partant de ce modèle, nous pouvons constater que notre dispositif a atteint le dernier niveau de la pyramide. Comme nous l'avons souligné, la satisfaction a été rapportée par la majorité des participant·es qui relevaient également la pertinence et la nécessité d'un tel dispositif. Les acquis d'apprentissages ont été nombreux en terme de savoir, savoir-être et savoir-faire. Ces acquis d'apprentissage ont pu être transférés directement vers la pratique des participant·es étant donné que la formation était pensée en situation réelle. Nous avons également pu constater un transfert des apprentissages -notamment en termes de changement de

comportement- dans toute une série d'autres situations cliniques. Concernant les résultats du dispositif, nous n'avons pas pu les mesurer directement sur les patient-es mais à travers les retours des équipes et le fait que les participant-es rapportaient se sentir plus compétent-es et avoir augmenté leurs prises en charge en général ou s'être orienté-es plus spécifiquement vers cette clinique. Nous avons également pu noter un effet indirect du dispositif sur les maitres de stage principaux des assistant-es en MG.

III.2.4 Discussion

Notre recherche-action semble avoir atteint ses objectifs pédagogiques et de recherche bien que l'objectif : « inclusion de patient-es TUSI dans sa pratique », n'ait pas pu être suffisamment évalué. La plupart des assistant-es n'étaient pas installé-es comme MG au terme de leur année de formation ou même lors de l'évaluation 1 an après. Les **participant-es qui s'étaient installé-es** dans une pratique, l'avaient, en revanche, **orientée vers les assuétudes**. Les **autres** mentionnaient, en majorité, **vouloir y consacrer une partie de leur pratique future**. Ils rapportaient largement avoir pu développer un sentiment d'auto-efficacité quant à cette pratique.

Même si nous avons fait face à une diversité de profils et de motivations à prendre part à la formation, **l'humanisme** (voir note en bas de la page 111) était **transversal à tout-es les participant-es**. Ce qui allait dans le sens de la littérature sur la thématique, bien que peu documentée (159,230). De plus, trois-quarts des assistant-es ayant pris part à la formation travaillaient en maisons médicales ce qui témoigne d'une surreprésentation de ce profil de MG. En effet, les données que nous avons pu obtenir pour l'ensemble des assistant-es en MG en 2023-2024 font plutôt état d'un ratio de $\frac{1}{4}$ en MM³². Les six valeurs prônées par la Fédération des Maisons Médicales que sont la solidarité, la justice sociale, la citoyenneté, le respect de l'altérité et l'autonomie font écho aux valeurs évoquées par les participant-es. Nous avons également pu observer que certain-es participant-es étaient issu-es de minorités sexuelles ou ethniques, ou bien avaient un style qui pouvait dénoter de l'imaginaire véhiculé autour de la figure du médecin. Nous avons supposé que leur propre marginalité ou vécu potentiellement discriminant a pu trouver résonance à la marginalité de ces patient-es. Ce qui a été explicitement évoqué par un participant. Nous n'avons pas trouvé de littérature sur l'identité des médecins travaillant dans le secteur assuétudes, toutefois, la littérature qui traite des personnes travaillant dans le social émet l'hypothèse d'un **besoin de réparation** à travers ce travail (231). Cela semblait faire partie des motivations de certain-es mais cela ne recouvre pas l'ensemble des motivations.

Nos différents résultats montrent que cette formation permet véritablement d'intégrer pratiquement les **sept rôles du médecin selon le Canmeds** (178), premier référentiel de compétences au monde. Ce référentiel met la compétence d'expert médical au cœur du métier, compétence dont découlent six autres rôles fondamentaux : les rôles de communicateur, de collaborateur, de leader, de promoteur de la santé (health advocacy)³³, d'érudit et de professionnel qui sont des compétences qui ont été bien mises en évidence par les participant-es. Plusieurs d'entre eux ont rapporté que c'est notamment via la philosophie de la Réduction des Risques qu'ils ont pu concrètement approcher plusieurs de ces rôles. Accepter que le patient-e continue à consommer des substances, voire des substances illicites, alors que cela va à l'encontre des bienfondés de santé ou de la moralité, ou accepter que l'abstinence par exemple n'est pas un objectif de vie réaliste pour le/la patient-e les a conduit à se centrer sur le/la patient-e. En effet, cela leur a permis de se détacher du paternalisme et d'une approche normative de la santé pour plus centrer l'approche sur les **besoins du/de la**

³² Informations reçues de la part du référent du CCFMGM en date du 25/09/2023.

³³ La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer (232).

patient·e et de ses objectifs de vie, dans le cadre **d'une décision médicale partagée**, qui bien que de plus en plus enseignée n'est pas toujours appliquée (160).

Par ailleurs, les participant·es ont évoqué à plusieurs reprises **des sentiments d'impuissance** face aux mécanismes de l'addiction ou d'impuissance par rapport à leur rôle médical face à des situations complexes dominées par des dimensions psycho-sociales ou problématiques systémiques. J. Colrat en 2013 fait mention de « travail palliatif social » quand la notion d'intégration sociale ou de perspectives sociales pour la personne n'est pas envisageable, notion d'autant plus présente dans le secteur à l'heure actuelle au vu des nombreuses barrières à la ré-affiliation sociale pour certain·es PTUSI (233). Ce terme fort fait en effet écho à une réalité de plus en plus tangible pour une partie de ce public, notamment dans les centres de type bas seuil (145,159,231). Ces situations viennent questionner la fonction et l'utilité même du soignant·e comme certain·es l'ont rapporté. Il semble que même si cela les a mis en difficulté, cela leur a permis également d'adopter rapidement et autant que possible un positionnement de « **care** » et moins de « **cure** » et de **travailler à la bonne distance thérapeutique** avec les patient·es, en étant entouré·es par le maillage solide de l'équipe, qui malgré des contextes de travail difficiles se montraient dans la grande majorité des cas bienveillants avec eux. Ce qui favorisait le bien-être des assistant·es pendant la formation. L'acceptation des limites du soignant·es pouvaient toutefois être difficile, d'autant plus chez certain·es qui adoptaient une attitude de missionnaire et/ou de sauveur. Plusieurs discours ont en effet été entendus du type « *Si 'est pas moi, qui d'autre le fera* », « *Je vais continuer dans le centre X pour aider l'équipe* ».

Pour relier les « Partie II » et « Partie III » du présent travail, nous pouvons constater que tous les participant·es de cette formation pourraient être classé·es comme médecins « Inclusif·ves » et une partie même parmi les médecins « Engagé·es ».

III.3.2.4.1 Limites du dispositif pédagogique

Nous avons relevé un certain **effet d'entonnoir** entre l'intérêt à participer à la partie théorique de la formation et celui à aller jusqu'au bout de la partie pratique. Cet intérêt se manifestait de manière chiffrée en passant d'une centaine de participant·es ayant commencé la formation théorique, de 33 participant·es ayant réellement initié la formation pratique à 20 personnes l'ayant finie au terme des 5 ans du projet-pilote. Ce phénomène peut s'expliquer par différents éléments au niveau macro, méso et micro (234). Premièrement, du côté de la communication autour de la formation, cela n'a pas été évident de bien communiquer en dehors de l'ULB. Du côté du système de soins, les stigmas et méconnaissances des maîtres de stage (MDS) ont également impacté la formation. Pour exemple, certain·es assistant·es nous ont rapporté que leur MDS ne voulait pas qu'ils fassent la formation de crainte qu'ils ne ramènent ces patient·es dans leur patientèle. Les stigmas et appréhensions face à la complexité des situations étaient aussi présents du côté des assistant·es qui, pour beaucoup, ne désiraient pas se former à cette clinique. La surcharge de travail, exacerbée pendant la crise du Sars-Cov-2, qui pèse en médecine générale et ce, particulièrement dans les zones en pénurie, a eu un effet miroir également sur le recrutement ou a arrêté certain·es assistant·es motivé·es. Ces 4 heures devaient pouvoir s'intégrer également dans leur plan de stage qui est assez flou (entre 38-48 heures par semaine). Les assistant·es libéré·es durant leur temps de travail étaient donc de la main d'œuvre et/ou un apport financier en moins. Certain·es le faisaient, de ce fait, dans leurs heures libres ou lors de leur demi-journée scientifique. Un autre limitant était le besoin, sinon même l'envie, de se former à une multitude de cliniques, ou d'autres formes d'engagements.

Une situation intéressante est également à rapporter : une participante en Wallonie a décidé d'arrêter après 6 mois car elle considérait qu'elle avait atteint ses objectifs personnels au terme de cette première période. Mais pas seulement, elle craignait que d'aller au bout de la formation ne l'identifie dans sa région et dans le

secteur. En effet, vu le manque crucial de MG disponibles, elle ne voulait pas se retrouver être dépassée de demandes et être étiquetée de « médecin à tox ». Ce discours semble être souvent tenu par les participant-es à la formation théorique du Réseau Alto en Wallonie.

III. 2.4.2 Limites de la recherche-action

Ce projet de recherche-action était ambitieux dans sa conception et ses moyens d'évaluation. Au vu de la réalité de terrain et des autres projets, la **recherche n'a pu être menée comme espérée**, ce qui en a limité potentiellement certaines nuances, subtilités et données intéressantes. Toutefois notre constant contact informel et formel avec les différentes parties prenantes du projet et la variété de moyens d'évaluation utilisés semble avoir permis d'évaluer les différents impacts de la formation. Nous pouvons citer en exemple, le fait d'avoir pu évaluer le développement des compétences des apprenant-es pas uniquement de façon auto-rapportée mais également par les traces d'apprentissages et les feed-backs réguliers de leurs référent-es. Les échanges également réguliers avec la conseillère pédagogique de la Faculté depuis la conception jusqu'à l'évaluation du projet ont apporté également un autre regard et d'autres dimensions. Pour limiter un maximum les biais de désirabilité sociale ou d'inhibition des participant-es, une majorité des entretiens des participant-es venant de l'ULB ont expressément été réalisés par cette dernière.

La **formation a été globalement très appréciée** par les participant-es malgré le fait que plusieurs n'ont pas poursuivi la formation jusqu'au bout. Pour la majorité, nous avons eu des explications que nous avons rapporté dans les limites du dispositif, mais pour d'autres nous les avons **perdu-es de vue**. Nous ne savons donc pas si ces arrêts ont été liés à des éléments extérieurs à la formation ou à la formation en elle-même, ce qui peut biaiser nos résultats.

Même si nous avons considéré les patient-es dans ce dispositif, en **consultant un pair-aidant** lors de l'élaboration du projet et en réajustant celui-ci en tenant compte des besoins exprimés par les patient-es interrogé-es (Partie II.A), nous ne les avons pas impliqué-es dans tout le processus. Nous n'avons pas pu directement évaluer l'impact du dispositif sur eux, seulement indirectement à travers les équipes. Beaucoup de participant-es rapportaient n'avoir pas pu réellement assurer des suivis au vu du temps réduit par semaine et de la durée dans chaque centre ou des patient-es pas forcément ponctuel-les. Il nous a donc paru compliqué de mener une investigation à ce niveau.

Pour finir, une difficulté en pédagogie est de pouvoir identifier dans le développement d'une compétence ce qui peut être inféré au dispositif en lui-même ou à d'autres activités d'apprentissage, en l'occurrence ici le reste des enseignements théoriques et leur formation dans leur lieu de stage principal. Notre objectif ici était justement que l'ensemble puisse s'alimenter mutuellement.

III.2.5 Conclusion

En 2023, le **dispositif pédagogique est arrivé à maturité**, au terme de ces 5 ans de projet. Nous pouvons conclure que nous avons coconstruit un dispositif pédagogique solide. La partie théorique aura permis de sensibiliser les étudiant-es et assistant-es et leur fournir des outils de base. La « Formation Assuétudes », quant à elle, aura permis d'atteindre les objectifs fixés en termes de développement de compétences au niveau du savoir, savoir-être et savoir-faire des participant-es. En effet, les personnes formées déclarent avoir développé

une autonomie de travail dans le cadre d'un accompagnement global, de collaborations interprofessionnelles appropriées et de communication adéquate basée sur des attitudes non stéréotypées. Par ailleurs, la formation semble avoir eu un réel impact au niveau de la construction tant de l'identité professionnelle de soignant·e que de l'identité personnelle des participant·es. Il est à noter qu'au terme de la formation, la majorité a déclaré avoir réellement apprécié cette clinique, qui fut même une révélation pour certain·es, et vouloir continuer cette pratique d'une manière ou d'une autre.

Le recrutement durant ces années a été plutôt positif pour la partie théorique, amenant chaque année une centaine de participant·es (étudiant·es en MA3, assistant·es MG et MG) au cycle complet à l'ULB et un peu plus timide du côté de la « Formation Assuétudes » (théorie et pratique) qui comptabilise 20 personnes formées. Bien que le recrutement fût modéré, nous avons noté une certaine constance voire un engouement dernièrement avec 7 participant·es ayant initié la formation au 1^{er} octobre 2023.

Cette formation a également eu un impact non négligeable sur les structures du secteur, qui ont pour la plupart accueilli ce projet de manière très positive. Ces institutions ont à la fois retiré un bénéfice de ces expériences en termes d'amélioration de la qualité de soins de leur patient·es sur certain·es aspects grâce à l'apport des assistant·es, mais également en termes de recrutement et de collaborations futures. Dans certaines régions wallonnes, le fait que ce projet ait pu former même un·e jeune médecin à de bonnes pratiques de soins par rapport à cette clinique a été une réelle source d'espoir.

Pour conclure et répondre aux objectifs posés par cette recherche-action, nous pouvons humblement constater que ce projet a permis de répondre - de manière limitée - aux besoins de la société, des patient·es comme des partenaires de terrain, en sensibilisant plus de médecins à cette clinique et ses enjeux, et en augmentant le nombre de MG compétent·es et adéquat·es, permettant ainsi de participer à améliorer l'accès aux soins de santé primaires pour cette population dans la lignée des accord d'Alma Ata en 1978 (235).

Perspectives

Il nous reste à travailler sur un nouveau carnet de compétences basé sur des macro-compétences et à continuer à améliorer le recrutement. Peut-être qu'une version plus courte de la mouture permettrait, en acceptant de diminuer la qualité, de recruter plus d'assistant·es. Notre objectif premier était surtout de former en nombre des médecins inclusifs plutôt que quelques médecins engagés. Si nous avons déjà gagné la base de l'inclusivité, il reste toute la carrière du médecin pour se perfectionner. Céder sur la qualité au bénéfice de la quantité est peut-être une piste pour atteindre réellement l'augmentation de ces prises en charge en première ligne. Il serait intéressant également de continuer à améliorer l'évaluation du dispositif en impliquant notamment plus les patient·es. La question de l'identité professionnelle du médecin, qui n'était pas l'objet de cette étude, mais que l'on a déjà pu explorer dans la partie II, pourrait être approfondie.

III.3 Axe III.B : Recherche interventionnelle de type mixte auprès des étudiant·es réalisant le suivi longitudinal d'un·e patient·e chronique avec dépendance

III.3.1 Introduction

Comme la littérature le met en évidence, les étudiant·es en médecine ne sont pas épargné·es non plus par des représentations et attitudes stigmatisantes envers les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites (TUSI) (192,200,236).

La littérature rapporte l'intérêt de mettre en contact les personnes avec TUS ou maladie mentale avec les étudiant·es en médecine pour améliorer leurs représentations et leurs connaissances (111,181,193). Nous avons trouvé opportun de profiter d'un projet existant au sein de la faculté et organisé par le Département de Médecine Générale qui permet de mettre les étudiant·es en situation réelle et authentique dans le cadre de vie d'un·e patient·e avec une pathologie chronique pour mener une étude à ce propos. Nous voulions investiguer cette piste potentielle pour travailler les représentations au plus tôt et évaluer l'influence d'un tel projet sur l'accompagnement de ces personnes en médecine générale.

En effet, depuis 2015 le Département de Médecine Générale de l'ULB, propose un projet innovant qui se nomme : « **Projet : suivi longitudinal d'un patient chronique (PPC)** » (237). Le PPC consiste à demander aux étudiant·es de suivre un·e patient·e avec au moins une pathologie chronique pendant 3 ans, depuis le Bloc 4 jusqu'au Bloc 6, à la fréquence d'une moyenne de 5 rencontres. Celles-ci se font soit au cabinet du médecin généraliste soit au domicile du/de la patient·e. Plusieurs compétences sont visées à travers ce projet telles des compétences en communication et en aptitudes relationnelles, en suivi longitudinal d'un·e patient·e et en gestion du dossier de santé informatisé. Pour notre étude, nous avons proposé aux étudiant·es de la cohorte 2019 de **choisir un·e patient·e ayant une dépendance avec ou sans substance**, le choix était laissé à l'appréciation des étudiant·es. Le fait d'avoir choisi le concept de « dépendance »³⁴ et non d'assuétudes ou éventuellement d'addiction était un choix délibéré de l'équipe de recherche. Nous avons privilégié cette terminologie délaissée dans le DSM V au profit du trouble lié à l'usage de substances sévère car cela nous paraissait une notion tangible et accessible pour les étudiant·es peu encore formé·es. La notion de TUS n'étant pas encore suffisamment intégrée dans le vocabulaire francophone. La dépendance pouvait regrouper également la notion de dépendance au médicament. Il était également intéressant de pouvoir questionner la représentation qu'ils se faisaient de ces notions.

Objectifs de recherche

Dans le cadre de ce projet, nous avons élaboré la question de recherche suivante :

³⁴ La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié du produit qui provoque une altération du fonctionnement et/ou une souffrance significative, et qui est caractérisée par des signes psychologiques et éventuellement physiques (difficultés à contrôler la consommation, maintien de la consommation malgré les problèmes qu'elle engendre, tendance à augmenter les quantités ou encore symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal de la consommation) (Cf DSM IV) (238).

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact que ce suivi pouvait avoir sur l'étudiant·e en termes de représentations et d'approche clinique de ces patient·es. Les objectifs secondaires étaient de comprendre ce qui avait déterminé le choix d'un·e patient·e avec dépendance ou non ainsi que d'évaluer l'impact potentiel des focus-groups et donc des échanges entre pairs (= interventions répétées) sur leurs représentations.

III.3.2 Méthodologie

III.3.2.1 Design

Nous avons mené une étude mixte de type interventionnelle de design adapté aux objectifs de l'étude. Nous avons comparé les vécus des étudiant·es à différents temps ; ceux et celles accompagnant un·e patient·e avec dépendance à ceux et celles ne suivant pas de patient·e avec ce type de problème de santé. Pour ce faire, nous avons combiné une partie qualitative par focus-groups et une partie quantitative par questionnaire transversal.

III.3.2.2 Population cible

Notre population cible était constituée des étudiant·es de médecine à l'ULB qui démarraient en octobre 2019 le « Projet : suivi longitudinal d'un patient chronique » (PPC).

Les *critères d'inclusion* étaient les suivants : tout·es les étudiant·es de médecine ULB en Bloc4 (4^e année de médecine) en octobre 2019 ayant choisi un·e patient·e avec une problématique de dépendance ou non. Les *critères d'exclusion* comprenaient les étudiant·es en médecine des autres Blocs.

III.3.2.3 Collecte de données

Matériel

-Guide d'entretien : nous avons élaboré le guide d'entretien sur base de la littérature scientifique, de notre guide de la Partie III·2·2·1 (Analyse des besoins des apprenant·es) et des échanges entre l'équipe de recherche et deux sociologues de la santé qui ont participé à l'animation des focus-groups. Le guide se divisait en 3 parties : 1) questions générales (choix de la médecine, choix du patient·e, vécu du projet) ; 2) questions plus spécifiques sur la situation suivie (et en quoi elle différait sinon d'une situation de dépendance ou non) ; 3) questions autour des assuétudes ayant trait aux expériences vécues et à leurs représentations. Le même guide d'entretien était réutilisé chaque année avec quelques ajustements comme validé en recherche qualitative, pour finir par leur demander ce que le focus-group leur avait apporté. Voir Annexe J.

-Questionnaire : utilisation du questionnaire bSAAS (+données socio-démographiques) dont le processus de validation est expliqué dans la Partie III·4. Voir Annexe D.1.

Recrutement

Les étudiant·es de Bloc4 ont été recruté·es via le listing du DMG. Premièrement, 313 étudiant·es prenant part au PPC ont été contacté·es par mail pour leur proposer de participer à l'étude s'ils suivaient un·e patient·e chronique ayant une dépendance. Des communications orales ont également été faites dans les auditoriums. 9 personnes ont été recrutées via ces canaux. Nous avons ensuite généré une liste aléatoire et screené les 70 premiers dossiers. Grâce à cela, nous avons complété le recrutement pour le groupe (« Exposés »/Dépendance+) et recruté le groupe contrôle (« Non exposés »/Dépendance-). Un mail personnalisé a été envoyé aux 58 étudiant·es qui rentraient dans les critères d'inclusion, 35 ont répondu positivement.

III.3.2.4 Déroulé de l'étude

L'étude s'est déroulée sous forme de focus-groups (FG) après la première, troisième et cinquième rencontre des étudiant·es avec leurs patient·es chroniques. Les focus-groups ont eu une durée minimale de 1h42 et maximale de 2h27.

- ➔ 1^{ère} année (Début mars 2020 en présentiel) :
 - **27** personnes se sont présentées et ont participé à l'étude
 - Nous avons pu réaliser 4 FG :
 - 2 FG d'étudiant·es ayant un·e patient·e avec Dépendance (Focus Groups D+) étaient constitués respectivement de 10 (GD+1) et 5 participant·es (GD+2)
 - 2 FG d'étudiant·es ayant un·e patient·e sans Dépendance (Focus Groups D-) étaient composés respectivement de 7 (GD-3) et de 5 participant·es (GD-4)
 - 27 questionnaires bSAAS ont été complétés

- ➔ 2^e année (en mars 2021 en distanciel, étant donné la crise du Sars-cov-2) :
 - **22** personnes ont participé aux FG :
 - 13 étudiant·es pour les Focus Groups Dépendances (GD+1 et GD+2)
 - 9 étudiant·es pour les Focus Groups Sans Dépendance (GD-3 et GD-4)
 - 22 questionnaires ont été complétés

- ➔ 3^e année (en avril-mai 2022 en distanciel pour des raisons logistiques, stages dans toute la Belgique francophone).
 - **21** personnes ont participé à l'étude
 - 11 étudiant·es pour les Focus Groups Dépendances (GD+1 et GD+2)
 - 8 étudiant·es pour les Focus Groups Sans Dépendance : 4 pour le GD-3 + 2 pour le GD4- + 2 entretiens individuels
 - *NB : il a été impossible de réunir plus de 2 personnes pour le GD4-, nous avons donc opté pour des entretiens individuels par la suite*
 - 17 questionnaires ont été complétés

III.3.2.5 Analyse des données

Pour la partie qualitative, nous avons procédé à deux analyses de données de manière manuelle pour essayer d'appréhender le phénomène en croisant contenu des focus-groups, notes et observations croisées.

Une première analyse a consisté en une analyse inductive de contenu thématique (147), les données intra et inter-focus groups ont ainsi été analysées de manière horizontale (temps T) et verticale (dans la durée) à l'aide d'une matrice d'analyse basée sur les thèmes a priori et émergeant de manière inductive lors de notre analyse (a posteriori).

Sur base de nos premières analyses, nous avons très vite constaté qu'une **analyse secondaire sous le prisme de la construction de l'identité professionnelle** semblait pertinente pour mieux comprendre le positionnement des un-es et des autres tout au long du processus et ce qui les influençaient. Nous nous sommes, pour ce faire, inspiré du modèle conceptuel de socialisation³⁵ en médecine élaboré par Sylvia et Richard Cruess et al. en 2015 comme cadre d'analyse déductive (240).

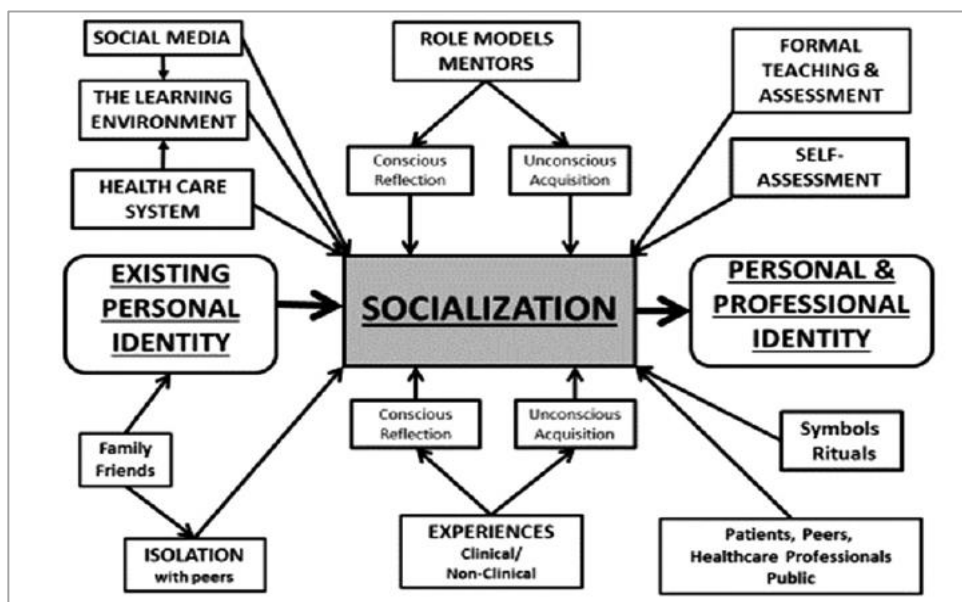


Figure III.h : Modèle de socialisation dans le cursus de médecine selon Cruess et al. (240)

A noter qu'il existe une *socialisation primaire*, qui se déroule de la naissance à la fin de l'adolescence et qui façonne durablement la personnalité des individus. Pendant ce processus, l'enfant acquiert des normes et des valeurs transmises par son groupe primaire (foyer, activités, religion, etc.) et l'école qui a pour fonction d'inculquer les normes et valeurs sociétales (241). La *socialisation secondaire* - qui nous intéresse ici - s'opère à l'âge adulte et induit une reconstruction de l'identité personnelle à travers les différentes interactions que la personne va avoir dans sa trajectoire. Le parcours professionnel en est une pierre angulaire (224,205). Durant ce processus de socialisation secondaire au travers de la profession, **l'individu va vivre des**

³⁵ La socialisation est l'ensemble des processus par lesquels les individus acquièrent et intériorisent les normes, les valeurs et les rôles qui régissent la vie sociale, construisant ainsi leur identité psychologique et sociale (239).

négociations (sous forme d'acceptation, de compromis et de rejet) entre les valeurs et normes acquises durant l'enfance et les valeurs et normes de la nouvelle profession (242). Dans le cas présent, la médecine (226).

Pour les auteur-es, l'identité personnelle existante est définie comme l'ensemble des caractéristiques (sexe, race, genre, facteurs biologiques) et expériences (religion, culture, classe sociale, entre autres) résultant de la socialisation primaire.

Pour la partie quantitative, nous avons procédé à des tableaux croisés pour les différents items et à des Test de Student pour échantillons appariés pour comparer les scores factoriels aux 3 temps de l'évaluation (pour la méthodologie des scores factoriels, s'en référer à l'article : *Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey among Medical Students in Belgium. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(7), 535* qui se trouve dans la Partie III.4 en page 154 (236). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA SE V16.1.

III.3.2.6 Comité d'éthique

L'étude a reçu l'accord du Comité hospitalo-facultaire d'Ethique d'Erasmus-ULB en février 2020 (Ref : P2020/022). Les participant-es ont donné leur consentement écrit et oral pour participer à l'étude lors de la première rencontre.

III.3.3 Résultats

III.3.3.1 Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étudiant-es

Comme nous pouvons l'observer sur la Table III.B.1, il y avait peu de différences entre les 2 groupes (D+/D-) au niveau socio-démographique, même si nous pouvons noter dans les groupes n'ayant pas de patient-es présentant une dépendance (D-) une tendance -ce qui n'a pas de valeur statistique- à être un peu plus mixte en termes de genre, à être proportionnellement composés d'étudiant-es plus âgé-es, de plus de personnes de nationalités autres que belge, à présenter globalement une meilleure santé, à avoir un peu moins d'expérience personnelle d'usage de substances et de TUS dans l'entourage et avoir une expérience avec les personnes avec TUS moins variée et plus hospitalière.

Table III.b Données socio-démographiques selon groupe avec dépendance (D+) ou sans (D-)

	Groupes D+ (n=15)	Groupes D- (n=12)
Genre		
Féminin	10	7
Masculin	4	5
Autre	1	0
Age		

20-24	12	9
25-29	3	3
Niveau d'étude maternel		
Etudes primaires	1	1
Etudes secondaires inférieures	1	1
Etudes secondaires supérieures	1	0
Etudes supérieures	12	10
Origine		
Belge	7	4
Mixte BE	3	1
Mixte BHE	3	1
Europe	2	2
Hors Europe	0	4
Perception santé		
Excellente	2	3
Très bonne	6	5
Bonne	5	4
Satisfaisante	1	0
Mauvaise	1	0
Consommation de substances		
Non	7	7
Cannabis	4	4
Multiple	4	1
TUS dans l'entourage		
Non	5	7
Alcool	3	1
Alcool-Cannabis	2	1
Multiples	6	3
Contact TUS		
Non	2	2
Hôpital	1	3
Multiple	7	2
MG	4	5

III.3.3.2 Première analyse : Analyse de contenu thématique

III.3.3.2.1 Situation initiale

Groupes « Dépendance + »

Le jour J, malgré notre travail préparatoire, deux groupes de taille asymétrique se sont formés. D'un côté, un groupe était composé de 10 personnes dont 8 personnes de genre féminin (GD+1) et de l'autre un groupe de 5 personnes mieux réparti en termes de genre (GD+2). Les consommations rapportées chez les patient-es étaient variées allant de substances type héroïne, MM-3 aux benzodiazépines. Les patient-es étaient soit encore dans des consommations actives, parfois des poly-consommations ou dans des consommations anciennes. Leur profil socio-démographique était très hétérogène et l'installation de la dépendance semblait s'être faite dans des contextes différents (ex : dépendance iatrogène, PTSD, alcoolisme social, chemsex, trouble du sommeil, pathologies de santé mentale ou somatique).

Groupes « Dépendance - »

Les groupes s'étaient constitués également de manière asymétrique avec d'un côté un groupe de 5 participant-es (GD-3) et de l'autre 8 personnes (GD-4). La répartition de genre était plus homogène.

Analyse de la première rencontre

Nous avons pu observer à travers cette expérience de psychologie sociale des similitudes entre les participant-es en termes de choix d'orientation vers la médecine qui semblaient - peu importe les groupes - motivés par des parents médecins ou la présence de médecins dans l'entourage proche, des modèles identificatoires chez des soignant-es consulté-es, le besoin d'utilité ou une vocation pour un métier ayant trait à la dimension sociale, l'intérêt pour le côté scientifique ou pour un métier apportant une certaine stabilité. Plusieurs personnes ont également rapporté que ce choix avait été motivé par un problème de santé dans l'enfance ou à l'âge adulte (ce qui a mené à une réorientation dans ce cas). Les envies à ce stade étaient variées quant à leur future orientation de spécialité.

En ce qui concerne le choix du/de la patient-e, il s'était fait soit sur base de la proposition du MG (aptitudes relationnelles ou « compliance » du/de la patient-e, intérêt clinique de sa situation de santé) ou par choix de l'étudiant-e. Dans ce cas, le critère principal était la motivation du patient-e à s'impliquer dans le projet, une facilité relationnelle ou une réelle rencontre humaine avec le-la patient-e (particulièrement marqué dans le GD+2). Dans le cas du choix de patient-es avec dépendance, il semblait avoir été motivé chez certain-es par le mail envoyé. Une participante a exprimé le fait d'avoir choisi son patient parce qu'il la touchait et que la dépendance y était sans doute pour quelque chose. La majorité des étudiant-es mettaient en avant l'admiration qu'ils avaient pour leur patient-e et sa résilience par rapport à sa vie ou sa/ses pathologies chroniques, que le patient-e suivi ait une dépendance ou non.

Par rapport au choix de la pathologie chronique à suivre pendant 3 ans, la majorité des participant-es ne l'avait pas encore choisie. Ils mettaient en avant comme critères de choix une pathologie somatique intéressante ou une pathologie qu'ils avaient déjà étudiée comme le diabète. Ils argumentaient le fait que ce serait plus facile à suivre (zone de confort) et ce, notamment en termes de suivis d'éléments objectivables. La dépendance ne semblait être un choix pour aucun-e d'entre eux, elle était considérée comme trop compliquée ou pas assez concrète. Une participante qui suivait 2 patient-es, dont un avec un alcoolisme social, a rapporté avoir choisi de suivre son autre patient (sans dépendance) dans le cadre du projet considéré comme plus facile. Elle continuait toutefois à suivre ce patient-là car d'un côté, elle le trouvait extrêmement intéressant, il la fascinait, et de l'autre parce que sa MDS lui avait demandé si elle pouvait continuer à le suivre. En termes de représentations des substances, des usages et d'installation de la dépendance, nous n'avons pas noté de différence majeure entre les groupes, les substances étaient associées majoritairement à de l'addiction. L'installation de la dépendance était comprise, après élaboration collective, comme étant multidimensionnelle.

En termes de différence entre les groupes, il est intéressant de noter que le groupe GD+2 avait la particularité d'avoir, pour 4 participant-es sur les 5, une certaine expérience avec les consommations et les dépendances. Soit au niveau personnel soit au niveau de l'entourage proche. Un des participant-es avait également été en stage chez une MG qui avait une patientèle quasi exclusivement de personnes avec TUS. Concernant le groupe GD-3, nous pouvions observer dans les échanges en groupe et le langage utilisé, des attitudes plus négatives

concernant la thématique que dans les autres groupes. Une des participantes mettait en avant un oncle alcoolique qui avait causé beaucoup de tort à sa famille et paraissait impacter négativement ses représentations. Par son attitude assertive, elle tendait à se positionner en leader d'opinion dans la discussion. Elle était suivie dans sa position par deux participant·es dont les représentations - l'une marquée surtout par un stage dans le quartier de Ribaucourt (lieu de consommations et de deal important) et l'autre par ses valeurs culturelles (personne d'origine turque) - s'orientaient dans ce sens. Les deux autres participant·es du groupe essayaient de nuancer ses propos avec des arguments plus construits et appuyés.

A la question de savoir s'ils pensaient qu'il fallait faire une différence dans la prise en charge entre un·e patient·e avec usage de substances et un·e patient·e chronique, les réponses divergeaient fortement. Autant les participant·es du groupe GD-3 trouvait que la différence entre les deux étaient claire, qu'on ne pouvait pas faire confiance aux PTUSI, que ces personnes ne venaient pas pour se soigner (ce qui était toutefois un peu nuancé par certain·es) autant les participant·es du groupe GD+2 ne comprenait pas la question ni son intérêt.

Les discours des participant·es du GD+1 et GD-4 se trouvaient généralement au milieu de ce continuum.

III.3.3.2.2 Analyse de la rencontre intermédiaire

Lors de ces rencontres, qui, dû à la crise Sars-Cov-2, se sont faites en distanciel, plusieurs éléments pertinents ont été identifiés. Dans le groupe GD+2, ils semblaient avoir été particulièrement affecté·es et en souffrance à cause de la crise ou du moins en ont fait plus mention. Cette dernière les a isolé·es mais également éloigné·es de l'objet et de la raison de leurs études avec une perte de sens, voire un décrochage chez certain·es. Retrouver le contact avec les patient·es dans les stages a contribué à les remotiver. Cette crise n'a de ce fait pas permis que les participant·es des différents focus-groups poursuivent dans de bonnes conditions le suivi de leur patient·e chronique. Quelques-uns ont perdu le contact ou le contact uniquement téléphonique n'a pas favorisé l'établissement d'une relation de soins satisfaisante.

Nous pouvons noter par ailleurs un impact variable du premier focus-group sur les participant·es. Celui-ci était plus marqué et conscientisé pour les personnes qui étaient peu sensibilisées à la question auparavant et/ou qui avaient un·e patient·e avec dépendance (Groupes Dépendance+) et de ce fait avaient pu relier directement les discussions à la situation vécue.

Dans le groupe GD+1, les participant·es rapportaient que le FG les avait sensibilisés à la question et qu'ils y étaient depuis plus attentif·ves. Une participante a évoqué le fait que cela lui avait permis de ne pas juger ces situations. Ils rapportaient essayer de plus dépister et de contextualiser la dépendance. Ils relevaient que leur rôle d'étudiant·e n'était pas simple et était source de frustrations et de sentiment d'impuissance mais cette posture leur permettait également d'intégrer l'importance de l'écoute comme moyen thérapeutique. Ils conscientisaient leur fonction de lien social. Dans le groupe GD+2, les participant·es étaient comme dit précédemment déjà dans un processus plus avancé par rapport à la thématique. Ils mettaient en avant l'apport du FG concernant une certaine identification entre pairs. Une participante de ce groupe ayant moins d'expérience rapportait qu'elle avait été énormément impactée par cette première rencontre. On notait chez les étudiant·es qui se trouvaient dans les groupes GD-3 et GD-4 également une intégration des différentes notions discutées lors du focus-group précédent mais de manière souvent inconsciente.

Les étudiant·es à ce stade du projet tendaient à rester assez neutres dans leurs représentations qui étaient pour beaucoup encore peu élaborées et socialement construites.

On peut noter qu'une participante dans le groupe GD-3, qui était déjà très positionnée lors du premier focus-group continuait à avoir des positions et un langage très connoté (« *De toute façon, ils racontent n'importe quoi* »), avait choisi un MG qui avait tendance à ne pas prendre ces patient-es en charge et à les référer.

Il était intéressant de noter certains positionnements assez opposés par rapport à leur perception du rôle du MG dans ces situations. En effet, une participante du groupe GD-3 ne comprenait pas comment son MG faisait pour prendre en charge ces patient-es sous-entendant « *qu'elle, elle ne pourrait pas* ». A l'opposé, une autre participante dans le groupe GD+2, se disait-très admirative de la manière dont sa MG, décrite comme un modèle de rôle, gérait ces situations (« *en trouvant le petit sentier à l'aide d'un lexique parallèle pour arriver à ce que la personne aille mieux* »). Dans ce même groupe, un participant rapportait la situation vécue à l'hôpital d'une femme enceinte consommatrice. Il faisait part de son incompréhension et de son jugement, sentiments partagés avec les médecins en formation impliqués dans la situation. Une discussion bienveillante et respectueuse s'en est suivie où chaque étudiant-e s'est exprimé-e de manière constructive et argumentée.

III.3.3.2.3 Analyse de la situation après la 5^e rencontre

Lors de cette rencontre, nous avons pu observer que les étudiant-es avaient des attitudes, représentations et discours plus construits. Ils identifiaient le contact avec certain-es mentors, des addictions qui s'étaient déclarées dans leur cercle proche ou le contact avec les patient-es comme des facteurs ayant influencé leurs représentations. Certain-es avaient choisi de participer au module théorique concernant les assuétudes proposé par le DMG ou d'aller dans un centre dédié aux assuétudes et rapportaient l'impact positif, sur leurs représentations, de ces expériences. Certaines attitudes semblaient s'être renforcées négativement par ailleurs.

Par rapport à la question de qui devait traiter ces patient-es selon eux : pour les participant-es des GD1+,GD2+, GD-4, il était essentiel de pouvoir au moins les accueillir correctement et de répondre à leur demande d'aide quitte à les réorienter. Cela était plus nuancé dans le GD3-. Plusieurs étudiant-es élaboraient toutefois qu'on pouvait ne pas se sentir capable au niveau « technicité » ou au niveau émotionnel de prendre en charge ces patient-es.

Les discours concernant la dépendance, les usages et substances restaient assez stables et plus fluides. Les participant-es ne faisaient pas de distinction entre drogues licites et illicites en termes de prise en charge, d'impact sociétal et de santé. Les substances licites étaient même pour la majorité vue comme plus dommageables pour l'individu et la société. Ils considéraient tout-es que la responsabilité de la consommation était à la fois individuelle et collective mais elle semblait toutefois être plus perçue comme sociétale.

A noter que dans le GD2+ un participant (cf femme enceinte) a rapporté un propos tenu par un mentor avec lequel il se disait en accord, c.-à-d. le mécontentement face un patient fumeur qui s'était fait opérer d'une prothèse de hanche, et qui allait directement fumer par la suite. Il questionnait le fait que cette personne méritait une deuxième chance et les coûts engendrés. A cela, une autre participante réagit en mettant en avant l'histoire d'un patient hospitalisé depuis 3 mois pour une infection cardiaque qui sortait régulièrement de l'hôpital pour aller consommer et que les cardiologues s'épuisaient à traiter en se concentrant uniquement sur le volet cardiaque. Une réflexion collective s'en est suivie sur des questions plus transversales : d'économie d'échelle en santé et de responsabilité sociale du médecin.

III.3.3.3 Deuxième analyse selon le modèle conceptuel de la socialisation en médecine

Nous allons diviser cette analyse en suivant les trois grands blocs présentés sur la figure ci-après.

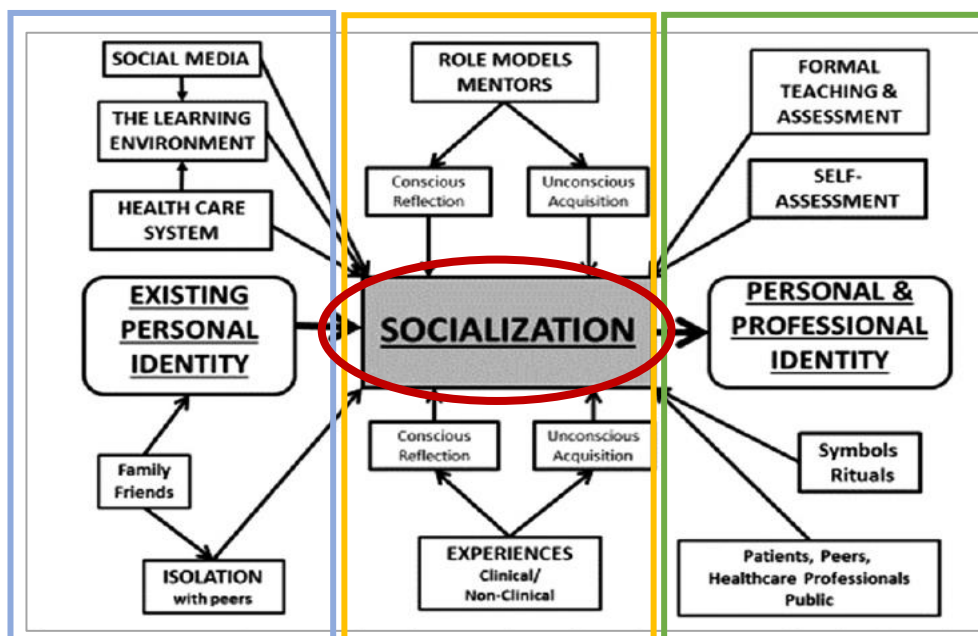


Figure III.i : Cadre d'analyse de l'étude (240)

Processus identitaire : Pré-existant

1. **L'identité personnelle existante** : nous avons pu voir à travers notre échantillon que les participant-es avaient une identité personnelle singulière en début de parcours marqué par leur processus de sociabilisation primaire et déjà un petit peu par le processus secondaire, d'autant plus lors d'un parcours professionnel antérieur. Ils présentaient toutefois des caractéristiques communes pour une majorité d'entre eux tels un niveau socio-économique plutôt élevé, avoir été baignés dans le monde médical (directement ou indirectement), avoir choisi d'être dans le soin. De ce fait, on pouvait noter d'emblée de l'empathie chez la majorité, une sensibilité à rentrer en relation avec l'autre, à sa vulnérabilité et à sa souffrance. Cette identité personnelle qui les a conduits vers ce choix professionnel les positionnait d'emblée en début de focus-group dans une attitude globale d'ouverture.
1. **La famille et les amis (Education/Religion)** : on peut noter que l'entourage et le milieu dans lequel ont évolué les étudiant-es ont déjà façonné leur identité et leurs représentations par rapport aux substances. Par exemple, lors du premier focus-group, un participant faisait référence à la banalisation de l'alcool au sein de la communauté portugaise dans laquelle il avait évolué. A l'inverse, un autre faisait référence aux lois très strictes concernant le tabac en Turquie qui semblaient influencer ses représentations et ses valeurs en comparant le fait de fumer dans sa voiture en ayant des enfants à bord à les mettre au bord du précipice. Nous pouvons observer également des systèmes éducatifs

assez différents chez les participant-es au niveau des substances. Avec d'un côté du continuum, une éducation très permissive pour certain-es dont ils voulaient se détacher et de l'autre, un tabou.

2. **L'isolement avec les pairs**³⁶ : cela ne paraissait pas avoir été un facteur d'influence dans notre étude. La crise du Sars-Cov-2, par l'isolation sociale généralisée, semblait toutefois avoir eu un impact sur leur identité professionnelle étant donné qu'elle n'a pas permis de vivre le processus de socialisation habituel.

2. **L'environnement d'apprentissage** : celui-ci apparaissait comme peu propice à la réflexion. Beaucoup ont déclaré que ce qui les avait particulièrement motivé-es à participer à ce focus-group était l'espace d'échange et de débats proposé. Ils étaient très reconnaissant-es à chaque focus-group. Au terme des 3 ans, plusieurs participant-es -dont l'étudiante la plus positionnée négativement- ont déclaré avoir plus appris lors de ces échanges que via le projet patient chronique ou les cours. En effet, ils mettaient en avant le tabou qui entourait cette thématique dans le cursus.

3. **Les médias sociaux** : cela a peu été évoqué dans les FG. Selon les participant-es, les médias véhiculaient deux types d'image : d'un côté une image jeune et cool pour l'alcool, pour lequel beaucoup de publicité était faite -facteur positif de sociabilisation- et de l'autre côté, une image de dé-sociabilisation et de marginalité pour les autres drogues.

4. **Le système de soins** : il apparaissait comme étant de plus en plus impactant au fur et à mesure du processus et de son imprégnation. Plusieurs participant-es dans différents groupes ont mis en avant des attitudes stigmatisantes par rapport à ces publics aux urgences et en chirurgie, en pouvant contextualiser le cadre particulier de la rencontre à ce niveau. Ils mettaient toutefois en évidence des expériences positives en médecine générale, en psychiatrie et dans les CDA. Ces contextes semblaient exercer une influence en termes d'environnement d'apprentissage.

5. **Rôle modèles et mentors** : nous avons pu constater qu'ils jouaient un rôle important et d'autant plus influant à l'aube de faire leur choix de carrière. Si nous reprenons l'exemple de l'étudiant qui questionnait les consommations et grossesse ou opération de hanche et qui semblait reprendre les termes et les valeurs de ses mentors, il présentait déjà des attitudes punitives au début (dans le questionnaire bSAAS pour la femme enceinte, il se positionnait d'emblée tout à fait en faveur de sa punition) mais ses attitudes, encore flexibles, semblaient s'être renforcées par la validation de ses mentors. Il acceptait donc le système de valeurs auquel il était confronté professionnellement. Il a toutefois pu témoigner d'une meilleure compréhension du phénomène et d'une certaine empathie au cours des interactions. Dans le cas d'un autre participant de GD2+, on pouvait observer à l'inverse un rôle influant de la maître de stage chez qu'il avait été. Il rapportait dès le premier FG que ce stage, grâce à la MG et aux rencontres encadrées qu'il a pu faire, l'avait fait énormément évoluer face à une réalité très présente dans son environnement qu'il ne comprenait pas et qu'il disait juger préalablement. La MG semblait être un modèle de rôle de par ses compétences relationnelles et communicationnelles et de par ses connaissances. Une participante qui voulait s'orienter vers la gynécologie rapportait une expérience inspirante où la gynécologue avait abordé la question des substances avec ouverture et transparente qui allait dans le sens des valeurs reçues lors du processus de socialisation primaire.

³⁶ L'isolement avec les pairs est à reconsidérer car Cruess et al. en 2015 rappelaient que les étudiant-es en médecine semblaient de moins en moins isolé-es du reste de la société, et donc moins dans cette acculturation d'autrefois et plus motivé-es par la recherche d'un meilleur équilibre de vie.

6. Expériences cliniques et non cliniques

➔ Réflexion consciente et acquisition inconsciente

En raison de la crise du Sars-Cov-2, comme déjà mentionné, les participant·es n'ont pas eu beaucoup d'expériences au niveau clinique en général. Certain·es pouvaient, de ce fait, peu se positionner en fonction d'expériences vécues professionnellement. Plusieurs vécus dans leur entourage au cours du processus semblaient toutefois les avoir particulièrement impacté·es et avoir fait évoluer leurs représentations.

7. **Enseignement formel** : Les heures de cours octroyées pour l'addictologie, comme déjà expliqué dans la première partie de cet axe de thèse, sont assez limitées. Les notions théoriques autour de l'addiction étaient peu intégrées, sauf chez une participante qui s'y référait pour construire sa pensée en ayant par ailleurs très peu d'expérience en début de parcours.
8. **Patient·es, pairs, professionnel·es de santé** : Plusieurs participant·es rapportaient que c'est la rencontre avec les PTUSI dans des contextes encadrés positivement tels la MG, la psychiatrie et le CDA qui ont permis de déconstruire les préjugés qu'ils pouvaient avoir avant de commencer la médecine et d'augmenter leur empathie par rapport à ces personnes. Par ailleurs, nous avons pu observer l'impact du PPC et du FG (pairs) surtout dans le groupe « Focus Group Dépendance+ » de manière plus consciente en tout cas.
9. **Symboles et rituels** : Dès le début, il était rapporté dans plusieurs FG la place prépondérante de l'alcool comme rituel socialisant dans le milieu étudiant universitaire. Plusieurs participant·es ont mis en avant certains dilemmes à ce niveau et quelques un·es ont trouvé résonance dans le groupe et une forme de libération de pouvoir en parler. Certain·es se sont mis à boire pour pouvoir faire partie du système et être accepté·es, mais pouvaient parfois vivre une dissonance identitaire face à des valeurs et principes allant à l'encontre de ce fonctionnement. Et il a aussi été évoqué que ce processus de sociabilisation ritualisant avait un effet excluant et discriminatoire pour celles et ceux qui ne voulaient pas s'y conforter. Ils mettaient en avant la fragile limite entre tolérance et intolérance, inclusion et exclusion par rapport aux consommations récréatives qui se transforment en trouble de l'usage de substances. Ils soulignaient les paradoxes sociétaux à ce niveau.

Processus de socialisation : les différents éléments participant habituellement au processus de socialisation n'ont pu se dérouler usuellement à cause de la crise du Sars-Cov-2.

Quelques exemples choisis pour illustrer ce modèle et sa transposition à notre contexte d'assuétudes

Nous pouvons constater que chacun·e des participants de par son processus de socialisation primaire porte ses propres valeurs et normes qui vont se confronter avec celles du système de santé, de la profession et de leurs mentors. Nous voyons par exemple qu'une participante, qui semblait être portée par des valeurs fortes de non jugement, de confiance en son prochain (étant d'origine camerounaise, elle était peut-être influencée par ce contexte socio-culturel) s'est confrontée à une situation aux urgences qui mit en tension son propre système de valeurs par rapport à celui de l'institution, c.-à-d. croire un patient qui prétendait n'avoir pas bu alors que les collègues lui disaient qu'elle était naïve. Elle dit à terme que si c'était à refaire elle ferait pareil, elle accorderait de nouveau sa confiance au patient quitte à être jugée par les autres. Ainsi lors de ce moment de socialisation secondaire, elle décida de rejeter le système de valeurs proposé. Durant le FG, elle persistait à ne pas comprendre pourquoi la personne avait menti. Un participant du groupe évoqua en réponse la notion

de déni, de honte par rapport à la consommation. Cela sembla l'éclairer et mieux convenir à son système de valeurs.

Nous pouvons prendre, comme autre exemple, un participant, qui, procéda à une transition de genre pendant notre suivi. Il évoqua avoir eu un parcours artistique et des consommations de différentes natures dans le passé. Il rapporta avoir été dans un rejet éducationnel et avoir vécu des expériences de vie en squat. C'est la découverte de plusieurs maladies auto-immunes qui l'avait motivé à s'orienter vers la médecine. Il était donc plus âgé quand il décida d'entamer les études de médecine avec une identité personnelle qui s'était construite dans ce processus de socialisation secondaire. Il semblait être marqué par des rencontres avec des patient-es auquel·les il pouvait plus s'identifier qu'au système de soins et aux modèles de rôle. Il paraissait en effet peu sensible aux différents éléments conditionnant la socialisation professionnelle en médecine et revendiquait sa propre marginalité comme un atout professionnel. Il était le seul participant déclarant vouloir se former à prendre en charge ces patient-es et ce, d'autant plus en entendant les discours déshumanisants de certain-es étudiant-es.

Concernant notre dernier exemple, nous avons pu constater que c'est le renforcement mutuel entre le modèle de rôle et ses expériences cliniques et non cliniques (il déclarait être lui-même entouré de nombreuses personnes consommatrices dans des contextes plus festifs) qui semblait l'avoir fait évoluer positivement par rapport à ses représentations et son professionnalisme. Il rapportait venir d'un contexte familial fort éloigné de cette réalité initialement même si celle-ci était très présente dans sa ville natale. Plusieurs éléments de vulnérabilisation sont à rapporter également (un accident, un mésusage de jeux vidéo, un mal-être pendant la crise du Sars-Cov-2). Au terme du projet, il révéla qu'il avait orienté son choix de spécialité (discipline plus technique) en étant conscient de sa propre vulnérabilité, d'un besoin de se distancier et de se protéger de vécus trop chargés émotionnellement. En effet, il évoquait ne pas se sentir capable de prendre en charge l'addiction de ces patient-es au niveau émotionnel, le stage en question lui aurait provoqué des salves de crises d'angoisse. Ces éléments ont aussi été rapportés par une participante qui désirait se diriger vers la chirurgie.

III.3.3.4 Analyse quantitative

Si nous analysons les données des questionnaires complétées en début de chaque FG, nous constatons que les représentations des étudiant-es étaient globalement peu empruntes de moralisme et de stéréotypes au début du projet, ils étaient plutôt optimistes face au traitement et relativement neutres par rapport à une prise en charge spécialisée. Nous pouvons toutefois noter une différence au niveau du moralisme et des stéréotypes entre les deux groupes. En effet, les étudiant-es « exposé-es », donc ayant choisi un-e patient-e ayant une dépendance, présentaient dès le début moins de moralisme et de stéréotypes que leurs collègues (1-85 vs 2-30). A la troisième rencontre, le moralisme et les stéréotypes ainsi que l'optimisme face au traitement n'avaient pas changé chez les participant-es. Ce dernier semblait avoir toutefois légèrement augmenté dans le groupe des « exposé-es » et moins dans le groupe des « non-exposé-es ». Les participant-es étaient par contre moins favorables à une prise en charge spécialisée au terme du projet (cela diminuait surtout au niveau de l'item traitant d'une prise en charge dans le milieu hospitalier). Ce positionnement était d'autant plus marqué chez les étudiant-es « exposé-es ». Cette analyse a été menée seulement sur 16 sujets qui ont participé à toute la durée d'étude et qui ont rempli correctement les questionnaires. Hormis pour l'évolution de la prise en charge spécialisée ($p= 0,074$), l'ensemble des tests n'était pas statistiquement significatif. Voir Table III.c.

Table III.c. Evolution des représentations des participant·es dans le temps

	1ere Année Moy (SD)	2e Année Moy (SD)	3e Année Moy (SD)
Moralisme et stéréotypes			
Participant·es	2·02 (0·49)	2·11 (0·82)	2·03 (0·79)
Exposé·es	1·85 (0·47)	1·92 (0·78)	1·84 (0·78)
Non Exposé·es	2·30 (0·41)	2·43 (0·83)	2·35 (0·76)
Optimisme face au traitement			
Participant·es	2·95 (0·37)	2·94 (0·58)	2·96 (0·34)
Exposé·es	2·93 (0·28)	2·88 (0·69)	3·03 (0·39)
Non Exposé·es	2·98 (0·52)	3·06 (0·33)	2·83 (0·20)
Prise en charge spécialisée			
Participant·es	2·45 (0·76)	2·34 (0·73)	2·08 (0·46)
Exposé·es	2·43 (0·78)	2·50 (0·75)	1·88 (0·29)
Non Exposé·es	2·50 (0·81)	2·08 (0·66)	2·42 (0·52)

Exposés: n=10, Non-exposés: n=6, total: n=16

III.3.4 Discussion

A l'aide de ces différentes analyses, nous pouvons constater que les **participant·es étaient globalement peu positionné·es** ou plutôt dans une position d'ouverture, peu jugeante (selon les données qualitatives et quantitatives) au début. En se positionnant plutôt en « soignant·e bien-pensant·e » et en montrant des signes d'empathie par rapport à l'être humain et à sa vulnérabilité, même si nous pouvions noter certaines nuances influencées par leur processus de socialisation primaire.

Nous avons pu identifier durant ce processus de trois ans, qu'ils ont **construit progressivement leur identité professionnelle avec une porosité différente à leur environnement** selon leur identité personnelle et comment celle-ci avait été construite. Comme l'évoquait C. Dubar en 2015 : « *avec le temps et l'évolution des mentalités : on assiste à l'éclatement de modèles dominants au profit d'identités professionnelles qui sont davantage singularisantes, incertaines mais individualisées* » (243).

Au terme du projet, il y avait globalement un **maintien de la neutralité ou un renforcement des représentations avec une tendance vers des représentations plus négatives chez quelques-uns**. Celles-ci étaient légèrement plus positionné·es avec le temps mais restaient pour certain·es peu élaborées et convenues car peu construites sur l'expérience. On pouvait toutefois noter un **impact des modèles de rôle** au même titre que les **expériences cliniques** et **non cliniques** sur cette construction allant dans le sens de Cruess et al. 2015 (240). Plusieurs rapportaient que c'est le **contact avec les patient·es** mais également la curiosité pour son histoire de vie qui leur avaient permis de travailler sur leurs préconceptions par rapport à la consommation et aux PQCDs. Un participant a ainsi relevé que les rencontres dans le cadre de la médecine a nuancé la notion de bien et de mal préalablement acquise. Il est intéressant de constater que certain·es rapportaient que c'étaient ces rencontres et également les FG qui avaient favorisé plus d'intérêt et avaient contribué à développer leur empathie. Pour d'autres, nous pouvons constater que même s'ils comprenaient théoriquement les mécanismes sous-jacents et la souffrance vécue, il était difficile pour eux de travailler avec ces patient·es. Le fait que ces rencontres se soient déroulées dans des lieux accueillants pour ces patient·es

(MG, psychiatrie ou CDA), avait eu un impact positif sur leurs représentations. Le PPC semblait, quant à lui, avoir eu le moins d'impact (de manière consciente en tout cas).

Nous n'avons pas trouvé d'équivalence à un tel projet dans la littérature bien que cela conforte le fait que ce sont les interventions et contacts répétés encadrés qui ont un impact positif sur les stigmas (179,181).

Les FG mettaient également en évidence l'**impact plus important des cursus informel et caché**³⁷ par rapport au cursus formel sur les étudiant-es (242). D'autant plus,, pour cette thématique qui était enseignée dans le cadre du cours de psychiatrie. Cours qui paraissait être considéré par les étudiant-es comme moins important que d'autres matières plus somatiques (voir Annexe C).

Par ailleurs, un des participant-es du groupe GD-4 lors du 1^{er} focus group regrettait le caractère trop consensuel et bienpensant de la discussion. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le cursus ne leur donne pas assez à travailler sur le débat et la confrontation d'idées et de modèles de pensées. Etant au début de leur parcours professionnel, il se peut qu'ils n'étaient pas assez confiant-es non plus dans les réponses qu'ils pouvaient apporter à ces questions. On notait de ce fait **plus de positionnement chez les étudiant-es plus âgé-es** ayant un parcours professionnel au préalable. Dans leur manuscrit Cruess et al. en 2016, relevaient que l'efficacité de la réflexion est renforcée lorsqu'elle est facilitée par un modèle de rôle ou un mentor ou portée par une activité de groupe (242). Nous pensons en effet que les focus-groups ont pu participer à construire avec plus de finesse et de nuance leurs représentations même si celles-ci étaient colorées par différentes influences parallèlement à ce processus. Ils mettaient de fait en avant l'intérêt du FG en termes de remise en question, mise en débat, réflexion et sensibilisation à la question.

Il était intéressant de souligner que certain-es étudiant-es se sentant plus fragiles émotionnellement, choisissaient des spécialités plus « techniques » pour se protéger et mettre une certaine distance thérapeutique avec les patient-es. Phénomène que nous avons déjà pu relever chez certain-es médecins « Refus » dans la Partie II.B mais dont nous n'avons pas trouvé d'équivalence dans la littérature.

Par ailleurs, même s'il s'agissait d'un échantillon limité au niveau quantitatif, nous avons pu noter que la **confiance dans la prise en charge hospitalière de ces publics diminuait** avec le temps, et ce, particulièrement chez les étudiant-es exposé-es. Ils prenaient sans doute plus conscience de stigma structureaux qui s'y jouaient, comme évoqué notamment aux urgences, avec le temps et les expériences (245).

A travers ce projet, nous avons également observé plusieurs facettes du concept de « **Professional dilemma** »³⁸. Ces dilemmes professionnels seraient au nombre de cinq selon Monrouxe et Rees (246) : consent dilemmas, patient safety and dignity breaches by medical students, patient safety and dignity breaches by healthcare professionals, students' identity dilemmas, and abuse dilemmas.

³⁷ Le cursus caché est un "un ensemble de valeurs, de normes comportementales, d'attitudes, de compétences, de connaissances que les étudiants en médecine apprennent implicitement (244).

³⁸ Le dilemme professionnel est une situation que les étudiant-es ont observé où dans laquelle ils ont dû s'engager dans des comportements, qui allaient à l'encontre de leurs valeurs, qu'ils percevaient comme non professionnels (246).

Limites de l'étude

Tout d'abord, nous avons eu sept perdus de vue, perte inhérente à un suivi longitudinal. On peut noter également que la perte s'est faite surtout du côté des personnes avec un-e patient-e sans dépendance, ils se sont probablement senti-es moins concerné-es par le sujet et par le fait qu'ils ne pouvaient pas non plus transposer les apprentissages retirés du focus-group à leur situation concrète. A l'opposé, nous pouvons nous féliciter d'avoir conservé trois-quarts des participant-es au terme du projet d'autant plus qu'il n'offrait aucune contrepartie matérielle. Ils y ont vraisemblablement trouvé, comme évoqué, une contrepartie au niveau intellectuel. Il faut toutefois rapporter un biais de sélection avec des personnes qui étaient, d'une certaine manière, intéressées par la thématique. Pour la partie quantitative, le fait que nous n'ayons pu analyser que 16 questionnaires durant les 3 années de projet est aussi une faiblesse qui prêche à la prudence dans l'interprétation, raison pour laquelle nous n'avons pas tenu compte des résultats des tests statistiques. Nous avons pu voir un certain décalage aussi entre les résultats qualitatifs et quantitatifs qui montre également toute la richesse et la nuance que peuvent apporter les données qualitatives.

La crise du Sars-Covid-2 a par ailleurs eu un impact indéniable sur notre étude. Elle nous a probablement fait perdre des personnes en cours de route, nous a forcé à faire les deux derniers FG en distanciel mais surtout, elle n'a pas permis d'analyser les facteurs de sociabilisation habituels du cursus et leur impact sur les représentations (peu de contacts entre pairs, de moments de ritualisation, peu d'expériences cliniques et de contact avec les mentors et les modèle de rôle) ni de vivre pleinement le projet et de construire pour tou-te-s ce contact privilégié avec les patient-es.

La répartition des focus-groups n'était également pas idéale malgré nos efforts au préalable. Il a ainsi été difficile de bien percevoir les trajectoires individuelles de chacun-e dans les deux focus-group qui comportaient un plus grand nombre de participant-es. La présence également du coordinateur du projet, même si nous l'avions mis dans un rôle d'observateur (avec présence cachée dans les focus group en ligne), a potentiellement été un facteur inhibant également. L'animation en distanciel a été compliquée notamment dans la distribution de la parole et l'attention des participant-es. Le fait toutefois que cela avait été organisé une première fois en présentiel et que le groupe avait déjà trouvé sa cohésion a aidé à trouver le cadre de confiance nécessaire. Certains propos semblent avoir été également facilités grâce aux écrans. Pour finir, il aurait été intéressant d'avoir plus de divergence d'opinion au sein de chaque groupe pour confronter le débat mais sur cela nous ne pouvions avoir de prise.

Perspectives

Il serait intéressant de **répéter l'expérience** en dehors du contexte du Sars-Cov-2, de réussir à mieux répartir les focus-groups (en faisant passer le SAAS au préalable par exemple) ou de poser des questions plus clivantes. Des tests de concordance de jugement³⁹ pourraient être utilisés pour mieux explorer les représentations des participant-es. Nous pourrions de ce fait, tirer des enseignements et réflexions basées sur une cohorte d'étudiant-es plus large.

³⁹ Les tests de concordances de jugement consistent à placer le participant devant des cas présentés dans de courtes vignettes reflétant la complexité et l'ambiguïté souvent rencontrées dans la pratique professionnelle. La tâche du participant est de se prononcer sur le caractère adéquat ou inadéquat de comportements touchant le professionnalisme ou l'éthique (247).

III.3.3.5 Conclusion

Cette étude fut intéressante même si elle a souffert de plusieurs limites à considérer dans les résultats. En effet, cette **expérience de psychologie sociale** a permis de mettre en lumière plusieurs éléments. D'un côté, que la plupart des étudiant-es en médecine interrogé-es dans le cadre de l'étude étaient empathiques et bienveillant-es. Leurs représentations par rapport aux substances et leurs usages étaient encore souples sauf chez certain-es qui s'étaient déjà positionné-es dans un sens ou dans un autre durant leur sociabilisation primaire ou secondaire au préalable (expérience personnelle, valeurs et normes de leur groupe d'appartenance, personnalités). En pleine **construction de leur identité professionnelle**, ils construisaient leurs représentations et les attitudes qui en découlaient principalement via leurs expériences cliniques et non cliniques ainsi que leurs mentors et modèles de rôle. En effet, le projet « suivi longitudinal d'un patient chronique » ne semblait pas avoir eu un impact important à ce niveau mais cela est à considérer avec prudence étant donné les difficultés que les étudiant-es ont éprouvé à mener à bien ce projet et à construire la relation avec le ou la patient-e dans le contexte de la crise du Sars-Cov-2. La technique du focus-group ne semblait pas avoir eu un fort impact - du moins conscientisé - au niveau de leurs représentations hormis chez certain-es plus réceptifs-ves, qui venaient chercher des réponses. Chez tout-es, cela a toutefois permis de confronter leurs idées, d'avoir un moment de métacognition dont ils regrettaient l'absence dans leur cursus ainsi que de participer à faire évoluer leurs représentations, compréhension du phénomène et curiosité. Pour conclure, ce projet a permis de les sensibiliser à ce public, de les rendre plus attentifs-ves au dépistage et aux mécanismes de dépendance.

III. 4 Compléments sur les stigmas

Dans le cadre de ce travail de formation et pour pouvoir mieux ancrer notre réflexion et mieux réfléchir à ses freins et leviers potentiels, nous avons mené plusieurs études auprès des étudiant-es en master 3 de médecine pour évaluer leurs attitudes et représentations à l'aube de leur choix d'orientation de carrière.

Ces études sont au nombre de 3 :

1. Une étude sur les représentations des étudiant-es par rapport aux femmes enceintes qui consomment des substances (alcool et substances illicites) pendant leur grossesse (Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Roland M, Kacenenbogen N. Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. *BMC Med Educ.* 2022 May 2;22(1):335) (199)
2. Une étude pour valider la traduction transculturelle du brief SAAS (Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Kacenenbogen N, Kornreich C. *Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey among Medical Students in Belgium. Int J Environ Res Public Health.* 2023 Mar 31;20(7)) (236)
3. Une étude par analyse de clusters pour comprendre les attitudes des étudiant-es en médecine par rapport aux TUS (Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Vanderhofstadt Q, Kornreich C. Medical students and people who use drugs : which attitude and why ? A cluster analysis, en cours de 2^e révision dans BMC Medical Education)

L'intégralité des articles de ces études est présentée dans la suite du manuscrit.

RESEARCH

Open Access



Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy

Lou Richelle^{1*}, Michèle Dramaix-Wilmet², Michel Roland¹ and Nadine Kacenenbogen¹

Abstract

Background: People with substance use disorder, and pregnant women especially, are subject to a lot of stigmas, which can prevent optimal accessibility and quality of care. In this survey, we investigated attitudes of final year medical students regarding substance use during pregnancy and identified the factors that influence these attitudes.

Method: This cross-sectional study was conducted in 2019 and 2020 in Belgium using the short version of the "Substance Abuse Attitude Survey" questionnaire. We focused on two items regarding punishment of substance use during pregnancy. We analysed the concordance between these two, their correlation with other items (e.g. stereotyping, morality, forced withdrawal, low treatment optimism) and the association between respondents' opinion on punishment and their sociodemographic data.

Results: The response rate was 65.2% (370/567 online and face-to-face questionnaires). 19.2% of respondents were in favour of punishment for alcohol use ($n=353$) and 15.1% for drug use ($n=356$) during pregnancy. The agreement analysis between the two items showed that 14.3% of students were in favour of punishing both pregnant women who use drugs and those using alcohol. Respondents tended to be more in favour of punishment if they were male students, older, their mothers' had a lower education level or had no personal or family history of substance use. Attitudes appeared to be more punitive among students with limited contact with people with substance use disorder (i.e. none or limited to hospital). Students intending to specialise in internal medicine were more in favour of punishment of women whereas none of those intending to specialise in psychiatry were in favour.

Conclusion: Our study shows that about 20% of surveyed medical students favoured punishing substance-using pregnant women. Awareness and training work seems to be necessary to ensure adequate care and support for this already vulnerable population.

Keywords: Substance use, Pregnancy, Medical students, Attitudes

Introduction

Thirty-five million people worldwide have substance use disorders (SUD) [1]. This is a major and constantly evolving public health concern. Pregnant women are not spared from these disorders and their susceptibility is

increasing in certain regions [2, 3]. People who use drugs (PWUD) are stigmatised in numerous and various ways [4, 5], and this is amplified among pregnant women who use substances [6, 7]. This is a complex phenomenon that can be divided into two categories: individual (self) stigma and societal stigma. Self-stigma is defined here as: "the harmful effect that occurs when a person with SUD internalises stereotypes leading to a kind of self-discrimination" [8]. Societal stigmas, on the other hand, are

*Correspondence: lou.richelle@ulb.be

¹ Department of General Medicine, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 612 1070 Brussels, CP, Belgium

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

stereotypes, prejudices and discriminations integrated into a community (called social or public stigmas) or an institution (structural stigmas) [9].

Healthcare professionals are not spared from the tendency towards societal stigmatisation of others creating the risk of promoting punitive attitudes rather than support and care for PWUD [10, 11].

Punitive attitudes constitute significant barriers to accessibility and quality of care for these pregnant women with SUD. Indeed, these women are already often on the margins of healthcare systems because of various coexistent vulnerabilities (precariousness, intra-family violence, history of sexual abuse, post-traumatic stress disorder, etc.) and exacerbated stigmas among this population [6, 7]. Pregnant women are not only stigmatised because of the potential risks to the foetus resulting from substance use but also due to perceived gender roles. Since women are socially assigned to the roles of mother and wife, a pregnant woman using drugs violates this social construct and is more likely to face stigmatisation [12].

This stigmatisation increases their risk of marginalisation and exclusion from the healthcare system. That delays these women's recourse to care for fear of judgment [6, 7, 13] and the socio-legal consequences for them and their progeny such as incarceration, forced treatment, loss of custody of the child etc. [6, 13]. Reduced access to prenatal and postnatal care in women with substance use disorder are demonstrated in the literature [3, 14].

Substance using women of childbearing age, like all women, may or may not desire to have children. If and when they are pregnant, the healthcare system should be able to respond quickly and accompany them adequately, even more because this can be a moment for motivation towards change. Such opportunities should be recognised, supported and followed through [6, 7, 15]. Pregnancy is nevertheless marked by psychological fragility and an increased risk of domestic violence [6, 7, 13].

The question of how medical students and doctors view the punishment of pregnant women has been little explored in the literature. Consequently, the understanding of what can influence such behaviour amongst care providers remains poorly analysed. Assessing the importance of stigma and attitudes among future doctors seems essential towards working on improving the quality of care for this target group. Stigma tends to crystallise and strengthen over time and practice [11, 16], so it is interesting to take stock at a pivotal moment in a future doctors' practice. Assessment of their behaviour might allow for positive interventions.

In addition, a new law in Belgium seeking to amend the Civil Code with a view to introducing prenatal legal protection (DOC 551029/001) was submitted to the

Chamber on 13 February 2020. This law aims to protect the foetus-in-utero of mothers with SUD and/or mental health disorders. The means to protect the foetus could include guardianship, imposed hospitalisation for withdrawal and obligatory caesarean sections.

All this background prompted us to investigate the attitudes of final year medical students (representing future generations of doctors) regarding substance use during pregnancy and analyse what factors influenced their attitudes.

Methods

We used the short version [17] of the Substance Abuse Attitude Survey (Chappel et al., 1985) [18] a questionnaire validated in the international literature to conduct a cross-sectional study at the Faculty of Medicine of the Université Libre de Bruxelles in 2019 and 2020.

The short questionnaire originally consisted of 25 items. With a committee of experts, we readapted the questionnaire to the Belgian context. We removed questions on marijuana experimentation among young people and on Alcoholics Anonymous, elements less present in Belgium than in the USA. We added a question about paramedical professionals who are much more involved than paraprofessional counselors in our setting. We decided to split the questions on alcohol and drugs in order to be able to assess whether there were different attitudes according to the products consumed. This led to a questionnaire with 29 items (see Additional file 1: Appendix) of good reliability (Cronbach's Alpha at 0.77). Our considerations were informed by the knowledge that perceptions between what constitutes illegal and legal drugs may differ. Indeed, a general perception of the Belgian population is that the term "drugs" refers de facto to illegal drugs. This difference was highlighted in studies among Belgian doctors [19, 20]. In addition, we sought to ensure the transcultural validity of the questionnaire by using bilateral translation and pre-testing the questionnaire amongst doctors with different experiences and amongst lay people as well.

We left the possibility of answering the questionnaire as originally planned, i.e. respondents could position themselves on a 5-point Likert scale ("strongly disagree" to "strongly agree"). We felt it was important to give respondents the option of a "tend to agree/disagree" opinion or to be undecided rather than being forced into a trenchant opinion on contentious items.

In order to assess the socio-demographic dimensions of our participants, we included various questions based on previous studies [21–23]:

1. Socio-demographic type (gender, age, origin)

2. Personal experience (respondent's personal use or the problematic use by someone in their own social circle/entourage)
3. Orientation towards a particular medical specialty. We did subgroup analyses for the following categories of students:
 - Students choosing a specialty directly concerned with the topic of our survey: gynaecology, pediatrics, psychiatry or general medicine
 - Internal medicine, which included the largest number of respondents
 - Other specialties, including all the remaining specialties
4. Previous personal professional experience (for example encounters with SUD people)
5. Respondent's personal health (we wanted to assess whether the perception of one's own health influences the way in which dependent people are perceived). The hypothesis was that a person who considered themselves to be in poorer health would potentially be more empathetic towards patients with this chronic disease. We constructed our question based on the WHO SF-36 quality of life questionnaire [24].

The origin refers here to the nationality of the participants and their parents. By asking about nationalities, we tried to contextualise the cultural environment in which they evolved, which can become a potential determinant of perceptions and attitudes.

The questionnaire was presented to 567 final year medical students in two consecutive years (2019 and 2020). This questionnaire was administered face-to-face to final year medical students in 2019 and online in 2020 given the context of the Sars-Cov-2 crisis.

A total of 370 students responded to the questionnaire with a response rate of 82% in 2019 and 47.3% in 2020 (overall response rate of 65.2%). Thirty two students filled in the questionnaire during registration for optional training on addiction theory and management.

We considered as invalid questionnaires with less than 10 answers, those with answers for only one of the two substances and those where the socio-demographic data were not filled in. Three hundred fifty six completed questionnaires for drugs and 353 for alcohol (350 when the two are crossed) were retained.

For the analysis of the data, we focused on two items in the questionnaire which stated that pregnant women who use substances should be punished with this

following formulation: "pregnant women who use drugs (Q18)/alcohol (Q29) should be punished". The variables were described using frequencies and percentages. The Kappa coefficient was used to measure the agreement between the 2 items. The statistical tests used to compare the proportions were the Chi² and Fisher's Exact test when the Chi² was not valid. To analyse the correlation between items coded on a 5 option Likert scale, the Spearman non-parametric correlation coefficient (r_s) was used. STATA SE V16.1 software was used for all analyses and the significance level was set at 5%.

The research protocol was approved by the local ethics committee (Ethics Committee of ERASME-ULB; medical board's approval number: OM 021) on February 25, 2019, ref.: P2019/156. Informed consent was obtained from all participants who filled out and returned the questionnaire.

Results

Overall comment on respondents' views on punishment

Of the respondents, 15.1% agreed that women who use drugs should be punished. 19.2% of respondents believed those using alcohol should be punished. In the distribution of responses, the highest percentage response was those who "disagree about punishment", whether it was for alcohol or drugs. In both cases, there was a relatively large percentage of "undecided", more pronounced for drugs than for alcohol (22.5% vs. 19.6%) shown in Fig. 1.

The concordance analysis of responses to the two items is shown in Table 1.

Overall, 14.3% of students were in favour of punishing pregnant women both for drug use and for alcohol use. The observed proportion of agreement was 87.7% and the Kappa coefficient, equal to 0.775, showed good agreement.

Position on punishment and personal characteristics of the respondents

Table 2 shows that certain trends emerged when analysing the associations between the characteristics of the respondents and their responses to items relating to the punishment of pregnant women who use drugs or alcohol. Given the small size of some groups, hardly any of these associations reached statistical significance. A higher percentage of respondents in favour of punishing pregnant women was found among: older people, men, students with mothers with lower levels of education, people who did not use drugs or who did not have substance use disorders in their entourage. There was a statistically significant association between registration or not in optional theoretical training on addiction management (offered by the Department of General Medicine of our faculty) and the opinion on punishment for drug or

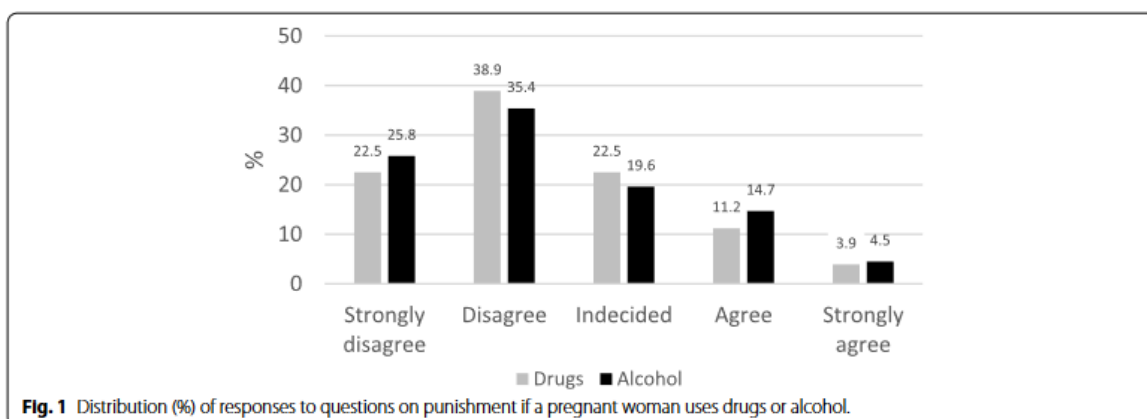


Table 1 Punishment for pregnant women using drugs or alcohol

Drugs	Alcohol		
	Disagree (%)	Undecided n (%)	Agree n (%)
Disagree	200 (57.1)	10 (2.9)	6 (1.7)
Undecided	12 (3.4)	57 (16.3)	11 (3.1)
Agree	3 (0.9)	1 (0.3)	50 (14.3)

% calculated per cell on the total (n = 350) - in bold: observed concordance.

alcohol use. The percentage of those in favour of punishment was significantly higher among those *not* enrolled in the training.

Effect of choice of specialty and previous encounters with PWUD on responses

Higher percentages of students in favour of punishing pregnant women who use drugs were observed for students who wanted to pursue a residency in internal medicine, gynaecology and classified in other specialties (as defined in the methods).

There were also relatively high percentages of undecided participants for students going into child or adult psychiatry, internal medicine and other specialisations, but also for future general practitioners. The percentage in favour of punishment was nil among psychiatrists (child and adult) followed by future paediatricians. The results were quite similar for alcohol as we can observe in Fig. 2.

Figure 3 shows that the percentage ‘agreeing’ with the punishment of pregnant women using drugs was higher among students who had no contact with people with SUD during internship followed closely by students who had contact in hospital internship only. It was nil among the 13 students who did a traineeship

in a GP practice and low among those who had contact in addiction centres. The observations were similar for punishment for alcohol consumption. We were particularly interested in contact with PWUD only in the emergency room, given that this is a special type of contact, as opposed to all hospital contacts, and we did not find any clear difference among those in favour of punishment (18.92% vs.16.87%).

We also looked for correlation between the question/response items relating to stereotypes, morality, forced withdrawal or low treatment optimism and the question/response items about punishment for pregnant women using drugs or alcohol. All the associations, except one, were statistically significant but these associations were weak (r_c : 0.12 to 0.32). These associations were slightly stronger for alcohol than for drugs. We were also particularly interested in any association between items relating to pregnant women who use drugs and alcohol and the item about coercive pressure for those resistant to trying treatment (which is now included in the law); the three items were categorised as “disagree, undecided, agree”. In both cases the associations were statistically significant ($p < 0.001$) for both drugs and alcohol.

It was observed that 64.8% of respondents in favour of punishing pregnant women who use drugs did not agree with imposed hospitalisation. However, 88.7% of those who were not in favour of punishment did not agree with imposed hospitalisation. Of those who were undecided about punishment 73.8%. were against imposed hospitalisation.

We also note that the percentage of students favouring punishment of pregnant women who use drugs was significantly higher than those in favour of treatment under coercive pressure (15.2% vs. 5.9%), as was the case with the percentage of those undecided about

Table 2 Association between respondents' personal characteristics and agreement on punishment

	Drugs			P ^a	Alcohol			P ^a
	Disagree n (%)	Undecided n (%)	Agree n (%)		Disagree n (%)	Undecided n (%)	Agree n (%)	
Age (years)				0,378				0,219
< 25	121 (63.0)	41 (21.4)	30 (15.6)		121 (63.0)	36 (18.8)	35 (18.2)	
25–29	86 (63.2)	33 (24.3)	17 (12.5)		81 (60.9)	29 (21.8)	13 (17.3)	
30 et +	10 (50.0)	4 (20.0)	6 (30.0)		9 (45.0)	3 (15.0)	8 (40.0)	
Gender				0,107				0,122
F	155 (65.7)	51 (21.6)	30 (12.7)		151 (64.5)	44 (18.8)	39 (16.7)	
M	63 (55.3)	28 (24.6)	23 (20.2)		61 (54.0)	24 (21.2)	28 (24.8)	
Mother's education ^b				0,217				0,115
Low	13 (46.4)	7 (25.0)	8 (28.6)		12 (42.9)	8 (28.6)	8 (28.6)	
Middle	39 (63.9)	12 (19.7)	10 (16.4)		39 (65.0)	7 (11.7)	14 (23.3)	
High	162 (63.5)	60 (23.5)	33 (12.9)		157 (62.1)	53 (21.0)	43 (17.0)	
Origin (subjects-parents) ^c				0,843				0,541
Belgium	97 (63.8)	35 (23.0)	20 (13.2)		101 (66.9)	25 (16.6)	25 (16.6)	
Mix BE	31 (57.4)	14 (25.9)	9 (16.7)		31 (58.5)	12 (22.6)	10 (18.9)	
Mix BNE	19 (57.6)	7 (21.2)	7 (21.2)		15 (46.9)	7 (21.9)	10 (31.3)	
Europe	37 (58.7)	14 (22.2)	12 (19.1)		35 (55.6)	13 (20.6)	15 (23.8)	
Outside Europe	29 (70.7)	2 (19.5)	4 (9.8)		26 (63.4)	8 (19.5)	7 (17.1)	
Drug use				0,133				0,231
None	106 (56.7)	47 (25.1)	34 (18.2)		105 (56.5)	39 (21.0)	42 (22.6)	
Cannabis	80 (71.4)	21 (18.8)	11 (9.8)		78 (69.6)	18 (16.1)	16 (14.3)	
Multiple	28 (59.6)	11 (23.4)	8 (17.0)		26 (57.8)	10 (22.2)	9 (20.0)	
SUD in Entourage				0,568				0,464
None	73 (57.9)	28 (22.2)	25 (19.8)		69 (55.7)	25 (20.2)	30 (24.2)	
Alcohol	27 (64.3)	10 (23.8)	5 (11.9)		26 (63.4)	10 (24.4)	5 (12.2)	
Cannabis	11 (57.9)	7 (36.8)	1 (5.3)		9 (50.0)	6 (33.3)	3 (16.7)	
Alcohol-cannabis	43 (70.5)	11 (18.0)	7 (11.5)		42 (67.7)	9 (14.5)	11 (17.7)	
Other drugs	63 (62.4)	23 (22.8)	15 (14.9)		65 (64.4)	18 (17.8)	18 (17.8)	
Health perception				0,475				0,420
Excellent	20 (52.6)	12 (31.6)	6 (15.8)		21 (55.3)	11 (29.0)	6 (15.8)	
Very good	36 (70.6)	9 (17.7)	6 (11.8)		36 (70.6)	8 (15.7)	7 (13.7)	
Good-Fair	19 (63.3)	6 (20.0)	5 (16.7)		17 (56.7)	6 (20.0)	7 (23.3)	
Addiction training subscription				0,028				0,023
No	195 (60.2)	77 (23.8)	52 (16.1)		191 (59.5)	63 (19.6)	67 (20.9)	
Yes	27 (84.3)	3 (9.4)	2 (6.3)		25 (78.1)	6 (18.8)	1 (3.1)	

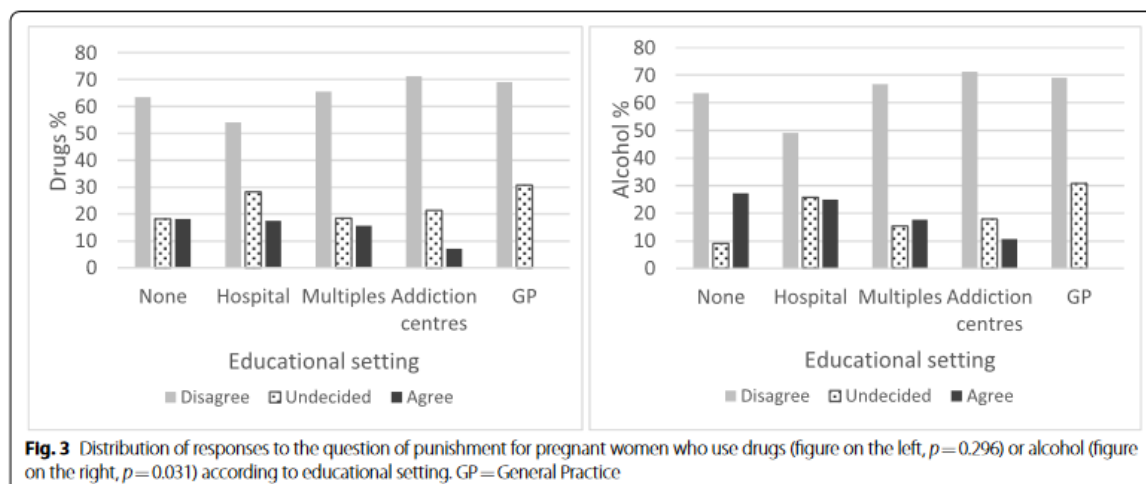
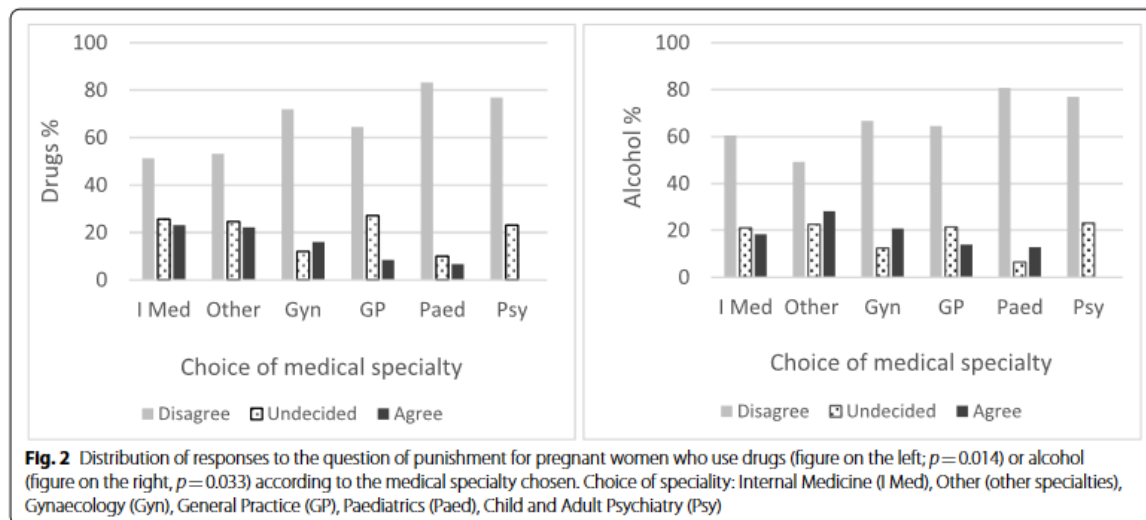
^a Fisher exact or Chi². ^b Low = no diploma to lower secondary, Middle = from lower secondary to upper secondary, high = higher education (high school, university, PhD). ^c BE Belgian and European; BNE Belgian and non-European

punishment and those in favour of coercive treatment (22.5% vs.12.4% respectively). The results for punishment for alcohol use were quite similar.

Discussion

Our study highlights some challenging findings, as there is evidence that negative attitudes can be a significant barrier to the care of women who use substances throughout the perinatal period, resulting in delayed care with detrimental health and social

consequences for women and newborns [5–7, 10, 13].. The punitive attitudes of the students in our study (up to 20% of which regarding alcohol), although it is not clear what underpins them, seemed less pronounced than in the study by Abel et al. [25]. This study, conducted in the United States in 2002, showed that 52% of the doctors questioned were in favour of passing a law putting drugs or alcohol use during pregnancy in the category of “child abuse” with the aim of removing child custody from these mothers. We are a long way



from this result in part to the fact that the setting and the respondents are different but we also know that endorsement of punishment tends to increase with age and clinical practice [11, 16, 23]. However, the literature reports that these attitudes are counterproductive for pregnant women with SUD [2, 26]. Indeed, studies highlight the link between punitive and reporting policies, resulting in fewer pregnant women taking medication-assisted treatment and an increase in neonatal withdrawal syndromes [27]. Punitive policies here are defined as policies by which substance use during pregnancy was criminalised, considered grounds for civil commitment, or considered child abuse or neglect; and reporting policies are defined as policies that mandated

reporting of suspected prenatal substance use to relevant authorities.

The fact that the question of punishing pregnant women was asked as one of a series of other general items on PWUD seems to be a strong element of the study, since the responses appeared to be fairly spontaneous and instinctive, hopefully avoiding social desirability bias.

Characteristics of the respondents

Firstly, our results confirm our hypothesis about the difference in perception between the use of alcohol and other drugs by medical students. In our study, the willingness to punish pregnant women who use alcohol seems more important than for other drugs. We believe

that these attitudes are more negative because the students are more familiar with this substance and know more about its effects on women and the newborn baby. Consuming alcohol is part of Belgian culture; Belgian alcohol consumption being higher than the European average, which is already the highest in the world [28]. As in many countries, Belgian university students are particularly engaged in risky alcohol consumption behaviour [29], binge drinking being part of the university tradition. Being familiar with an issue is generally associated with less stigmatisation in studies [22, 23, 30], but in this context, it is a question of considering not only the pregnant women who use drugs and their health, but also the health of the unborn child.

It is also important to note that the use of substances other than alcohol by pregnant women is hardly discussed in the university curriculum, the main focus being on foetal alcohol syndrome. This could partly explain the large number of undecided participants, which is more marked for drugs than for alcohol (23.5% vs. 19.6%).

The punitive approach seems to be influenced by certain characteristics of the respondents. Some, but not all, are already identified in the literature.

Considering that in our sample we are interested in medical students, the majority of our respondents are less than 30 years of age. We can see, however, that there is a tendency to be more punitive towards pregnant women among older respondents. This trend is in line with the literature that shows that stereotypical attitudes increase with age [11, 16, 23].

We also note that gender seems to have an influence on attitudes with more negativity amongst men than women. Studies are divided on the impact of gender on attitudes in relation to PWUD. Attitudes seem to differ according to the substance and familiarity with it [8, 23, 30, 31]. We did not find any studies linking the gender of healthcare professionals and their attitudes in relation to pregnant women with SUD. The fact that in our study, the female gender tends to have a less repressive view could be explained by a phenomenon of identification and projection. Additionally, the target population was young (not yet dealing with parenthood for most of them) and female caregivers are known to be more empathetic than men [32]. It is therefore necessary to be able to qualify other studies concerning attitudes towards PWUD, who are predominantly male [1]. It does not seem surprising to us that male respondents here endorse more punishment towards women using drugs. As mentioned before these women are supposed to be future mothers and to run the household and are commonly deemed to be unfit for maternity [12].

The question of the cultural origin of the students also arises but does not seem to have any influence in

our study. The literature is more mixed on this subject [8, 21, 31, 33].

We find no equivalent in the literature to the tendency that students from a less educated environment are more judgmental of people with SUD than those from a higher educated environment (e.g. 28.8% vs 12.9% for drugs). One study highlights less stigma among people with low incomes compared to opiate addiction, which they explain by greater familiarity with opiates in these environments [31].

As regards the choice of future medical specialty, we find few elements of comparison in the literature, since the studies were mainly interested in only certain types of specialisation. There are, however, studies that show that anaesthetists and emergency doctors have the most negative attitudes [10, 11, 23, 34]. Psychiatrists have less of a negative attitude than general practitioners [22]. This is confirmed in our study. Once again, these are attitudes that focused on PWUD and not on pregnant women who use drugs. Unexpectedly, future paediatricians have less repressive attitudes than the future gynaecologists in our study.

Regarding encounters with, or experience of, the SUD problem and in what setting, our sample shows that students who have not been in contact with people with SUD, or who have only been in contact with them in the setting of the hospital, have more punitive attitudes. Those who have been in contact with PWUD in various professional settings, both in the hospital and on an outpatient basis, have less punitive attitudes. It is interesting to note that it is the contact with people with SUD in general practice medicine that seems to have the most favorable impact on the participants' perceptions, followed by interaction in addiction centres. The fact that patients who consult in these centers are often more precarious, marginalised, and in a poorer overall state of health may perhaps influence medical students. Women with SUD in these centres are often in worse overall health condition than the average patient encountered in general practice. Contacts in the emergency room are often situations where the care relationship can be undermined. The contact is acute, with patients regularly presenting and returning in psychosomatic distress [35]. It seemed important to objectify this point in our study. Unfortunately, as our sample of future emergency physicians was too small ($n = 11$), we could not draw any conclusions. Nor were we able to find any significant difference between contact in the emergency department only versus in the hospital environment in general.

Personal history of substance use or problematic substance use in one's own entourage seemed to have a rather favourable impact on the attitudes. This is in line

with the findings of most studies [10, 19, 23] with rare exceptions [33].

Possible interventions or actions

We cannot change the socio-demographic characteristics and personal experiences of medical students, but we can work on initial medical training.

Indeed, several studies show that having educational programs and contacts with patients in specialised services can have a positive impact on student development [16, 36, 37]. Studies show that curriculum including repeated interactions with PWUD, preferably in suitable environments, are favourable. Likewise, contacts with pregnant women users of gynaecological services is more favourable where adequate support structures and services have already been set up [16, 38, 39].

Negative attitudes of caregivers towards women consumers are a major obstacle to the quality of care. Such attitudes also have a negative impact on patients' feelings of empowerment and optimism about treatment and recovery [5, 7]. A less judgmental attitude towards care is therefore beneficial at all levels for women and their newborns.

According to the literature, appropriate care is also efficient at reducing substance use. Opioid-related disorders are considered treatable chronic diseases in pregnant women, especially when they are detected early and receive comprehensive and adequate care [40]. Integrative models accompanying women in a multidisciplinary manner have shown positive health and social benefits for the mother and her newborn [15, 40, 41].

Specialised and multidisciplinary arrangements for these pregnant women consumers exist in Belgium but are still largely insufficient. This fact, as well as a lack of knowledge and positive experiences, may in part explain the high percentage of punishment endorsement.

However, these results should be interpreted with caution. In the questionnaire, we left respondents the possibility of expressing a leaning towards a point of view rather than positioning themselves in a clear-cut manner on contentious issues, which may give rise to debate and invite nuanced answers (cf. odd Likert scale) This option might lead to a large percentage of undecided responses which limits the statistical significance of the results.

Given the sensitive subject and the fact that the questions here were very brief and that the punishment was not clearly defined, it would be interesting to go further and explore this theme in more details by conducting a qualitative study on the topic. It would also be interesting to compare the responses of students starting their medical curriculum with those graduating, as well as responses of more experienced doctors, to be able to

assess the influence of the curriculum together with the effects of professional practice on attitudes.

Based on the available data, we can assume that the population of medical students differs from the Belgian population on several levels: women are more represented; there are more people of foreign nationalities and they come from a higher socio-economic background. We cannot exclude that these sociodemographic differences may have impacted the way medical students answered some of the questions in our survey.

Conclusion

In our study, almost a sixth of students (14.3%) were in favour of punishing both pregnant women who use alcohol and those who use drugs. This result is higher for women using alcohol (19.2%). The scientific literature reports that this attitude is counterproductive and harmful for mothers and unborn children. Our study also notes that certain types of contact with people with substance use disorders reduce these negative attitudes, such as contact in appropriate clinics and contact during an internship with a general practitioner. These positive contacts should therefore be encouraged in the future. It is also important to develop increased awareness of the issue itself, along with the various influences and career attitudes that can arise during training via the university curriculum to promote a vision and ethos of support rather than punishment.

Abbreviations

SUD: Substance Use Disorder; PWUD: people who use drug.

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03394-8>.

Additional file 1: Appendix 1. Questionnaire SAASbis. Socio-demographic data.

Acknowledgements

We would like to thank Dr. Camille Chatelle for her input on the manuscript, Dr. John Baldwin and Dr. Laura Weichselbaum for the English proofreading and the Committee of Experts who helped to build the new questionnaire.

Authors' contributions

LR contributed to the conception and design of the study, she proceeded to the data collection. She wrote the original draft of the manuscript. She was involved in the analysis and interpretation of the data. MDW had the lead in the analysis and interpretation of the data and was a major contributor in revising the manuscript. MR co-supervised the study and the content. NK intellectually contributed to the study process. All authors read, commented and approved the final manuscript.

Funding

No funding.

Availability of data and materials

The dataset used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent for participate

The research protocol was approved by the local ethics committee (Ethics Committee of IRASME-UIB hospital); medical board's approval number: OM 021) on February 25, 2019, ref.: P2019/156. All methods were carried out in accordance with relevant guidelines and regulations. An informed consent was obtained from all participants who filled out and returned the questionnaire.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

No competing interest are declared.

Author details

¹Department of General Medicine, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 612 1070 Brussels, CP, Belgium. ²Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 591 1070 Brussels, CP, Belgium.

Received: 31 May 2021 Accepted: 18 April 2022
Published online: 02 May 2022

References

1. Vereinte Nationen, Büro für Drogenkontrolle und Verbrechensbekämpfung. World drug report 2020. 2020. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>. Accessed 02 Apr 2021.
2. Goodman D, Whalen B, Hodder LC. It's time to support, rather than punish, pregnant women with substance use disorder. *JAMA Netw Open*. 2019;2(11):e1914135. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14135>.
3. Haffajee RL, Faherty LJ, Zivin K. Pregnant Women with Substance Use Disorders - The Harm Associated with Punitive Approaches. *N Engl J Med*. 2021;384(25):2364-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2101051>.
4. Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2014;65(10):1269-72. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>.
5. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil*. 2019;10:1-12. <https://doi.org/10.2147/SARS183252>.
6. Hooks C. Paranoid or persecuted? The stigmatisation of pregnant drug users: a literature review. *Pr Midwife*. 2015;18(1):14-8PMID26310087. <https://doi.org/10.2147/SARS183252>.
7. Frazer Z, McConnell K, Jansson LM. Treatment for substance use disorders in pregnant women: motivators and barriers. *Drug Alcohol Depend*. 2019;205(107652). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107652>.
8. Niewegłowski K, Dubke R, Mulfinger N, Sheehan L, Corrigan PW. Understanding the factor structure of the public stigma of substance use disorder. *Addict Res Theory*. 2019;27(2):156-61. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1409890>.
9. National Academies of Sciences E. Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: the evidence for stigma change. Washington: The National Academies Press; 2016.
10. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
11. Avery JD, Taylor KE, Kast KA, Kattan J, Gordon-Elliott J, Mauer E, et al. Attitudes toward individuals with mental illness and substance use disorders among resident physicians. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2019;21(1). <https://doi.org/10.4088/pcc.18m02382>.
12. Weber A, Miskle B, Lynch A, Arndt S, Acion L. Substance use in pregnancy: identifying stigma and improving care. *Subst Abuse Rehabil*. 2021;12:105-21. <https://doi.org/10.2147/SARS19180>.

13. Sutter MB, Gopman S, Leeman L. Patient-centered care to address barriers for pregnant women with opioid dependence. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2017;44(1):95-107. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.004>.
14. Nidey N, Kair LR, Wilder C, Froehlich TE, Weber S, Folger A, et al. Substance use and utilization of prenatal and postpartum care. *J Addict Med*. 2021. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000843>.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. AGOG committee opinion no. 473: substance abuse reporting and pregnancy: the role of the obstetrician-gynecologist. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):200-1. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820a6216>.
16. Avery J, Knoepfelmacher D, Mauer E, Kast KA, Greiner M, Avery J, et al. Improvement in residents' attitudes toward individuals with substance use disorders following an online training module on stigma. *HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg*. 2019;15(1):31-6. <https://doi.org/10.1007/s11420-018-9643-3>.
17. Brief Substance Abuse Attitude Survey: https://medicine.yale.edu/sbirt/curriculum/modules/medicine/brief_substance_abuse_attitude_survey_100733_284_13474_v1.pdf. Accessed 22 Nov 2018.
18. Chappel JN, Veach TL, Krug RS. The substance abuse attitude survey: an instrument for measuring attitudes. *J Stud Alcohol*. 1985;46(1):48-52. <https://doi.org/10.15288/jsa.1985.46.48>.
19. Ketterer F, Symons L, Lambrechts M-C, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-change model. *BMC Fam Pract*. 2014;15:119. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-119>.
20. Hoffman A. L'accompagnement des usagers de drogues par les Médecins généralistes. 15 ans après ... Santé conjugué n°46. *Fédérations des Maisons Médicales*. 2008;46:8-10.
21. Foster JH, Onyekwue C. The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(5):578-84. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00663.x>.
22. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend*. 2014;134:92-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012>.
23. May JA, Warltier DC, Pagel PS. Attitudes of anesthesiologists about addiction and its treatment: a survey of Illinois and Wisconsin members of the American Society of Anesthesiologists. *J Clin Anesth*. 2002;14(4):284-9. [https://doi.org/10.1016/s0952-8180\(02\)00359-8](https://doi.org/10.1016/s0952-8180(02)00359-8).
24. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
25. Abel EL, Kruger M. Physician attitudes concerning legal coercion of pregnant alcohol and drug abusers. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(4):768-72. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.122142>.
26. Angelotta C, Weiss CJ, Angelotta JW, Friedman RA. A moral or medical problem? The relationship between legal penalties and treatment practices for opioid use disorders in pregnant women. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2016;26(6):595-601. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.09.002>.
27. Faherty LJ, Kranz AM, Russell-Fritch J, Patrick SW, Cantor J, Stein BD. Association of Punitive and Reporting State Policies Related to substance use in pregnancy with rates of neonatal abstinence syndrome. *JAMA Netw Open*. 2019;2(11):e1914078. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14078>.
28. WHO. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019, WHO. Geneva: World Health Organization; 2019.
29. Lorant V, Nicaise P. Binge drinking at university: a social network study in Belgium. *Health Promot Int*. 2015;30(3):675-83. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau007>.
30. Brown SA. Standardized measures for substance use stigma. *Drug Alcohol Depend*. 2011;116(1-3):137-41. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.005>.
31. Goodyear K, Chavanne D. Sociodemographic characteristics and the stigmatization of prescription opioid addiction. *J Addict Med*. 2020;14(2):150-5. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000552>.

32. Andersen FA, Johansen AB, Søndergaard J, Andersen CM, Assing HE. Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):52. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1964-5>.
33. Schiff DM, Zuckerman B, Wachman EM, Bair-Merritt M. Trainees' knowledge, attitudes, and practices towards caring for the substance-exposed mother-infant dyad. *Subst Abus.* 2017;38(4):414–21. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1356423>.
34. Gonzalez M, Clarke DE, Pereira A, Boyce-Gaudreau K, Waldman C, Demczuk L, et al. The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(8):2153–81. <https://doi.org/10.11124/JBISR-IR-2016-003006>.
35. Mendiola CK, Galetto G, Fingerhood M. An exploration of emergency physicians' attitudes toward patients with substance use disorder. *J Addict Med.* 2018;12(2):132–5. <https://doi.org/10.1097/ADM.00000000000000377>.
36. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction.* 2012;107(1):39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>.
37. Ayu AP, Schellekens AFA, Iskandar S, Pinxten L, De Jong CAJ. Effectiveness and Organization of Addiction Medicine Training across the globe. *Eur Addict Res.* 2015;21(5):223–39. <https://doi.org/10.1159/000381671>.
38. Ramirez-Cacho WA, Strickland L, Beraun C, Meng C, Rayburn WF. Medical students' attitudes toward pregnant women with substance use disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(1):86.e1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.06.092>.
39. Albright B, Skipper B, Riley S, Wilhelm P, Rayburn WF. Medical students' comfort with pregnant women with substance-use disorders: a randomized educational study. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* 2012;36(6):457–60. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.11070134>.
40. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women, American Society of Addiction Medicine. ACOG Committee opinion no. 524: opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2012;119(5):1070–6. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318256496e>.
41. Brulet C, Chanal C, Ravel P, Mazurier E, Boulot P, Faucherre V. Multidisciplinary monitoring and psychosocial support reduce complications of opiate dependence in pregnant women: 114 pregnancies. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2007;36(11 Pt 1):1571–80. <https://doi.org/10.1016/j.jlpm.2007.05.017>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Article

Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey among Medical Students in Belgium

Lou Richelle ^{1,2,*}, Michèle Dramaix-Wilmet ³, Nadine Kacenenbogen ^{1,2} and Charles Kornreich ^{1,4}

¹ Unité de Recherche en Soins Primaires ULB, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles, 1070 Bruxelles, Belgium

² Département de Médecine Générale, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles, 1070 Bruxelles, Belgium

³ Département d'Epidémiologie et de Biostatistiques, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, 1070 Bruxelles, Belgium

⁴ Laboratoire de Psychologie Médicale et d'Addictologie, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles, 1020 Bruxelles, Belgium

* Correspondence: lou.richelle@ulb.be; Tel.: +32-025556167

Abstract: To evaluate the impact of a new Substance Use Disorder (SUD) education program on medical students' attitudes, we selected the Substance Abuse Attitude Survey (SAAS) questionnaire, which we adapted to our curriculum and cultural context. To validate this adapted version, we conducted an exploratory factor analysis following the administration of our 29-item bSAAS questionnaire to 657 medical students in Belgium (response rate: 71.1%). Twenty-three items correlated to three factors; namely, "Stereotypes and moralism", "Treatment optimism" and "Specialized treatment" were retained (70% of total variance explained, Cronbach's alpha = 0.80) and constituted the new questionnaire called beSAAS. The factor "Specialized treatment" stood out from previous studies, which could be explained by our target population and the impact of the formal, informal and hidden curricula in medical education. This study was able to highlight certain factors influencing stereotypical representations such as age, gender, origin, personal or professional experience with substance use. Our study allowed us to retain the beSAAS as a good questionnaire to evaluate SUD stigma and highlighted interesting findings to improve SUD training in medicine. Further studies are needed to complete its validity and reliability.

Keywords: substance use disorder; attitudes; medical students; education; assessment; stigma



Citation: Richelle, L.; Dramaix-Wilmet, M.; Kacenenbogen, N.; Kornreich, C. Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey among Medical Students in Belgium. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 5356. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075356>

Academic Editor: Xudong Huang

Received: 30 December 2022

Revised: 23 February 2023

Accepted: 15 March 2023

Published: 31 March 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

As part of the implementation of a new optional substance use disorder (SUD) training program for final year medical students, we wanted to assess its impact on students in terms of skills development (pre- and post-test evaluation). To evaluate the impact of the educational program on trainees' representations and attitudinal skills development, we looked for a questionnaire to assess their attitudes towards SUD adapted to our criteria. Various instruments were found in the literature in French and English, but they had several limitations for our study. The first was that most of them focused on either illicit drugs or alcohol or perceptions about professional attitudes rather than about substance use itself (e.g., Drug and Drug Problems Perception Questionnaire and Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire [1,2]). We wanted to be able to assess both. Others were not culturally transferable to our context (e.g., Attitudes to Mental Illness Questionnaire [3]), some were limited in the dimensions they explored (e.g., The Addiction Beliefs Scale [4], Short Understanding of Substance Abuse Scale [5], Attitudes and Opinions Survey [6]), or were difficult to use on a large scale given their qualitative or vignette analysis approach [7]. Many also had limited «validity» and «reliability», not having been used beyond the study

itself. On this basis, we selected the Substance Abuse Attitude Survey (SAAS) developed by Chappel et al. in 1985 [8]. Even though this questionnaire was developed more than thirty years ago, it was still relevant in our context. Indeed, it was designed to evaluate educational programs in the framework of initial or continuing education [9] and allows for the exploration of five dimensions (also called factors). These are “Permissiveness” (implies accepting substance use within a continuum of normal human behavior), “Treatment intervention” (relates to an individual’s orientation toward perceiving substance use/misuse in the context of treatment and intervention), “Non-stereotypism” (relates to a person’s non-reliance on popular societal stereotypes of substance use and substance users), “Treatment optimism” (relates to an optimistic perception of treatment and the possibility of a successful outcome) and “Non-moralism” (linked to an individual’s absence or avoidance of a moralistic perspective when considering substance use and substance users). This questionnaire has been validated and used in many previous studies [10–13]. In our study, we selected its short version, the “Brief SAAS” [14], to maximize its completion since in our program it was administered in parallel with a knowledge test. Given that an adaptation to our cultural and societal context was necessary, we named this new questionnaire the “bSAAS” (See Table A1 in Appendix A). We added questions about personal characteristics identified in the literature as influential in terms of SUD representations such as gender, age, origin, experiences related with substance use and choice of specialty [15].

The first objective of this study was to carry out an exploratory factor analysis of our bSAAS questionnaire in view of its adaptation to ensure its good internal consistency and structure. The second was to identify whether students’ representations were influenced by certain socio-demographic characteristics.

2. Materials and Methods

2.1. Questionnaire

The SAAS questionnaire validated widely by the literature consists of 50 items. For our study, we preferred its brief version, the Brief SAAS, which is used by the Yale School of Medicine to evaluate their SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) training programs and that is limited to 25 items. We adapted it to the Belgian context through consultation with various experts (including 3 general practitioners working in addiction medicine, 2 medical researchers, a SUD expert psychiatrist, 2 health sociologists and a professor of psychology). We removed the questions about marijuana experimentation among young people and Alcoholics Anonymous, which are less present in Belgium than in the U.S. We added a question on paramedical professionals, who are much more involved than para-professional counsellors in our context. After consensus, we split the questions on alcohol and drugs to be able to assess whether there were different attitudes according to the substances consumed. This resulted in a questionnaire with 29 items (Table A1 in Appendix A). We assumed that perceptions of legal and illegal substances might differ. Indeed, a common perception of the Belgian population is that the term “drugs” refers de facto to illegal drugs. This difference has been highlighted in studies conducted among Belgian doctors [16,17]. Each item was coded according to a Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). To ensure the cross-cultural validity of the questionnaire, we used bilateral translation by two certified translators and pretested the questionnaire with trainees and medical doctors from different professional backgrounds and with lay people.

In order to characterize our population and to better understand the factors favoring the students’ representations, we included several socio-demographic data (gender, age, origin); data related to the personal and professional background linked to substance use; data related to the type of professional orientation (choice of specialty); as well as data related to the perception of their own health (we wanted to evaluate whether this influenced the way in which people with SUD are perceived). This questionnaire, which was called “bSAAS” by our research team, has already been used in a previous study to

evaluate the attitudes of medical students towards substance use in pregnancy and showed a good internal consistency (Cronbach's alpha = 0.77) [15].

2.2. Data Collection

The questionnaire was presented to 923 final-year medical students of three consecutive years (2019, 2020 and 2021). It was administered face-to-face to students in 2019 and online in 2020 and 2021 given the context of the SARS-CoV-2 crisis. A total of 657 students completed the questionnaire with an average response rate of 71.1%. Eighty students completed the questionnaire at the time of enrollment in the theoretical addicology course. For factor analysis, records with missing items were not considered. One or two items were missing in thirty-two (4.9%) and three to eleven items in ten (1.5%) questionnaires. On this basis, 615 (93.6%) questionnaires were retained.

2.3. Statistical Methodology

First, we analyzed the correlations between the 29 items and performed Bartlett's test of sphericity to ensure that factor analysis was appropriate. The correlation coefficients were qualified as weak (≤ 0.30 in absolute value), moderate (between 0.31 and 0.50), good (0.51–0.74) and excellent (> 0.75). The factor analysis was carried out in 3 steps and we decided to retain the factors with eigenvalues > 1 and with at least 3 items with a weighting $> |0.40|$, while keeping a sufficiently high % of variance explained (75%) [18,19]. Factor scores were obtained for each factor of our final factor analysis, retaining for each factor only those items with a weighting $> |0.30|$ and taking the mean of these items. Five items were found in two factors; in this case, the item was assigned to the factor with the highest loading or, if the loadings were nearly equal, to the one that most closely matched the content of the factor. The mean scores were analyzed according to subjects' characteristics using Student's *t*-tests or one-way Analysis of Variance (ANOVA). Where appropriate, ANOVA was followed by multiple comparison tests with Bonferroni's correction or a linear trend test. Cronbach's alpha was calculated to measure the consistency of the 23 items included in the analysis as well as the consistency of the items selected for each factor separately. All analyses were performed with STATA SE v16.1 software.

3. Results

The examination of the correlation matrix showed that several items were correlated with correlation coefficients ranging from $r = 0.32$ to $r = 0.85$. The Bartlett test was significant ($p < 0.001$). The Kaiser–Mayer–Olkin (KMO) measure was 0.71 and our sample including 615 subjects was large enough to perform factor analyses.

Five items and one item were not retained after the first and second factor analyses, respectively (see Table A3 in Appendix B). The final factor analysis included 23 items and three factors were retained. This led to a new questionnaire which we called "beSASS". Cronbach's alpha was 0.80 for all 23 items. Considering the items with a weighting $> |0.30|$, the Cronbach's alphas were 0.8, 0.70 and 0.59, respectively, for the 10 items of Factor I, the 9 items of Factor II and the 4 items of Factor III. We kept the same factor name for Factor I as mentioned by Jenkins et al. [10], i.e., "Stereotypes and moralism", because the items correlated with this factor also reflected value judgments. As in that study conducted on secondary school students, which retained only three factors (stereotypes and moralism, treatment and permissiveness), the students in our study did not seem to differentiate between stereotype and moralism items.

The name "Treatment optimism" for Factor II, found in Chappel et al., 1985, and called "Treatment" in Jenkins et al., 1990, has also been retained in our study. As in the first study, we find here negative correlations in relation to this factor since we have kept these items *stricto sensu* (not recoded in the other direction). This also enabled us to better define this factor with items correlated negatively and therefore opposed to optimism, such as the item "An alcoholic who has had several relapses is unlikely to be treated".

Factor III differed from the baseline studies [8,10] and seemed to be clearly marked by the specialized domain, with items correlated to hospital and specialist management in the field. We therefore named it “Specialized treatment”. These different factors and the corresponding items are shown in Table 1.

Table 1. beSAAS: factors, factor loadings, Cronbach’s alpha, eigenvalues and explained variance.

Items	Factor I: Stereotypes and Moralism	Factor II: Treatment Optimism	Factor III: Specialized Treatment
Drug addiction is associated with a weak will	0.60		
A drug-dependent person cannot be helped until he/she has hit rock bottom	0.39		
Drug abusers should only be treated by specialists in that field			0.44
A physician who has been addicted to narcotics should not be allowed to practice medicine again	0.36		
A drug-addicted person who has relapsed several times probably cannot be treated		−0.37	
Long-term outpatient treatment is necessary for the treatment of drug addiction		0.30	
Paramedical professionals (psychologists, nurses, social workers . . .) can provide effective treatment for drug abusers		0.43	
Paraprofessional counselors (trained volunteers, previous drug users) can provide effective treatment for drugs abusers		0.40	
Drug addiction is a treatable illness		0.46	
Group therapy is very important in the treatment of drug addiction		0.53	
A hospital is the best place to treat a drug addict			0.51
Most drug-dependent persons are unpleasant to work with as patients	0.38		
Pregnant women who use drugs should be punished	0.76		
Coercive pressure, such as threat or punishment, is useful in getting resistant patients to accept treatment	0.48		
Alcoholism is associated with a weak will	0.65		
An alcohol- dependent person cannot be helped until he/she has hit rock bottom	0.44		
Alcohol should only be treated by specialists in that field			0.53
An alcohol-dependent person who has relapsed several times probably cannot be treated		−0.45	
Alcoholism is a treatable illness		0.53	
Group therapy is very important in the treatment of alcoholism		0.61	
A hospital is the best place to treat an alcoholic			0.56

Table 1. Cont.

Items	Factor I: Stereotypes and Moralism	Factor II: Treatment Optimism	Factor III: Specialized Treatment
Most alcohol-dependent persons are unpleasant to work with as patients	0.42		
Pregnant women who use alcohol should be punished	0.76		
Eigenvalues	4.0	1.7	1.3
Cronbach's alpha	0.80	0.70	0.59
% of variance explained	40.3	17.1	12.6
% of total variance explained: 70.0			

Concerning the three dimensions or factors retained in our final analysis: “Stereotypes and moralism”, “Treatment optimism” and “Specialized treatment”, we separated them into two axes based on the three major learning domains conceptualized by Benjamin Bloom in 1956 (cognitive, affective and psychomotor) and further developed thereafter [20,21]. On one hand, we identified a psycho-affective axis, based on moral judgments, and on the other, a cognitive axis, linked to the perception of health care skills. The latter includes Factor II, which evaluates a dimension linked to results (the perception of the effectiveness of the treatment, “successful outcome”) and Factor III concerning the perception of the needed resources (material and human resources). The correlations between the scores derived from these factors ($r = -0.32$, 0.23 and -0.17 for score 1 and score 2, score 1 and score 3 and score 2 and score 3, respectively) were weak to moderate, which is an additional argument for maintaining a three-dimensional questionnaire. The score “Stereotypes and moralism” was positively correlated with the “Specialized treatment” score and negatively correlated with the “Treatment optimism” score. The score “Specialized treatment” was positively correlated with the “Stereotypes and moralism” score and negatively correlated with the “Treatment optimism” score (see Figure 1).

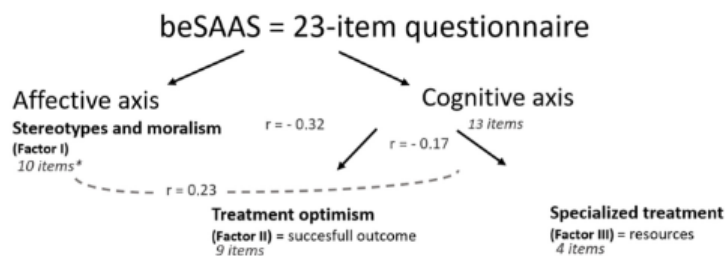


Figure 1. Factor structure of the beSAAS questionnaire according to the number of items characterising each factor * and correlations between scores derived from these factors (r).

It is to be noted that the items dealing with the same content for drugs and alcohol had good or excellent correlations ($r = 0.55$ – 0.85).

Secondly, we analyzed the factor scores according to the different socio-demographic data collected. There was a significant increase in the mean score for “Stereotypes and moralism” (Factor I) with age. This mean score was also statistically significantly higher for male respondents ($p = 0.037$). The differences in the average score for “stereotypes and moralism” according to “subject-parent” origin were significant ($p = 0.005$); among people of non-European origin, we observed a higher average score than that of people of Belgian or Belgian–European origin. Subjects who did not consume any substance had a higher “Stereotypes and moralism” mean score than people who had consumed

(only cannabis or multiple substances) but the differences were at the limit of statistical significance ($p = 0.065$). Conversely, the average score of those who had ever used cannabis was low. This was also the case for those who had been in contact with patients with SUD in specific centers (e.g., addiction centers, harm reduction centers, prisons, etc.) or who had enrolled in the optional SUD training, who differed significantly from the other respondents in having very low average scores on “Stereotypes and moralism”. There was no statistically significant difference in the average factorial I scores according to the perception of one’s own health and SUD in the environment. The same was true for the choice of specialty, although students who wanted to go into gynecology had a lower average score. There was no statistically significant difference in the mother’s level of education either, although for this last variable the average score was higher for those whose mother’s level of education was low.

For Factor II, “Treatment optimism”, the average score remained close to the mean of the total sample (2.94) across the different socio-demographic characteristics. This means that there was a tendency, independent of subject characteristics, to be optimistic towards treatment and possible interventions. However, the 23 respondents who had no contact with people with SUD at work showed a clear tendency towards low optimism about treatment (average score lower than the others, NS).

In relation to Factor III, which assessed attitudes towards the specialized treatment of SUD, male respondents had a significantly lower mean score ($p = 0.035$). People whose origin was outside Europe had a significantly higher mean score than Belgian–Europeans ($p = 0.019$) or Europeans ($p = 0.049$). We also found a tendency for people with no contact with SUD patients, or with contact in hospitals, to be in favor of “Specialized treatment” (NS). On the other hand, those who went to general practice were not in favor of “Specialized treatment”. The same was true for respondents enrolled in addiction training ($p = 0.031$). Detailed results can be found in Table A4 (see Appendix B) and Figure A1 (see Appendix C).

To investigate if the SARS-CoV-2 crisis could have impacted students’ representations, we compared factors and variables according to the three student cohorts (2019, 2020 and 2021). The results did not show any relevant significant difference except for a slight decrease in the average score of Factor I over the years (from 2.14 to 2.02; $p = 0.05$).

4. Discussion

Our study, through the adaptation of a short version of the Substance Abuse Attitude Survey questionnaire administered to medical students in Belgium, allowed us to select a 23-item questionnaire with good face validity and content validity (via expert panel and pre-test), construct validity (via exploratory factor analysis, convergent correlations between alcohol and drug items and discriminatory correlations between factor scores) and very good internal consistency (Cronbach’s alpha = 0.80). That allowed us also to highlight interesting results concerning influencing factors of medical students’ attitudes regarding SUD. The three dimensions selected: “Stereotypes and moralism”, “Treatment optimism” and “Specialized treatment”, which we divided into two axes (affective and cognitive), are useful for exploring the learning objectives pursued in our educational system. These results can also guide us in the methodological choices to be made to achieve these objectives.

We can see some differences with the reference studies [8,10]. As the latter pointed out, the factor structure logically changes according to the characteristics of the people completing it. Our target population and questionnaire were somewhat different from those of the first study, conducted on different profiles of already experienced professionals (non-clinicians, clinicians not in the field and clinicians in the field) and those of the second study conducted on college students (first university degree). This may partly explain the difference in the factors observed.

In our study, given the circumstances (SARS-CoV-2 crisis) and the survey having been carried out partly online, the response rate (71.1%) was good. We found an over-

representation of women, which corresponds to the feminization of medicine over the last few years and is in line with the latest gender report from our university [22], which reports 62% female students in medicine. We also see that 72.7% of students have a mother with a high level of education. These attitudes therefore reflect a selected population of future caregivers who are very likely to differ, also because of the number of years between these studies, from the populations studied in previous articles and from the general population at the socio-demographic level (in terms of gender imbalance and education level).

With regard to the factors, it is firstly interesting to note that the dominant factor in our study (explaining 40.3% of the variance) was, as with that of the college students, the factor relating to “Stereotypes and moralism”. This differs from the case of Chappel et al., 1985, where it was the factor relating to permissiveness. The predominance of this affective dimension in a medical student cohort can be explained in different ways. Firstly, we hypothesize that, as the SUD topic is little taught in the formal curriculum, its representation is at this stage still partly based on representations conveyed by society or by students’ communities. These representations are probably also influenced by their internship experience, where the impact of role modeling (defined here as “a teaching by example and influencing students in an unintentional, unaware, informal and episodic manner”) [23] is documented in students [23,24]. Students may integrate both the positive and negative behaviors of their role models and mentors, perhaps more so in the context of choosing a career path, where they are looking to identify models. The informal and hidden curricula play a key role in the transmission of attitudes and values [24]. This is consistent with the study of Kidd et al. in 2020 [25], which justified the fact that students tended to adopt more negative attitudes towards SUD people over time by the potential impact of the “hidden curriculum” through which students internalize the “negative” attitudes of their supervisors. The hidden curriculum includes “a set of values, behavioral norms, attitudes, skills, and knowledge that medical students learn implicitly” [26]. These attitudes are influenced by social and institutional stigmas that lead to suboptimal care including less engagement and empathy by health professionals [27]. By perceiving these stigmas, and by a phenomenon of self-stigma, SUD people may seek less help and be less involved in treatment, which can lead them to exclude themselves from the healthcare system [28,29].

In our study, the (non) place of contact seemed to play an important role in stereotypes and moralism, the latter being particularly marked if there was no contact or if it took place only in the hospital system. Conversely, scores were low if students had had multiple contacts or had experience of specific settings for patients with SUD such as SUD centers. This demonstrates the importance of varied and supervised experiences to reduce stereotypes. The fact that some students have never used substances on their own has also encouraged these stereotypes [15,27,30].

The difference between the factors emerging from our study and our reference articles can also be explained by the fact that in our final analysis we no longer had any of the items correlated with the “Permissiveness” factor initially present in the study by Chappel et al. Some of those items were not included in the “Brief SAAS”, some of which differed from the initial questionnaire, and other items were removed from the “bSAAS” because they were not adapted to our context, such as experimental marijuana use among young people, or were not retained during the second or third stage of the factor analysis leading to the “beSAAS questionnaire” (See Table A2 in Appendix A).

In relation to the third factor, which we decided to name “Specialized treatment”, it was well characterized in our study by the four items correlated with it (referring to care by specialists and in hospital in cases of alcohol or drug use disorders) and thus seems to be better defined here rather than in previous studies where they were associated with the notions of stereotypes and moralism among other items. Nevertheless, it is stereotypical to believe that the complexity of the situations should be dealt with by the second line of care. Recent studies on opiate use disorders show, in contrast, that the primary care setting is the most appropriate [31,32], although this is more controversial for alcohol, even if its role of early detection and intervention is essential [33]. The fact that in our study this emerges

as a factor on its own, in contrast to the two studies mentioned above, is indicative of our target population. Here, we can also see the impact of the “hidden curriculum” on medical students, as mentioned by Sc. Mahood in 2011 [34]. Indeed, in the medical curriculum of our Faculty, the importance and primacy of specialties are regularly emphasized outside the formal curriculum. The training is mainly hospital-centered as well. The fact that general medicine is not sufficiently valued in the learning process is certainly internalized by the students, especially a few months before the final exams when it comes to the selection of specialism, and may influence these stereotypical representations (these two scores being positively correlated in our study, albeit moderately).

As for the results of the factor scores, we can observe that the characteristics of the subjects with higher scores for stereotypes and moralism are similar to those who were in favor of punishing substance use during pregnancy (alcohol/drugs) in our previous study [15], these two items being the most «weighted» in this first factor.

Lastly, it is interesting to note that the students who enrolled in SUD training scored lower on stereotypes and moralism compared to those who did not decide to attend. Our study highlighted also an interesting result for our SUD training: specific contact with SUD people was associated with a lower score in stereotypes and moralism. Furthermore, there was not a statistically significant difference in terms of optimism about treatment between the two groups, which was a tendency to be in favor. These findings lead us to the conclusion that we should involve people in recovery and peer helpers in this optional training to contribute to lowering stigma and to help improve the perception of treatment outcomes through the sharing of positive experiences. We should also focus our teaching on recovery approach and long-term support for this chronic disease (“care vision”) rather than focusing on curing the individual (“cure vision”) as is commonly taught in medicine. Even if we could observe a slight improvement in stereotypes and moralism from year to year, which could be explained by more awareness among medical students of mental health and substance use disorders in a context of overall vulnerability, there is still work to do. This study also reveals the interest in SUD and necessity of making a SUD training program compulsory for all medical students, in addition to the basic SUD education, to improve attitudes, access and quality of care for people with SUD [27,35,36]. It should be noted, however, that the fact that the people taking part in the training were generally not in favor of specialized treatment for this group can be explained by the way in which this training is offered by the Department of General Medicine, and the fact that students that are heading for general medicine are the more likely to take part.

Although this study made it possible to validate a questionnaire for evaluating representations in French that could be used to evaluate educational systems, it does have certain limitations. First of all, we obtained an acceptable average response rate of 71.1%. This result was unfortunately impacted by a low response rate in 2020 (47.3%) due to the first wave of the pandemic and students’ other concerns, which limited the representativity of the sample especially for this cohort. For the rest, the response rates were significantly higher, with 82% and 79.3% of respondents for 2019 and 2021, respectively.

Otherwise, we were not able to ensure its external validity by measuring its correlation with the basic instrument or other related instruments. Nor have we assessed its reliability in terms of repeatability (test-retest) and reproducibility on other profiles. It would also be useful to conduct a confirmatory factor analysis on the basis of our new 23-item questionnaire (beSAAS) to validate its construct. Further studies could be conducted in the future to do so. It is also a questionnaire with limited items filled by the students themselves, which has its limitations in assessing students’ attitudes in practice. Indeed, it is not reflective of all the potential attitudes related with SUD and could be completed by patients and SUD trainers in the practice setting to be more accurate and comprehensive. To have better knowledge of the topic, we could also complete this study by semi-structured interviews or health simulation training to be able to analyze student attitude, discourse and implicit bias in more depth. As this questionnaire was administered to medical students, which

means future caregivers, we suspect that the results suffer from social desirability bias. This could result in the reporting of more positive attitudes than those experienced in reality.

5. Conclusions

The adaptation of the Substance Abuse Attitude Survey to our cultural context and our target population of medical students has good validity and internal consistency. The questionnaire selected, beSAAS with 23 items and its three-dimensional interpretation through 2 axes: affective and cognitive, is useful and relevant to evaluate the impact of a pedagogical program on students’ representations. This study was able to highlight certain factors influencing stereotypical representations such as age, gender, personal or professional experience with substance use. The factor evaluating the interest of “Specialized treatment” clearly emerged in our study and seems to be explained by our target population and its representations influenced by the formal, informal and hidden curriculum. The study also highlighted interesting findings for improving medical education to lower stigma and provide better care for SUD people. Further studies are needed to investigate the external validity, repeatability and reproducibility of the questionnaire.

Author Contributions: L.R. contributed to the conception and design of the study and to the data collection. She wrote the original draft of the manuscript. She was involved in the analysis and interpretation of the data. M.D.-W. had the lead in the analysis and interpretation of the data and was a major contributor in revising the manuscript. N.K. intellectually contributed to the study process and C.K. co-supervised the study and the content. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The research protocol was approved by the local ethics committee (Ethics Committee of ERASME-ULB hospital; medical board’s approval number: OM 021) on 25 February 2019, ref: P2019/156. All methods were carried out in accordance with relevant guidelines and regulations.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all participants who filled out and returned the questionnaire.

Data Availability Statement: The dataset used and/or analyzed during the current study is available from the corresponding author on reasonable request.

Acknowledgments: We would like to thank the Committee of Experts who helped to build the new questionnaire and Sarah Nouwynck for intellectual input on the Manuscript.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Appendix A

Table A1. Questionnaire bSAAS (29 Items) and Sociodemographic Characteristics.

Indicate your degree of agreement or disagreement by circling the appropriate choice to the right of each statement. There are no right or wrong answers	Strongly disagree ... 1	Disagree ... 2	Undecided ... 3	Agree ... 4	Strongly agree ... 5
1. Drug addiction is associated with a weak will	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
2. A drug-dependent person cannot be helped until he/she has hit rock bottom	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree

Table A1. *Cont.*

Indicate your degree of agreement or disagreement by circling the appropriate choice to the right of each statement. There are no right or wrong answers	Strongly disagree ... 1	Disagree ... 2	Undecided ... 3	Agree ... 4	Strongly agree ... 5
3. Heroin is so addictive that no one can really recover once he/she becomes an addict	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
4. Drug abusers should only be treated by specialists in that field	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
5. Smoking leads to marijuana use, which in turn leads to hard drugs	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
6. Daily use of one marijuana cigarette is not necessarily harmful	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
7. Urine drug screening can be an important part of drug abuse treatment	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
8. A physician who has been addicted to narcotics should not be allowed to practice medicine again	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
9. A drug-addicted person who has relapsed several times probably cannot be treated	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
10. Long-term outpatient treatment is necessary for the treatment of drug addiction	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
11. Paramedical professionals (psychologists, nurses, social workers ...) can provide effective treatment for drug abusers	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
12. Paraprofessional counselors (trained volunteers, previous drug users) can provide effective treatment for drugs abusers	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
13. Once a person becomes drug-free through treatment, he can never become a social user	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
14. Drug addiction is a treatable illness	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
15. Group therapy is very important in the treatment of drug addiction	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
16. A hospital is the best place to treat a drug addict	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
17. Most drug-dependent persons are unpleasant to work with as patients	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
18. Pregnant women who use drugs should be punished	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
19. Coercive pressure, such as threat or punishment, is useful in getting resistant patients to accept treatment	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
20. Alcoholism is associated with a weak will	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
21. An alcohol- or drug- dependent person cannot be helped until he/she has hit rock bottom	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
22. Alcohol addiction should only be treated by specialists in that field	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree

Table A1. Cont.

Indicate your degree of agreement or disagreement by circling the appropriate choice to the right of each statement. There are no right or wrong answers	Strongly disagree ... 1	Disagree ... 2	Undecided ... 3	Agree ... 4	Strongly agree ... 5
23. An alcohol-dependent person who has relapsed several times probably cannot be treated	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
24. Alcoholism is a treatable illness	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
25. Group therapy is very important in the treatment of alcoholism	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
26. A hospital is the best place to treat an alcoholic	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
27. Lifelong abstinence is a necessary goal in the treatment of alcoholism	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
28. Most alcohol-dependent persons are unpleasant to work with as patients	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
29. Pregnant women who use alcohol should be punished	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree

Socio-Demographic Data

1. What is your gender?
 - Man
 - Woman
 - Other
2. You are between:
 - 20–24 yrs old
 - 25–29 yrs old
 - 30–34 yrs old
 - 35–39 yrs old
 - >40 yrs old
3. What is your first choice of specialty? *free answer*
4. During your work experience have you ever been in contact with people with illicit substance use disorder? (cannabis, cocaine, heroin, amphetamines ...)? *multiple answers are possible*
 - None
 - Yes, in the emergency room
 - Yes, in a hospital department
 - Yes, during a specialist consultation
 - Yes, in an addiction center
 - Yes, in a GP consultation
 - Other, please specify: _____
5. Have you ever taken any of these drugs?
 - Yes
 - Cannabis
 - Cocaine (cocaine, crack)
 - Other psychostimulants (amphetamine, methamphetamine, MDMA, mephedrone ...)
 - Hallucinogens (LSD, Ketamine, mushrooms ...)
 - Hypnotics, sedatives (GHB/GBL ...)
 - Opiates (heroin, methadone, buprenorphine, fentanyl, morphine ...)
 - No

- Inhalants
 - Other, please specify: _____
 - No
6. Have you ever been in contact within your own environment with one or more problematic users of substances other than tobacco? *several answers are possible*
- No
 - Yes
 - Cannabis
 - Cocaine (cocaine, crack)
 - Other psychostimulants (amphetamine, methamphetamine, MDMA, mephedrone . . .)
 - Hallucinogens (LSD, Ketamine, mushrooms . . .)
 - Hypnotics, sedatives (GHB/GBL . . .)
 - Opiates (heroin, methadone, buprenorphine, fentanyl, morphine . . .)
 - Inhalants
 - Other, please specify: _____
7. In general, would you say your health is:
- Excellent
 - Very Good
 - Good
 - Fair
 - Poor
8. What is the highest level of your parents' education?
- | | |
|--|-------------------------------|
| Father | Mother |
| <input type="radio"/> Elementary school | a. Elementary school |
| <input type="radio"/> Lower secondary education | b. Lower secondary education |
| <input type="radio"/> Higher secondary education | c. Higher secondary education |
| <input type="radio"/> High school | d. High School |
| <input type="radio"/> University | e. University |
| <input type="radio"/> None | f. None |
| <input type="radio"/> Unknown | g. Unknown |
9. If you are of foreign origin or if you have opted for Belgian nationality, can you indicate your nationality of origin?
10. Are one or both of your parents of a nationality other than Belgian, or have they ever been of a nationality other than Belgian?
- Yes
 - No

Table A2. beSAAS questionnaire (23 items).

Indicate your degree of agreement or disagreement by circling the appropriate choice to the right of each statement. There are no right or wrong answers	Strongly Disagree ... 1	Disagree ... 2	Undecided ... 3	Agree ... 4	Strongly agree ... 5
1. Drug addiction is associated with a weak will	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
2. A drug-dependent person cannot be helped until he/she has hit rock bottom	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
3. Drug abusers should only be treated by specialists in that field	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree

Table A2. Cont.

Indicate your degree of agreement or disagreement by circling the appropriate choice to the right of each statement. There are no right or wrong answers	Strongly Disagree ... 1	Disagree ... 2	Undecided ... 3	Agree ... 4	Strongly agree ... 5
4. A physician who has been addicted to narcotics should not be allowed to practice medicine again	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
5. A drug-addicted person who has relapsed several times probably cannot be treated	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
6. Long-term outpatient treatment is necessary for the treatment of drug addiction	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
7. Paramedical professionals (psychologists, nurses, social workers ...) can provide effective treatment for drug abusers	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
8. Paraprofessional counselors (trained volunteers, previous drug users) can provide effective treatment for drugs abusers	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
9. Drug addiction is a treatable illness	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
10. Group therapy is very important in the treatment of drug addiction	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
11. A hospital is the best place to treat a drug addict	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
12. Most drug-dependent persons are unpleasant to work with as patients	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
13. Pregnant women who use drugs should be punished	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
14. Coercive pressure, such as threat or punishment, is useful in getting resistant patients to accept treatment	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
15. Alcoholism is associated with a weak will	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
16. An alcohol-dependent person cannot be helped until he/she has hit rock bottom	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
17. Alcohol addiction should only be treated by specialists in that field	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
18. An alcohol-dependent person who has relapsed several times probably cannot be treated	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
19. Alcoholism is a treatable illness	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
20. Group therapy is very important in the treatment of alcoholism	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
21. A hospital is the best place to treat an alcoholic	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
22. Most alcohol-dependent persons are unpleasant to work with as patients	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
23. Pregnant women who use alcohol should be punished	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree

Appendix B Additional Tables

Table A3. Items not retained for final analysis.

First factor analysis: Heroin is so addictive that you cannot get off it once you become addicted. Smoking a joint of marijuana every day leads in turn to hard drugs. Smoking a marijuana joint every day is not necessarily bad for your health. Urine drug testing can be an important part of management. Once a person is no longer addicted to a drug, he or she can never again be a recreational user of that drug.
Second factor analysis: Long-term abstinence is a necessary goal of alcohol treatment.

Table A4. Mean \pm SD of the factor scores § according to some subjects' characteristics.

Variable	Stereotypes and Moralism		p^a	Optimism about Treatment		Specialized Treatment	
	n (%)	Mean \pm SD		Mean \pm SD	P^a	Mean \pm SD	p^a
Total	615 (100)	2.07 \pm 0.55		2.94 \pm 0.40		2.55 \pm 0.67	
Maternal education level							
Low	48 (8.3)	2.12 \pm 0.53	0.438 ^b	2.96 \pm 0.35	0.684	2.16 \pm 0.64	0.460
Medium	110 (19.0)	2.10 \pm 0.60		2.92 \pm 0.39		2.06 \pm 0.54	
High	421 (72.7)	2.06 \pm 0.52		2.95 \pm 0.40		2.06 \pm 0.52	
SUD in the entourage							
No	222 (37.8)	2.09 \pm 0.54	0.958	2.92 \pm 0.40	0.561	2.58 \pm 0.69	0.638
Alcohol	83 (14.1)	2.08 \pm 0.50		2.99 \pm 0.39		2.56 \pm 0.61	
Cannabis	41 (7.0)	2.04 \pm 0.50		2.91 \pm 0.35		2.65 \pm 0.57	
Alcohol–cannabis	95 (16.2)	2.05 \pm 0.52		2.91 \pm 0.38		2.49 \pm 0.59	
Other drugs	147 (25.0)	2.09 \pm 0.61		2.96 \pm 0.41		2.52 \pm 0.73	
Health perception							
Excellent	111 (27.7)	2.02 \pm 0.53	0.617	2.97 \pm 0.47	0.466	2.60 \pm 0.70	0.310
Very good	191 (47.6)	2.07 \pm 0.55		2.93 \pm 0.38		2.61 \pm 0.63	
Good–satisfactory	99 (24.7)	2.01 \pm 0.52		2.99 \pm 0.36		2.49 \pm 0.71	
Choice of medical specialty							
General Practice	159 (25.9)	2.08 \pm 0.50	0.752	2.96 \pm 0.38	0.384	2.44 \pm 0.65	0.103
Internal medicine	78 (12.7)	2.05 \pm 0.60		2.94 \pm 0.38		2.54 \pm 0.68	
Pediatrics	41 (6.7)	2.06 \pm 0.52		2.92 \pm 0.36		2.59 \pm 0.68	
Gynecology	41 (6.7)	1.96 \pm 0.53		3.02 \pm 0.36		2.46 \pm 0.63	
Other	296 (48.1)	2.08 \pm 0.56		2.91 \pm 0.42		2.61 \pm 0.67	

§ mean of items with loading >10.301 . ^a: One-way ANOVA, F-test or *t*-test. ^b: One-way ANOVA, test for linearity.

Appendix C Additional Figures

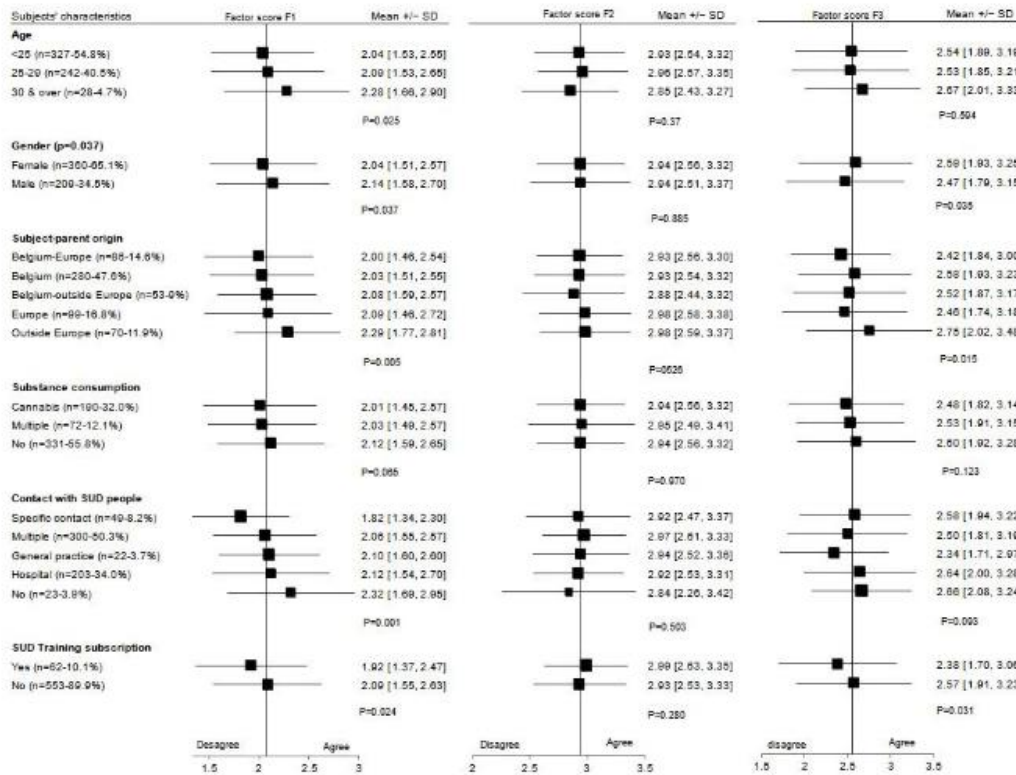


Figure A1. Mean \pm SD of factor scores according to subjects' sociodemographic characteristics, drug consumption and training. The factor score is the mean of items with loading $> |0.30|$. The vertical line corresponds to the overall mean of the factor. *p*-values: One-way ANOVA, F-test or *t*-test. Factor score 1 (left) "Stereotypes and moralism"; age: One-way ANOVA, test for linearity. Subject-parent origin: after Bonferroni correction, outside Europe vs. Belgium: $p = 0.003$, vs. Belgium-Europe: $p = 0.007$; all other comparisons are NS. Contact with SUD people: after Bonferroni correction, "Specific contact" differs significantly from "None" ($p = 0.003$), "Hospital" ($p = 0.003$) and "Multiple" ($p = 0.040$). Factor score 2 (middle) "Treatment optimism". Factor score 3 (right) "Specialized treatment" according to subjects' sociodemographic characteristics, drug consumption and SUD training. Subject-parent origin: after Bonferroni correction, outside Europe vs. Belgium-Europe = 0.019 vs. Europe: 0.049; all other comparisons are NS.

References

1. Watson, H.; MacLaren, W.; Kerr, S. Staff attitudes towards working with drug users: Development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. *Addiction* **2007**, *102*, 206–215. [CrossRef]
2. Richardson, G.B.; Smith, R.; Lowe, L.; Acquavita, S.P. Structure and longitudinal invariance of the Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire. *J. Subst. Abuse Treat.* **2020**, *115*, 108041. [CrossRef]
3. Luty, J.; Fekadu, D.; Umoh, O.; Gallagher, J. Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatr. Bull.* **2006**, *30*, 257–260. [CrossRef]
4. Schaler, J.A. The Addiction Belief Scale. *Int. J. Addict.* **1995**, *30*, 117–134. [CrossRef]
5. Humphreys, K.; Greenbaum, M.A.; Noke, J.M.; Finney, J.W. Reliability, validity, and normative data for a short version of the Understanding of Alcoholism Scale. *Psychol. Addict. Behav.* **1996**, *10*, 38–44. [CrossRef]
6. Lindberg, M.; Vergara, C.; Wild-Wesley, R.; Gruman, C. Physicians-in-training Attitudes Toward Caring for and Working with Patients with Alcohol and Drug Abuse Diagnoses. *South. Med. J.* **2006**, *99*, 28–35. [CrossRef] [PubMed]

7. Cernasev, A.; Kline, K.M.; Barenie, R.E.; Hohmeier, K.C.; Stewart, S.; Forrest-Bank, S.S. Healthcare Professional Students' Perspectives on Substance Use Disorders and Stigma: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 2776. [CrossRef]
8. Chappel, J.N.; Veach, T.L.; Krug, R.S. The substance abuse attitude survey: An instrument for measuring attitudes. *J. Stud. Alcohol* **1985**, *46*, 48–52. [CrossRef] [PubMed]
9. Chappel, J.N.; Veach, T.L. Effect of a course on students' attitudes toward substance abuse and its treatment. *J. Med. Educ.* **1987**, *62*, 394–400. [CrossRef]
10. Jenkins, S.J.; Fisher, G.L.; Applegate, R.L. Factor Analysis of the Substance Abuse Attitude Survey with College Undergraduates. *Psychol. Rep.* **1990**, *66*, 331–336. [CrossRef]
11. Pinikahana, J.; Happell, B.; Carta, B. Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. *Nurs. Health Sci.* **2002**, *4*, 57–62. [CrossRef] [PubMed]
12. Puskar, K.; Gotham, H.J.; Terhorst, L.; Hagle, H.; Mitchell, A.M.; Braxter, B.; Fioravanti, M.; Kane, I.; Mpa, K.S.T.; Woome, G.R.; et al. Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Education and Training on Nursing Students' Attitudes Toward Working with Patients Who Use Alcohol and Drugs. *Subst. Abus.* **2013**, *34*, 122–128. [CrossRef] [PubMed]
13. Muzyk, A.; Mullan, P.; Andolsek, K.M.; DeRouin, A.; Smothers, Z.P.; Sanders, C.; Holmer, S. An Interprofessional Substance Use Disorder Course to Improve Students' Educational Outcomes and Patients' Treatment Decisions. *Acad. Med.* **2019**, *94*, 1792–1799. [CrossRef] [PubMed]
14. Brief Substance Attitude Survey. Available online: https://medicine.yale.edu/sbirt/curriculum/modules/medicine/brief_substance_abuse_attitude_survey_100733_284_13474_v1.pdf (accessed on 29 December 2022).
15. Richelle, L.; Dramaix-Wilmet, M.; Roland, M.; Kacnelnabogen, N. Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. *BMC Med. Educ.* **2022**, *22*, 335. [CrossRef]
16. Hoffman, A. The support of drug users by general practitioners. 15 years after ... *Santé conjugué n°46. Fédérations des Maisons Médicales.* **2008**, *46*, 8–10.
17. Ketterer, F.; Symons, L.; Lambrechts, M.-C.; Mairiaux, P.; Godderis, L.; Peremans, L.; Remmen, R.; Vanmeerbeek, M. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam. Pract.* **2014**, *15*, 119. [CrossRef]
18. Gorsuch, R.L. Exploratory Factor Analysis: Its Role in Item Analysis. *J. Pers. Assess.* **1997**, *68*, 532–560. [CrossRef]
19. Tabachnick, B.G.; Fidell, L.S. *Using Multivariate Statistics*, 5th ed.; Allyn and Bacon: New York, NY, USA, 2007.
20. Bloom, B.S.; Engelhart, M.D.; Furst, E.J.; Hill, W.H.; Krathwohl, D.R. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. In *Handbook 1: Cognitive Domain*; Bloom, B.S., Ed.; David McKay: New York, NY, USA, 1956.
21. Anderson, L.W.; Krathwohl, D.R.; Airasian, P.W.; Cruikshank, K.A.; Mayer, R.E.; Pintrich, P.R.; Rath, J.; Wittrock, M.C. *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives (Complete edition)*; Anderson, L.W., Krathwohl, D.R., Eds.; Longman: New York, NY, USA, 2001.
22. ULB Gender Report. Available online: <https://www.ulb.be/fr/egalite-des-genres/dernier-rapport-genre-disponible-rapport-20-2021> (accessed on 29 December 2022).
23. Burgess, A.; Oates, K.; Goulston, K. Role modelling in medical education: The importance of teaching skills. *Clin. Teach.* **2016**, *13*, 134–137. [CrossRef]
24. Cruess, S.R.; Cruess, R.L.; Steinert, Y. Role modelling—Making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* **2008**, *336*, 718–721. [CrossRef]
25. Kidd, J.D.; Smith, J.L.; Hu, M.-C.; Turrigiano, E.M.; Bisaga, A.; Nunes, E.V.; Levin, F.R. Medical Student Attitudes Toward Substance Use Disorders Before and After a Skills-Based Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Curriculum. *Adv. Med. Educ. Pract.* **2020**, *11*, 455–461. [CrossRef]
26. Sarikhani, Y.; Shojaei, P.; Rafiee, M.; Delavari, S. Analyzing the interaction of main components of hidden curriculum in medical education using interpretive structural modeling method. *BMC Med. Educ.* **2020**, *20*, 176. [CrossRef] [PubMed]
27. van Boekel, L.C.; Brouwers, E.P.; van Weeghel, J.; Garretsen, I.I.F. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend.* **2013**, *131*, 23–35. [CrossRef]
28. Garpenhag, L.; Dahlman, D. Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: A qualitative study. *Subst. Abus. Treat. Prev. Policy* **2021**, *16*, 81. [CrossRef] [PubMed]
29. Muncan, B.; Walters, S.M.; Ezell, J.; Ompad, D.C. "They look at us like junkies": Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduct. J.* **2020**, *17*, 1–9. [CrossRef] [PubMed]
30. Goodyear, K.; Chavanne, D. Sociodemographic Characteristics and the Stigmatization of Prescription Opioid Addiction. *J. Addict. Med.* **2020**, *14*, 150–155. [CrossRef] [PubMed]
31. Rowe, T.A.; Jacapraro, J.S.; Rastegar, D.A. Entry into primary care-based buprenorphine treatment is associated with identification and treatment of other chronic medical problems. *Addict. Sci. Clin. Pract.* **2012**, *7*, 22. [CrossRef] [PubMed]
32. Buresh, M.; Stern, R.; Rastegar, D. Treatment of opioid use disorder in primary care. *BMJ* **2021**, *373*, n784. [CrossRef]
33. Rombouts, S.A.; Conigrave, J.H.; Saitz, R.; Louie, E.; Haber, P.; Morley, K.C. Evidence based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: A systematic review. *BMC Fam. Pract.* **2020**, *21*, 260. [CrossRef]
34. Mahood, S.C. Medical education: Beware the hidden curriculum. *Can. Fam. Physician* **2011**, *57*, 983–985.

35. Livingston, J.D.; Milne, T.; Fang, M.L.; Amari, E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction* **2012**, *107*, 39–50. [[CrossRef](#)]
36. Wood, E.; Samet, J.H.; Volkow, N.D. Physician Education in Addiction Medicine. *JAMA* **2013**, *310*, 1673–1674. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

III.4.3 Etude par analyse de clusters pour comprendre les facteurs qui influencent les représentations des étudiant·es en médecine

Cluster analysis of medical students' attitudes regarding people who use drugs: a first step to design a tailored education program

Lou Richelle^{1,2}, Michele Dramaix-Wilmet³, Quentin Vanderhofstadt^{1,2}, Charles Kornreich^{1,4}

- Unité de Recherche en Soins Primaires ULB, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles
- Département de Médecine Générale, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles
- Département d'Epidémiologie et de Biostatistiques, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles
- Laboratoire de Psychologie Médicale et d'Addictologie, Faculty of Medicine, Université Libre de Bruxelles

*Correspondence: lou.richelle@ulb.be; Tel.: 025556167

Abstract

Introduction : People with substance use disorder (SUD) deal with stigmatization in various areas of life, including healthcare system. In this study, we investigated the attitudes of final-year medical students towards SUD people and attempted to understand their influence.

Methods: We conducted a two-stage cluster analysis (hierarchical ascending classification followed by K-means clustering) based on the "beSAAS". We administrated this 23-item questionnaire to 923 final-year medical students in Belgium (response rate = 71,1%). Sociodemographic characteristics were compared between the clusters.

Results : Four clusters of students with specific characteristics were identified in this study. The first, "The Inclusives" (including 27,9% of respondents) had the least negative attitudes; they wanted to specialize mainly in psychiatry and gynecology. The second, "The Centrists" (23,6%) consisted mainly of male students. They had many private and professional experiences with substance use and considered themselves less healthy than others did. Most wanted to specialize in pediatrics and general practice. Their attitudes were slightly negative towards people with SUD. The third, "The Moralists" (27,6%), were mainly older, from non-European countries, had the least experience with substance use (or contact mainly in hospitals), had the less high mother's level of education and reported excellent health. They were heading toward other specialties. They had the most stereotypes and moralism, and less treatment optimism. The fourth, "The Specialist care-oriented" (20,8%), were the most in favor of specialized treatment. This group had a higher proportion of Belgian, females, and students who had specific contact with this population. They especially intended to specialize in internal medicine.

Conclusion : This study revealed 4 profiles of medical students with different attitudes towards SUD people. "The Moralists", including more than a quarter of the respondents, were characterized by strong stereotypes and moralism and little treatment optimism. These clusters could contribute to the design of a learner-centered program aimed at addressing stigma within the main curriculum.

Keywords : Substance Use Disorder; Attitudes; Medical Students; Cluster analysis; Education

Introduction

Substance use disorder (SUD) is a challenging public health issue affecting 39,5 million people worldwide, according to the World Drug Report 2023 (1). Room et al. (2001) highlighted that among the 18 most stigmatized social problems in 14 countries, drug addiction was ranked number one, and alcohol addiction was ranked number four (2). The stigma process could be understood as *“a process in which people are firstly labeled and thereby assigned to an out-group, secondly subjected to stereotypes and prejudices, and thirdly exposed to discrimination and social distance. This dynamic process implies a nonlinear and interactive stigma process, in which each component can mutually reinforce the others”* (3). People who use drugs (PWUD), particularly illicit substances, face numerous stigmas, including health professionals (4–7). Stereotypes and prejudices are common and may lead to substandard care by health professionals and limited access to the healthcare system (6–9). Health professionals may show less engagement and adopt a more task-oriented approach to healthcare delivery, which can lead to diminished empathy (7). Negative attitudes can reduce patients' sense of empowerment and recovery optimism and negatively impact treatment outcomes (unmet needs, postponing treatment, discontinuing treatment, etc.) (6–8,10).

The literature reports several factors impacting stigmatization by health professionals such as age, gender, personal and professional experiences with SUD (5,7,9, 11-13). Medical students and doctors are also concerned by stigma, which is more pronounced in certain disciplines (9,12–15).

In this study, we aimed to assess the attitudes of medical students about PWUD and to determine whether there were profiles of students who shared certain characteristics in terms of attitudes as well as to understand what could explain them. Our aim was to adapt the addiction training on this basis. We chose the beSAAS questionnaire (see Appendix A) (16) to survey final-year medical students. We focused on this population, as they are future generations of doctors.

Materials and Methods

beSAAS Questionnaire

The beSAAS Questionnaire is a 23-item questionnaire. It is the result of an exploratory factor analysis we have performed in a previous study on the bSAAS, a French adapted version of Substance Abuse Attitude Survey (SAAS), an internationally validated questionnaire which we had chosen because it best suited our needs (16). The exploratory factor analysis retained twenty-three items correlated to three factors; namely, *“Stereotypes and moralism”*, *“Treatment optimism”* and *“Specialized treatment”* with 70% of total variance explained and Cronbach's alpha = 0.80. The first factor called *“Stereotypes and moralism”* includes items such as *“Pregnant women who use drugs should be punished”*. The second factor *“Treatment optimism”*, contains items such as *“Drug addiction is a treatable illness”*. And the last factor *“Specialized treatment”*, with items such as *“Alcohol addiction should only be treated by specialists in that field”*. Each item was coded according to a Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). To be noted that the score *“Stereotypes and moralism”* was positively correlated with the *“Specialized treatment”* score and negatively correlated with the *“Treatment optimism”* score (the correlations were weak to moderate).

In order to characterize our population and to better understand the factors influencing the students' representations, we included several data sources: socio-demographic data (gender, age, origin), data related to the personal and professional background linked to substance use, data related to the type of professional orientation (choice of speciality), as well as data related to the perception of their own health (we wanted to evaluate whether this influenced the way in which people with SUD are perceived).

Data Collection

The questionnaire was presented to 923 final-year medical students (Université Libre de Bruxelles) of three consecutive years (2019, 2020 and 2021). The final-year corresponds to the 6th year of the main medical curriculum in Belgium. It was administered face-to-face to students in 2019 and online in 2020 and 2021 given the context of the SARS-CoV-2 crisis. A total of 657 students completed the questionnaire with an average response rate of 71.1%. Eighty students completed the questionnaire at the time of enrollment in a voluntary theoretical addictology course offered by the Department of General Practice. Records with missing items were not considered. One or two items were missing in thirty-two (4.9%) of the questionnaires and three to eleven items in ten (1.5%) of questionnaires. On this basis, 615 (93.6%) questionnaires were retained.

Statistical Methodology

Cluster analysis was performed based on the beSAAS Questionnaire (including the 23 items and the 3 factor scores derived from the exploratory factor analysis). A hierarchical ascending classification based on the WARD method was first used (Calinski/Harabasz and Duda/Hart criteria), we decided to keep 4 clusters. K-means clustering was then applied to the result obtained by the ascending hierarchical classification (17). The mean factor scores were compared between the 4 clusters using one-way analysis of variance (ANOVA), followed by 2-by-2 multiple comparisons with Bonferroni correction. The distribution of subjects' characteristics were compared between the 4 clusters using the Chi² test. To analyse the relationship between the clusters and some items of particular interest of questionnaire, we used correspondence analysis. The analyses were performed with STATA SE V16.1 software for all analyses and the significance level was set at 5%.

Results

Clusters characteristics

Cluster analysis allowed us to identify four clusters. The first cluster, which we called "The Inclusives", corresponded to 27.9% of the respondents. It was characterized by the lowest average scores on the "Stereotypes and Moralism" factor and the "Specialized treatment" factor. The respondents included in this cluster scored the highest for "Treatment optimism". The second cluster, which we called "The Centrists," consisted of 23.6% of respondents whose means in the three factors were closest to the overall mean in all factors. They were not particularly positioned in favor of any factor, scoring slightly higher on the "Stereotypes and moralism" factor and slightly lower on the "Treatment optimism" and "Specialized treatment" factors. The third cluster, which represented 27.6% of respondents, was called "The Moralists" because they scored the highest on "Stereotypes and moralism". Respondents were

also in favor of “Specialized treatment” and were not very optimistic about treatment. The final cluster, consisting of the smallest cluster (20.8% of respondents), was called "The Specialist care-oriented" because they scored the highest for this factor. Otherwise, they scored low on "Stereotypes and moralism" and scored slightly above average for “Treatment optimism”. See Table 1.

Table 1. Clusters and factorial scores

Factorial scores	Cluster 1 Inclusives n=172	Cluster 2 Centrists n=145	Cluster 3 Moralists n=170	Cluster 4 Specialist care-oriented n=128	Total n=615 (100)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Stereotypes & moralism	1.56 (0.32)	2.23 (0.39)	2.61 (0.40)	1.85 (0.31)	2.07 (0.55)
Treatment Optimism	3.19 (0.36)	2.84 (0.36)	2.69 (0.35)	3.01 (0.33)	2.94 (0.40)
Specialized treatment	1.95 (0.44)	2.16 (0.28)	2.94 (0.45)	3.26 (0.41)	2.55 (0.67)

One-way ANOVA: $p < 0.001$ for the 3 scores. After Bonferroni correction, significant differences ($P \leq 0.001$) were observed between each pair of clusters.

To confirm our model, we looked at some items that were particularly determinant of the factors and analyzed the positions of the clusters with regard to those items based on correspondence analyses (See Figure 1). For instance we used the item about punishing pregnant women using drugs, the most weighted in the factor “Stereotype and moralism”. The results were consistent and confirmed our choice of clusters’ names. Indeed, we can observe that “The Moralists” (Cluster 3) agreed with punishing substance use in pregnant women, “The Centrists” (Cluster 2) were not positioned, “The Specialist care-oriented” (Cluster 4) disagreed and “The Inclusives” (Cluster 1) strongly disagree.

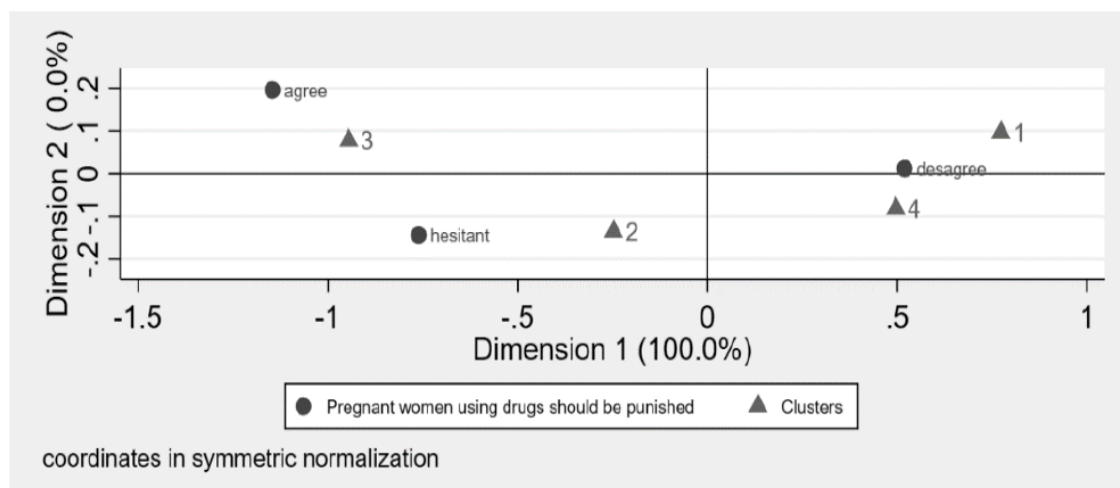


Figure 1. Clusters attitudes regarding to the item about punishing substance use during pregnancy Cluster 1= The Inclusives, Cluster 2=The Centrists, Cluster 3=The Moralists and Cluster 4=The Specialist care-oriented

We also highlighted some differences in attitudes toward alcohol and drugs. Noteworthy distinctions include a slightly higher agreement on perceived low willpower linked to drug use compared to alcohol

(15,3% vs 13%), especially present among “The Centrists” and “The Moralists”. Respondents in favor of punishing pregnant women consumers leaned slightly more towards alcohol than drugs (16,8 % vs 13,2%). This trend was particularly pronounced among “The Moralists” (34,7% vs 27,6%). Respondents expressed a slight preference for specialized treatment in alcohol-related issues compared with drug-related issues, which was notably pronounced among “The Specialist care-oriented” (20,3% vs 13,3%). Optimism about treatment outcomes remained consistent between the two substances. All the analyses were statistically significant.

Sociodemographic characteristics of respondents according to clusters

65,11% of the respondents were female. “The Centrists” included the highest proportion of male respondents (39,4%), hardly more than “The Moralists” (38,8%). At the opposite, “The Specialist care-oriented” were characterized by the highest number of female gender students (74,60%).

Table 2. Subjects’ socio-demographic characteristics in regard of the clusters

Subjects’ socio-demographic characteristics	Cluster 1 Inclusives n (%)	Cluster 2 Centrists n (%)	Cluster 3 Moralists n (%)	Cluster 4 Specialist care-oriented n (%)	Total n=615
Gender					
Female	65,7	60,56	61,21	74,60	65,1
Male	34,3	39,4	38,8	25,40	34,9
p=0,060					
Age (years)					
<25	55.4	58.5	48.2	58.4	54.8
25-29	42.2	37.3	44.5	36.8	40.5
>30	2.4	4.2	7.3	4.8	4.7
p=0.25					
Maternal education level					
Low	8.6	5.1	9.5	9.8	8.3
Medium	19.1	19.0	22.2	14.8	19.0
High	72.2	75.9	68.4	75.4	72.7
p=0.54					
Health perception					
Excellent	26.3	24.7	30.8	28.6	27.7
Very good	49.2	44.7	49.5	46.2	47.6
Good-satisfactory	24.6	30.6	19.6	25.3	24.7
p=0.75					

As shown in Table 2, “The Inclusives” had the lowest level of older students (more than 30 years old) and “The Centrists” were marked by the highest level of mother’s education and lower health perception (satisfactory to good). Regarding “The Moralists”, they were characterized by the oldest students, the fewest students with a high mother’s level of education and the best perception of their

health. Finally, “The Specialist care-oriented” stand out except for the most “middle” maternal education level.

With regard to origin, we observe that “The Inclusives” group included the most European students (22,1%); “The Centrists” the most Belgian students of European origin (23,2 %); “The Moralists” the most students of non-European origin (17,9%) and “The Specialist care-oriented” the most of Belgian students (53,6%), (p= 0,001). See Appendix B.

In terms of substance experiences, “The Inclusives” stood out by the highest level of personal consumption of cannabis and the most other substance disorders in the entourage. “The Centrists” by the most personal substance use (cannabis and multiple) and SUD in the entourage (notably alcohol-cannabis use disorders). “The Moralists” by the less personal use or SUD in the entourage. And “The Specialist care-oriented” by the highest level of cannabis use disorder in the entourage. The details are presented in Table 3.

Table 3. Substances experiences in regard of the clusters

Substances experience	Cluster 1 Inclusives n =172	Cluster 2 Centrists n =145	Cluster 3 Moralists n =170	Cluster 4 Specialist care-oriented n =128	Total n=615 (100)
	%	%	%	%	%
Drugs consumption					
No	52.8	50.0	63.0	56.8	55.8
Cannabis	37.4	36.4	24.2	30.4	32.0
Multiple	9.8	13.6	12.7	12.8	12.1
P=0.16					
SUD in the entourage					
No	37.4	36.0	39.6	37.7	37.8
Alcohol	15.3	12.2	16.5	11.5	14.1
Cannabis	4.3	6.5	6.7	11.5	7.0
Alcohol-cannabis	16.0	19.4	15.2	13.9	16.2
Other drugs	27.0	25.9	22.0	25.4	25.0
p=0.65					

Regarding the professional trajectory, “The Inclusives” had the most contacts in general practice (GP) followed by many specific contacts (i.e., addiction centers, prisons, psychiatry clinics, etc.). They wanted most to specialize in gynecology, psychiatry (adult and child), and GP in the second position. They were also more willing to participate in addictology training (offered by the GP Department). “The Centrists” had had the most contacts in multiple contexts. They wanted to specialize in pediatrics and GP with internal medicine in second place. “The Moralists” had the least contact with patients with SUD or especially in a hospital setting. They were most interested in going into other

specialties, including surgery, anesthesia, and emergency, and registered the least with optional addiction training. “The Specialist care-oriented” had the most contact in specific settings and the least in GP. They wanted to specialize the most in internal medicine. See Table 4.

Table 4. Subjects’ professional trajectory

Subjects’ Professional career	Cluster 1 Inclusives n=172	Cluster 2 Centrists n=145	Cluster 3 Moralists n=170	Cluster 4 Specialist care-oriented n=128	Total n=615 (100)
	%	%	%	%	%
Contacts with SUD people					
Specific contacts	10.9	5.7	5.5	11.1	8.2
Multiple	50.9	56.7	44.2	50.0	50.3
General practice	4.9	3.6	4.2	1.6	3.7
Hospital	30.9	30.5	40.6	33.3	34.0
No	2.4	3.6	5.5	4.0	3.9
p=0.23					
Choice of medical speciality					
General practice	26.7	31.7	21.8	23.4	25.9
Internal medicine	12.8	13.8	10.6	14.1	12.7
Paediatrics	5.2	8.3	7.1	6.3	6.7
Gynaecology	9.3	3.5	6.5	7.0	6.7
Psychiatry	5.2	2.1	0.6	3.1	
Other	45.9	42.8	54.1	49.2	48.1
p=0.46					
Optional addiction Training					
No	86,6	89,7	94,1	89,1	89,2
Yes	13,4	10,3	5,9	10,9	10,1
p =0,14					

We synthesized all the main characteristics of each cluster in Figure 2.

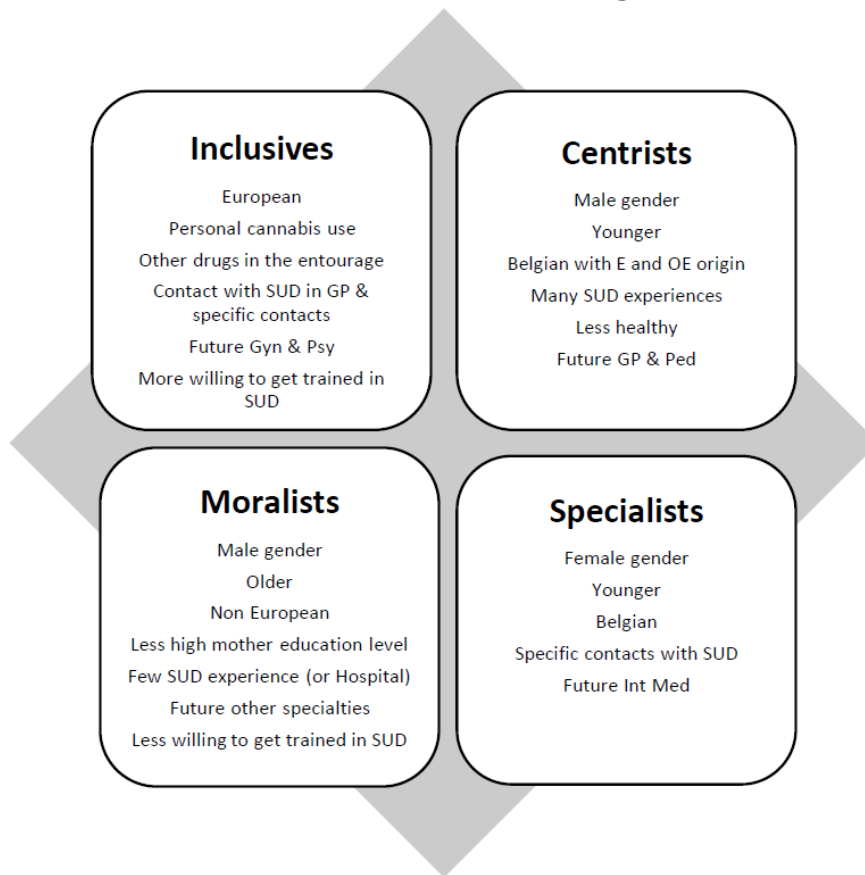


Figure 2. Main characteristics of the four clusters

GP=general practice, Gyn=gynaecology, Int Med=internal medicine, OE= outside Europe, Psy=psychiatry (adult and child), Ped=paediatric, SUD=Substance use disorder

Additionally, to investigate if the SARS-CoV-2 crisis could have impacted students' representations, we compared factors and variables according to the three student cohorts (2019, 2020 and 2021). The results did not show any relevant significant difference except for a slight decrease in the average score of Factor I (Stereotypes and moralism) over the years (from 2.14 to 2.02; $p = 0.05$)²⁰.

Discussion

Our results are challenging and provide a better understanding of the attitudes of future doctors and their influences. The fact that this study revealed four distinct groups in terms of attitudes towards SUD people with specific socio-demographic characteristics, life, and professional experiences with substances is an important contribution of the study and allows us to identify potential actions to address stigma. We did not find any similar studies in literature.

Concerning these influencing factors, this study explored new items of interest. Indeed, if the questions of age, gender, and experience related to substance use among medical students and doctors had already been studied in previous studies as mentioned above, this study allowed us to compare medical students on different aspects not yet studied, such as their choice of orientation, which, to

our knowledge, has never been explored before, especially among medical students. This makes it possible to compare the attitudes of all profiles of future specialities and not only a few of them, as highlighted previously in the literature (9,12). Another characteristic that seems to have never been studied is the perception of their own health in relation to their representations of PWUD.

Regarding the four clusters, several items were interesting to discuss. For "The Inclusives", it is interesting to note that contact with people with SUD in GP or in specific centers had globally a positive impact on their attitudes as they had the most contact with SUD in these settings. A limited literature showed indeed less stigma in primary care (12,14). The majority of these students wanted to specialize in gynecology, psychiatry, and GP (cluster with the second highest percentage). All three specialities are particularly interested in the psychosocial and biological dimensions of human beings. These students are undoubtedly particularly sensitive to a person-centered and empathetic approach. The literature is mixed on the association between empathy and career choice, but it tends to show more empathy in students who go into a people-oriented specialty such as GP or psychiatry and a more technical orientation such as surgery (18,19). This choice may also be explained based on personality traits (20).

"The Centrists" is a cluster marked by a certain level of knowledge about substances, in the students' personal and professional narrative. These students had the most multiple contacts with PWUD but the least specific contacts, which could partly explain their attitudes. Indeed, contact with this population in settings where they are not well received or treated could also impact them as they may integrate the negative attitudes of their mentors (15,16). Otherwise, we assumed before conducting this study that feeling less healthy, potentially having chronic health problems or mental health disorders, meaning being more vulnerable, could have a positive impact on their sensitivity to empathy and others' vulnerability but surprisingly this did not seem to be the case still not seen enough as a chronic disease even by the health professionals (5–7). However, perhaps because in this cluster, respondents had many disorders related to cannabis and alcohol use in their entourage. Both are trivialized and are complex conditions with no efficient medication. As future doctors, members of this cluster may have ambivalent relationships with this condition.

The "Moralists" correspond to the characteristics of students who were in favor of punishing pregnant women using substance in our previous study (21). Members of this cluster were male and older students whose mothers had lower education levels or no personal or SUD in their entourage. They also had limited contact with people with SUD (i.e., none or limited to the hospital). This is confirmed in Figure 1. The original component was identified in the present study. Indeed, the majority of students in this cluster came from non-European countries. Finding more male students in this cluster is in line with the literature on mental illness and SUD stigma in health professions students (21,22). That could be explained by the fact that female healthcare workers are known to be more empathetic (18,19,21). Attitudes according to gender are controversial in the general population (23,24).

Studies showed that being familiar with substances usually lower SUD stigmas (5,7,21,24). The fact that the respondents in "The Moralists" cluster had very little experience, especially in the hospital environment, explained that they either constructed their knowledge and attitudes on the societal representation of PWUD or by their experience in the hospital environment where structural stigmas can be particularly strong. It appears from the meta-analysis of stigma in mental health conducted by

Petkani et al. in 2018 that clerkship can have a robust effect in combating stigma, but only if it is done in a supportive setting (e.g., psychiatry, addiction centers, etc.) (22). This cluster included numerous future surgeons, anesthetists, and emergency physicians, which is in line with the limited literature (9,25–27) that highlights strong stigma in these specialties, but with almost no comparison to others. Here, it is interesting to observe the impact of role modelling on these students. Role modelling is understood as: *"a teaching by example and influencing students in an unintentional, unaware, informal and episodic manner"* (28). Indeed, as we have already highlighted in our previous study (16), it seems that students in search of an identification model at the start of their career choice already endorsed the negative attitudes and stigmas particularly conveyed in these specialties. We can therefore see the impact of the informal and hidden curriculum on those attitudes (16,18,28).

Concerning the origin, we could find among the "Moralists" a majority of people coming from Nord Africa (especially Morocco and Algeria) followed by students from DRC and Cameroon in this cluster consisting mainly in non-European students, which it is in line with the Belgium immigration trends (29). The impact of dominant religions in these countries, such as Islam and Christianity, could influence their representations. Concerning Christianity, it is important to note its particularity in African countries, represented mainly by Pentecostalism and Evangelicalism. The relationship with substance use disorder tends to be particularly moralistic (30,31). In the literature about Islam views, this question is more nuanced and it depends on Imams' SUD conceptions (31,32). This is only a hypothesis to try to understand these attitudes, which needs to be taken carefully. Observing older students in this cluster can be explained by the fact that empathy may tend to lower with time and negative representations of crystallize (5,18,21), but also because students coming from other countries have often had an academic and professional background before arriving in Belgium. Since they have limited personal or family consumption, they may have forged their representations according to the societal representations of their countries of origin and their professional experiences. To end, the fact that people who consider themselves to be in excellent health are the most judgmental reinforces our initial hypothesis that it could be more difficult for some to put oneself in the place of the other person, and therefore to be empathetic with this condition when you are not suffering from anything yourself. That could be explained by the fact that SUD is commonly not seen as a chronic disease but as a moral failure and a lack of will, even by the health professionals (5–7).

Finally, concerning cluster 4, "The Specialist care-oriented", it is interesting to note that they had had the most contact with PWUD in specific SUD settings with this population but by far the least contact in GP. We can therefore assume that their attitudes are not only based on their experience, but also on the common belief explained in our previous study that complex situations must be treated by specialists (16). The curriculum in Belgium is also very hospital-centered, not very oriented towards general practice, which has however proven to play a key role in this issue (33,34). Their preference for specialized treatment for alcohol over drugs can be attributed to their greater exposure to alcohol-related issues during their medical internships, primarily conducted in hospital settings.

Potential actions :

In terms of perspectives, we should implement a more comprehensive and mandatory addiction training including theory, contact with people in recovery and supervised practices in appropriate settings for all medical students on a regular basis (15,16,22,35). Our study data could therefore help

to shape a more learner-centred and effective training (36,37). Indeed, we could get inspired by the four clusters as a basis to design “Learner Personas”. *“A learner persona is the narrative about a fictionalized learner based on some common characteristics of a type of learners, such as their needs, goals, values, and attitudes in the learning contexts to be designed for them”* (36).

We should also train students more on vulnerability and empathy during medical studies, hard skills are still valued and considered more than soft skills in medical professions training. By working on SUD and stigma education we hope to slowly influence the powerful impact of informal and hidden curricula (via role modelling and clinical experiences) on medical students’ representations (38,39).

In addition, we were able to identify certain limitations to the study. Indeed it is monocentric, the sample size was limited and its representativeness was impacted by the Sars-Cov-2 crisis (response rate fell to 47.3% in the first year of the crisis). Since it was a study by questionnaire, we were not able to evaluate the representations and attitudes of the students in real-life situations. We can hypothesize that there is a certain bias of social desirability that tends to make the students answer what they imagine to be expected or to an ideal that they make of the answers but that in reality is impacted by a series of human and contextual factors. The internal validity of the clusters seems to be acceptable (thanks to the Calinski index which is a good marker of internal validity) (17,40). However, we do not have the possibility to assess its external validity since we have not found any comparable study so far. It would also be interesting to be able to test the study’s reliability (especially its reproducibility).

As perspectives, it would be relevant to conduct a multi-centric study to consolidate our statistical model in order to compare it to physicians and other health professionals. In the future, the link between personality traits, choice of specialty, substance use, and substance-related representation could be further explored. As mentioned above, we could also use the results of this study to conduct further studies in order to design “Learner Personas “ to better answer training needs in addiction (36).

Conclusion

This study shows that stereotypes of moralism are very present among final year medical students in Belgium. Cluster analysis revealed four different clusters of respondents: "The Inclusive", "The Centrists", "The Moralists" and "The Specialist care-oriented" with regard to attitudes toward SUD. This study shows that there were influenced by certain socio-demographic characteristics and by their personal and professional experiences with substances. “The Moralists”, who represented more than a quarter of the sample (27.6%), were marked by very stereotypical and moralistic attitudes. Considering this population as future caregivers, it is necessary to work on addressing SUD stigmas in the curriculum. The use of cluster analysis, therefore, could serve as a foundational framework for the development of a learner-centered program.

Declarations

- Ethics approval and consent for participate

The research protocol was approved by the local ethics committee (ERASME hospital; medical board's approval number: OM 021) on February 25, 2019, ref: P2019/156. All methods were carried

out in accordance with relevant guidelines and regulations. An informed consent was obtained from all participants who filled out and returned the questionnaire.

- Consent for publication

Not applicable

- Availability of data and materials

The dataset used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

- Competing interests

No competing interest are declared.

- Funding

No funding.

- Authors' contributions

LR designed the study and proceeded to the data collection. She wrote the original draft of the manuscript. She contributed to the analysis and interpretation of the data. MDW had the lead in the analysis and interpretation of the data and was a major contributor in revising the manuscript. QV intellectually contributed to the manuscript. CK supervised and contributed intellectually to the study. All authors read, commented and approved the final manuscript.

- Acknowledgments

We would like to thank the Committee of Experts who helped to build the new questionnaire and the medical students who participated in the study.

References

1. United Nations : Office on Drugs and Crime [Internet]. [cité 2 oct 2023]. World Drug Report 2023. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html)
2. Cross-cultural views on stigma valuation parity and societal attitudes towards disability.in: Üstün T.B. Chatterji S. Bickenbach J.E. Disability and Culture: Universalism and Diversity. Hogrefe & Huber, Seattle, WA2001: 247-291 - Recherche Google [Internet]. [cité 22 févr 2024].
3. Kilian C, Manthey J, Carr S, Hanschmidt F, Rehm J, Speerforck S, et al. Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcohol Clin Exp Res.* 2021;45(5):899-911.
4. National Academies of Sciences E. Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: the evidence for stigma change. Washington, District of Columbia: The National Academies Press; 2016.
5. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract.* 14 juin 2014;15:119.
6. Yang L, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry.* sept 2017;30(5):378-88.
7. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 1 juill 2013;131(1-2):23-35.
8. Livingston JD. Structural Stigma in Health-Care Contexts for People with Mental Health and Substance Use Issues.
9. Avery JD, Taylor KE, Kast KA, Kattan J, Gordon-Elliot J, Mauer E, et al. Attitudes Toward Individuals With Mental Illness and Substance Use Disorders Among Resident Physicians. *Prim Care Companion CNS Disord.* 3 janv 2019;21(1).
10. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2019;10:1-12.
11. Foster JH, Onyeukwu C. The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* oct 2003;10(5):578-84.
12. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend.* 1 janv 2014;134:92-8.
13. Personal attributes and attitudes to substance use disorder: A study among Jordanian undergraduate medical majors students - PubMed [Internet]. [cité 22 févr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35192667/>
14. Hooker SA, Sherman MD, Lonergan-Cullum M, Sattler A, Liese BS, Justesen K, et al. Mental Health and Psychosocial Needs of Patients Being Treated for Opioid Use Disorder in a Primary Care Residency Clinic. *J Prim Care Community Health.* 2020;11:2150132720932017.
15. Kidd JD, Smith JL, Hu MC, Turrigiano EM, Bisaga A, Nunes EV, et al. Medical Student Attitudes Toward Substance Use Disorders Before and After a Skills-Based Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Curriculum. *Adv Med Educ Pract.* 2020;11:455-61.

16. Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Kacenenbogen N, Kornreich C. Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey among Medical Students in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 31 mars 2023;20(7):5356.
17. Everitt B. Cluster Analysis.
18. Andersen FA, Johansen ASB, Søndergaard J, Andersen CM, Assing Hvidt E. Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review. *BMC Med Educ*. 17 févr 2020;20(1):52.
19. Assing Hvidt E, Søndergaard J, Wehberg S, Hvidt NC, Andersen CM. A cross-sectional study of student empathy across four medical schools in Denmark—associations between empathy level and age, sex, specialty preferences and motivation. *BMC Med Educ*. 23 juin 2022;22(1):489.
20. Mullola S, Hakulinen C, Presseau J, Gimeno Ruiz de Porras D, Jokela M, Hintsala T, et al. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Med Educ*. 27 mars 2018;18(1):52.
21. Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Roland M, Kacenenbogen N. Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. *BMC Med Educ*. 2 mai 2022;22(1):335.
22. The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: a meta-analysis - PubMed [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29498433/>
23. Brown SA. Standardized measures for substance use stigma. *Drug Alcohol Depend*. 1 juill 2011;116(1-3):137-41.
24. Goodyear K, Chavanne D. Sociodemographic Characteristics and the Stigmatization of Prescription Opioid Addiction. *J Addict Med*. avr 2020;14(2):150-5.
25. Mendiola CK, Galetto G, Fingerhood M. An Exploration of Emergency Physicians' Attitudes Toward Patients With Substance Use Disorder. *J Addict Med*. avr 2018;12(2):132-5.
26. May JA, Warltier DC, Pagel PS. Attitudes of anesthesiologists about addiction and its treatment: a survey of Illinois and Wisconsin members of the American Society of Anesthesiologists. *J Clin Anesth*. juin 2002;14(4):284-9.
27. Cardiac surgeons' perspectives and practices regarding people who use drugs: A scoping review - PubMed [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34989450/>
28. Burgess A, Oates K, Gouston K. Role modelling in medical education: the importance of teaching skills [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26119778/>
29. be.STAT [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=7de30ad3-0871-46ad-af5a-aad2f51969c3>
30. Dein S. Religious healing and mental health. *Ment Health Relig Cult*. 13 sept 2020;23(8):657-65.
31. Grant Weinandy JT, Grubbs JB. Religious and spiritual beliefs and attitudes towards addiction and addiction treatment: A scoping review. *Addict Behav Rep*. 14 nov 2021;14:100393.
32. Mallik S, Starrels JL, Shannon C, Edwards K, Nahvi S. "An undercover problem in the Muslim community": A qualitative study of imams' perspectives on substance use. *J Subst Abuse Treat*. avr 2021;123:108224.
33. Rombouts SA, Conigrave JH, Saitz R, Louie E, Haber P, Morley KC. Evidence based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 5 déc 2020;21(1):260.

34. Buresh M, Stern R, Rastegar D. Treatment of opioid use disorder in primary care. *BMJ*. 19 mai 2021;373:n784.
35. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addict Abingdon Engl. janv* 2012;107(1):39-50.
36. Yang X. Creating learning personas for collaborative learning in higher education: A Q methodology approach. *Int J Educ Res Open*. 1 janv 2023;4:100250.
37. Lene Nielsen, IT University, Copenhagen, Denmark, View Profile, Lene Nielsen, Lene Nielsen, IT University, Copenhagen, Denmark, et al. Personas is applicable: a study on the use of personas in Denmark [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/2556288.2557080>
38. Howick J, Dudko M, Feng SN, Ahmed AA, Alluri N, Nockels K, et al. Why might medical student empathy change throughout medical school? a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Educ*. 24 avr 2023;23(1):270.
39. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism as a Social Construct: The Evolution of a Concept. *J Grad Med Educ*. mai 2016;8(2):265-7.
40. Janssen P, Walther C, Lüdeke MKB. Cluster Analysis to Understand Socio-Ecological Systems: A Guideline. 2012 [cité 23 févr 2024]; Disponible sur: <http://www.pik-potsdam.de/research/publications/pikreports/summary-report-no.-126>

III.4 Conclusion générale de l'Axe II

Nous avons constaté dans cet axe que les **sensibilisations répétées dans une démarche proactive et de réflexivité par rapport aux assuétudes pouvaient être un réel levier pour améliorer l'accompagnement des patient·es avec un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale**. Le nombre restreint de recrues parmi les assistant·es en médecine générale pour prendre part à la « Formation Assuétudes » peut s'expliquer pour différentes raisons. Sur certaines, nous ne pouvons pas avoir de prises. Les assistant·es se forment à devenir des médecins généralistes, ils ont besoin de développer différentes cordes à leur arc dans un temps restreint. La charge de travail liée à la pratique et à la formation est importante et limite l'accès à ce dispositif pédagogique aux personnes particulièrement motivées pour les raisons précitées. Notre action sur les stigmas chez les maitres de stage est également restreinte·

Nous avons pu observer dans les études menées sur les étudiant·es du projet PPC qu'ils étaient à la base globalement empathiques et bienveillantes, ayant choisi une profession dans le soin à l'autre. Leurs représentations à mi-parcours pour les personnes interrogées étaient plutôt neutres et positives sauf pour certain·es chez qui leurs représentations par rapport aux personnes avec TUSI étaient déjà négativement ancrées préalablement à leur entrée dans le cursus.

Malgré les biais de l'étude, nous avons pu relever, comme l'avait conceptualisé S et R. Cruess (240), que ce qui avait le plus d'impact sur ces représentations était le cursus caché, informel, les modèles de rôle, les mentors et les expériences cliniques et non cliniques. Etant donné que les cursus caché et informel sont influencés par les stigmas structureaux par rapport aux personnes avec TUSI, les étudiant·es s'imprégnaient de facto de ces attitudes, d'autant plus à l'aube de leur choix de carrière et la recherche de modèles identificatoires.

De ce fait, nous avons vu dans **nos études quantitatives que déjà en dernière année de médecine plus d'un quart des étudiant·es (27,6%) avait des représentations très stéréotypées et des attitudes moralisatrices**. Nous avons pu identifier des éléments qui déterminaient ces attitudes et ainsi isoler, dans notre analyse de clusters : une base de « **Learner Personas** », c'est-à-dire des profils d'étudiant·es /apprenant·es avec des caractéristiques spécifiques. Pour avoir plus d'impact au-niveau de notre enseignement, il faudrait en être conscient·es à l'avenir et les prendre en compte pour élaborer des dispositifs de formation plus orientés sur les apprenant·es.

Nous retiendrons de cet Axe :

- Les représentations par rapport aux personnes avec TUSI sont déterminées par une série de facteurs (socio-démographiques, éducationnels, vécus personnel et professionnel)
- Le cursus de médecine (formel, informel, caché) tend à façonner une image négative les représentations par rapport aux TUS à l'instar des représentations sociétales
- Des actions de sensibilisation et de réflexivité répétées autour des troubles liés aux substances semblent avoir un impact- même modéré- dans le cursus initial
- Un dispositif de formation de type long alliant théorie, pratique, rencontres avec le réseau et différents outils pédagogiques est un réel levier pour améliorer les pratiques
- **Investir dans la formation des soignant·es dès le début de leur parcours est une piste solide et nécessaire pour espérer améliorer l'accompagnement des personnes avec TUSI en médecine générale**
- Une formation bien pensée et robuste permettrait de façonner positivement les modèles de rôle et de changer la culture institutionnelle
- L'importance de prendre en compte les 4 profils particuliers d'apprenant·es (« **Learner Personas** ») par rapport aux TUSI que nous avons identifié dans notre étude (« Cluster analysis ») dans nos enseignements futurs

PARTIE IV

Discussion générale et conclusion

Quels réels leviers pour opérer un changement ?

« A ce titre la dépendance aux drogues, et pratiques diverses place la société devant un dilemme classique. D'un côté, l'idéal moderne du respect strict de l'autonomie des personnes, dès lors qu'elles ne constituent pas une menace pour autrui, conduit à la tolérance des conduites individuelles. D'un autre côté, ne pas se préoccuper de la dépendance tyrannique dans laquelle tombent tant de consommateurs, ne rien faire pour les aider à recouvrer leur indépendance, relève d'une indifférence à l'autre qui contrevient au plus universel des principes éthiques. »

Axel Kahn

Dictionnaire des drogues et des dépendances, 2009

IV.1 Discussion

Sur base de ce travail élaboré durant plusieurs années, de nos différentes études, rencontres et réflexions, nous allons dans un premier temps discuter de pistes potentielles pour améliorer l'accompagnement des personnes avec TUSI (PTUSI) en médecine générale. Nous discuterons ensuite des forces et des faiblesses de cette thèse pour conclure en répondant à notre question de recherche et imaginer des perspectives pour le futur.

IV.1.1 Changer le langage de l'addiction

« Mais c'est vrai qu'à entendre, c'est plus doux que de dire « drogué » parce que « drogué », ça fait vraiment imbibé de drogue(s) quoi ! Oui je...je n'ai pas d'a priori en entendant 'usager de drogue(s)' » Focus Group FGD4-, 3^e rencontre. Partie III.B

Travailler sur les stigmas et le langage nous semble une première étape essentielle pour participer à un changement structurel et agir sur le cursus formel, informel et caché comme déjà évoqué dans la troisième partie de cette thèse.

Nous nous référons ici à la deuxième partie de notre article sur les « Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas » paru dans la Revue Médicale de Bruxelles de septembre 2023 (54).

IV.1.1.1 Actions possibles

Il est difficile de changer ce vocabulaire quand il est ancré dans notre communication depuis des générations et que même les institutions spécialisées, ainsi que de nombreux·ses patient·es, continuent à véhiculer ces termes dans leur travail ou vie quotidien·nes et dans le nom même de leurs institutions. Pour exemple, le terme « Abuse » est encore présent dans de nombreuses instances reconnues ou des revues scientifiques, qui paradoxalement et consciemment comme le « National Institute of Drug Abuse » (NIDA), le « Substance Abuse Journal » ou le « International Society of Addiction Journal Editors » (ISAJE) insistent depuis plusieurs années pour ne plus faire usage d'une terminologie stigmatisante (73,248). Il en va de même des institutions en Belgique, qui sont nombreuses à conserver dans leur appellation le terme « toxicomane », notamment dans celui des Fédérations francophones des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO) bruxelloise et wallonne. La FEDITO bruxelloise va toutefois changer de nom d'ici quelques semaines pour se nommer FéDA Bxl à l'instar d'autres associations en son sein qui ont déjà procédé à ce changement. Il s'agit d'un processus lourd et lent mais qui semble nécessaire et cohérent. A noter que ces deux institutions avaient déjà édité un petit livret nommé « L'abécédaire des secteurs vers une terminologie commune pour le secteur assuétudes » en 2011 (249).

La recherche met en avant l'importance de travailler sur le système de santé et sa stigmatisation structurelle comme stratégie prioritaire pour réduire la stigmatisation et sa perpétuation (69). Pour pouvoir travailler à ce changement, un levier évident est l'éducation (69) ; il faudrait ainsi opérer ce mouvement au niveau de la formation des professionnel·les de santé. Au sein de nos facultés, nous devrions intégrer cette terminologie dans nos activités d'apprentissage théoriques et pratiques ainsi que l'enseigner au plus tôt dans le parcours de l'étudiant·e. Adopter d'emblée un vocabulaire non stigmatisant, respectueux et centré sur la personne est fondamental et permettra de façonner positivement l'identité professionnelle des soignant·es en devenir et la qualité des soins prodigués à chacun·e. Comme le rappelle le CanMeds-référentiel de compétences des médecins-, élaboré au Canada et aujourd'hui le plus reconnu à travers le monde (178) : « *En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société* ». Le professionnalisme est une des sept qualités essentielles des médecins et sa première manifestation de compétences : « *Agir et se comporter selon les règles déontologiques de la profession médicale, reflétant l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect, l'altruisme, le respect de la diversité et du secret professionnel* », nous rappelle à **notre rôle de soignant·e et non de juge**. Ce changement ne doit pas et ne peut pas se faire qu'au niveau des institutions de soins même si nous savons l'impact que le système de santé a sur les politiques de santé également. Il doit parallèlement pouvoir s'opérer au niveau sociétal et au niveau des médias qui contribuent à véhiculer ces biais au travers d'un vocabulaire et des images stigmatisantes et à positionner ainsi consciemment ou non les (futur·es) soignant·es. Quant au système de soins, l'éducation est centrale mais pas suffisante. Il faut approcher ce phénomène par différents axes notamment en donnant plus de moyens pour la recherche dans le domaine des assuétudes et aux institutions de santé prenant en charge ces personnes étant donné que ces instances sont également discriminées par les politiques de santé (64). Ceci en intégrant les personnes avec TUS dans la réflexion et dans des actions de sensibilisation tout en veillant également à les protéger de traitements discriminatoires (69).

Pour finir, nous avons synthétisé plusieurs recommandations issues de la littérature précitée et de nos constats et expériences de clinicien·nes. Elles sont résumées dans la Table IV.a.

Table IV.a Recommandations de bonnes attitudes à adopter par rapport aux personnes présentant un trouble lié à l'usage de substance
Attitudes non verbales
Adopter une attitude bienveillante, ouverte et non jugeante
Réaliser un travail de conscientisation sur certains de ses comportements ou attitudes qui pourraient favoriser (in)volontairement des attitudes stigmatisantes (jugeantes et/ou discriminantes)
Se rappeler que les TUS ne sont qu'une dimension de la personne et la considérer dans tout ce qu'elle est
Attitudes verbales
Privilégier un langage centré sur la personne (ex : une personne <u>avec</u> un trouble lié à l'usage de substance)

Favoriser l'usage de termes précis reflétant les connaissances scientifiques actuelles
Discuter et s'accorder avec les éventuel·les collègues (toutes professions confondues) sur un langage commun respectueux de chacun·e
A éviter
Eviter de faire un amalgame entre la personne et la maladie (la personne <u>n'est pas</u> la maladie !)
Eviter les termes véhiculant un jugement social, moral ou comportant des connotations implicites négatives

IV.1.1.2 Conclusion

Utiliser **un vocabulaire non stigmatisant et précis** est essentiel dans les soins de santé pour être **respectueux·se de la personne** et de **sa dignité**, en considérant celle-ci comme porteuse de maladie et non définie par la maladie. Le vocabulaire utilisé peut véhiculer consciemment ou inconsciemment des stigmas et donc des jugements de valeurs qui n'ont pas leur place dans les soins de santé. L'utilisation des termes connotés négativement fait encore partie du langage courant des professionnel·les de santé et de la société. Un changement doit pouvoir s'opérer. Les professionnel·les de santé devraient être des acteurs et des actrices- clés de ce dernier en initiant ce mouvement. En effet, il est nécessaire **de réhumaniser les représentations des personnes avec un trouble lié à l'usage de substances dans la société** et améliorer leur accès à des soins de santé de qualité.

IV.1.2 Agir sur les stigmas structurels

La question des stigmas structurels est intimement liée à la question du langage que nous avons en abordé dans le point précédent. Il est intéressant de replacer cette notion dans une perspective plus large des stigmas en santé comme le montre la figure ci-après (250).

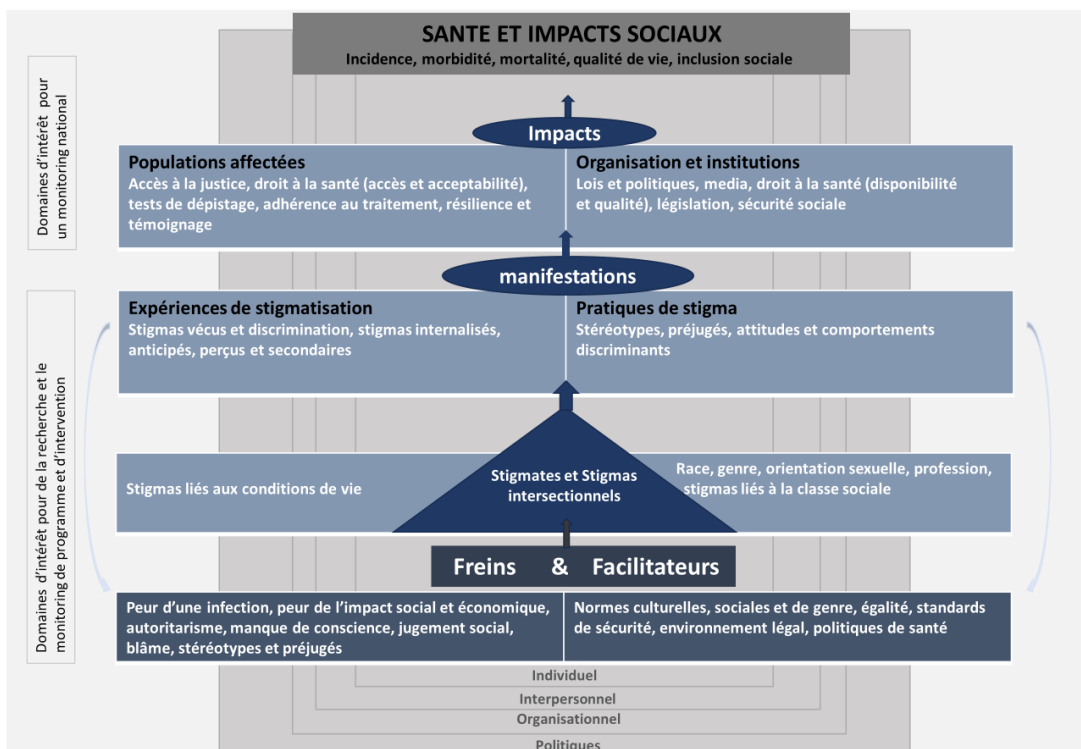


Figure IV.a Stigmas en santé et discrimination d'après Stangl et al. (250)

Sur base de la littérature, nous avons retenu **10 suggestions** qui semblaient pertinentes et adaptables à notre contexte pour diminuer les stigmas structurels par rapport aux PTUSI (69,251–253) :

1. **Changer le langage de l'addiction au niveau sociétal, du système de santé et de la recherche**
 ➔ Outre les aspects cliniques et relationnels avec les personnes avec TUSI évoqués supra, il est aussi important d'utiliser un vocabulaire adéquat en recherche. De fait, le recours aux données quantitatives lors de la rédaction d'articles ou de communications peuvent parfois déshumaniser les personnes derrière les chiffres
2. **Eduquer les professionnel·les de santé aux TUSI, à l'impact de stigmas et à l'importance de l'équité dans les soins en traitant tout le monde avec respect et dignité**
 ➔ Améliorer les attitudes et les pratiques des professionnel·les de santé et des décideurs politiques
 ➔ Rappeler que les répercussions de la stigmatisation sont exacerbées lorsque les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances subissent aussi d'autres formes d'oppression tels que le racisme, le sexisme, le classisme, la xénophobie, l'homophobie
3. **Soutenir les modèles de soins intégrés pour diminuer les barrières d'accès et améliorer la coordination des soins**
 ➔ Intégrer différents services (ex : Maison Médicale, services de gynécologie et assuétudes, soins primaires et services de santé mentale)
4. **Renforcer la considération pour la santé mentale au même titre que la santé somatique au niveau du système de santé et politique**

5. **Témoigner** au-delà du rôle de soignant-e, il est important de témoigner des rapport aux stigmas et vécus discriminants liés aux TUSI
6. **Favoriser l'inclusion, la participation et le témoignage des personnes avec TUSI dans les réflexions de santé, les politiques et le débat public**
7. **Renforcer et appliquer des stratégies de protection vis-à-vis de ces personnes fragilisées**
8. **Donner plus de moyens pour la recherche en addictologie** pour pouvoir notamment développer plus de traitements efficaces
9. **Argumenter pour réduire les peines juridiques** appliquées aux personnes qui consomment des substances illicites car ces peines contribuent à façonner négativement l’imaginaire collectif, renforcer les stigmas et les inégalités sociales de santé⁴⁰
10. **Mettre en place des mécanismes de contrôle de la stigmatisation structurelle**

Le phénomène de stigmatisation est complexe et les différentes formes de stigmatisation (individuelle et collective) sont intimement liées et se renforcent mutuellement à travers un cercle vicieux (54). Il est par ailleurs important de travailler sur les stigmas sociaux (65). Il faudrait pouvoir agir sur l’éducation dans la population générale, les messages dans les média et les stratégies de mise en contact de la population générale avec les PTUSI (252). Ceci peut passer par le témoignage de personnalités publiques (252). Par rapport à l’auto-stigmatisation des PTUSI, l’éducation thérapeutique, les stratégies d’empowerment⁴¹ et le support par les pairs sont à encourager (65).

IV.1.3 Investir dans la formation médicale

IV.1.3.1 Au niveau du cursus initial de médecine

Selon les résultats de nos études, il semble primordial d’aborder la question des consommations de substances au sens large au plus tôt dans le cursus initial. Ces questions ne devraient pas être limitées au cours de psychiatrie. Pour rappel, **presque 9 consommateurs-rices sur 10**, c’est-à-dire 256 500 000 de personnes dans le monde selon les dernières estimations, **n’ont pas de trouble lié à l’usage de substances** mais ont des consommations qui peuvent avoir des conséquences sur la santé dans toutes les sphères (5,175). Il faudrait pouvoir aborder l’usage de substances licites et illicites dans l’ensemble des cours car cela touche presque toutes les dimensions de la médecine. Que ce soit au niveau clinique dans les cours de neurologie, stomatologie, ORL, maladies infectieuses, gynécologie, pédiatrie, urgences, anesthésie, soins intensifs, mais également dans d’autres cours fondamentaux comme la médecine sociale, la Santé Publique ou encore la déontologie. En effet, comme le soulignaient les étudiant-es des focus-groups sur leurs attentes quant à la formation théorique par rapport aux assuétudes, la consommation de substances licites est abordée à minima par les soignant-es mais la consommation illicite quasi pas. L’item ne semble pas pré-encodé dans certains logiciels informatiques utilisés dans les hôpitaux (Cf Partie III.A, Annexe C). De ce fait, cela permettrait de montrer qu’il s’agit d’une **thématique transversale à la médecine** et non réduite à la psychiatrie, spécialité qui est, elle-même discriminée dans les études (Cf Partie III.A, Annexe C). Nous pourrions ainsi contribuer à diminuer les stigmas

⁴⁰ La Belgique est le pays où il y a le pourcentage le plus important de personnes incarcérées pour des faits liés aux substances, cela concernerait 51% des détenus (Council of Europe Annual Penal Statistics-2022 (254)).

⁴¹ L’empowerment est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d’avoir plus de pouvoir d’action et de décision, plus d’influence sur leur environnement et leur vie (255).

et les tabous, **améliorer le repérage précoce et également oser les envisager dans les diagnostics différentiels** pour de meilleures prises en charge à tout niveau. Le fait que 19,2 % des étudiant·es en fin de cursus de médecine étaient en faveur de punir une femme enceinte qui consomme de l'alcool et 15,1 % des drogues illicites en 2021 est préoccupant (199). D'autant plus que la littérature met en évidence une tendance à un **renforcement des attitudes négatives avec le temps** (236,256). Il est donc essentiel de travailler à une meilleure connaissance de ces publics, un meilleur accueil et à **développer son empathie** au plus tôt dans le parcours du candidat médecin avant que ses comportements et son langage ne soient trop cristallisés.

L'aborder de manière bienveillante et déontologique dans le cursus formel pourrait potentiellement impacter les cursus informel et caché afin de favoriser un **changement de culture institutionnelle** à ce niveau et une évolution positive des modèles de rôle (236).

Par ailleurs, si nous nous référons aux études présentées dans ce manuscrit, il semble nécessaire d'adopter une **approche encore plus centrée sur le patient** dans la pratique, approche qui se met de plus en plus en place au niveau de l'enseignement théorique mais qui va nécessiter du temps à se systématiser dans le système de santé et dans la reproduction sociale en médecine (160). **Reconsidérer l'humain dans sa globalité, la santé mentale comme faisant partie intégrante de la santé au même titre que la santé somatique est pourtant essentiel** (257).

Pour conclure, les **étudiant·es** en médecine interrogé·es dans nos différentes études (Partie III.A et III.B) étaient à l'instar de la littérature **demandeurs de plus de formation au niveau des assuétudes** (188).

Des expériences positives encadrées précocement⁴², des moments d'échanges et de débats autour de ces questions de type focus-groups et des témoignages de personnes en rétablissement constituent des pistes solides et réalistes à pouvoir mettre en œuvre (179,181,242) (Partie III.B). Dans ce cadre-là, il serait intéressant de prendre en considération les différents clusters : les « Inclusifs », les « Centristes », les « Moralistes » et les « Spécialistes » identifiés dans l'article présenté dans le Chapitre III.4.3 comme base de profils d'apprenant·es (« Learner Personas ») pour les sensibilisations et formations.

IV.1.3.2 Au niveau du master complémentaire en médecine générale

Travailler dès le début du cursus initial à de meilleures représentations et de meilleures connaissances des PTUSI permettra plus d'ouverture et de volonté à se former à ces questions en d'accompagner adéquatement ces patient·es et **continuer à offrir des appuis théoriques au niveau du master complémentaire en médecine générale est fondamental** (e-learning, lectures, cours ex-cathedra, groupes Balint). La piste de la « **Formation Assuétudes** » déployée dans le cadre de ce projet, est un outil intéressant et qui a montré son efficacité (Partie III.A) pour ceux qui veulent se former de manière plus complète. En effet, son **impact est réel** sur les personnes qui y ont participé et les institutions du secteur. Toutefois, pour espérer toucher un public plus large de futur·es médecins généralistes, **il serait opportun de réfléchir à une offre intermédiaire de formation de durée réduite** comme nous l'avons évoqué dans la Partie III.A.

A noter qu'à l'ULB depuis 2022, nous demandons aux assistant·es de 1^{ère} année dans leurs journées préparatoires à l'assistantat de prendre connaissance du manuel : « *Le poids des mots : Pour un langage*

⁴² Cela pourrait passer par réhabiliter un stage obligatoire en psychiatrie.

respectueux en matière de santé sexuelle, de consommation de substances et de sources de stigmatisation intersectionnelles » élaboré par l'Association canadienne de Santé Publique (258).

IV.1.3.3 Au niveau de la formation continue en médecine générale

Dans le cadre de la formation continue en médecine générale, il faut pouvoir **répéter régulièrement les messages, varier les interventions** et continuer à offrir des formations multimodales. Cette année 2023, nous avons notamment eu la chance d'avoir une tribune aux Journées d'Enseignement Post-Universitaire de l'AMUB⁴³ qui a réuni plus de 500 médecins pour aborder la question des stigmas et des bonnes pratiques de soins en matière de troubles liés à l'usage de substances (Richelle et 2023c,d). Pour soutenir également l'accompagnement de ces personnes en MG, nous avons élaboré dans le cadre de notre partenariat « Formation Santé Mentale » une fiche pratique avec des ressources théoriques et pratiques pour les professionnel·les de santé (voir Annexe K).

IV.1.4 Ressources de travail et reconnaissance

Comme nous l'avons déjà évoqué dans le Tableau II.b page 83, Partie II.C (« Recommandations pour améliorer les accompagnements des PTUSI en médecine générale »), il est essentiel de **revaloriser le secteur et le travail de tous les professionnel·les de santé** dont les médecins généralistes avec ces patient·es. Cette revalorisation passe notamment par le fait de donner plus de moyens pour accompagner ce public. Cela pourrait se faire par une reconnaissance financière permettant aux structures d'être notamment plus attractives pour les médecins, développer des codes INAMI pour consultations longues ou soutenir la coordination/concertation multidisciplinaire (Partie II.D).

IV.1.5 Forces et faiblesses de notre thèse

Cette thèse met en lumière une **problématique de Santé Publique majeure**, qui s'est encore renforcée avec les différentes crises que nous vivons depuis 2020 (crise sanitaire, économique et climatique). Pour rappel, le World Drug Report 2023 fait état d'une augmentation des consommations de drogues de 45% en 10 ans (5). Les données dataient de 2021, on peut supposer que la situation s'est encore aggravée aujourd'hui. Pourtant la problématique liée à la consommation de substances, pour toutes les raisons citées précédemment, est délaissée et discriminée par le système de santé et au sein des Facultés de médecine.

Notre travail s'est centré sur la question de l'accompagnement des PTUSI en médecine générale de manière large. Cela a été réalisé en explorant la situation au-delà des médecins généralistes. En effet, nous nous sommes intéressé·es à la question dès le cursus initial en médecine, et en interrogeant également les autres professionnel·les de santé et les PTUSI afin d'ancrer cette question dans sa réalité complexe. Ceci a en effet permis une réflexion plus méta et des pistes d'action dès le bachelier en médecine. Cette thèse a également

⁴³ Association des Médecins anciens étudiants de l'Université Libre de Bruxelles (53).

voulu directement mettre en place des actions concrètes afin de pouvoir évaluer leur impact et leur pertinence. Celles-ci, même si réalisées à petite échelle, se sont montrées porteuses.

Nous pouvons observer, si nous reprenons l'échelle d'obligation sociale d'après Boelen et al. 2012 concernant les différents stades de la **responsabilité sociale** des Facultés de médecine (Table IV.b), que la partie « Formation Assuétudes » arrive au stade 3 (Social accountability). Stade qui est atteint par seulement 0,5 % des dispositifs pédagogiques (259).

Table IV.b Echelle d'obligation sociale d'après Boelen et al. 2012 (259)

	Stade 1 Social responsability	Stade 2 Social responsiveness	Stade 3 Social accountability
Identification des besoins de la communauté	Implicitement présumés connus	Explicitement avec références et mises en œuvres concrètes, argumentations	Explicitement, anticipativement et avec évaluation de l'impact
Objectifs institutionnels	Définis par la Faculté	Inspirés de données factuelles	Définis avec la société
Programmes d'étude	Orientés sur les besoins de la société	Ancrés dans la société	Contextualisés
Qualité des diplômés	« Bons praticiens »	Répondant aux critères de professionnalisme	Agents de changement du système de santé
Priorité de l'évaluation	Processus	Résultats	Impact
Examineurs	Internes	Externes	Partenaires de santé

Si nous reprenons les éléments point par point :

1. L'identification des besoins de la communauté : nous avons interrogé les PTUSI sur leurs attentes et besoins en MG et par rapport au système de soins. Nous avons également questionné les étudiant-es, assistant-es et MG sur leurs perceptions et besoins à ce niveau ainsi que les autres professionnel·les de santé afin de créer une formation qui soit adaptée aux besoins de chacun·e et de pouvoir évaluer son impact
2. Les objectifs institutionnels : nous avons élaboré la formation avec les partenaires de santé et un pair-aidant puis nous l'avons adapté régulièrement grâce aux retours des participant-es (futur-es soignants) et des PTUSI interrogé-s dans la partie II.A
3. Le programme d'études : a été pensé pour être contextualisé, la majorité de la formation se passe sur le terrain et à la rencontre pro-active de tout le réseau assuétudes
4. La qualité des diplômés : nous pouvons constater qu'au terme de la « Formation Assuétudes », nous avons formé des médecins généralistes qui sont de véritables agents de changement du système de santé
5. La priorité de l'évaluation : a été l'évaluation de l'impact du dispositif, nous n'avons pas pu mesurer son impact sur les patient-es mais bien sur les apprenant-es et le secteur assuétudes

6. Les examineurs de la formation : étaient principalement les partenaires de santé des institutions principales (CDA) . Ce sont eux, un·e médecin et un·e autre professionnel·le de santé, qui remplissaient le carnet de compétences des assistant·es en se basant notamment sur les retours des patient·es de l'institution

Ce projet fort ambitieux et tentaculaire n'a toutefois pas permis d'aller assez en profondeur dans certaines analyses. Nous avons déjà soulevé les limites de chaque étude individuellement dans les parties précédentes.

La position de la doctorante était également à double tranchant. D'un côté, le fait qu'elle connaisse bien le terrain était une force car le projet global a vraiment été pensé en connaissance de la réalité et de ses enjeux. Les accès privilégiés et les contacts permanents avec les partenaires de santé clés ont permis que cette thèse soit ancrée et connectée au terrain, qu'elle soit consistante et qu'elle s'adapte régulièrement à une clinique en constante évolution.

De l'autre côté, comme déjà soulevé, la doctorante manquait de neutralité par rapport à la thématique et il y a potentiellement eu des orientations ou des biais de confirmation. Pour les éviter le plus possible, celle-ci, consciente du contexte, a toujours veillé à mettre du tiers dans ses réflexions et ses différentes études. Elle a ainsi sollicité des étudiant·es et des assistant·es pour la deuxième partie « diagnostic de situation ». Cela n'a pas permis pour cette partie d'avoir la main mise sur l'ensemble de la récolte des données et de leur direction, le fait d'avoir eu recours aussi à des chercheuses plus junior a pu également amener certaines faiblesses au niveau de la qualité ou certaines orientations également.

Soulignons enfin une limite fondamentale de notre travail sur laquelle nous avons peu de prise : la part réduite que nous avons en tant que système de santé et professionnel·les de santé sur la santé des personnes comme souligné par les assistant·es en formation (Partie III.A), ce qui peut être un source de frustrations au niveau professionnel au vu de la complexité des situations.

Il faut en effet reconnaître que même si nous mettons en place un maximum de mesures pour améliorer l'accompagnement en médecine générale des PQCDs, le **système de santé ne peut avoir qu'un impact limité** (10-25%) sur la santé de ces personnes. En effet, **la part des déterminants sociaux de santé** pourra avoir un impact allant jusqu'à 90% sur la santé, répartis en conditions socio-économiques, modes et habitudes de vie (30-50%), prédispositions génétiques (15-30%) et écosystèmes environnementaux (20%) (260–262). Pour illustrer le propos, il est compliqué de pouvoir avoir une réelle action en tant que soignant·e si la personne est sans logement, n'a pas accès à une alimentation suffisante ou à un titre de séjour. Pour ce faire, il y a donc lieu **d'investir dans le travail à long terme de la promotion de la santé et de l'empowerment individuel et collectif** en étant conscient·e des limites du système de soins dans son écosystème (261–263).

4.2 Conclusion

Boucler la boucle en répondant à la question de recherche posée par cette thèse...

Comment améliorer l'accompagnement des personnes qui présente un ou des troubles liés de l'usage de substances illicites en médecine générale, telle était la large question posée à l'entame de cette thèse.

Nous avons pu mettre en évidence comment le contexte historique et éco-politique a façonné à travers les âges, les représentations sociétales et par la même la législation et les politiques de santé en matière de

drogues. Ce contexte, nous l'avons également montré, a eu et a toujours un impact important sur les représentations structurelles. En ce compris, les institutions de soins. Il influence le paradigme de soins, les terminologies utilisées, le recours aux soins et leur qualité.

Dans notre discussion, nous avons mis en évidence plusieurs axes potentiels d'actions dont certaines déjà effectives (travail sur le langage et les stigmas, travail sur la formation des MG dès le début du cursus universitaire, revalorisation publique et financière du secteur).

Nous espérons que grâce à la combinaison de ces actions, nous pourrons arriver à compter plus de **médecins généralistes inclusif-ves**, c'est-à-dire des médecins qui prennent en charge tous les patient-es sans distinction et qui œuvrent à améliorer leur qualité de vie tout en répondant aux principes déontologiques et de professionnalisme en vigueur (177,178).

Le MG inclusif-ve sera en mesure de collaborer efficacement avec les autres soignant-es, les pair-aidants et les patient-es de manière horizontale, en considérant chaque expertise et chaque vécu et en mettant en dialogue les savoirs expérientiels, cliniques et scientifiques (Partie II). Le MG devra intégrer dans son approche que le patient-e est en (des)équilibre avec la ou les substances et son environnement et qu'il est nécessaire de l'accompagner en tenant compte de cette dynamique mouvante (32). Il pourra ainsi travailler en ayant réfléchi à son cadre de travail ou en étant prêt-e à s'y confronter, dans une vision de « care » et de rétablissement (167) et non de « cure » même si les deux peuvent et doivent s'articuler (175). Il pourra ainsi partir de la singularité de chaque situation en **explorant le ICE** (ideas-concerns-expectations) ou IPA en français du patient-e et ses objectifs de vie (264) mais également son propre « ICE » de la situation. Il sera conscient-e que les questions de temporalité seront au cœur de ces accompagnements avec une mise en tension permanente de l'immédiateté des demandes ou de la non demande en regard d'une relation qui se construit dans la durée (265).

il sera nécessaire que le MG inclusif-ve s'adapte à une **clinique multiforme** et à des dynamiques de consommation qui sont en constante évolution et **qui questionnent sans cesse les normes sociales** (5,266). Ces patient-es aux profils et parcours variés vont certainement **le confronter**. Ils vont l'incommoder, le toucher ou même encore l'interpeller au niveau éthique et relationnel (139,169,170). Ils le feront sans nulle doute évoluer en tant qu'individu et professionnel-le de santé ((169,266,267), Partie II et Partie III). Pour cela, il faut qu'il puisse avoir une **certaine flexibilité et adaptabilité** et qu'il soit prêt-e à monter et accepter de « *faire un tour dans leur barque* » comme le disait si bien un-e intervenant-e psychosociale dans notre deuxième partie de thèse (Partie II). Le tour en barque ne se fera sans doute pas sur un fleuve tranquille dans une trajectoire linéaire, il faudra naviguer et parfois ramer à deux. Mais si le médecin est prêt-e à collaborer avec le patient-e en partant de ses besoins et de ce que le patient-e peut réellement, embarquer dans « *ce tour de barque* » permettra plus de satisfactions dans les soins de toute part. En effet, il est nécessaire de pouvoir travailler des deux côté à gagner une confiance mutuelle qui n'est pas toujours facile à acquérir (268).

Nous avons synthétisé ces différents éléments dans la figure suivante :

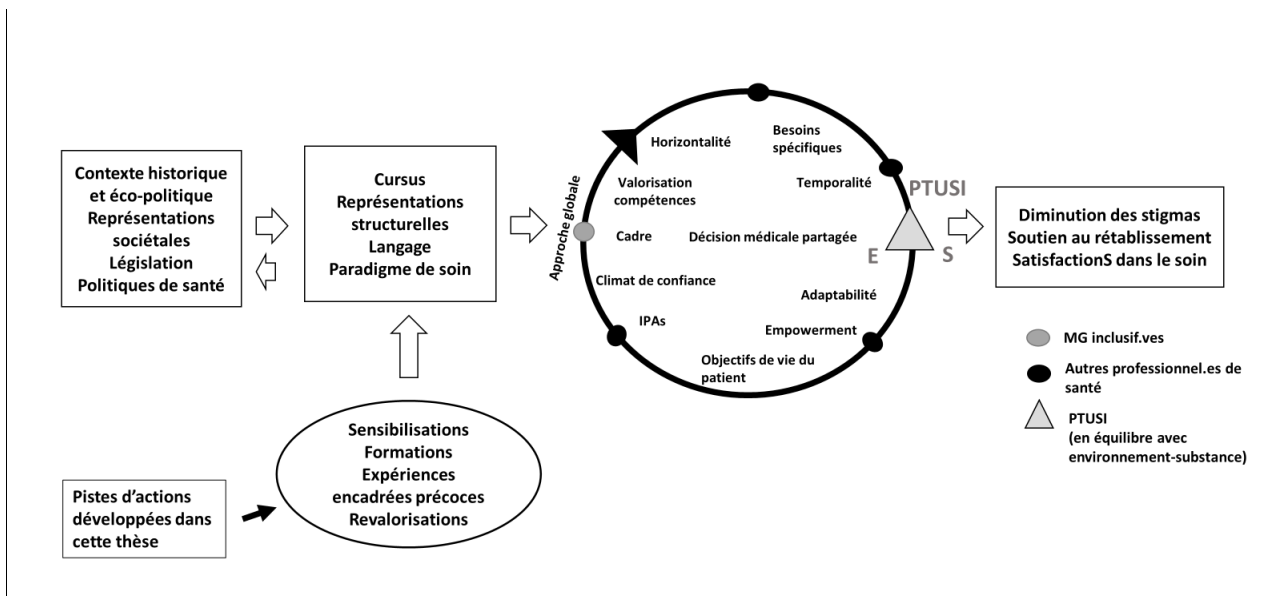


Figure IV.b Schéma idéal d'accompagnement des patient-es TUSI en MG basé sur les constats et réflexions de cette thèse

Nous n'entendons pas conclure notre travail par le constat que pour améliorer l'accompagnement des PTUSI, tout-es les MG doivent s'engager activement pour cette thématique : chacun-e en effet a sa sensibilité, son vécu, ses centres d'intérêt et ses limites, comme cette thèse l'a bien illustré.

Cependant, tout **médecin généraliste**, par ses compétences de professionnalisme (54,178) **devrait accueillir toute personne en besoin de soins** de manière respectueuse et bienveillante, et la référer éventuellement selon ses limites.

Les médecins ne se sentent pas toujours compétent-e face à cette clinique liée à beaucoup d'idées reçues et de fantasmes. **Les PTUSI sont avant tout demandeurs-ses d'être accueilli-es avec humanité.**

Comme l'ont mis en avant certain-es des participant-es à nos études, il ne faut pas craindre d'apprendre avec et grâce à eux. Une position d'humilité, d'ouverture et de partenariat semble en effet essentielle pour des accompagnements adéquats.

En s'intéressant à l'accompagnement des PTUSI en médecine générale, la **notion de stigma s'est d'emblée imposée comme un élément latent** sous-tendant la problématique, nous l'avons explorée dans **notre travail** et cela a **permis également de mieux documenter ce phénomène en Belgique.**

Certains éléments internes et externes ont toutefois limité l'ampleur et parfois la profondeur de cette thèse. La crise sanitaire, les ramifications de ce projet ambitieux, les stigmas rencontrés à tous les niveaux ont été des freins évidents, de même que la dispersion de la doctorante, engagée sur différents plans.

Nous n'avons pu former jusqu'au bout qu'un nombre limité de jeunes MG à travers la Belgique francophone mais notre travail a toutefois permis de sensibiliser celles et ceux qui ont choisi d'entamer ou de suivre la formation. Nous avons aussi constaté que d'autres étudiant-es de dernière année ou assistant-es en médecine

générale ont été suffisamment sensibilisés au sujet pour le choisir dans le cadre de leurs travaux de fin d'études. Certain-es se sont d'ailleurs engagé-es activement dans cette clinique par la suite.

Cette thèse a donné lieu à de nombreuses collaborations et échanges enrichissants et stimulants tant au niveau académique que sur le terrain avec les partenaires de soins et les PTUSI. Nous avons ainsi eu de belles opportunités pour réfléchir ensemble à des pistes d'amélioration de la situation actuelle en médecine générale.

Elle aura permis également de mobiliser certains membres du corps académique et de réfléchir à intégrer la question des stigmas dans le cursus initial de médecine.

Nous finirons cette thèse avec cette citation qui, nous l'espérons, aura une résonance et qui nous permet en tous cas de garder espoir sur un possible changement :

“Never doubt that a small group of thoughtful, committed citizens can change the world. In fact, it is the only thing that ever has.” *Margaret Mead*

Dès la genèse de ce travail, nous avons rencontré des personnes inspirantes possédant une grande empathie et bienveillance. Nous avons également pu découvrir et participer à la formation d'une génération pleine de promesses de futur-es médecins généralistes et jeunes soignant-es curieux-ses, empathiques, réfléchi-es, indigné-es voire militant-es parfois pour une médecine plus humaine, plus équitable, plus proche du patient-e. Nous avons aussi rencontré de nombreux médecins généralistes passionné-es par leur métier qui souhaitent tout simplement le pratiquer le mieux possible.

Nous sommes dans un monde polarisé où il y a encore trop de place pour une série de discriminations telles que le racisme, l'homophobie, le sexisme, le validisme ou la grossophobie, discriminations avec lesquelles existent d'évidents parallélismes avec notre thématique.

Notre société travaille heureusement à être plus inclusive et plus respectueuse des diversités et de leurs richesses.

Pour conclure, nous sommes confiant-es quant au fait qu'un meilleur avenir est possible pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale en Belgique mais il faudra continuer à y travailler **tout-es ensemble, à tous les niveaux et continuellement.**

Perspectives futures

Nous allons d'abord poursuivre le travail entamé sur l'abord des stigmas dans le cursus initial de médecine que nous considérons comme l'un des investissements les plus porteurs.

Nous suivrons ensuite plusieurs perspectives d'études découlant des différentes recherches menées. Nous continuerons à déployer la formation assuétudes et espérons la proposer rapidement au niveau bicommunautaire. Nous avons également l'intention de participer à une réflexion collective sur l'élaboration d'un certificat en addictologie et ses enjeux. Un nouveau défi sera aussi de réfléchir à cette question pour les populations mineures ou en âge de transition (16-23 ans).

*« J'aimerais bien partager avec vous, que vous partiez tous avec ça...et que ça vous motive peut-être...l'expérience de ma mère... Ma mère a arrêté de consommer et son MG a joué un rôle capital là-dedans...Mon père était séropositif, car justement il avait consommé d'une façon qui n'était pas safe et ma mère a été fort suivie pendant sa grossesse parce que mon père était déjà toxicomane, surtout pour ça. C'est ce même MG qui a suivi mon père jusqu'à la fin et c'est ce même MG qui a suivi ma mère. Et ma mère a arrêté de se droguer, pas, quand elle est tombée enceinte, pas même quand mon père est décédé, mais le jour où son MG est mort, car elle s'est dit que si lui n'était pas là, si elle n'arrêtait pas maintenant, elle allait mourir aussi...Donc je voulais juste rappeler qu'on peut **avoir un impact...Donc j'ai envie de dire...Y a une lumière...On a un vrai pouvoir sur... »***

Intervenante 2, Focus-group E1, Partie III.A, analyse des attentes et besoins des apprenant-es par rapport à la formation (2019)

PARTIE V

Références bibliographiques

(Hormis les références des articles présentés dans le manuscrit)

1. Wang J, Liu L. Introduction: Alcohol, rituals, and politics in the ancient world. *J Anthropol Archaeol*. 1 mars 2022;65:101397.
2. Dudley R. *The Drunken Monkey: Why We Drink and Abuse Alcohol* [Internet]. 1^{re} éd. University of California Press; 2014 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt5vk07j>
3. Liu L, Wang J, Rosenberg D, Zhao H, Lengyel G, Nadel D. Fermented beverage and food storage in 13,000 y-old stone mortars at Raqefet Cave, Israel: Investigating Natufian ritual feasting. *J Archaeol Sci Rep*. 1 oct 2018;21:783-93.
4. Guerra-Doce E. Psychoactive Substances in Prehistoric Times: Examining the Archaeological Evidence. *Time Mind*. 2 janv 2015;8(1):91-112.
5. United Nations : Office on Drugs and Crime [Internet]. [cité 2 oct 2023]. *World Drug Report 2023*. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html)
6. Nourrisson D. La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français. *Drogue Santé Société*. 13 nov 2017;16:1.
7. Qu'est-ce qu'une drogue ? | MILDECA [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-drogue>
8. Aide-mémoire - Addictologie - en 47 notions - Livre et ebook Psychologie clinique de Alain Morel - Dunod [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/aide-memoire-addictologie-en-47-notions>
9. Dupont JC, Naassila M. Une brève histoire de l'addiction. *Alcoologie Addictologie*. 2016;38(2):93-102.
10. Beauchesne L. Drogues: les coûts cachés de prohibition - LIVRES NUMÉRIQUES [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.renaud-bray.com/Livre_Numerique_Produit.aspx?id=1414760&def=Drogues:+les+co%C3%BBts+cach%C3%A9s+de+prohibition,BEAUCHESNE,+LINE,9782895798163
11. Coblence F. Freud et la cocaïne. *Rev Fr Psychanal*. 2002;66(2):371-83.
12. González CÁ, López-Muñoz F. The Conversation. 2023 [cité 2 oct 2023]. Quand héroïne et cocaïne étaient vues comme « bonnes pour la santé ». Disponible sur: <http://theconversation.com/quand-hero-ne-et-coca-ne-etaient-vues-comme-bonnes-pour-la-sante-209549>
13. Ospina HC. *Le Monde diplomatique*. 2009 [cité 2 oct 2023]. L'équipe de choc de la CIA. Disponible sur: https://www.monde-diplomatique.fr/2009/01/CALVO_OSPINA/16653
14. ONUDC. United Nations : Office on Drugs and Crime. [cité 13 oct 2023]. Conventions. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Mandate_Functions/conventions.html](https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Mandate_Functions/conventions.html)
15. Eurotox asbl. *Tableau de bord 2022-Bruxelles* [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-TB-2022-Bruxelles_tma.pdf
16. The Global Commission on Drug Policy. *global_commission_report-french.pdf* [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.grea.ch/sites/default/files/global_commission_report-french.pdf

17. Earp BD, Lewis J, Hart CL, with Bioethicists and Allied Professionals for Drug Policy Reform. Racial Justice Requires Ending the War on Drugs. *Am J Bioeth AJOB*. avr 2021;21(4):4-19.
18. Harm Reduction International [Internet]. [cité 2 oct 2023]. The Global State of Harm Reduction 2022. Disponible sur: <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm-reduction-2022/>
19. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public Health and International Drug Policy. *Lancet Lond Engl*. 2 avr 2016;387(10026):1427-80.
20. International Drug Policy Consortium. IDPC. [cité 2 oct 2023]. Bilan : 10 ans de politiques des drogues. Disponible sur: <https://idpc.net/fr/publications/2018/10/bilan-10-ans-de-politiques-des-drogues>
21. International Drug Policy Consortium. Moving from the punitive paradigm: An analysis of the 2023 OHCHR report on drug policy. IDPC_Advocacy_Note_OHCHR_report.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.drugsandalcohol.ie/39569/2/IDPC_Advocacy_Note_OHCHR_report.pdf
22. Hébert F. *Perspective Monde*. 14:34:52Z [cité 2 oct 2023]. Commerce de la drogue en Afghanistan : conflit entre survie économique et reconnaissance internationale. Disponible sur: <https://perspective.usherbrooke.ca//bilan/servlet/BMAnalyse/3261>
23. Obradovic I, De Saint Vincent M. Dépénalisation des drogues au Portugal: bilan 20 ans après. OFDT [Internet]. 2021 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=obranovic+portugal&rlz=1C1AVFC_enPL1023PL1051&oq=obranovic+portugal&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIJCAEQIRgKGKAB0gEINz11OWowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
24. Moury C, Escada M. Understanding successful policy innovation: The case of Portuguese drug policy. *Addiction*. 2023;118(5):967-78.
25. Rêgo X, Oliveira MJ, Lameira C, Cruz OS. 20 years of Portuguese drug policy - developments, challenges and the quest for human rights. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 17 juill 2021;16(1):59.
26. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet Lond Engl*. 6 nov 2010;376(9752):1558-65.
27. Murray CJL. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 - The Lancet [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext)
28. Médicaments antidouleur opioïdes : épidémie de surdoses aux États-Unis [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/53165/0/2017/ArchiveNewsDetails.aspx?page=1>
29. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *Int J Drug Policy*. mai 2010;21(3):202-7.
30. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York, NY, US: W W Norton & Co; 1945. x, 703 p. (The psychoanalytic theory of neurosis).
31. Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. Oxford, England: Hillhouse; 1960. ix, 246 p. (The disease concept of alcoholism).

32. Olievenstein C. Il n'y a pas de drogues heureuses - Robert Laffont - Grand format - Librairie Gallimard PARIS.1977.
33. Eurotox asbl. Bonnes pratiques en matière d'aide et de soins. Livret thématique n°5 [Internet]. 2018 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://eurotox.org/2018/03/14/livret-thematique-sur-les-bonnes-pratiques-en-matiere-daide-et-de-soins/>
34. The Addiction Experience [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://peeel.net/lib/addexp.html>
35. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
36. Dupont JC. Histoire de la neurotransmission [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/histoire-de-la-neurotransmission-9782130498247.html>
37. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. Science. 3 oct 1997;278(5335):45-7.
38. Goodman A. Addiction: definition and implications. Br J Addict. 1990;85(11):1403-8.
39. Robinson SM, Adinoff B. The Classification of Substance Use Disorders: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations. Behav Sci. 18 août 2016;6(3):18.
40. Addictions France. Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
41. Guilbet C. Ecrits stupéfiants. Drogues & littérature d'Homère à Will Self. Bouquins. 2019. 1140 p.
42. What is the Definition of Addiction? [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
43. Prospective Jeunesse [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Pourquoi sommes-nous inégaux face aux risques liés aux drogues ? Disponible sur: <https://prospective-jeunesse.be/articles/pourquoi-sommes-nous-inegaux-face-aux-risques-lies-aux-drogues/>
44. Jauffret-Roustide M. Les inégalités sociales dans le champ des addictions. Trib Santé. 2014;43(2):61-8.
45. Charte de la Réduction des Risques | Plate-forme de RdR [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>
46. Morel A, Chappard P, Couteron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie [Internet]. 2012 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-la-reduction-des-risques--9782100582150.htm>
47. Eurotox asbl asbl. RdR. Bonnes pratiques en RdR. Livret thématique n°4 [Internet]. 2019 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://eurotox.org/bonnes-pratiques/reduction-des-risques/>
48. Coppel A. Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques - Anne Coppel - Éditions La Découverte. 2002.

49. Nougier M. Le développement de la réduction des risques à travers le monde. *Addiction(s): recherches et pratiques. Réduire les risques*. 01, Dece 2011; 5-8 [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.grea.ch/sites/default/files/arp_numero1_versionweb_v22.pdf
50. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Reuel Friedman M, Tula M, et al. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J*. 24 oct 2017;14(1):70.
51. Bell J, Trinh L, Butler B, Randall D, Rubin G. Comparing retention in treatment and mortality in people after initial entry to methadone and buprenorphine treatment. *Addict Abingdon Engl*. juill 2009;104(7):1193-200.
52. Conseil supérieur de la santé. Avis naloxone. [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20221005_css-9695_naloxone_vweb.pdf
53. Association des médecins anciens étudiants de l'ULB | AMUB [Internet]. 2023 [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.amub-ulb.be/>
54. Richelle L, Huberland V, Nouwynck S, Cardon P. Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas | AMUB [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.amub-ulb.be/revue-medicale-bruxelles/article/troubles-lies-l-usage-de-substances-langage-de-l-addiction>
55. Kelly JF, Dow SJ, Westerhoff C. Does Our Choice of Substance-Related Terms Influence Perceptions of Treatment Need? An Empirical Investigation with Two Commonly Used Terms [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002204261004000403>
56. März JW, Holm S, Biller-Andorno N. Monkeypox, stigma and public health. *Lancet Reg Health - Eur*. 31 oct 2022;23:100536.
57. Cobos Manuel I, Jackson-Perry D, Courvoisier C, Bluntschli C, Carel S, Muggli E, et al. Stigmatisation et VIH : tous concernés [Internet]. 2020 [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-690/stigmatisation-et-vih-tous-concernes>
58. Friedland BA, Gottert A, Hows J, Baral SD, Sprague L, Nyblade L, et al. The People Living with HIV Stigma Index 2.0: generating critical evidence for change worldwide. *AIDS Lond Engl*. 1 sept 2020;34 Suppl 1:S5-18.
59. Bedert M, Davidovich U, de Bree G, van Bilsen W, van Sighem A, Zuilhof W, et al. Understanding Reasons for HIV Late Diagnosis: A Qualitative Study Among HIV-Positive Individuals in Amsterdam, The Netherlands. *AIDS Behav*. sept 2021;25(9):2898-906.
60. Nanditha NGA, St-Jean M, Tafessu H, Guillemi SA, Hull MW, Lu M, et al. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2019;14(3):e0214012.
61. Jackson-Best F, Edwards N. Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health*. 27 juill 2018;18(1):919.
62. Botticelli MP, Koh HK. Changing the Language of Addiction. *JAMA*. 4 oct 2016;316(13):1361-2.

63. Ashford RD, Brown AM, Ashford A, Curtis B. Recovery dialects: A pilot study of stigmatizing and nonstigmatizing label use by individuals in recovery from substance use disorders. *Exp Clin Psychopharmacol.* déc 2019;27(6):530-5.
64. Yang L, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry.* sept 2017;30(5):378-88.
65. National Academies of Sciences E. Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: the evidence for stigma change. Washington, District of Columbia: The National Academies Press; 2016.
66. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the « why try » effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* juin 2009;8(2):75-81.
67. Patriek M, Laurence K, Françoise M, Frédéric K, Corine T, Marie-Claire L, et al. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. 2016;
68. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 1 juill 2013;131(1-2):23-35.
69. Livingston JD. Structural Stigma in Health-Care Contexts for People with Mental Health and Substance Use Issues.
70. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2019;10:1-12.
71. Muncan B, Walters SM, Ezell J, Ompad DC. “They look at us like junkies”: influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduct J.* 31 juill 2020;17(1):53.
72. Lagisetty PA, Ross R, Bohnert A, Clay M, Maust DT. Buprenorphine Treatment Divide by Race/Ethnicity and Payment. *JAMA Psychiatry.* 1 sept 2019;76(9):979-81.
73. Words Matter - Terms to Use and Avoid When Talking About Addiction | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>
74. P Goddu A, O’Conor KJ, Lanzkron S, Saheed MO, Saha S, Peek ME, et al. Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. *J Gen Intern Med.* mai 2018;33(5):685-91.
75. Fontesse S, Demoulin S, Stinglhamber F, Maurage P. Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addict Behav.* févr 2019;89:216-23.
76. Bertholet N, Fortini C, Simon O, Khazaal Y, Daepfen JB. L’emploi d’un langage non stigmatisant et précis est nécessaire en médecine des addictions. *Rev Med Suisse.* 5 juin 2019;654:1165-8.

77. Scholten W, Simon O, Maremmani I, Wells C, Kelly JF, Hämmig R, et al. Accès aux médicaments contenant des substances psychoactives placées sous contrôle international. Recommandations en faveur d'une terminologie neutre, précise et respectueuse. *Alcoologie Addictologie*. 15 juin 2020;42(1):18-27.
78. CBIP [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Résultat de la recherche buprénorphine. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/keywords/bupr%25C3%25A9norphine?type=substance>
79. Antoine J. Enregistrement TDI en Belgique-Rapport annuel, année d'enregistrement 2021. Sciensano [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_tdi_2021_fr.pdf
80. Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Schils N, Putman K, Pauwels L, et al. The social cost of legal and illegal drugs in Belgium [Internet]. Vol. 51, IRCP research series. Maklu; 2016 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/1854/LU-8023955>
81. Boffin N, Antoine J, Van Baelen L, Moreels S, Doggen K. General practice patients starting treatment for substance use problems: observations from two data sources across levels of care. *BMC Public Health*. 18 juin 2020;20(1):960.
82. Baudouin D, Lafontaine J-B, Van Woensel G, Lejeune D. Traitements Méthadone : les généralistes d'ALTO évaluent leur pratique. *La Revue de Médecine Générale*. 204;282-287 [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.reseualto.be/upload/Image/Publication-alto/Traitements-m%C3%A9thadone-les-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-d%E2%80%99Alto-%C3%A9valuent-leur-pratique-%E2%80%93-Denis-J.-B.-Lafontaine-G.-Van-Woensel-D.-Lejeune-La-Revue-de-la-M%C3%A9decine-G%C3%A9n%C3%A9rale-n%C2%B0-204-juin-2003.pdf>
83. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2023 [Internet]. LU: Publications Office; 2023 [cité 2 oct 2023]. (European drug report ... (Online)). Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/161905>
84. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. déc 2018;66:12-23.
85. be.STAT [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=7de30ad3-0871-46ad-af5a-aad2f51969c3>
86. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl*. 9 nov 2013;382(9904):1575-86.
87. O'Toole J, Hambly R, Cox AM, O'Shea B, Darker C. Methadone-maintained patients in primary care have higher rates of chronic disease and multimorbidity, and use health services more intensively than matched controls. *Eur J Gen Pract*. déc 2014;20(4):275-80.
88. Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misuse*. 2012;47(8-9):1005-14.

89. Van Baelen L, Plettinckx E, Antoine J, De Ridder K, Devleeschauwer B, Gremeaux L. Use of health care services by people with substance use disorders in Belgium: a register-based cohort study. *Arch Public Health Arch Belg Sante Publique*. 23 juin 2021;79(1):112.
90. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe (Perspectives on drugs) | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en
91. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related deaths and mortality | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-related-deaths_en
92. Eurotox asbl. Crises et usage de drogues 2021 [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Crises-et-usage-de-drogues_2021.pdf
93. Fonseca F, Robles-Martínez M, Tirado-Muñoz J, Alías-Ferri M, Mestre-Pintó JI, Coratu AM, et al. A Gender Perspective of Addictive Disorders. *Curr Addict Rep*. 2021;8(1):89-99.
94. Harris MTH, Laks J, Stahl N, Bagley SM, Saia K, Wechsberg WM. Gender Dynamics in Substance Use and Treatment: A Women's Focused Approach. *Med Clin North Am*. janv 2022;106(1):219-34.
95. Mutatayi C, Morton S, Robles Soto N, Kristín I. Pálsdóttir, Vale Pires C. Implementing a gender approach in drug policies: prevention, treatment and criminal justice; a handbook for practitioners and decision makers. Strasbourg: Council of Europe; 2022. 162 p.
96. Mburu G, Limmer M, Holland P. Role of boyfriends and intimate sexual partners in the initiation and maintenance of injecting drug use among women in coastal Kenya. *Addict Behav*. juin 2019;93:20-8.
97. Brusano. Brusano. 2022 [cité 5 oct 2023]. Analyses ligne et fonction 0,5 dans l'organisation social santé à Bruxelles-LEXIQUE. Disponible sur: <https://www.brusano.brussels/pdf/analyses-2022-ligne-et-fonction-05-dans-lorganisation-social-sante-a-bruxelles-lexique/>
98. Schamp J, Simonis S, Roets G, Van Havere T, Gremeaux L, Vanderplasschen W. Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium - PMC [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8899070/>
99. Bureau des Traités [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (STCE n° 210). Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>
100. Schamp J, Simonis S, Van Havere T, Gremeaux L, Roets G, Willem S et al. Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium. Final Report. Brussels: Belgian Science Policy. 2018 [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR73summ2018_en.pdf
101. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Responding to drug-related problems among migrants, refugees and ethnic minorities in Europe | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/responding-drug-related-problems-among-migrants-refugees-and-ethnic-minorities-europe_en

102. Saleh EA, Lazaridou FB, Klapprott F, Wazaify M, Heinz A, Kluge U. A systematic review of qualitative research on substance use among refugees. *Addict Abingdon Engl.* févr 2023;118(2):218-53.
103. Rousseau C, Frounfelker RL. Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. *J Travel Med.* 1 févr 2019;26(2):tay150.
104. De Kock C, Toyinbo L, Laudens F, Alexandre S, Hensgens P, Mascia C, et al. Migrants et minorités ethniques : recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues [Internet]. Gompel&Svacina; 2020 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/1854/LU-8641958>
105. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, DOGRA N, Ingleby JD, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry.* févr 2011;10(1):2-10.
106. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 21 sept 2020;17(9):e1003337.
107. Servais L, Huberland V, Richelle L. Misuse of Pregabalin: a qualitative study from a patient's perspective. *BMC Public Health.* 12 juill 2023;23:1339.
108. Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PloS One.* 2016;11(7):e0159134.
109. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health.* 1 déc 2017;5(12):e1192-207.
110. Des Jarlais DC, Sypsa V, Feelemyer J, Abagiu AO, Arendt V, Broz D, et al. HIV outbreaks among people who inject drugs in Europe, North America, and Israel. *Lancet HIV.* juin 2020;7(6):e434-42.
111. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, Drainoni M, Salhaney P, Edeza A, et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug Alcohol Depend.* 1 mai 2019;198:80-6.
112. Santoro TN, Santoro JD. Racial Bias in the US Opioid Epidemic: A Review of the History of Systemic Bias and Implications for Care. *Cureus.* 10(12):e3733.
113. Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC.* oct 2014;65(10):1269-72.
114. Frazer Z, McConnell K, Jansson LM. Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug Alcohol Depend.* 2019;205(107652).
115. Jauffret-Roustide M. The Conversation. 2023 [cité 2 oct 2023]. Crack et cocaïne : pourquoi deux drogues si proches sont-elles traitées si différemment ? Disponible sur: <http://theconversation.com/crack-et-coca-ne-pourquoi-deux-drogues-si-proches-sont-elles-traitees-si-differemment-207555>

116. Gisle L & Drieskens L. Enquête de santé 2018: Usage de drogues Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.44/68. Accessed 01 Oct 2023 [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.sciensano.be/sites/default/files/id_report_2018_fr_v3.pdf
117. Eurotox asbl. Focus Covid 2020. [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Focus-Covid-TDB2020-Eurotox.pdf>
118. Damian E. sciensano.be. Sciensano; 2022 [cité 2 oct 2023]. La consommation de drogues en Belgique. Les principaux résultats de Drug Vibes - L'enquête belge sur les drogues (Edition 2022). Disponible sur: <https://www.sciensano.be/en/biblio/la-consommation-de-drogues-en-belgique-les-principaux-resultats-de-drug-vibes-lenquete-belge-sur-les>
119. Van Baelen L, Plettinckx E, Antoine J, Gremeaux L. Prevalence of HCV among people who inject drugs in Brussels-a respondent-driven sampling survey. *Harm Reduct J.* 21 févr 2020;17(1):11.
120. Deblonde J, Serrien B, De Roucke M, Montoury M, Van Beckhoven B. sciensano.be. Sciensano; 2022 [cité 2 oct 2023]. Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2021. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-sida-et-de-linfection-a-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2021>
121. #STOP1921 ! [Internet]. [cité 2 oct 2023]. #STOP1921. Disponible sur: <https://stop1921.be/fr/>
122. La Belgique saisit tellement de cocaïne qu'elle n'arrive pas à s'en défaire assez vite [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.courrierinternational.com/article/drogues-la-belgique-saisit-tellement-de-cocaine-qu-elle-n-arrive-pas-a-s-en-defaire-assez-vite>
123. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Belgium, Country Drug Report 2019 | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/belgium_en
124. Nicaise P, Corten P, Bergeret I, Baert I, Irusta LÁ, Casselman PJ, et al. Les Traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filière de soins et des patients. Programme de recherches d'appui à la note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue. *Politique Scientifique Fédérale.* 2005;
125. Pelc I, De Ruyver B, Casselman J, Noirfalise, Macquet C. Evaluation des maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues. *Politique Scientifique Fédérale.* 2003;
126. Résad - Réseau d'aide aux problématiques d'addictions [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://resad.be/>
127. Réseau Alto. Réseau Alto. [cité 2 oct 2023]. Réseau de médecins généralistes pour l'accompagnement de patients usagers de drogues. Disponible sur: <https://www.reseualto.be/>
128. Rygaert X. Évaluation du mécanisme d'échelonnement. *IMA-AIM.* 2022;18.
129. Rowe TA, Jacapraro JS, Rastegar DA. Entry into primary care-based buprenorphine treatment is associated with identification and treatment of other chronic medical problems. *Addict Sci Clin Pract.* 29 oct 2012;7(1):22.

130. Fox AD, Masyukova M, Cunningham CO. Optimizing psychosocial support during office-based buprenorphine treatment in primary care: Patients' experiences and preferences. *Subst Abuse*. 2016;37(1):70-5.
131. World Health Organisation. Social determinants of health [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
132. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, Heisler M, Chopra V, Bohnert A. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. *PloS One*. 2017;12(10):e0186315.
133. Hooker SA, Sherman MD, Lonergan-Cullum M, Sattler A, Liese BS, Justesen K, et al. Mental Health and Psychosocial Needs of Patients Being Treated for Opioid Use Disorder in a Primary Care Residency Clinic. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720932017.
134. Gayraud M. Etude de faisabilité d'un partenariat entre Rat et FAMGB. 2013;
135. 2022.02_Analyse_0.5-fr.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://www.brusano.brussels/layout/uploads/2023/01/2022.02_Analyse_0.5-fr.pdf
136. Médecins du Monde. Livret accès aux soins. Belgique. 2014 [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://cbcs.be/wp-content/uploads/2014/04/doc-pour-lien-acces-soins-livre-vert-fr.pdf>
137. Haute Autorité de Santé.
Reperage_precoce_et_intervention_breve_en_alcoologie_en_premier_recours_-_note_de_cadrage.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/reperage_precoce_et_intervention_breve_en_alcoologie_en_premier_recours_-_note_de_cadrage.pdf
138. Group BMJP. Health Care Needs Assessment: The Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews. *BMJ*. 5 nov 1994;309(6963):1241.
139. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract*. 14 juin 2014;15:119.
140. Garpenhag L, Dahlman D. Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 26 oct 2021;16(1):81.
141. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend*. 11 mai 2007;88(2-3):188-96.
142. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet Lond Engl*. 22 oct 1994;344(8930):1129-33.
143. Heath I. Rewilding general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. déc 2021;71(713):532-3.
144. Buresh M, Stern R, Rastegar D. Treatment of opioid use disorder in primary care. *BMJ*. 19 mai 2021;373:n784.

145. De Kock C, Demoulin L, Fortunier C, Husson E, Moens K, Racahpe J. #4 Repenser l'aide et les soins de première ligne [Internet]. BSI Position Papers. 2023 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://bsiposition.hypotheses.org/1774>
146. Accueil - Fédération des maisons médicales [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/>
147. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
148. Stanzos S. Freins et leviers à la collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et les intervenants médico-psychosociaux dans l'accompagnement d'un patient présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites. TFE en vue de l'obtention du master de médecine. 2021.
149. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 21 sept 2008;8(1):188.
150. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 20 juill 2016;17:83.
151. Brown JB, Reichert SM, Boeckxstaens P, Stewart M, Fortin M. Responding to vulnerable patients with multimorbidity: an interprofessional team approach. *BMC Prim Care*. 30 mars 2022;23(1):62.
152. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. janv 2008;45(1):140-53.
153. Hern T, Talen M, Babiuch C, Durazo-Arvizu R. Patient Care Management Teams: Improving Continuity, Office Efficiency, and Teamwork in a Residency Clinic. *J Grad Med Educ*. sept 2009;1(1):67-72.
154. Fédération Addiction. Les-pratiques-professionnelles-concernant-les-dispositifs-de-soin-résidentiel-du-secteur-médico-social-en-addictologie-2013.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/FR_Les-pratiques-professionnelles-concernant-les-dispositifs-de-soin-r%C3%A9sidentiel-du-secteur-m%C3%A9dico-social-en-addictologie-2013.pdf
155. FR_Les-pratiques-professionnelles-concernant-les-dispositifs-de-soin-résidentiel-du-secteur-médico-social-en-addictologie-2013.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/FR_Les-pratiques-professionnelles-concernant-les-dispositifs-de-soin-r%C3%A9sidentiel-du-secteur-m%C3%A9dico-social-en-addictologie-2013.pdf
156. Sulmasy LS, Lopez AM, Horwitch C. *J Gen Intern Med*. 2017. Ethical Implications of the Electronic Health Record: In the Service of the Patient.
157. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
158. Spruill J. Interprofessional health care services in primary care settings: Implications for the education and training of psychologists: (418342008-001) [Internet]. 1998 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e418342008-001>

159. Baudhuin S. Représentations et collaborations des travailleuses du « secteur bas seuil toxicomanie ». Travail de fin d'étude dans le cadre du master en criminologie à finalité approfondie. UCLouvain. 2019.
160. Driever EM, Tolhuizen IM, Duvivier RJ, Stiggelbout AM, Brand PLP. Why do medical residents prefer paternalistic decision making? An interview study. *BMC Med Educ.* 8 mars 2022;22(1):155.
161. Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework: *Journal of Substance Use: Vol 10, No 4* [Internet]. 2005 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659890500114359>
162. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med.* oct 2012;27(10):1361-7.
163. Soulet MH. Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques. *Psychotropes.* 2008;14(3-4):91-109.
164. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Sirdifield C, Siriwardena AN, Christiaens T. A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest-posttest study with self-report assessments. *Scand J Prim Health Care.* déc 2019;37(4):418-25.
165. Entzeridou E, Markopoulou E, Mollaki V. Public and physician's expectations and ethical concerns about electronic health record: Benefits outweigh risks except for information security. *Int J Med Inf.* févr 2018;110:98-107.
166. Hughes V, Bemker MA, Parsons LC. Developing Resilience: Strategies to Adapt Within an Interprofessional Team. *Nurs Clin North Am.* mars 2022;57(1):143-52.
167. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J.* 1988;11(4):11-9.
168. Gisele TL. Exploration des freins et des leviers au retour vers la première ligne des patients ayant un trouble lié à l'usage de substances psychoactives dans des centres bas seuil dans la région du Borinage. Travail de fin d'étude pour l'obtention du master complémentaire de médecine générale 2022-2023.
169. Apport-des-usagers-de-drogues-aux-médecins-généralistes---B.-Denis-A.-Hoffman-C.-Jacques-J.-B.-Lafontaine-J.-G.-Romain.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.reseualto.be/upload/Image/Publication-alto/Apport-des-usagers-de-drogues-aux-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-%E2%80%93B.-Denis-A.-Hoffman-C.-Jacques-J.-B.-Lafontaine-J.-G.-Romain.pdf>
170. DeFlavio JR, Rolin SA, Nordstrom BR, Kazal LA. Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. *Rural Remote Health.* 2015;15:3019.
171. Brusano [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Case manager. Disponible sur: <https://www.brusano.brussels/service/case-manager/>
172. Alomran A, Alyousefi N. Attitudes of Family Medicine Trainees Towards Patient-Centeredness Practice. *Int J Gen Med.* 26 janv 2023;16:329-36.
173. Thériault G, Bell NR, Grad R, Singh H, Szafran O. Teaching shared decision making. *Can Fam Physician.* juill 2019;65(7):514-6.

174. Grudniewicz A, Gray CS, Boeckxstaens P, De Maeseneer J, Mold J. Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care. *The Patient*. 29 août 2023;
175. Richelle L, Cardon P. Bonnes pratiques pour un accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances en soins de santé primaires | AMUB [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.amub-ulb.be/node/2540>
176. Dupouy J, Vergnes A, Laporte C, Kinouani S, Auriacombe M, Oustric S, et al. Intensity of previous teaching but not diagnostic skills influences stigmatization of patients with substance use disorder by general practice residents. A vignette study among French final-year residents in general practice. *Eur J Gen Pract*. déc 2018;24(1):160-6.
177. Ordomedic [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Toxicomanie - Principes déontologiques. Disponible sur: <https://ordomedic.be/fr/avis/maladies/toxicomanie/toxicomanie-principes-deontologiques>
178. CanMEDS : un référentiel pour l'enseignement et l'évaluation des compétences :: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/teaching-assessing-canmeds-framework-f>
179. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addict Abingdon Engl*. janv 2012;107(1):39-50.
180. Wood E, Samet JH, Volkow ND. Physician Education in Addiction Medicine. *JAMA*. 23 oct 2013;310(16):1673-4.
181. Kidd JD, Smith JL, Hu MC, Turrigiano EM, Bisaga A, Nunes EV, et al. Medical Student Attitudes Toward Substance Use Disorders Before and After a Skills-Based Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Curriculum. *Adv Med Educ Pract*. 2020;11:455-61.
182. Muzyk A, Smothers ZPW, Akrobetu D, Ruiz Veve J, MacEachern M, Tetrault JM, et al. Substance Use Disorder Education in Medical Schools: A Scoping Review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. nov 2019;94(11):1825-34.
183. Crapanzano K, Vath RJ. Long-Term Effect of a Stigma-Reduction Educational Intervention for Physician Assistants. *J Physician Assist Educ Off J Physician Assist Educ Assoc*. juin 2017;28(2):92-5.
184. Hargraves D, White C, Frederick R, Cinibulk M, Peters M, Young A, et al. Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Rev*. 29 déc 2017;38:31.
185. Hoffman A. Fédération des maisons médicales. 2008 [cité 4 oct 2023]. L'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes, quinze ans après.... Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/l-accompagnement-des-usagers-de/>
186. Fraeyman J, Symons L, Van Royen P, Van Hal G, Peremans L. How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. *Eur J Gen Pract*. juin 2016;22(2):134-40.
187. Servais L. La réduction des risques liés à l'usage de drogues en médecine générale. Travail de fin d'étude pour l'obtention du master de médecine. 2018-2019. Université Libre de Bruxelles.

188. Waley L, McManus L. Tackling Students' Attitudes Towards Substance Use Disorders. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. août 2017;41(4):567-8.
189. Babor TF, Del Boca F, Bray JW. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addict Abingdon Engl*. févr 2017;112 Suppl 2:110-7.
190. Fuehrlein B, Hochschild A, Goldman M, Amsalem D, Chilton J, Martin A. Learning About and Destigmatizing Substance Use Disorders: a Video-Based Educational Module Using Simulated Patients. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. juin 2022;46(3):342-6.
191. | Dell Medical School | The University of Texas at Austin [Internet]. [cité 3 oct 2023]. | Dell Medical School | The University of Texas at Austin. Disponible sur: <https://vbhc.dellmed.utexas.edu/>
192. Crapanzano K, Vath RJ, Fisher D. Reducing stigma towards substance users through an educational intervention: harder than it looks. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. août 2014;38(4):420-5.
193. Schenner M, Kohlbauer D, Günther V. [Communicate instead of stigmatizing - does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients]. *Neuropsychiatr Klin Diagn Ther Rehabil Organ Ges Osterreichischer Nervenarzte Psychiater*. 2011;25(4):199-207.
194. Vigarello G. Hugon (Marie-Anne), Seibel (Claude), éd. — Recherches impliquées. Recherche action: le cas de l'éducation. *Rev Fr Pédagogie*. 1990;92(1):113-4.
195. Allard-Poesi F, Perret V. La Recherche-Action. In: Giordano Y, éditeur. *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* [Internet]. EMS; 2003 [cité 2 oct 2023]. p. 85-132. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01490609>
196. Molenda M. In search of the elusive ADDIE model. *Perform Improv*. 1 mai 2003;42:34-6.
197. Branch RM. *Instructional Design: The ADDIE Approach* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2009 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-09506-6>
198. Avery J, Knoepfmacher D, Mauer E, Kast KA, Greiner M, Avery J, et al. Improvement in Residents' Attitudes Toward Individuals with Substance Use Disorders Following an Online Training Module on Stigma. *HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg*. févr 2019;15(1):31-6.
199. Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Roland M, Kacenenbogen N. Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. *BMC Med Educ*. 2 mai 2022;22(1):335.
200. Moses TE, Chammaa M, Ramos R, Waideo E, Greenwald MK. Incoming medical students' knowledge of and attitudes toward people with substance use disorders: Implications for curricular training. *Subst Abuse*. 2021;42(4):692-8.
201. Taylor DCM, Hamdy H. Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Med Teach*. nov 2013;35(11):e1561-1572.
202. Anderson, L.W.; Krathwohl, D.R.; Airasian, P.W.; Cruikshank, K.A.; Mayer, R.E.; Pintrich, P.R.; Raths, J.; Wittrock, M.C. *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of*

Educational Objectives (Complete edition); Anderson, L.W., Krathwohl, D.R., Eds.; Longman: New York, NY, USA, 2001.

203. Biggs J. Enhancing teaching through constructive alignment. *High Educ.* 1 oct 1996;32(3):347-64.
204. Collège des médecins du Québec. Prescription d'opioïdes : un rappel des bonnes pratiques. 2023;
205. Antoine J. *sciensano.be*. WIV-ISP; 2016 [cité 3 oct 2023]. L'enregistrement TDI en Belgique - Rapport annuel, année d'enregistrement 2015. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/fr/biblio/lenregistrement-tdi-en-belgique-rapport-annuel-annee-denregistrement-2015>
206. Wu LT, John WS, Ghitza UE, Wahle A, Matthews AG, Lewis M, et al. Buprenorphine physician–pharmacist collaboration in the management of patients with opioid use disorder: results from a multisite study of the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Addiction.* 2021;116(7):1805-16.
207. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
208. Chappel JN, Veach TL, Krug RS. The substance abuse attitude survey: an instrument for measuring attitudes. *J Stud Alcohol.* janv 1985;46(1):48-52.
209. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* juin 1992;30(6):473-83.
210. May JA, Wartier DC, Pagel PS. Attitudes of anesthesiologists about addiction and its treatment: a survey of Illinois and Wisconsin members of the American Society of Anesthesiologists. *J Clin Anesth.* juin 2002;14(4):284-9.
211. Foster JH, Onyekwu C. The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* oct 2003;10(5):578-84.
212. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend.* 1 janv 2014;134:92-8.
213. UMONS - Sciences de la Famille [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Formation « Pair-aidance » 2022. Disponible sur: <http://www.sciencesdelafamille.be/projet-pair-aidance-santé-mentale-et-précarités-2022/>
214. Fedito Wallonne-Actualités [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://www.feditowallonne.be/actualites_22_315.html
215. Eurotox asbl | Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://eurotox.org/>
216. Richelle L, Hogge M. Mésusage de prégabaline en Belgique francophone : enquêtes de terrain | AMUB [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.amub-ulb.be/node/2408>
217. Richelle L. Recommandations concernant la Prégabaline (Lyrica)[®]. 2022;

218. L'ASBL NADJA - Prévention et traitement des dépendances [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.nadja-asbl.be/>
219. Burton E. Attitudes des médecins généralistes dans l'accompagnement de l'entourage de personnes consommatrices de substances.
220. Coleman E, O'Connor E. The role of WhatsApp® in medical education; a scoping review and instructional design model. *BMC Med Educ.* 25 juill 2019;19(1):279.
221. Raiman L, Antbring R, Mahmood A. WhatsApp messenger as a tool to supplement medical education for medical students on clinical attachment. *BMC Med Educ.* 6 janv 2017;17(1):7.
222. Utiliser WhatsApp comme environnement d'apprentissage formel | Pédagogie [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://pedagogie.quebec.ca/le-tableau/utiliser-whatsapp-comme-environnement-dapprentissage-formel>
223. Réseau des médecins vigies | sciensano.be [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/fr/reseau-des-medecins-vigies>
224. Kanter MH, Nguyen M, Klau MH, Spiegel NH, Ambrosini VL. What Does Professionalism Mean to the Physician? *Perm J.* 2013;17(3):87-90.
225. Burgess A, Oates K, Gouston K. Role modelling in medical education: the importance of teaching skills [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26119778/>
226. Stern DT. *Measuring Medical Professionalism.* Oxford University Press, USA; 2006. 328 p.
227. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* nov 2014;89(11):1446-51.
228. Heydari MR, Taghva F, Amini M, Delavari S. Using Kirkpatrick's model to measure the effect of a new teaching and learning methods workshop for health care staff. *BMC Res Notes.* 10 juill 2019;12(1):388.
229. Kirkpatrick Partners, LLC. [Internet]. [cité 21 févr 2024]. The Kirkpatrick Model. Disponible sur: <https://www.kirkpatrickpartners.com/the-kirkpatrick-model/>
230. Portillo Clapasson MJ. Travail social et Toxicomanie: la pratique des travailleurs sociaux dans le bas seuil. Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme HES d'assistance sociale Mars 2010. [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/20650555.pdf>
231. Jaeger M. Les contours incertains du travail social : un facteur de perte de sens: *Rev Fr Aff Soc.* 24 juill 2020;(2):51-72.
232. Qu'est-ce que la promotion de la santé? - e-Guide de financement [Internet]. Financing e-Guide. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://health-inequalities.eu/fr/financing-e-guide/what-is-health-promotion/>
233. Colrat J. Vers la reconnaissance du travail social palliatif ? Jusqu'à Mort Accompagner Vie. *2013;112(1):27-35.*

234. Klimas J, Small W, Ahamad K, Cullen W, Mead A, Rieb L, et al. Barriers and facilitators to implementing addiction medicine fellowships: a qualitative study with fellows, medical students, residents and preceptors. *Addict Sci Clin Pract.* 20 sept 2017;12(1):21.
235. Declaration of Alma-Ata [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
236. Richelle L, Dramaix-Wilmet M, Kacenenbogen N, Kornreich C. Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey among Medical Students in Belgium. *Int J Environ Res Public Health.* 31 mars 2023;20(7):5356.
237. Le master - Département de Médecine Générale de l'ULB [Internet]. 2021 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://dmgulb.be/master/>
238. Haute Autorité de Santé. annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf
239. Castra M. Socialisation. *Sociologie* [Internet]. 1 août 2013 [cité 5 oct 2023]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologie/1992>
240. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* juin 2015;90(6):718-25.
241. Van Haecht A. III. La construction sociale de la réalité : Berger et Luckmann. In: *L'école à l'épreuve de la sociologie* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2006 [cité 6 oct 2023]. p. 109-21. (Ouvertures sociologiques; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/ecole-a-l-epreuve-de-la-sociologie--9782804150556-p-109.htm>
242. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism as a Social Construct: The Evolution of a Concept. *J Grad Med Educ.* mai 2016;8(2):265-7.
243. Dubar C. Chapitre 2 - La socialisation dans anthropologie culturelle et le fonctionnalisme. In: *La socialisation* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2015 [cité 5 oct 2023]. p. 39-64. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/socialisation--9782200601874-p-39.htm>
244. Sarikhani Y, Shojaei P, Rafiee M, Delavari S. Analyzing the interaction of main components of hidden curriculum in medical education using interpretive structural modeling method. *BMC Med Educ.* 1 juin 2020;20(1):176.
245. Mendiola CK, Galetto G, Fingerhood M. An Exploration of Emergency Physicians' Attitudes Toward Patients With Substance Use Disorder. *J Addict Med.* avr 2018;12(2):132-5.
246. Monrouxe LV, Rees CE. « It's just a clash of cultures »: emotional talk within medical students' narratives of professionalism dilemmas. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* déc 2012;17(5):671-701.
247. Charlin B, Gagnon R, Kazi-Tani D, Thivierge R. Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. *Rev Int Technol En Pédagogie Univ.* 2005;2(2):22.

248. International Society of Addiction Journal. ISAJE. [cité 6 oct 2023]. Addiction Terminology. Disponible sur: <https://www.isaje.net/addiction-terminology.html>
249. Féda Bxl, Fedito Wallonie. Vers une terminologie commune pour le secteur assuétude [Internet]. 2012 [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://fedabxl.be/fr/2012/06/vers-une-terminologie-commune-pour-le-secteur-assuetude/>
250. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, C Simbayi L, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med.* 15 févr 2019;17(1):31.
251. Knaak S, Livingston J, Stuart H, Ungar T, Ed M. Combating Mental Illness- and Substance Use-Related Structural Stigma in Health Care.
252. Zwick J, Appleseth H, Arndt S. Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 27 juill 2020;15(1):50.
253. Sukhera J, Knaak S, Ungar T, Rehman M. Dismantling Structural Stigma Related to Mental Health and Substance Use: An Educational Framework. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1 févr 2022;97(2):175-81.
254. Aebi, MF, Cocco E, & Molnar L. SPACE I - 2022 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Council of Europe and University of Lausanne [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://wp.unil.ch/space/files/2023/06/230626_SPACE-I_2022_FinalReport.pdf
255. User S. Culture et Santé. L'empowerment (n°4) [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/31-lempowerment-n-4.html>
256. Avery JD, Taylor KE, Kast KA, Kattan J, Gordon-Elliott J, Mauer E, et al. Attitudes Toward Individuals With Mental Illness and Substance Use Disorders Among Resident Physicians. *Prim Care Companion CNS Disord.* 3 janv 2019;21(1).
257. World Health Organisation. Constitution [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
258. Association canadienne de Santé Publique. LE POIDS DES MOTS : Pour un langage respectueux en matière de santé sexuelle, de consommation de substances, les ITSS et de sources de stigmatisation intersectionnelles. 2019 [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/language-tool-f.pdf>
259. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The Social Accountability of Medical Schools and its Indicators. *Educ Health.* déc 2012;25(3):180.
260. Stronks K, van de Mheen D, Looman C, Mackenbach J. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis. *Sociol Health Illn.* 1996;18(5):653-74.
261. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health.* juin 2005;15(3):262-9.
262. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep.* 2014;129(Suppl 2):19-31.

263. Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health*. août 2006;16(4):346-53.
264. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 2009;59(558):29-36.
265. Lacroix S, Denis B. Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanie. *Education du Patient et Enjeux de Santé*. Vol 22, n°1, 2004 [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.reseualto.be/upload/Image/Publication-alto/R%C3%B4le-du-m%C3%A9decin-g%C3%A9n%C3%A9raliste-dans-les-probl%C3%A9matiques-de-toxicomanie-S.-Lacroix-B.-Denis.pdf>
266. Prevost M. Fédération des maisons médicales. 2007 [cité 6 oct 2023]. Quand les a-normaux se rebiffent. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/quand-les-a-normaux-se-rebiffent/>
267. Provenzano AM. Caring for Ms. L. - Overcoming My Fear of Treating Opioid Use Disorder. *N Engl J Med*. 15 févr 2018;378(7):600-1.
268. McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict Sci Clin Pract*. 9 avr 2018;13(1):8.

Remerciements

Je tiens à exprimer mes plus **chaleureux et sincères remerciements** à toute une série des personnes qui m'ont accompagnée d'une manière ou d'une autre dans ce parcours de thèse ainsi qu'aux membres de mon jury pour avoir accepté d'évaluer son aboutissement.

A *Nadine Kacenenbogen* pour sa présence rassurante et solaire, pour ses valeurs et son ouverture, pour ses combats humains et académiques. Si j'ai pu aller jusqu'au bout de ce processus plein de défis, c'est sans conteste grâce à son soutien inconditionnel, sa bienveillance, son enthousiasme contagieux et ses nombreux conseils.

A *Charles Kornreich* pour ses conseils avisés, sa disponibilité, son attention et son très précieux soutien à notre département et à mon parcours professionnel.

A *Sarah Nouwynck* sans qui cette thèse n'aurait pas été possible. Pour avoir tout de suite cru en son bienfondé en Faculté de Médecine. Pour tout le temps qu'elle y a consacré avec conviction et sans compter. Pour tous ses apports pédagogiques, artistiques et psycho-sociologiques ainsi que pour les innombrables discussions animées sous toutes les formes dont on connaissait le début mais jamais la fin...

A *Michèle Dramaix-Wilmet*, sans qui cette thèse n'aurait pas pu exister non plus. Pour sa gentillesse, sa bienveillance, pour sa passion communicative pour les statistiques et pour tout le temps dévolu à cette thèse.

A *Michel Roland* pour avoir été un modèle de rôle pour moi depuis le début de mon parcours en médecine générale. Pour ses qualités humaines et professionnelles. Pour ses convictions et ses combats depuis des décennies pour améliorer l'accès aux soins ainsi que pour sa confiance et ses enseignements.

A *Gwenolé Loas* qui a accepté de présider mon comité d'accompagnement avec un intérêt marqué.

A *Olivier Servais* pour avoir complété ce comité d'accompagnement et y avoir apporté une autre perspective.

A *Marco Schetgen* qui a cru en moi dès le début de mon assistantat de médecine quand moi-même je n'y croyais pas. Pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser cette thèse et avoir soutenu la Formation Assuétudes en Faculté ainsi que pour tout son engagement pour une meilleure reconnaissance et une meilleure qualité de la MG.

A *Quentin Vanderhofstadt* et *Vincent Huberland* pour les échanges toujours stimulants et constructifs et pour leurs implications et relectures de l'un ou l'autre chapitre de cette thèse.

A *Anne-Marie Offermans*, *Philippe Cardon*, *Benjamin Fauquert*, *Rachida Bensliman*, *Pol Thomas*, pour toutes les collaborations et les riches échanges de près ou de loin avec cette thèse.

A *Sandrine Lion* et *Nathalie Dekelver* pour tout leur soutien logistique et « grammatical » dans le cadre de cette thèse et pour leur investissement sans compter pour le DMG.

A *Pierre-Joel Schellens*, *Hélène Schils*, *Robert Diels*, *Michael Bernier*, *Cindy Debey* et tous mes autres collègues du DMG et de l'URSP pour leur engagement, leur volonté de transmettre et de faire rayonner la médecine générale.

A *Pablo Nicaise, Catherine Hellemans, Guy Lebeer, Philippe Hoyois, Nicolas Van Der Linden, Eric Uyttebrouck et Jean-Christophe Beumier* pour les échanges intéressants que nous avons eus au début de cette thèse et qui ont permis de mieux la définir et l'orienter.

Pour la partie II, merci à *Margaux Aron, Imane Hafid et Savina Stanzos* de s'être fortement engagées dans ce projet dans le cadre de leur TFE de fin d'étude voire bien au-delà.

Aux patient-es, médecins généralistes, autres professionnel·les de santé qui ont accepté de participer à l'étude et de partager un peu de leur vécu.

Pour la partie III, merci :

A *Eva Burton* d'avoir réalisé son TFE sur la question de l'entourage des personnes qui consomment des substances afin de pouvoir ajuster au mieux nos vidéos.

A *l'équipe du centre Nadja* pour la belle collaboration et les vidéos réalisées.

A *Quentin Vanderhofstadt, Sarah Nouwynck, Martin Cauchie et Lea Di Biagi* pour avoir contribué à « l'étude PPC » et/ou la « Formation Assuétudes » ainsi que pour leurs réflexions intéressantes.

Aux *étudiant-es et assistant-es* qui ont participé aux dispositifs pédagogiques et à son évaluation.

Aux *enseignant-es du cycle T d'antan et d'aujourd'hui* et à *Lise Meunier* pour leur volonté et énergie à transmettre de bonnes pratiques de soins en matière d'assuétudes basé-es sur leurs différents savoirs.

Aux *partenaires de terrain, aux coordinateurs·trices de réseau, aux professionnel·les de santé* ayant encadré avec bienveillance et enthousiasme les participant-es à la Formation Assuétudes ainsi que pour leur implication dans le projet au sens large.

A *Dominique Lamy et Marie-Eve Janssens*, référent-es assuétudes à l'UCLouvain et l'ULiège respectivement pour leurs apports ainsi que pour avoir permis que ces formations soient reconnues dans leurs universités.

A *l'équipe de la Cellule d'Appui Pédagogique de l'ULB* et plus particulièrement à *Ariane Bachelart et Jérôme di Egidio* (réalisation de vidéos) ainsi qu'à *Patricia Mercier* (aide pour le design du module sur l'université virtuelle).

Je voudrais également remercier d'autres personnes avec qui j'ai pu travailler sur des projets connexes durant ce processus de thèse et qui ont contribué à alimenter mes réflexions et mes connaissances :

A *Eline Madelpuech, Louise Servais, Joana Antunes Madeira, Sepideh Nowrouzi, Ermioni Baxevani, Nour Bensaida, Lydie Tangang, Samy Noury, Norddine Khamrichi, Corentin Léonard, Sahra Abidat* que j'ai accompagné-es avec plaisir comme promotrice ou co-promotrice dans leurs projets de TFE autour des assuétudes.

A *Michael Hogge* d'Eurotox asbl pour nos stimulantes collaborations autour de la prégabaline et autres.

Aux *collègues du Resad, de la Formation Santé Mentale à Bruxelles, de la Commission Santé Mentale de la FAMGB et du GT Genre et Assuétudes, la « délégation tunisienne »* pour tous les beaux projets menés ensemble.

A *mes parents* pour leur amour et soutien inconditionnels. Pour leur écoute et intérêt marqués depuis le début de ce projet ainsi que leurs apports intellectuel, logistique, culinaire et moral depuis toujours et particulièrement ces dernières intenses années.

A *ma (belle-)famille proche* pour leur présence et soutien sous toutes les formes depuis de nombreuses années.

A *mes ami-es d'ici et d'ailleurs*, présent-es depuis des décennies ou parfois moins, qui m'ont permis de garder une bonne santé pendant ce long et périlleux processus. Merci d'avoir écouté amicalement mes envolées -parfois logorrhéiques- sur le sujet. Remerciement spécial à Camille, Laura, Leila, Virginie, Islay, et John pour les inputs et relectures anglophones.

A *Béranger* pour son amour et son soutien à tous mes projets, pour avoir les pieds sur terre et un esprit clair qui me sont nécessaires. Merci aussi d'avoir accepté mes moments d'absence physique et mentale pour mener à bien ce projet, merci pour toutes ses heures à m'écouter m'emballer.

A *mes enfants*, qui ne m'ont connue que comme doctorante, pour leur amour, leur compréhension, leur vitalité débordante et pour le fait qu'ils m'ont aussi permis de prendre du recul.

ANNEXES

1. Partie II

Annexe A : étude perspective PTUSI

A.1 Guide d'entretien perspective PTUSI

1. Pourriez-vous reprendre l'histoire de votre consommation de vos débuts à aujourd'hui ?

- A quel moment avez-vous commencé à consommer et dans quel contexte ?
- Quels étaient les substance(s) consommées ?
- Quel(s) étaient le(s) mode(s) de consommation ?
- Quelles étaient vos ressources ?
- Quelle durée avant l'installation de la dépendance au produit ?
- Passage en prison ?

2. A quel moment et pourquoi avez-vous eu recours pour la première fois à un service de soins que ce soit un MG ou un centre spécialisé en assuétudes ?

- Quel service/MG ? Pourquoi celui-là ?
- Toujours suivi chez ce même MG, si non : pourquoi ?
- Particularités appréciées ou non dans ces différentes prises en charge ?
- Obstacles rencontrés ?
- Durée du suivi ?
- Amélioration de l'état de santé ? RdR ?
- **Si pas de suivi médical actuellement :**
 - Médecin généraliste dans votre parcours ?
 - Vécu à ce propos ?
 - Attentes satisfaites ?
- **Si suivi par MG en cabinet :**
 - Comment vous êtes-vous retrouvé chez ce MG ?
 - Quels sont les apports de ce MG ? Qu'appréciez-vous dans la prise en charge de ce MG ?
 - Qu'est-ce que vous appréciez moins dans la prise en charge de ce MG ?
 - Certains thèmes sont-ils difficiles à aborder avec votre MG ?
 - Sentiment de sécurité dans les bâtiments de consultation ?
 - Suivi en parallèle avec un psychologue, assistant social, psychiatre ?
 - Apport de chaque suivi ?
 - Différence entre les différentes prises en charge ?

➤ **Si suivi médicalisé mais pas en cabinet**

- Pourquoi faites-vous un suivi en centre plutôt que chez un MG ?
- Avez-vous un suivi régulier par un MG dans la structure ?
- Qu'appréciez-vous dans la prise en charge de ce MG
 - Qu'appréciez-vous moins dans la prise en charge de ce MG ?
- Certains thèmes sont-ils difficiles à aborder avec votre MG ?
- Sentiment de sécurité dans les bâtiments de consultation ?
- Suivi dans la structure par un psychologue, AS, psychiatre ? Qu'est-ce que ces suivis apportent de différent par rapport à une prise en charge par un MG ?

3. Avez-vous des problèmes de santé physique ou mentale connus ?

- Maladies chroniques ?
 - o Si oui, lesquelles ?
- Antécédents d'infection sexuellement transmissible ?
- Date du dernier dépistage du cancer du col/sein ?
- Antécédents de pathologie psychiatrique ?

4. Êtes-vous parent ? Comment cela se passe-t'il à ce niveau ?

5. Enfin, quelle image avez-vous de vous-même et comment vous sentez-vous actuellement ?

- Estime de soi ? Perception du corps ?
- Santé ?
- Entourage social ?
- Vie affective/familiale/professionnelle ?
- Logement ?

6. Si vous aviez un conseil à donner aux jeunes médecins généralistes concernant la prise en charge des patients UD, quel serait-il ?

+ Questions en plus selon profil :

➔ *Femmes*

7. Avez-vous éprouvé ou éprouvez-vous actuellement un désir de grossesse ?

- **Si enfant :**
 - **Vécu lors de la grossesse ?**
 - Ressenti par rapport à la prise en charge lors de la grossesse et lors du post-partum ?
 - Consommations durant la grossesse ?
 - Semaines d'aménorrhée lors de la découverte de la grossesse ?
 - **Vécu du rôle de mère ?**

- Enfants à charge ou pas ?
 - A plein temps ou garde partagée ?

8. Comment gérez-vous votre contraception ?

- Difficultés ?
- Cycles menstruels réguliers vs irréguliers ?
- Antécédents IVG/ FC?

➔ *Personnes issues de la migration*

9. En tant que patiente de culture étrangère, quelle vision avez-vous de la médecine pratiquée en Belgique ?

10. Pouvez-vous me parler de votre histoire de migration ?

- Etes-vous primo arrivant ou de 2/3/4^{ème} génération ?
- Quelles ont été les raisons de la migration ?
- Depuis combien de temps êtes-vous en Belgique ? Avez-vous le sentiment « d’être à votre place en Belgique ?
- Avez-vous une religion ? Si oui, laquelle ?
 - Perception de la substance consommée dans culture et/ou religion d’orig

A.2 Questionnaire socio-démographique

1. Quel est votre genre ?
 - Masculin
 - Féminin
 - Autre :

2. Quel est votre âge ?
 - 18-24 ans
 - 25-34 ans
 - 35-44 ans
 - 45-54 ans
 - > 55 ans

3. A quel pays d'origine vous identifiez-vous le plus ?

4. Si vous n'êtes pas belge, depuis combien de temps êtes-vous en Belgique ?
 - Je suis de passage
 - Moins de 5 ans
 - 5 – 9 ans
 - 10 ans et plus

5. Quelle est votre situation de couple ?
 - Pas en couple
 - En couple
 - Ensemble
 - Habitant séparément

6. Êtes-vous parent ?
 - Oui
 - Enfant à charge
 - Enfant non à charge
 - Non

7. Êtes-vous affilié à une mutuelle belge ?
 - Oui
 - En voie de régularisation
 - AMU
 - Autre assurance en soins de santé
 - Non

8. Ces 30 derniers jours, quelle a été votre activité professionnelle principale ?²⁴
 - Emploi régulier
 - Précisez :
 - Emploi occasionnel
 - Précisez :
 - Au chômage

?

- Etudiant
- Incapacité de travail
- Homme/femme au foyer
- Pensionné(e)
- Autre :

9. Ces 30 derniers jours, quelle a été votre source de revenus principale ? 1

- Salaire
- Chômage
- Bourse d'étude
- Au CPAS
- Indemnité maladie ou d'invalidité
- Allocation familiale
- Chômeur
- Pension de retraite
- Aucun revenu propre
- Autre :

10. Quel diplôme le plus élevé avez-vous obtenu ?

- Aucun
- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire technique ou professionnel
- Enseignement secondaire général
- Enseignement supérieur non universitaire
- Enseignement supérieur universitaire
- Autre : _

11. Ces 30 derniers jours, où viviez-vous la plupart du temps ?

- Logement fixe
- Autonome
- Familial
- Squat
- Logements variables
- Dans la rue
- Institution
- Autre :

12. Avez-vous un suivi médical ?

- Oui
- Occasionnellement
- Régulièrement
- Non

13. Avez-vous un traitement à domicile? Si oui, lequel ?

14. Quel(s) substance(s) psychoactive(s) consommez-vous ?

- Opiacés
 - Héroïne
 - Méthadone
 - Buprénorphine

- Fentanyl
 - Autre opiacé :
- Cocaïne
 - Cocaïne en poudre
 - Crack
 - Autre cocaïne :
- Stimulants autres que cocaïne
 - Amphétamine
 - Méthamphétamine
 - MDMA ou dérivés
 - Méphédronne
- Autre stimulant :
- Hypnotiques ou sédatifs
 - Barbiturique
 - Benzodiazépine
 - GHB/GBL
 - Autre hypnotique :
- Hallucinogènes (catégorie)
 - LSD
 - Kétamine
 - Autre hallucinogène :
 - Inhalants volatiles Cannabis
 - Marijuana
 - Haschisch
 - Alcool
 - Autre :
- Quelle substance consommez-vous principalement ?
 - Précisez :

ANNEXE B : Guide d'entretien Perspective médecins

En gris, les questions plus spécifiques aux MG qui ne prennent pas en charge les PTUSI

1. Questions générales/contextuelles :

- **Type de pratique**

- Qu'est-ce qui vous a motivé à faire des études de médecine ?
 - Et la médecine générale ? Qu'est-ce qui vous satisfait encore aujourd'hui dans ce travail ?
- Quel type de pratique avez-vous actuellement ? Pourquoi l'avoir choisie ?

- **Pratique**

- Votre patientèle a-t-elle des spécificités particulières ?

- **Patients usagers**

- Si je vous dis « usager de substances », qu'est-ce que ce terme évoque pour vous ?
- Quelle distinction faites-vous entre un patient consommateur de substances et un autre patient ?
- Quelle différence entre usagers de substances licites et illicites ?
- Parlez-moi un peu des patients « usagers de substances illicites que vous avez déjà rencontrés ?

- **Motivations**

- Est-ce un choix délibéré de votre part de (ne pas) les prendre en charge ?
 - Ces patients sont-ils sous TSO ? Avez-vous des patients sous TSO ?

2. Prise en charge patient·es présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites :

- **Prise en charge**

- En général, comment se passent vos rencontres avec ces patients ?
 - Prenez-vous en charge le volet assuétudes de ces patients entièrement/en partie/pas du tout ?
- Quand vous soignez ces patients, quels sont vos objectifs thérapeutiques ?

- **Multidisciplinarité/ collaboration interprofessionnelle**

➤ Collaborez-vous avec d'autres professionnel·les de santé ? Expliquez

- **Difficultés/Freins à la PEC**

➤ Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge des patients usagers ? Vos prises en charge sont-elles différentes des prises en charge des patients qui ne sont pas consommateurs ? En quoi pensez-vous que la prise en charge de ces patients différencierait-elle de la prise en charge de vos autres patients ?

➤ Pour quelles raisons, ne prenez - vous pas en charge des usagers de substances illicites ? Avez-vous déjà fait une exception et pris en charge un patient usager ?

➤ Qu'est-ce qui pourrait faire que vous preniez en charge ces consommateurs ? Référez-vous vos patients UDI ? Vers qui ? Qu'est ce qui ferait que vous pourriez refuser une prise en charge ? quelles sont vos limites ? Et dans ce cas à qui réfèreriez-vous ?

➤ Pourquoi pensez-vous que certains médecins ne prennent pas en charge les UDI ? Pourquoi pensez-vous que certains médecins prennent en charge les UDI ?

➤ Avez-vous identifié des profils d'usagers (dans votre patientèle) qui auraient des besoins spécifiques ?

3. Représentations TUSI

➤ Adaptez-vous votre prise en charge en fonction du profil de l'utilisateur ?

- Faites-vous une distinction dans votre prise en charge entre un usager de substances licites ou illicites ? Quelles distinctions pensez-vous qu'il y aurait entre la prise en charge des UD licites et illicites ?

➤ La littérature met en avant des besoins spécifiques chez les femmes, les migrants et les US par injection, qu'en pensez-vous ? Par rapport à votre patientèle ?

➤ Pensez-vous qu'il y ait un certain type d'utilisateur qui ne demandera jamais de suivi chez le MT ?

- **Expérience**

➤ Parlez-moi du début de votre parcours avec les patients usagers ?

- Trouvez-vous que le profil des usagers a changé depuis ? Avec l'expérience votre prise en charge a-t-elle changé ?

- **Formation**

➤ Durant vos études la prise en charge des usagers de substances a-t-elle été abordée ?

- **Perception sociétale**

- Selon vous, qu'est-ce qui pousse les gens à consommer ?
- Que pensez-vous de la prise en charge des usagers de substances illicites en Belgique ?
- Y a-t-il des spécificités propres à votre région concernant ces patients ?

- **Rôle MT**

- Selon vous quel rôle le médecin traitant a ou devrait avoir dans cette prise en charge ? Son rôle doit-il être augmenté/diminué/pareil ?
- Quels conseils donneriez-vous à un jeune médecin généraliste qui commencerait des prises en charges assuétudes ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Profil socio-démographique du répondant

Quel est votre genre ?

- Homme
- Femme
- Autre

Quel est votre âge ?

- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55-64 ans
- 65-74 ans
- >75 ans

Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

<5 ans

5-10 ans

11-20 ans

21-40 ans

Quel(s) type(s) de pratique avez-vous ? (plusieurs réponses possibles) :

Cabinet solo

Association monodisciplinaire

Association pluridisciplinaire

Maison Médicale

Planning Familial

Centre PMS

Centre assuétudes

ONE

Autre (précisez) :

Faites-vous partie d'un réseau assuétudes ? non

Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT asbl)

Réseau Alto

Autre, précisez...

Dans quel milieu travaillez-vous ?

- Urbain
- Semi-Urbain
- Rural

Quelle est votre origine principale ?

- o Belgique
- o Europe de l'Est
- o Europe de l'Ouest
- o Afrique du Nord
- o Afrique Sub Saharienne
- o Amérique du Nord
- o Amérique du Sud
- o Asie
- o Océanie
- o Orient
- o Moyen

2. Partie III.A

ANNEXE C : Etude : Analyse des besoins des apprenant·es en formation autour des assuétudes (synthèse)

Pour prendre en considération les besoins et attentes des étudiant·e-s et assistant·e-s qui allaient suivre le module théorique et potentiellement la formation plus complète, nous avons mené une étude qualitative sous forme de **3 focus-groups** avant les premières séances théoriques administrées par les département de médecine générale des 3 Facultés en 2019 et en 2020. Grâce à cela, nous avons pu interroger **23 personnes**. Dix-sept étudiant·es de dernière année de l'ULB, 11 personnes de genre féminin et 6 personnes de genre masculin ayant tou·te·s entre 24 et 34 ans. Le premier focus-group, nommé « FG E1 », était composé de 11 participant·e-s et le deuxième focus-group, nommé « FG E2 », de 6 personnes. Le 3^e focus-group, nommé « FG AssMG », était composé, quant à lui de 3 assistant·e-s l'Uliège (2 F/1 H) et de 2 assistant·es de l'UCL (1 F/1 H) qui avaient tous entre 24 et 29 ans.

A travers ces focus-groups, nous avons cherché à investiguer quels profils d'étudiant·es s'intéressaient à cette formation optionnelle, quelles étaient leurs représentations et leurs connaissances et ce qu'ils attendaient de la formation. Nous avons posé des questions ayant trait à leurs motivations à faire la médecine, à se former dans ce domaine-là en particulier, à leurs expériences personnelles et professionnelles par rapport à l'usage de substances, leurs représentations concernant les troubles liés à l'usage de substances et les attentes par rapport à la formation.

Ces focus-groups d'une durée moyenne de 1h36 min ont donné lieu suite à une analyse thématique de contenu, à des résultats riches et interpellants. Nous avons fait ici une synthèse des éléments les plus pertinents pour répondre à l'analyse des besoins des apprenant·es.

Profils de participant·es

Nous avons pu observer à travers ces focus-groups un **profil hétérogène de parcours personnels** qui les a amené à s'orienter vers la médecine (besoin de se sentir utile et/ou aspects humains et/ou aspects scientifiques principalement). Ils présentaient également un parcours hétérogène par rapport à leurs expériences vis-à-vis de l'usage de substances avec un continuum allant d'aucune expérience à à être l'enfant de personnes avec TUS.

« Quand dans votre famille, on n'a jamais parlé de drogues, c'est quelque chose, on ne s' imagine pas... » Intervenant 7, FG E1, ULB, 20-24 ans

« J'ai habité à Liège toute ma vie (...) quand t'as 8 ans et que tu vas nettoyer un parc car tu es au conseil communal des enfants et que tu vois des seringues partout et que tu comprends pas pourquoi, ou que tu vas au X et qu'il est 4h de l'après-midi et qu'il y a des gens qui se piquent dans la jambe. Ça change un peu ta perception du monde je pense... » Intervenante 3, FG AssMG, Uliège, 25-29 ans

« Enfin mon père est mort du SIDA quand j'avais 5 ans, Je suis personnellement concernée par le sujet car mes 2 parents étaient toxico, et d'autres personnes dans mon entourage consomment... ». Intervenante 2, FG E1, ULB, 25-29 ans

Motivations à participer à la formation

Leurs **motivations** à participer à la formation théorique **étaient diverses**. Tou·tes exprimaient un **manque de formation** par rapport aux usages de substances illicites dans le cursus général alors qu'ils trouvaient que c'était de la responsabilité des soignant·es de les prendre adéquatement en charge. Leur intérêt semblait à la fois marqué par une volonté **de mieux** connaître et **comprendre cette réalité omniprésente** dans la société et les soins qui pouvait être une source potentielle de fantasmes, de peurs ou de peu d'optimisme chez certain·es. Pour quelques-un·es, ils semblaient motivé·es à mieux se former suite à des **consommations dans leur entourage proche** (parfois omniprésentes) d'autres étaient attiré·es par la thématique du fait de **leur propre penchant** vers des conduites addictives. Plusieurs avaient choisi ou on leur avait proposé de faire un TFE en lien avec la thématique et désiraient développer de meilleures connaissances dans ce contexte.

« Et maintenant que tu le dis en fait mon frère est totalement dépendant (...), c'est tellement devenu une banalité, mon frère fume de la beuh et ça vraiment aussi changé notre dynamique familiale, il a été à Y et c'est vrai que j'ai vu mes parents complètement démunis face à ça, et toujours aujourd'hui car la situation n'a pas évolué et c'est sans doute- fin ça m'impacte et sans doute que j'ai aussi envie de traiter ce genre de situations parce que c'est vrai que je l'ai vu dans ma vie en général (...). Oui mon frère, et oui mes grand parents sont alcooliques, et ci et ça et oui quand ici j'ai dû cocher, ben j'ai tout coché...fin l'oncle de ma maman, ils ont déjà été au Z parce qu'il prenait trop d'héro, un autre oncle de ma maman est mort parce que...voilà...fin sans m'en rendre compte ben y a un peu de drogues dans ma famille··pfidou·. » Intervenante 3, FG AssMG, ULiège, 25-29 ans

Ces motivations émanaient de plusieurs constats :

Dans les 3 focus-group, les participant·es relevaient que les **études et la médecine**, de manière plus générale, **étaient encore très hospitalo-centrées**, les **matières** enseignées ou prises en charge en pratique **trop « saucissonnées »** et médicalisées. Trop orientées sur la pathologie plutôt que sur les patient·es dans toutes leurs dimensions et une vision de soins centrée sur les patient·es. Dans tous les focus-groups, étaient relevé le fait que les études les poussaient à devenir des **super spécialistes**, qu'il y avait des pathologies parfois rares pour lesquelles ils avaient des connaissances pointues mais **qu'ils ne se sentaient pas aptes à gérer des relations interpersonnelles** ou des troubles de santé mentale parfois très fréquents. Était également reproché au cursus, le **manque de moments de métacognition dans le parcours**.

« Toute notre formation n'est pas basée à l'humain qu'on va soigner, elle est basée sur nos informations à nous... » (...) Je pense que la formation est basée sur la médecine spécialisée, je pense qu'on est branché à travailler avec le monde hospitalier, le strict contact c'est au lit du patient et à la consult 15 min si tout va bien... » Intervenante 5, FG E1, ULB, 20-24 ans

« Moi ce qui me surprend beaucoup c'est que les aspects psycho-sociaux et anthropologiques sont complètement balayés dans notre formation et moi je trouve que ça nous empêche de bien fonctionner pendant les stages car il nous manque un bagage théorique et réflexif. » Intervenante 4, FG E2, ULB, 30-34 ans

Certain-es étudiant-es pointaient toutefois le fait qu'on les sensibilisait de plus en plus aux aspects biopsychosociaux des prises en charge dans le cursus théorique mais que cela était en dissonance encore avec ce qu'ils voyaient en stage où les prises en charge restaient encore très orientées sur le « bio » sans intégrer le « psychosocial ».

En ce qui concerne les substances, ils trouvaient que le sujet était très peu abordé dans leur parcours d'apprentissage, qu'il y avait **un tabou en médecine** au niveau théorique et pratique alors qu'ils étaient conscient-es que c'était une réalité chez les patient-es.

« Ça reste extrêmement tabou, je trouve qu'on en entend pas parler, c'est quelque chose qu'on va balayer » Intervenante 4, « Oui mais tu l'entends des patients... » (intervenante 1), « Oui tout à fait ! », Intervenante 4, FG E2,,ULB, 30-34 ans

« A l'université, on ne nous apprend rien du tout du tout du tout là-dessus, on n'a pas un cours sur la toxicomanie, fin un petit cours sur les drogues (...) mais non mais on nous apprend rien, on n'a même pas un cours sur les dépendances, sur l'alcoolisme etc. alors que ça fait partie de notre métier », Intervenante 3, FG AssMG, ULiège, 25-29 ans

Tabou donnant lieu à un manque de formation, à des carences dans les soins selon les participant-es (allant du dépistage à l'accompagnement thérapeutique).

« ...Donc, déjà, y a un tabou au niveau des études et des étudiants (...). Le fait qu'on ne soit pas au courant dans notre formation...Ca va faire de nous des médecins qui ne vont pas forcément poser la question et qui ne vont pas toujours dépister. (...) Enfin, j'ai pas souvent entendu un médecin dire : « Est-ce que vous seriez intéressé d'arrêter...via d'autres moyens. ». Intervenante 6, FG E1, ULB, 20-24 ans

« Quand on travaille avec des médecins dans le milieu hospitalier, en fait ils n'ont pas eu cette formation, et comme ils n'ont pas eu cette formation, je pense pas qu'ils ont été amenés à se poser des questions plus que ça...Et à un moment donné une fois qu'on est dans notre routine (...). Je pense que c'est au début qu'on prend les marques, je pense que si on a tous eu le réflexe de demander si les gens ont l'habitude de consommer, et d'aller plus loin, c'est peut-être quelque chose à relever à cet endroit-là... Intervenante 5, FG E1, ULB

Tabou qui, selon eux, se matérialiserait également dans les programmes informatiques et donc dans l'information partagée entre professionnel·les de santé :

« Bêtement le programme informatique...je pense à ça...Ici, je suis en stage aux urgences et bêtement il est mis « tabac : oui/non » « alcool : oui/ non » mais il n'est pas mis « drogues », on n'en parle pas... » Intervenante 5, FG E1, 20-24 ans, ULB

Ce tabou ne se limitait pas au milieu hospitalier. Une étudiante rapportait son expérience dans 3 cabinets de MG solo où malgré le fait que les patient-es se confiaient par rapport à leur problématique de consommation, les médecins ne semblaient pas réagir ni investiguer. Elle avait aussi l'impression qu'ils avaient peur, qu'ils renouvelaient rapidement la prescription et que la prise en charge en tant que telle était reléguée aux centres dédiés aux assuétudes.

Dans un des focus-group étudiant-es, ils rapportaient **assimiler les addictions à la psychiatrie car c'était dans le "chapitre du livre"** (sous-entendu syllabus de cours) de psychiatrie. Pourtant, certain-es relevaient son caractère transversal et la nécessité de les intégrer dans toute prise en charge. Le fait que ce soit plus assimilé à de la santé mentale dans une médecine où le corps physique était encore dominant pouvait, selon les participant-es, expliquer également le manque de considération par le corps médical. Ils faisaient de ce fait un parallèle avec la hiérarchisation dans l'importance donnée par les étudiant-es en médecine aux cours et aux examens plus orientés sur des aspects somatiques par rapport aux cours orientés plus sur les aspects humains. Était relevé également le fait qu'il y avait une faible possibilité de contrôle à ce niveau par le corps soignant qui pouvait les mettre potentiellement en difficulté.

« Oui mais en cardio, ils ne vont jamais se charger de la prise en charge de quelqu'un qui a une addiction, ils vont dire : « Ouais on va demander un avis psy, on va le référer... » Du coup, les gens, ils rentrent à l'hôpital pour se faire soigner mais on ne soigne qu'un problème mécanique, l'embolie pulmonaire, l'insuffisance cardiaque mais le reste compte aussi...c'est comme si le psy c'était moins important, ou c'était plus compliqué à..., on ne suit pas un algorithme, fin c'est moins palpable, donc les gens le mettent un peu de côté je pense. » Intervenante 2 ; FG E2, 20-24 ans

Dans l'autre focus-group étudiant-es, ils rapportaient que les consommations étaient systématiquement demandées et considérées en **psychiatrie** mais que même à ce niveau, on ne l'intégrait **pas toujours dans une vision holistique** et qu'on faisait la distinction entre les situations qui relevaient de la psychiatrie de celles qui relevaient des addictions avec une orientation de ces patient-es dans d'autres hôpitaux spécialisés en addictologie.

Pour finir les participant-es semblaient content-es que cette formation optionnelle existe en médecine.

« Je suis très preneuse que ma faculté apporte ce genre d'outils et que je ne doive pas aller chercher de l'information dans des milieux qui pourraient paraître plus alternatifs ou plus militants... » Intervenante 4, E2, ULB, 30-34 ans

Représentations par rapport aux TUSI

Concernant les substances et les usager-es, les **représentations variaient d'un-e participant-e** à l'autre selon sa (non) expérience personnelle et/ou professionnelle et du contexte dans lequel celle-ci avait eu lieu ainsi que de la capacité de réflexivité de l'étudiant-e. Les personnes ayant le moins d'expérience semblaient construire leurs représentations théoriquement en étant fortement influencées par les critères de légalité des produits et les construits sociaux par rapport aux substances et usager-es. Ceux qui avaient plus d'expérience requestionnaient fortement ces critères sur base de leurs vécus. Ils mettaient également en tension leurs représentations- qu'ils identifiaient comme étant influencées par les normes sociales- des enjeux de santé. On notait des représentations globalement assez stéréotypées mais qu'ils essayaient à travers le focus-group de **déconstruire notamment grâce aux confrontations et constructions collectives des différentes représentations.**

« Moi, la première image que j'ai c'est très stéréotypé : ce n'est pas dans un milieu super aisé, chez des personnes qui ont vécu des choses difficiles dans leur vie mais quand j'y pense 5 minutes je me dis, oui c'est vrai que j'ai vu des gens qui ont plutôt...à l'inverse... ils viennent d'un milieu très aisé et ça ne se voit pas directement et quand même ils ont beaucoup de

problèmes avec ça, donc je trouve que la première image qu'on a, c'est surtout le stéréotype mais après tu réfléchis 5 minutes, c'est pas du tout la majorité... » Intervenante 2, UCL, FGAssMG, 25-29 ans

Dans tous les focus-groups était évoqué le fait que la législation par rapport au cannabis avait fait évoluer les représentations sociétales. Ils **évoquaient également le caractère insidieux, banalisé et omniprésent de l'alcool surtout dans leurs milieux**. Ils identifiaient que cela avait une influence sur leur propre consommation de cette substance, leurs représentations et leurs prises en charge.

Tou·tes, même si certain·es faisaient des distinctions entre usages et usagers, trouvaient qu'il n'y avait pas de distinction à faire dans le soin, que **tous les usager·es étaient des personnes en souffrance qui méritaient les soins de la même manière**. Certain·es avançaient même qu'ils trouvaient que les usager·es de substances illicites devaient plus être aidé·es que les autres car ils étaient plus marginalisés par la société. Tou·tes considéraient qu'il fallait s'intéresser à l'installation de l'assuétude.

En terme de prise en charge, il était intéressant de noter que les étudiant·es de l'ULB et ce, surtout dans le focus group 1 avaient tendance à plus considérer la Réduction des Risques dans leur possibilité de prises en charge dans une vision plutôt de rétablissement alors que dans le groupe des assistant·es de l'UCL et de l'ULiège, le paradigme de l'abstinence semblait encore fortement dominer. Il est difficile toutefois de pouvoir savoir si cette attitude dans le focus-group 1 n'a pas été influencée par les leaders d'opinion.

Besoins et attentes de la formation

Les étudiant·e·s exprimaient le besoin de pouvoir mieux prendre en charge ces situations. Cela passait notamment par une meilleure compréhension des mécanismes de l'addiction. Ils témoignaient également d'un besoin d'avoir des outils pour mieux gérer les relations interpersonnelles pour lesquelles ils ne se sentaient pas armé·es.

« J'ai vraiment l'impression (...) de ne pas avoir les outils pour dans quelques mois, dans quelques mois c'est nous qui serons en face du patient, à devoir aborder des situations difficiles... Le somatique, tout ce qu'on veut, tout ce qu'on veut, la médecine interne...mais la psycho, les drogues... » Intervenante 6, FG 1, 20-24 ans

Était pointé également par une participante le besoin que la formation en médecine travaille sur les représentations et préjugés.

« Je pense que la formation devrait challenger nos jugements personnels, et notre relationnel...là, on se posait la question de notre image des toxicomanes, et de nos expériences avec les toxicomanes. Je pense qu'ici, je suis celle qui a eu le plus d'expériences avec les toxicomanes, et j'ai quand même envie de dire qu'étant la fille de 2 toxicomanes c'est important de...je pense qu'ici vu qu'on est là, c'est qu'on est touché et on a envie de s'intéresser au sujet mais je pense que tout le monde devrait se rappeler que ce n'est pas juste des personnes addict : ce sont des parents, ce sont des membres de la société, ce sont des personnes à part entière et des personnes complexes. » Intervenante 2, FG E1, ULB, 25-29 ans

Les participant·es avaient des attentes en termes de savoir (avoir des bases théoriques, neurobiologiques, de meilleures connaissances du réseau), de savoir-faire (outils de communication,

de thérapie cognitivo-comportementale) et de savoir-être (apprendre le langage verbal et non verbal de l'addiction et de ce public pour pouvoir les prendre en charge adéquatement).

« Moi je trouve, ce qui est super important c'est apprendre le langage, par exemple, là j'ai fait un entretien avec un patient et comme je m'intéresse au sujet, j'ai appris le langage et à la fin de mon entretien avec le patient, il m'a dit « ça m'a fait trop du bien, c'est la première fois que je parle avec quelqu'un du milieu hospitalier qui utilise ces mots-là et ça m'a fait plaisir de répondre à vos questions ! » Intervenante 1, FG E1, ULB, 25-29 ans

Les attentes de type savoir-faire autour des relations interpersonnelles étaient particulièrement fortes du côté des étudiant·e·s pouvant faire penser qu'ils attendaient que cette formation de quelques heures pallie aux manquements du cursus.

ANNEXE D : Questionnaires

Annexe D.1 Questionnaire SAAS

Date :

Questionnaire « Attitudes face aux Abus de Substances » (SAAS)

Ce questionnaire est utilisé dans le cadre d'une recherche du département de médecine générale de l'ULB sur la prise en charge des usagers problématiques de drogues illicites en médecine de première ligne. Les données de ce questionnaire sont anonymes et seront traitées de manière confidentielle. Nous considérons que si vous remplissez et que vous nous remettez le questionnaire, vous acceptez que ces données soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Rem : Le Comité d'Ethique hospitalo-facultaire Erasme-ULB n'a pas émis d'objection à la conduite de cette recherche étant donné qu'elle n'implique que des professionnels de la santé (Ref : P2019/156).

Indiquez à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.	Pas du tout d'accord...1	Pas d'accord...2	Indécis...3	D'accord...4	Tout à fait d'accord...5
1. La dépendance aux DROGUES est associée à une faible volonté	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
2. Une personne dépendante aux drogues ne peut pas être aidée tant qu'elle n'a pas touché le fond	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
3-L'héroïne est tellement addictive qu'on ne peut pas s'en sortir une fois qu'on devient dépendant	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
4-Les personnes qui ont un usage abusif de drogues devraient seulement être pris en charge par des spécialistes du domaine	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
5-Fumer des cigarettes amène à fumer de la marijuana qui à son tour amène aux drogues dures	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
6-Fumer tous les jours un joint de marijuana n'est pas forcément mauvais pour la santé	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
7-Le dépistage de drogues dans l'urine peut constituer une part importante de la prise en charge	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
8-Un médecin qui a présenté une addiction aux narcotiques ne devrait plus pouvoir pratiquer la médecine	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
9-Une personne qui est dépendante aux drogues ayant eu plusieurs rechutes ne pourra vraisemblablement pas être traité(e)	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
10. Une prise en charge ambulatoire qui s'inscrit sur le long terme est nécessaire pour traiter une addiction aux drogues	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
11. Les professions paramédicales (psychologues,	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord

infirmiers, assistants sociaux, etc...) peuvent offrir des prises en charge efficaces chez les personnes dépendantes aux drogues					
12·Les conseillers paraprofessionnels (bénévoles formés, anciens usagers,...) peuvent offrir des prises en charge efficaces chez les personnes dépendantes aux drogues	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
13·Lorsqu'une personne n'est plus dépendante à une drogue, elle ne peut plus jamais être un usager récréatif pour cette drogue	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
14·L'addiction aux drogues est une maladie traitable	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
15·Les thérapies de groupes ont un rôle non négligeable dans le traitement des dépendances aux drogues	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
16·L'hôpital est le meilleur endroit pour traiter une addiction aux drogues	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
17·La plupart des personnes dépendantes aux drogues ne sont pas des patients avec lesquels il est agréable de travailler	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
18·Les femmes enceintes qui continuent à consommer des drogues devraient être punies	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
19. La contrainte, comme la menace ou les punitions, est un moyen utile pour faire accepter un traitement chez des patients qui y seraient résistants	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord

Indiquez à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.	Pas du tout d'accord...1	Pas d'accord...2	Indécis...3	D'accord...4	Tout à fait d'accord...5
1-L'alcoolisme est associé à une faible volonté	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
2-Une personne dépendante à l'alcool ne peut pas être aidée tant qu'elle n'a pas touché le fond	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
3-Les personnes qui ont un usage abusif d'alcool devraient seulement être traitées par des spécialistes du domaine	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
4-Une personne qui est alcoolodépendante ayant eu plusieurs rechutes ne pourra vraisemblablement pas être traité(e)	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
5-L'alcoolisme est une maladie traitable	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
6-Les thérapies de groupes ont un rôle non négligeable dans le traitement de l'alcoolisme	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
7-L'hôpital est le meilleur endroit pour traiter l'alcoolisme	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
8-L'abstinence à long terme est un objectif nécessaire au traitement de l'alcoolisme	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
9-La plupart des personnes alcooliques ne sont pas des patients avec lesquels il est agréable de travailler	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
10-Les femmes enceintes qui continuent à consommer de l'alcool devraient être punies	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord

Date :

Code personnel :

Questionnaire Impact Formation « Assuétudes » (QIFA)

A. Questionnaire Impact Formation Assuétudes

Ce questionnaire vise à évaluer l'impact de la formation que nous avons mis en place dans le domaine des assuétudes. Remplir ce questionnaire vous prendra une petite dizaine de minutes.

Il est important que vous répondiez de manière personnelle et subjective en tant que professionnel de la santé.

Toutes vos réponses resteront **anonymes** et strictement **confidentielles**.

1. Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes ayant un usage problématique des drogues parmi les usagers de drogues illicites ?
 - a. 10%
 - b. 30%
 - c. 50%
 - d. 60%
 - e. 80%
 - f. 100%

2. A votre avis, parmi les cinq propositions suivantes relatives au début de prise en charge d'une personne se présentant à votre consultation et demandant de l'aide par rapport à une dépendance à l'héroïne, quelle est l'attitude la plus prioritaire dans un cadre de médecine générale ?
 - a. Réaliser une toxicologie urinaire avant toute prescription

- b. Démarrer une prescription de traitement de substitution dès la première consultation
 - c. Acquérir par l'anamnèse une bonne certitude que la personne est dépendante de l'héroïne
 - d. Obtenir un prélèvement de sang pour réaliser un dépistage du VIH, VHB, VHC
 - e. Etablir clairement votre cadre de travail et les limites de l'aide que vous pourrez apporter
 - f. Je ne sais pas
3. Un patient de 25 ans qui vous semble assez fragile psychiquement et fort isolé vous dit consommer 1-2 g d'héroïne par jour en fumette depuis 5 ans, il envisage d'arrêter. Il n'a pris auparavant aucun traitement de substitution, il a entendu parler de la méthadone et voudrait essayer. Après avoir évalué la situation, vous décidez d'entamer un traitement de substitution, que comptez-vous lui prescrire ?
- a. 1 gélule de méthadone de 60 mg avec réévaluation le lendemain
 - b. 6 comprimés de Valium 10 mg avec réévaluation le lendemain
 - c. Une petite boîte de Suboxone 2 mg, en conseillant au patient de commencer par 8 mg puis d'augmenter jusqu'à 16 mg s'il ressent que ce n'est pas suffisant, avec réévaluation le lendemain
 - d. 1 gélule de méthadone de 30 mg avec réévaluation le lendemain
 - e. Une petite boîte de Subutex 2 mg à gérer par le patient en expliquant le schéma de prise, en demandant au patient de revenir quand la boîte est vide
 - f. Je ne suis pas à l'aise avec ces prescriptions, je préfère référer à un centre dédié aux assuétudes
4. Dans le domaine des drogues, qu'est-ce qu'un « SLAM » ?
- a. Se mettre à chanter suite à la prise d'une drogue
 - b. S'injecter une drogue en accompagnement d'un rapport sexuel
 - c. L'impression par l'utilisateur d'avoir touché le Nirvana après consommation
 - d. Un synonyme de l'ecstasy
 - e. Inhaler une substance sur une feuille d'aluminium chauffée par en dessous
 - f. Je ne sais pas
5. Quelle stratégie politique vous semble la plus efficace en matière de drogues ?
- a. Lutter contre les producteurs de drogues
 - b. Lutter contre les trafiquants de drogues
 - c. Mettre en détention les consommateurs de drogues
 - d. Légaliser les drogues
 - e. Mettre en place des dispositifs de santé et d'accès aux soins pour les consommateurs de drogues
 - f. Je ne sais pas
6. Parmi ces propositions, quelle est celle qui ne relève pas d'une méthode de Réduction des Risques liés aux drogues ?
- a. Traitement de substitution aux opioïdes
 - b. Testing de drogues en milieu festif
 - c. Outreach (Aller à la rencontre des usagers de drogues en rue pour leur prodiguer des soins)
 - d. Donner des conseils de prévention sur les IST à une personne pratiquant le Chemsex

- e. Traitement d'une hépatite C contractée dans le cadre d'une consommation de drogues par injection
 - f. Je ne sais pas
7. Un patient schizophrène vient à votre consultation pour renouveler son traitement de substitution. C'est un patient que vous connaissez bien, il vit en rue depuis des années, il ne veut pas prendre ses neuroleptiques, il n'est pas en ordre de mutuelle et consomme régulièrement de la cocaïne en injection avec un copain (avec qui il partage son matériel). Classez par ordre de priorité (du plus prioritaire au moins prioritaire) les actions que vous pourriez adopter dans le cadre de sa prise en charge :
- a. Argumenter afin qu'il reprenne son traitement psychiatrique
 - b. Lancer des démarches pour lui trouver un logement
 - c. Obtenir un rendez-vous chez un psychiatre qui voudrait bien le recevoir
 - d. Argumenter afin qu'il arrête de consommer de la cocaïne (en lui expliquant tous les risques encourus)
 - e. Lui expliquer comment réduire les risques liés à sa consommation par injection (sites prioritaires d'injection, matériel stérile, conditions d'hygiène, etc...)
 - f. Essayer de le mettre en ordre au niveau administratif pour obtenir une aide du CPAS (Centre Public d'Action Sociale)
8. Entourez parmi ces propositions : les 3 attitudes qui vous semblent les plus importantes pour une prise en charge efficace d'un usager problématique de drogues illicites ?
- a. Trouver le traitement médicamenteux qui convient au patient
 - b. Etablir une relation de confiance, ouverte et non jugeante
 - c. Arriver à ce que le patient soit abstinent de tout produit
 - d. Avoir une approche multidisciplinaire du patient
 - e. Partir de la réalité du patient et avancer à son rythme en se fixant des objectifs réalistes
 - f. Réussir à ce que le patient fasse une cure de sevrage en résidentiel (centre de séjour court, milieu hospitalier)

B. Données d'identification socio-démographique

1. Quel est votre genre ?
- a. Un homme
 - b. Une femme
 - c. Autre
2. Vous êtes :
- a. Etudiant en bloc 6
 - b. Assistant de 1^{ère} année en MG
 - c. Assistant de 2^{ème} année en MG
 - d. Assistant de 3^{ème} année en MG
 - e. Médecin généraliste
 - f. Autre

3. Vous avez entre :
- 20-24 ans
 - 25-29 ans
 - 30-34 ans
 - 35-39 ans
 - >40 ans
4. Dans quelle université avez-vous étudié votre master en médecine ?
- ULB
 - UCL
 - ULiège
 - Autre : précisez :
5. Pour les **étudiants en bloc 6**, avez-vous déjà été en contact avec des usagers problématiques de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamine, etc...) durant vos stages (plusieurs réponses sont possibles) ?
- Non
 - Oui, aux urgences
 - Oui, dans un service d'hospitalisation
 - Oui, à la consultation d'un spécialiste
 - Oui, dans un centre dédié aux assuétudes
 - Au sein du cabinet d'un MG
 - Autre :
6. Pour les **assistants**, avez-vous déjà été en contact avec des usagers problématiques de drogues illicites ((cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamine, etc...)) durant votre assistantat (plusieurs réponses sont possibles) ?
- Non
 - Oui, lors d'une garde
 - Oui, à votre cabinet de médecine générale
 - Oui, lors d'un dépannage d'un confrère
 - Oui, dans un centre dédié aux assuétudes
 - Autre :
7. Pour les **médecins**, avez-vous déjà été en contact avec des usagers problématiques de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamine, etc...) ?
- Non
 - Oui, lors d'une garde
 - Oui, à votre cabinet de médecine générale
 - Oui lors d'un dépannage d'un confrère
 - Oui, dans un centre dédié aux assuétudes
 - Autre :
8. Vous est-il déjà arrivé ou vous arrive-t-il de consommer des drogues suivantes?
- Oui
 - Cannabis
 - Cocaïne (cocaïne, crack)
 - Autres stimulants (amphétamine, méthamphétamine, MDMA, méphédrone, ...)

- Hallucinogènes (LSD, Kétamine, Champignons hallucinogènes, ...)
- Hypnotiques, sédatifs (GHB/GBL, ...)
- Opiacés (héroïne, méthadone, buprénorphine, fentanyl, morphine, ...)
- Inhalants volatiles
- Autre, précisez : _____

b. Non

9. Est-ce que dans votre entourage vous avez été confronté à **un ou des usages problématiques** de substances licites ou illicites autre que le tabac (plusieurs réponses possibles) :

a. Non

b. Oui

- Alcool
- Cannabis
- Cocaïne (cocaïne, crack)
- Autres stimulants (amphétamine, méthamphétamine, MDMA, méphédronne, ...)
- Hallucinogènes (LSD, Kétamine, autre...)
- Hypnotiques, sédatifs (barbiturique, benzodiazépine, GHB/GBL, ...)
- Opiacés (héroïne, méthadone, buprénorphine, fentanyl, morphine)
- Inhalants volatiles
- Autre, précisez : _____

10. Quel est le plus haut niveau d'études de vos parents (mettre une **croix** pour le père et un **rond** pour la mère) ?

Mère

Père

- | | |
|---|---|
| a. Etudes primaires | a. Etudes primaires |
| b. Etudes secondaires inférieures | b. Etudes secondaires inférieures |
| c. Etudes secondaires supérieures | c. Etudes secondaires supérieures |
| d. Etudes supérieures (Haute Ecole, Université) | d. Etudes supérieures (Haute Ecole, Université) |
| e. Aucun | e. Aucun |
| f. Inconnu | f. Inconnu |

11. Si vous êtes d'origine étrangère ou si vous avez opté pour la nationalité belge, pouvez-vous indiquer votre nationalité d'origine?

12. Un de vos parents ou les deux sont-ils ou ont-ils été d'une autre nationalité que la nationalité belge ?

a. Oui, précisez :

b. Non

13. Qu'est-ce qui vous a motivé à suivre cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

Maitre de stage responsable :

Université :

CARNET DE ROUTE



Début formation :

Fin formation :

⁴⁴ L'équivalent existe pour la région de Mons-Borinage, de Charleroi, de Namur, du Hainaut-occidental et du Luxembourg.

Table des matières

I.	Projet formation « assuétudes »	Page 3
	I-a Objectifs pédagogiques	Page 3
	I-b Présentation du projet	Page 4
II.	Liste des contacts	Page 5
III.	Descriptif des centres dédiés aux assuétudes principaux (<i>enlevé</i>)	Page 9
	III-a Projet Lama	Page 10
	III-b Centre Enaden	Page 11
	III-c M·A·S·S Bruxelles	Page 13
IV.	Descriptif des centres dédiés aux assuétudes partenaires	Page 15
	IV·1 Clinique addiction CHU Brugmann	Page 15
	IV·2 Cover	Page 15
	IV·3 Dune	Page 16
	IV. 4 Gate	Page 16
	IV·3 Hestia (Service du Projet Lama)	Page 17
	IV·4 I-Care	Page 18
	IV·5 Infor-Drogues	Page 18
	IV·6 Interstices	Page 18
	IV·7 Modus Vivendi	Page 19
	IV·8 L'Orée	Page 19
	IV·9 Prospective Jeunesse	Page 20
	IV·10 Résad (anciennement RAT)	Page 20
	IV·11 Réseau Hépatite C/SAMPAS	Page 21
	IV·12 Transit	Page 21
V.	Carnet de compétences	Page 22
	V·a Introduction	Page 22
	V·b objectifs et intérêts personnels	Page 22
	V·b Grille de compétences	Page 24
	V·c Commentaires généraux	Page 32
VI.	Feuille de route	Page 34
	VI·a Liste à faire signer	Page 34
	VI·b Conférence/journée de réflexion/congrès suivi(s) au cours de la formation	Page 35
VII.	Bilan	Page 36
VIII.	Notes personnelles	Page 37

I. Projet formation « assuétudes »

I-a Objectifs pédagogiques à viser

Module théorique :

- Objectif principal :
 - A l'issue du module de base, le candidat MG sera sensibilisé à la clinique des assuétudes et au rôle qu'il peut jouer comme médecin généraliste dans ces prises en charge allant de la prévention au traitement de substitution oral
- Sous-objectifs :
 - A l'issue de ce module, le candidat MG sera capable :
 - d'intégrer les drogues dans un contexte éco-politique et sociétal
 - d'analyser le phénomène addictif selon différentes approches
 - de reconnaître différents produits, usages et usagers
 - de proposer une prise en charge théorique d'un usage problématique de drogues en intégrant la dimension médico-psychosociale et le travail multidisciplinaire autour du patient
 - d'utiliser des outils de prise en charge des assuétudes

Module pratique :

- Objectif principal :
 - A l'issue de la formation pratique, le candidat MG sera capable de travailler de façon autonome avec un patient ayant une problématique d'assuétudes
- Sous-objectifs :
 - A l'issue de la formation pratique, le candidat MG, sera capable :
 - de gérer les différents volets de l'accompagnement des usagers (prévention, dépistage, prise en charge globale, réduction des risques,...) en les adaptant à chaque situation singulière
 - d'identifier différents profils d'usagers et de travailler en fonction, ce qui sous-entend de gérer des situations relationnelles et humaines complexes
 - de prendre en charge les plaintes psychiques et somatiques des usagers tout en reconnaissant ses limites
 - sera capable de travailler à différents niveaux de soins allant d'une pratique en équipe multidisciplinaire de type bas-seuil⁴⁵ à une pratique solo s'articulant avec le réseau

Module théorique complémentaire :

A l'issue du module complémentaire, le candidat MG

- aura approfondi certaines thématiques propres aux assuétudes

⁴⁵ Structure bas-seuil : structure sans condition d'accès, la plus accessible possible au niveau financier, horaire, exigence thérapeutique, etc.

I·b Présentation du projet de formation assuétudes à destination des assistants en MG

Prérequis :

- Module théorique d'introduction proposé au sein de son université
- 6 mois minimum de pratique de médecine

Plan de formation

Formation théorique :

- Module théorique complémentaire propre à chaque université

Formation pratique : Formation sur **1 an**, à raison d'une demi-journée par semaine sous la supervision d'un médecin expérimenté :

- **2 x 6 mois** dans deux centres dédiés aux assuétudes différents sur Bruxelles ou en Wallonie
- Pendant sa demi-journée de stage, l'assistant·e devra également rencontrer différents intervenants du secteur, il pourra donc lors de cette demi-journée « Réseau » :
 - Passer **2 demi-journées** : avec un **MG de 1ere ligne** ayant une patientèle avec TUSI
 - Objectif : prendre connaissance du travail de 1ere ligne avec ce public
 - Passer **1 demi-journée** : avec un **pharmacien** qui délivre un nombre important de traitement par agonistes opioïdes (TAO)
 - Objectif : comprendre le rôle du pharmacien comme partenaire, les spécificités pharmacologiques des produits et mise en contact avec TAO
 - Passer **2 demi-journées** dans des **centres/asbl partenaires** »(½ journée/lieu) comme : un centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogues, un comptoir d'échange de seringues, une asbl œuvrant pour la Réduction des Risques liés à l'usage des drogues, etc...
 - Objectif : prendre connaissance du travail des différents acteurs du réseau pour une meilleure collaboration
 - Passer **1 demi-journée** : avec un **travailleur psycho-social du réseau assuétudes local (Résad pour Bruxelles)**
 - Objectif : comprendre le travail en réseau multidisciplinaire
- Proposition de participer à des séances d'intervision des différents services

Un accompagnement personnalisé et du matériel didactique sont prévus en soutien à la formation·

Les assistant·es seront également tenus au courant régulièrement des activités, évènements et formations du secteur.

Pour obtenir l'**attestation de réussite de la formation**, il faut renvoyer une copie de ces différents documents par mail à Lou Richelle (lou-richelle@ulb.be):

- Carnet de compétences rempli pour les 2 périodes
- Feuille de route signée pour tous les lieux repris ci-haut

- Bilan de la formation

II. Liste des contacts

Vous trouverez dans ce chapitre tous les contacts et informations utiles afin de mener à bien ce projet de formation.

Au niveau du stage pratique, il vous faudra à raison d'une demi-journée par semaine passer :

- 2 x 6 mois dans deux centres dédiés aux assuétudes
- ➔ Le plan de stage sera établi par Lou Richelle (responsable du projet) en accord avec le candidat MG et le Maître de Stage responsable

Lors de cette demi-journée, vous pourrez être libéré par le centre dédié aux assuétudes pour aller passer :

- 2 demi-journées avec un-e MG ayant une patientèle avec TUS
- 1 demi-journée avec un-e pharmacien partenaire
- 1 demi-journées dans 2 centres/asbl partenaires différents (1 demi-journée/centre)
- 1 demi-journée avec une travailleuse psychosociale du Réseau de Soutien aux Addictions (Résad)
- ➔ Vous devrez pour ces demi-journées prendre contact avec les différents intervenants **un mois** avant la date voulue et vous assurer que cela ne pose pas de conflit horaire avec le centre. Etant donné que vous restez sous la supervision de votre Maître de Stage principal, vous devez également le prévenir et obtenir son accord au préalable.

Chaque intervenant ou structure figurant dans ce listing est informé et a donné son accord pour participer au projet. Un programme intéressant a été pensé avec les personnes référentes. Il s'agit de structures ayant marqué leur accord et intérêt pour le projet. Un listing complet des infrastructures bruxelloise travaillant dans le secteur des assuétudes se trouve sur le site de la Fédération Addictions Bruxelles (Féda Bxl).

NB : Pour que la formation se passe au mieux, il a été convenu que le candidat MG **ne s'absente pas** des centres **plus de 4 demi-journées** par période de 6 mois.

1. Centres dédiés aux assuétudes principaux

STRUCTURE/ INTERVENANT	BREF DESCRIPTIF	ADRESSE	MAIL PERSONNE DE CONTACT	NUMERO DE TELEPHONE
PROJET LAMA (3 antennes)	Accompagnement thérapeutique de toxicomanes en milieu urbain	<p>PL Ixelles : Rue Américaine 211 1050 Bruxelles</p> <p>PL Anderlecht : Rue Gheude 47- 49 1070 Bruxelles</p> <p>PL Molenbeek : Rue Ransfort,16 1080 Bruxelles</p>	<p>Directeur médical : Kevin Moens moens.k@projetlama.be Personne de contact : isabelle.demoulin@skynet.be</p> <p>Personne référente pour le PL Ixelles : Anne Slimbrouck</p> <p>Personne référente pour le PL Anderlecht : Isabelle Demoulin</p> <p>Personne référente pour le PL Molenbeek : Françoise Van Meerbeek</p>	<p>PL Ixelles : 026405020</p> <p>PL Anderlecht : 025243352</p> <p>PL Molenbeek : 024115161</p>
Centre ENADEN (4 unités)	Accueil ambulatoire ou d'hébergement pour personnes consommatrices	<p>Unité de Consultation : Rue Saint- Bernard, 114 1060 Bruxelles</p> <p>Hébergement de crise : idem</p> <p>Hébergement de Séjour Court : Ch. de Gand, 1020-1022 1082 Bruxelles</p> <p>Centre de Jour : Av. Van Volxem, 168 1190 Bruxelles</p>	<p><i>Directeur médical :</i> Marc De Vos marc.devos@enaden.be</p> <p><i>Personne de contact :</i> Nadine Page Nadine.page@enade.be</p>	<p>Unité de consultation : 025346373</p> <p>Hébergement de crise : 025345873</p> <p>Hébergement de Séjour Court : 024656390</p> <p>Centre de Jour : 026445572</p>
M·A·S·S de Bruxelles Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles	Centre de traitement de la toxicomanie à Bruxelles	Rue de Woeringen, 16 1000 Bruxelles	<p><i>Directeur médical : en recrutement</i> <i>Personne de contact :</i> Dr Anne Laurent Anne..laurent.be@gmail.com</p>	025053290

2. MG de 1ere ligne avec patientèle « UPDA »

STRUCTURE/ INTERVENANT	BREF DESCRIPTIF	ADRESSE	MAIL PERSONNE DE CONTACT	TELEPHONE
Dr Abdul Latif Maytham	MG en association et à la Free Clinic	Avenue de la Chasse, 28 1040 Bruxelles Free Clinic : Ch. de Wavre, 154/A 1050 Bruxelles	Maytham.abdullatif@yahoo.com	0483484492 025121314 (Free Clinic)
Dr Cuvelier Lawrence	Travaille à la MM Enseignement	Rue de l'Enseignement 52, 1000 Bruxelles	Lawrence.cuvelier@hotmail.com	022183553
Dr Evaldre Christophe	MG en association et à la Free Clinic	Rue Américaine, 57 1050 Bruxelles Free Clinic : Ch. de Wavre, 154/A 1050 Bruxelles	Christophe.evaldre@gmail.com	025375574 025121314 (Free Clinic) 0497040661
Dr Huberland Vincent	Cabinet les Tournesols/ asbl ex aequo	Rue Verte 23, 1210 Saint-Josse	Vincent.huberland@ulb.be	025341974
Dr Thomas Pol	MG en association, tabacologue	Rue F-Lenoir, 18 1090 Jette	pol-loup@hotmail.com	024258901 0478481876
Dr Vast Fabrice	Travaille à la MM l'Aster	Rue Josse Impens, 58 1030 Schaerbeek	vastfabrice@yahoo.fr	022161262
Dr Van Breusegem Peter	MG solo	Rue du Rempart aux Moines, 10 1000 Bruxelles	Peter.van.breusegem1@telenet. be	025021407

3. Centres/asbl dédiés aux assuétudes partenaires

CLINIQUE ADDICTION CHU BRUGMANN		Place Van Gehuchten 4	Catherine Hanak : catherine.HANAK@chu-brugmann-be (Unité 72, Unité 73) Lauriane Fabry : lauriane.fabry@chu-brugmann-be (Journées « alcool et vous ? »)	
COVER	Dispositif mobile assuétudes bruxellois	Projet Lama, MASS, Réseau Hép C Transit	Margaux Aron : margaux/aron@gmail.com	0479085400
DUNE	Réduction des risques en milieu précaire	Avenue Henri Jaspar, 124 1060 Bruxelles	Christopher Colin : coordination@dune-asbl.be	0494704215

GATE (SCMR)	Salle de consommation à moindre risque		Vincent Clapuyt : vincent.clapuyt@mass-bxl.be	
Hestia (Projet Lama)	Réseau d'appartements, accessible aux (ex-) usagers de drogues	Rue Gheude, 47-49 1070 Bruxelles	Xavier Richir : Richir.x@projetlama.be	024119580
I-Care	Laboratoire d'innovation en santé & milieux fermés	Rue d'Ecosse, 62 1060 Bruxelles	Vinciane Saliez : v.saliez@i-careasbl.be	0470176996
Infor-Drogues	Association qui accueille, écoute, aide, soutient et informe les personnes de près ou de loin à la problématique des drogues	Rue du Marteau, 19 1000 Bruxelles	Bernard Hanotiaux : Bernard.Hanotiaux@infordrogues.be	022275252
Interstices CHU Saint Pierre (Parentalité et addiction)	Équipe d'accompagnement et de liaison des patients toxicomanes au sein du CHU St-Pierre	Rue Haute, 322 1000 Bruxelles	Lise Meunier: lise-meunier@stpierre-bru.be interstices@skynet.be	025354466
Modus Vivendi	Asbl mettant en place des actions de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues	Rue Jourdan, 151 1060 Bruxelles	Matthieu Mean : Matthieu.m@modusvivendi-be.org	026442200
Orée (L')	Centre de jour pour personnes avec problématiques de dépendance	Avenue Maréchal Joffre, 149 1180 Uccle	Florence Laboureur : f.laboureur@centreloree.be	023489521
Prospective Jeunesse	Centre actif dans la prévention des risques liés aux usages de drogues dans une optique de promotion de la santé	Chaussée d'Ixelles, 144 1050 Bruxelles	Patricia Bernaert : Patricia.bernaert@prospective-jeunesse.be	025121766
Réseau Hépatite C Bruxelles/ SAMPAS	Accompagnement et prévention autour de l'hépatite C et des personnes porteuses du virus	Rue des Alexiens, 11 1000 Bruxelles	Lise Meunier : l.meunier@stpierre-bru.be	0478716934
Transit	Centre de crise et d'urgence + centre d'accueil et d'hébergement	Rue Stephenson, 96 1000 Bruxelles	Kris Meurant : Kris.meurant@transitasbl.be	022158990

	pour usagers de drogues et d'alcool			
--	-------------------------------------	--	--	--

4. Pharmaciens partenaires

Pharmacie Schoonjans		Rue de la Victoire, 169 1060 Bruxelles		025382197
Pharmacie des Fleuristes		Rue des fleuristes, 11 1000 Bruxelles		025114693
Pharmacie de Ruiters		Avenue Princesse Elisabeth , 56B 1030 Bruxelles		022152471
Pharmacie Vleurgat		Chaussée de Vleurgat, 151 1050 Bruxelles		026486025

5. Réseau pluridisciplinaire d'accompagnement et de Soutien aux Addictions (Résad anciennement R.A.T)

Directrice : Sylvie Cassiers, sylviecassiers@resad.be, 0496 26 97 88

Siège : 64, rue du Tabellion 1050 Bruxelles

STRUCTURE/ INTERVENANT	BREF DESCRIPTIF	ADRESSE	MAIL PERSONNE DE CONTACT	TELEPHONE
Antenne Est de Bruxelles	AS : Roxane Nikkhah, Alexandra Al Haffar Psy: Marie Michiels	Rue de la Traversière, 12 1210 Bruxelles	Roxane.nikkhah@resad.be alhaffar.alex@gmail.com lola.chatelain@resad.be	0470530717 0476217957 0471473342
Antenne Midi de Bruxelles	AS : Margot Vanoverbeke Psy : Delphine Lacourt, Marie Michiels	Rue Plantin, 29 1070 Bruxelles	margot.vanoverbeke@resad.be be delphine.lacourt@resad.be	0470320500 0496288806
Antenne Sud-ouest de Bruxelles	AS : Raphaëlle Meewis Psy : Delphine Lacourt, Lola Chatelain	Ch. de Forest, 155 1060 Bruxelles	Raphaelle.meewis@resad.be delphine.lacourt@resad.be lola.chatelain@resad.be	0475349538 0496288806 0471473342

III. Descriptif des centres dédiés aux assuétudes principaux

Voici une petite présentation des centres dédiés aux assuétudes par lesquels vous allez passer, en termes d'historique, de philosophie de travail, d'offre pour les usagers mais également d'offre pédagogique pour votre stage. Il s'agit d'une liste d'institutions partenaires de notre projet. Cette liste n'est pas exhaustive ! Pour avoir une vue d'ensemble plus complète du secteur assuétudes sur Bruxelles, vous pouvez consulter le site de la Féda Bxl.

Rem : Nous avons retiré cette partie des annexes car elle nous semblait pas pertinente dans ce cadre

IV. Carnet de compétences

V. a Introduction

Un petit bilan des compétences à acquérir sur le temps de la formation sera prévu en début de formation et à la fin de la période de 6 mois dans la structure.

Ce carnet de compétences n'est pas côté, c'est un guide et un support à visée pédagogique. Il permet à l'assistant-e et à la structure de se donner des objectifs communs et s'assurer que certaines compétences de base soient bien acquises au cours de la formation. Toutes les compétences mentionnées ne doivent pas être acquises ! Nous considérons toutefois que l'assistant-e au terme de la formation doit être capable d'adopter une attitude la plus ouverte et la moins jugeante possible et doit pouvoir s'adapter et composer avec la réalité du/de la patient-e. Il doit également être capable de travailler en multidisciplinarité autour du/de la patient-e. Ces compétences nous semblent des prérequis essentiels à un travail de qualité.

Par rapport à ce carnet de compétences, la structure et le candidat MG s'adapteront en fonction d'où se trouve l'assistant-e dans son parcours à chaque bilan afin d'établir des objectifs réalistes en fonction.

Un petit espace de texte est prévu par structure pour permettre de faire des commentaires ou des remarques et servir de liaison pour la suite de la formation.

V.b Intérêts et objectifs personnels à développer

Cet espace permet à l'assistant-e de se situer par rapport à ces intérêts et affinités particulières et les objectifs et compétences qu'il désire développer durant chaque période de 6 mois.

Période 1 : **Institution :**

Intérêts particuliers	Objectifs/compétences à développer

Période 2 : **Institution :**

Intérêts particuliers	Objectifs/compétences à développer

Commentaires/Remarques :

V-c Grille de compétences : Evaluation croisée

Compétences attendues du/de la Candidat·e MG à l'issue de la formation :

Il est à noter que les compétences pour cette grille ont été divisées en savoir, savoir-être et savoir-faire. Le système de cotation est repris ci-après :

A = Compétence pas encore explorée

B = Compétence à améliorer

C = Compétence suffisamment acquise

Période 1 : **Institution :**

1. Compétences conceptuelles (SAVOIR)

Compétences « conceptuelles » (SAVOIR)	Auto-Evaluation début P1	Evaluation structure début P1	Auto-Evaluation fin P1	Evaluation Structure fin P1	Commentaires
1. A développé de bonnes connaissances des produits, de leurs propriétés et des modes de consommation					
2. Est capable d'identifier les spécificités d'une institution de type bas seuil					
3. A intégré les différents axes et principes de la Réduction des Risques (RdR)					
3.a Peut articuler les temporalités distinctes de la Réduction des Risques et de la visée curative au sein des mêmes prises en charge					
					<i>Commentaires "Savoir": Assistante</i>
					<i>Commentaires "Savoir": Structure</i>

2. Compétences relationnelles et humaines (SAVOIR-ETRE)

Compétences relationnelles et humaines (SAVOIR-ETRE)	Auto-Evaluation début P1	Evaluation structure début P1	Auto-Evaluation fin P1	Evaluation Structure fin P1	Commentaires
4. Adopte une écoute active et une empathie vis-à-vis du patient					
5. Est capable de s'adapter au patient et à sa situation singulière					
6. Est ouvert.e et adopte une attitude non jugeante face aux usagers et à leurs modes de vie					
7. Est capable de travailler en équipe de façon transversale					
8. Est capable de gérer une relation thérapeutique compliquée (ex : patient paranoïaque, patient agressif, personnalité antisociale, ...)					
9. Est capable de cadrer adéquatement un patient qui fait une demande ou qui a un comportement qui sort du cadre de la structure					
10. Reconnaît ses limites et réfère si besoin à un autre prestataire au sein de la structure ou à l'extérieur					
11. Est capable de travailler avec le réseau « assuétudes », ce qui sous-entend une bonne connaissance du réseau					
<i>Commentaires "Savoir-être" : Assistante</i>					
<i>Commentaires "Savoir-être" : Structure</i>					

3. Compétences cliniques et pharmacologiques (SAVOIR-FAIRE)

Compétences cliniques et pharmacologiques (SAVOIR-FAIRE)	Auto-Evaluation début P1	Evaluation structure début P1	Auto-Evaluation fin P1	Evaluation Structure fin P1
12. Est capable de mener une anamnèse orientée « dépendance » en s'adaptant au patient				
13. Est capable de comprendre la demande du/de la patient.e et d'adopter une réponse en fonction				
14. Est capable de mener une consultation seul.e				
15. Est capable d'adopter une approche biopsychosociale centrée sur la/le patient.e				
16. Aborde sans difficulté les prises de risque sexuel et par contact sanguin avec les patient.e.s				
17. Peut choisir des messages de réduction des risques adaptés aux différents produits et usages (en ce compris l'injection et la gestion responsable des traitements de substitution) en tenant compte de l'environnement de vie réel du patient				
18. Pratique un examen physique en prenant compte des spécificités « assédués » (pupilles, dentition, peau, signes d'insuffisance hépatique, ...)				
19. Peut identifier des signes de violence psychologique et physique et peut réaliser un constat de coups et blessures				
20. Est capable de dépister, diagnostiquer et prendre en charge une infection par le virus de l'hépatite C tout en pouvant référer de façon adéquate				
21. Gère adéquatement une complication vasculaire et/ou cutanée (plaie, abcès, ulcère, phlébite,...)				
22. Gère adéquatement la douleur chez les patients sous traitement de substitution orale				
23. Est capable de gérer (en tout cas théoriquement) une overdose médicamenteuse ou une overdose d'un produit illicite				
24. Connait les spécificités gynécologiques d'une patiente usagère et peut adapter sa prise en charge				
25. Est capable de reconnaître différents profils psychopathologiques et de travailler en fonction				
26. TSO: Est capable de présenter es grandes lignes d'un traitement de substitution et les spécificités de chaque molécule (méthadone >< buprénorphine (+naloxone)				
26.a Est capable de gérer seul une consultation pour un patient stabilisé sous TSO				

<p>26. b Gestion Méthadone</p> <p>Est capable de poser correctement une indication de traitement par méthadone sur base de l'anamnèse orientée</p> <p>Est capable d'initier correctement un traitement de méthadone</p> <p>Est capable d'adapter un traitement de méthadone en fonction des besoins du patient ou de l'objectif thérapeutique fixé</p> <p>Gère adéquatement une « dégressive » de méthadone (diminution du traitement)</p> <p>Gère adéquatement une « dégressive » de méthadone (diminution du traitement)</p>								
<p>26.c. Gestion Subutex®/Suboxone®</p> <p>Est capable de poser correctement une indication de traitement par Subutex®/Suboxone® sur base de l'anamnèse orientée</p> <p>Est capable d'initier correctement un traitement de Subutex®/Suboxone®</p> <p>Est capable d'adapter un traitement de Subutex®/Suboxone® en fonction des besoins du patient ou de l'objectif thérapeutique fixé</p> <p>Gère adéquatement une « dégressive » de Subutex®/Suboxone® (diminution du traitement)</p> <p>A développé de bonnes connaissances des effets secondaires et des interactions médicamenteuses du Subutex®/Suboxone®</p>								
<p>26.d Est capable de shifter d'un traitement méthadone vers un traitement Subutex®/Suboxone® et inversement</p> <p>27. Gère la prescription de benzodiazépines (prescription adéquate, gestion d'une consommation excessive, sevrage)</p> <p>28. Gère la prescription d'antidépresseurs (prescription adéquate, gestion d'une consommation excessive, sevrage)</p> <p>29. Alcool: Est capable de dépister, diagnostiquer, réduire les risques et prendre en charge une consommation problématique d'alcool</p> <p>29.a S'est familiarisé.e avec un sevrage d'alcool</p>								
<p>30. S'est familiarisé avec l'usage des neuroleptiques (prescription adéquate, gestion d'une consommation excessive, sevrage)</p>								
<p><i>Commentaires "Savoir-être": Assistant.e</i></p>								
<p><i>Commentaires "Savoir-être": Structure</i></p>								

1. Compétences « conceptuelles » (SAVOIR)

Compétences « conceptuelles » (SAVOIR)	Auto-Evaluation début P2	Evaluation structure début P2	Auto-Evaluation fin P2	Evaluation Structure fin P2	Commentaires
1. A développé de bonnes connaissances des produits, de leurs propriétés et des modes de consommation					
2. Est capable d'identifier les spécificités d'une institution de type bas seuil					
2. A intégré les différents axes et principes de la Réduction des Risques (RdR)					
3. Peut articuler les temporalités distinctes de la Réduction des Risques et de la visée curative au sein des mêmes prises en charge					
Commentaires "Savoir"; Assistant.e					
Commentaires "Savoir"; Structure					

2. Compétences relationnelles et humaines (SAVOIR-ETRE)

Compétences relationnelles et humaines (SAVOIR-ETRE)	Auto-Evaluation début P2	Evaluation structure début P2	Auto-Evaluation fin P2	Evaluation Structure fin P2	Commentaires
4. Adopte une écoute active et une empathie vis-à-vis du patient					
5. Est capable de s'adapter au patient et à sa situation singulière					
6. Est ouvert.e et adopte une attitude non jugeante face aux usagers et à leurs modes de vie					
7. Est capable de travailler en équipe de façon transversale					
8. Est capable de gérer une relation thérapeutique compliquée (ex : patient paranoïaque, patient agressif, personnalité antisociale, ...)					
9. Est capable de cadrer adéquatement un patient qui fait une demande ou qui a un comportement qui sort du cadre de la structure					
10. Reconnaît ses limites et réfère si besoin à un autre prestataire au sein de la structure ou à l'extérieur					
11. Est capable de travailler avec le réseau « assuetudés », ce qui sous-entend une bonne connaissance du réseau					
<i>Commentaires "Savoir-être" : Assistant.e</i>					
<i>Commentaires "Savoir-être" : Structure</i>					

4. Compétences cliniques et pharmacologiques (SAVOIR-FAIRE)

Compétences cliniques et pharmacologiques (SAVOIR-FAIRE)	Auto-Evaluation début P2	Evaluation structure début P2	Auto-Evaluation fin P2	Evaluation Structure fin P2
12. Est capable de mener une anamnèse orientée « dépendance » en s'adaptant au patient				
13. Est capable de comprendre la demande du/de la patient.e et d'adopter une réponse en fonction				
14. Est capable de mener une consultation seul.e centrée sur la/le patient.e				
15. Est capable d'adopter une approche biopsychosociale				
16. Aborde sans difficulté les prises de risque sexuel et par contact sanguin avec les patient.e.s				
17. Peut choisir des messages de réduction des risques adaptés aux différents produits et usages (en ce compris l'injection et la gestion responsable des traitements de substitution) en tenant compte de l'environnement de vie réel du patient				
18. Pratique un examen physique en prenant compte des spécificités « assuétudés » (pupilles, dentition, peau, signes d'insuffisance hépatique, ...)				
19. Peut identifier des signes de violence psychologique et physique et peut réaliser un constat de coups et blessures				
20. Est capable de dépister, diagnostiquer et prendre en charge une infection par le virus de l'hépatite C tout en pouvant référer de façon adéquate				
21. Gère adéquatement une complication vasculaire et/ou cutanée (plaie, abcès, ulcère, phlébite,...)				
22. Gère adéquatement la douleur chez les patients sous traitement de substitution orale				
23. Est capable de gérer (en tout cas théoriquement) une overdose médicamenteuse ou une overdose d'un produit illicite				
24. Connaît les spécificités gynécologiques d'une patiente usagère et peut adapter sa prise en charge				
25. Est capable de reconnaître différents profils psychopathologiques et de travailler en fonction				
26. TSO: Est capable de présenter es grandes lignes d'un traitement de substitution et les spécificités de chaque molécule (méthadone >> buprénorphine (+naloxone)				
26.a Est capable de gérer seul une consultation pour un patient stabilisé sous TSO				

<p>26. b. Gestion Méthadone</p>	<p>Est capable de poser correctement une indication de traitement par méthadone sur base de l'anamnèse orientée</p>	<p>Est capable d'initier correctement un traitement de méthadone</p>	<p>Est capable d'adapter un traitement de méthadone en fonction des besoins du patient ou de l'objectif thérapeutique fixé</p>	<p>Gère adéquatement une « dépressive » de méthadone (diminution du traitement)</p>	<p>Gère adéquatement une « dépressive » de méthadone (diminution du traitement)</p>	<p>26.c. Gestion Subutex®/Suboxone®</p>	<p>Est capable de poser correctement une indication de traitement par Subutex®/Suboxone® sur base de l'anamnèse orientée</p>	<p>Est capable d'initier correctement un traitement de Subutex®/Suboxone®</p>	<p>Est capable d'adapter un traitement de Subutex®/Suboxone® en fonction des besoins du patient ou de l'objectif thérapeutique fixé</p>	<p>Gère adéquatement une « dépressive » de Subutex®/Suboxone® (diminution du traitement)</p>	<p>A développé de bonnes connaissances des effets secondaires et des interactions médicamenteuses du Subutex®/Suboxone®</p>	<p>26.d Est capable de shifter d'un traitement méthadone vers un traitement Subutex®/Suboxone® et inversement</p>	<p>27. Gère la prescription de benzodiazépines (prescription adéquate, gestion d'une consommation excessive, sevrage)</p>	<p>28. Gère la prescription d'antidépresseurs (prescription adéquate, gestion d'une consommation excessive, sevrage)</p>	<p>29. Alcool: Est capable de dépister, diagnostiquer, réduire les risques et prendre en charge une consommation problématique d'alcool</p>	<p>29.a S'est familiarisé.e avec un sevrage d'alcool</p>	<p>30. S'est familiarisé avec l'usage des neuroleptiques (prescription adéquate, gestion d'une consommation excessive, sevrage)</p>	<p><i>Commentaires "Savoir-être": Assistant.e</i></p> <p><i>Commentaires "Savoir-être": Structure</i></p>
--	---	--	--	---	---	--	--	---	---	--	---	---	---	--	---	--	---	---

V-c Commentaires généraux

Structure n°1 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Structure n°2 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Feuille de route

Pour valider la formation, il faudra que cette feuille de route soit signée par les différents intervenants avec lesquels vous avez passé un certain temps. Le secteur étant très actif, des formations, journées de réflexion ? etc., vous seront très probablement proposées durant l'année de formation, n'hésitez pas à enrichir votre pratique et votre réflexion de tous ces apports.

VI-a Liste à faire signer

LISTE	Date(s)	Centre/ ASBL	Personne responsable	Signature (+ cachet)
1 ^{er} Centre dédié aux assuétudes (6 mois)				
2 ^e Centre dédié aux assuétudes (6 mois)				
Pharmacien·ne (½ journée)				
1 ^{er} Centre assuétudes partenaire (½ journée)				
2 ^e Centre assuétudes partenaire (½ journée)				
Travailleur/se psychosociale du Résad (½ journée)				
MG de 1ere ligne (2x ½ journées)				

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Bilan

Merci de rédiger sur une page ce que cette formation vous a apporté et quels en ont été les points forts et les points faibles ainsi que des suggestions pour l'améliorer.

Points faibles :

.....

.....

.....

.....

.....

Points forts :

.....

.....

.....

.....

.....

Apports de cette formation pour ma pratique personnelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suggestion(s) pour améliorer la formation :

.....

.....

.....

.....

Convention formation pratique « assuétudes »

Entre les soussignés :

(1) Le Maître de Stage responsable (ci-après le « Maître de Stage »)

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Numéro INAMI :

Lieu principal de pratique :

(2) Le Candidat médecin généraliste en formation, (ci-après le « Candidat MG »)

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Numéro INAMI :

**(3) La Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (ci-après la « Féda
BXL »),**

Celle-ci rassemble 27 institutions actives à Bruxelles en termes d'information, de prévention, de réduction des risques, de soins, d'accompagnement et d'épidémiologie relatives aux consommations psychoactives et aux addictions. Tous les intervenants spécialisés que les Candidats MG seront amenés à rencontrer font partie de cette fédération.

Personne représentante : Stéphane Leclercq, Directeur

Adresse e-mail : s.leclercq@fedabxl.be

Téléphone : 02 514 12 60

Adresse : Rue du Président 55, 1050 Bruxelles

Après avoir exposé que :

- (i) Le Candidat MG est autorisé par le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG) à exercer une activité médicale spécifique dans le cadre de son assistantat.

- (ii) Les centres dédiés aux « assuétudes » sont assimilés à des centres de soins de santé préventifs qui sont inclus dans les activités médicales spécifiques autorisées par l'Arrêté ministériel du 17 juillet 2009.
- (iii) Cette activité fait partie du stage de pratique et du plan de stage compris dans les 38 à 48h/ semaine que composent le stage du Candidat MG.
- (iv) Une telle activité ne prévoit pas de rémunération complémentaire et ne peut dépasser 12 heures par semaine.
- (v) Le Candidat MG reste sous la responsabilité de son Maitre de Stage lors de cette activité médicale spécifique. Il est toutefois garanti qu'il sera sous la supervision d'un médecin expérimenté durant cette activité.
- (vi) La formation « assuétudes » comprend un volet théorique et un volet pratique pendant lequel le candidat MG passera 6 mois dans différents centres dédiés « aux assuétudes » à raison d'une demi-journée par semaine.

A. GENERALITES

Le Candidat MG confirme avoir rempli les prérequis nécessaires pour accéder au volet pratique du « stage assuétudes » (ci-après « Stage Pratique Assuétudes »).

Le volet pratique du Stage Pratique Assuétudes aura une durée de.....an(s) et se réalisera à raison d'une demi-journée par semaine dans centres dédiés aux assuétudes (ci-après « Centres Assuétudes »).

Une partie du Stage Pratique Assuétudes se déroulera dans des centres/asbl orientés assuétudes « partenaires », auprès d'une assistante sociale du Réseau d'Aide aux Toxicomanes, d'un pharmacien et d'un médecin généraliste membre de ce réseau ayant une patientèle relativement importante d'usagers de drogues et d'alcool. Cette partie sera nommée « Demi-journées Réseau. »

Le Candidat MG et le Maitre de Stage conviendront ensemble des dates exactes du Stage Pratique Assuétudes, étant entendu que, dans l'hypothèse où les demi-journées de Stage Pratique Assuétudes n'auraient pas lieu aux dates fixées, le Candidat MG devra à chaque fois obtenir l'autorisation préalable du Maitre de Stage avant de se rendre au Centre Assuétudes concerné ou à ses Demi-journées Réseau.

B. MODALITES DU STAGE PRATIQUE ASSUETUDES

Le Stage Pratique Assuétudes débutera leet prendra fin à la date du

Le plan de stage établi en accord avec le Candidat MG, son Maitre de Stage et les Centres Assuétudes concernés prévoit que le candidat MG réalisera son Stage Pratique Assuétudes dans les centres suivants :

- 1)du..... au
- 2)duau.....

Sans préjudice du dernier paragraphe de l'article A ci-dessus, si ce plan de stage devait subir des modifications, les parties s'engagent à négocier un avenant à la présente convention. Cet avenant respectera les dispositions générales énoncées à l'article A ci-avant

Il est à noter que le candidat MG prendra lui-même contact avec les intervenants du secteur dans le cadre de ses « Demi-journées Réseau ».

C. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES PARTIES

Le Maître de Stage reste responsable du Candidat MG malgré le détachement hors de son lieu de stage.

Par ailleurs, le Maître de Stage s'engage à :

- Libérer le Candidat MG à raison d'une demi-journée par semaine fixe pour permettre qu'il puisse mener à bien le Stage Pratique Assuétudes. Cette demi-journée peut être exceptionnellement modifiée ou annulée en fonction des besoins du Maître de Stage, de la formation ou du Centre Assuétudes ;
- Libérer le Candidat MG une fois par trimestre pour qu'il puisse participer à la réunion d'équipe du Centre Assuétudes et
- Collaborer avec le Centre Assuétudes dans l'intérêt de la formation du Candidat MG

La Féda BXL se porte fort que les Centres Assuétudes respecteront les engagements mentionnés :

- Accueillir le candidat MG pendant une période de 6 mois au sein de sa structure ;
- Prévoir un temps d'accueil et de présentation de la structure (contexte, règlement, philosophie de travail) afin que le candidat MG puisse prendre connaissance de manière satisfaisante du cadre de travail attendu ;
- Prévoir un temps en début et fin de période de 6 mois pour faire le point sur la formation avec le candidat MG à l'aide du carnet de compétences ;
- Assurer une formation et un encadrement multidisciplinaire de qualité en ne perdant pas de vue les objectifs pédagogiques de la formation ;
- Mettre à disposition du Candidat MG de la documentation qualitative utile à sa bonne formation ;
- Permettre au candidat MG une activité autonome en fonction de ses progrès et de ses capacités à gérer seul les situations qui se présentent à lui ;
- Prévoir des temps de discussion, de briefing et de débriefing autour des situations rencontrées et
- Prévenir à temps le candidat MG si un changement horaire devait se faire pour que ce dernier puisse s'organiser sereinement ;

Le Candidat MG s'engage à :

- Travailler avec ouverture et non jugement en respectant l'autonomie et le mode de vie du patient ;
- Respecter la philosophie, le cadre et le travail de chacun au sein du centre qui l'accueille ;
- Respecter l'engagement horaire qu'il a pris auprès du Centre Assuétudes ;
- Prévenir et obtenir l'accord de son Maître de Stage et du Centre Assuétudes lorsqu'il se rend à une « Demi-journée Réseau » ainsi que de s'assurer de la caution pédagogique de son MDS et que ça ne pose pas de conflit d'agenda ;
- Prévenir le Centre Assuétudes le plus rapidement possible et au plus tard le jour-même s'il ne peut prester sa demi-journée pour cause de maladie, d'accident, si sa présence est requise dans son lieu de stage principal ou pour tout autre raison quelconque ;
- Prévenir le Centre Assuétudes de ses congés dès que ceux-ci sont fixés avec son Maître de Stage (NB : le candidat a droit à 20 jours ouvrables de congés conventionnels par an)

- Pour les « Demi-journées Réseau »,
 - Le candidat MG s'engage à ne pas concentrer toutes ces demi-journées Réseau sur une période de stage, il veillera donc à ne pas s'absenter du Centre Assuétudes plus de 3 demi-journées sur une période de 6 mois
 - Le candidat MG s'engage à prendre contact avec les différents intervenants 1 mois avant la rencontre souhaitée afin que ceux-ci puissent organiser correctement son accueil

D. INTERRUPTION DU STAGE PRATIQUE ASSUETUDES

Le Maître de Stage, le Candidat MG et le Centre Assuétudes auront chacun la possibilité de mettre fin à la présente convention à tout moment, moyennant une notification préalable adressée à la responsable du projet ainsi qu'aux autres parties au moins 15 jours avant la date à laquelle il sera effectivement mis fin à la présente convention. Dans une telle hypothèse, les parties s'engagent à se rencontrer dans les plus brefs délais, afin de discuter des raisons qui justifient la résiliation de la présente convention et des possibilités de maintenir en vigueur ladite convention.

Fait à, le..... en 4 exemplaires

Le Maitre de Stage

Le Candidat MG

La Fedito BXL

*Un exemplaire au Maitre de Stage -Un exemplaire au Candidat MG- Un exemplaire à la Féda BXL-Un exemplaire à Lou Richelle, responsable du projet

Annexe G : outils stigma

Annexe G.1 Exemple de nuage de mots



Annexe G.2 Vignette clinique utilisée dans le cadre du Cycle T

Anamnèse : Mr Jean Dupont est un homme de 26 ans avec une histoire d'abus de drogues en IV. Il a commencé par consommer de l'héroïne. Il rapporte également avoir consommé massivement de la cocaïne dans le passé. C'est un usager bien connu de nos services. Il est revenu il y a quelques heures avec un malaise généralisé et de la fatigue. Il présente maintenant des douleurs généralisées, une hypersudation et de l'anxiété. Il était "clean" depuis presque 2 ans mais il a rechuté il y a quelques semaines à cause de problèmes de stress dit-il.

Contrôle urinaire : + pour opiacés et cocaïne **Allergies :** NC **Tabac -Drogues:** Il nie tout tabagisme mais il rapporte un usage important de drogues

Antécédents : Multiples abus de substances/ Hépatite C/Plusieurs hospitalisations pour abcès divers **Atcds fam. :** Ses parents étaient tous les 2 toxicomanes. Sa mère était alcoolique et son père : junkie

Examen physique : Il arrive en détresse modérée. Il n'est pas coopératif, Il semble être un gros consommateur. Par ailleurs, les signes vitaux sont normaux et le reste de l'examen est sans particularité

Plan : Homme de 26 ans, usager de drogues par injection présentant un syndrome de sevrage

1. Rechutes à répétition → Il FAUT qu'il arrête de consommer !
2. Traitement symptomatique
3. Un traitement de substitution orale devrait être débuté d'urgence
4. Réferer vers l'assistante sociale

*Dans cette note, les stéréotypes et préjugés vont amener à une prise en charge de type paternaliste ne prenant pas en compte les besoins du patient, le réduisant à son statut de « toxicomane » et orientant de ce fait la prise en charge en ce sens, sans l'intégrer dans sa globalité. Nous partons de cette note pour explorer toute la question des stigmas, expliquer comment la manière dont une note est rédigée dans un dossier peut influencer négativement la prise en charge des patients. L'idée n'est pas de blâmer ici les urgences ou l'urgentiste à l'origine de la note mais d'expliquer comment notre système en arrive-là. Nous nous basons sur la littérature évoquée dans la Partie I.

ANNEXE H : Etude : Accompagnement de l'entourage des consommateurs

Synthèse des résultats de l'étude de terrain menée auprès des MG par Eva Burton dans le cadre de son TFE :

Très peu de littérature a été trouvée sur le sujet, ce qui justifiait l'intérêt d'une étude exploratoire qualitative. Malgré un recrutement compliqué par la crise du Sars-Cov-2, **12 médecins généralistes** ont pu être interrogé·es via 2 focus-groups, ils avaient des profils sociodémographiques et des types et lieux de pratique variés avec une moitié de médecins déclarant être formé·e aux assuétudes. Leurs **prises en charge** de ces situations étaient **influencées par les représentations des troubles liés aux substances, leurs représentations de l'entourage** (influencée par leur vision des TUS), ce qui impactait également la **représentation** qu'ils se faisaient de leurs **attentes**.

« Ils se font hospitaliser pour faire des cures de désintoxication qui ne marchent pas, ils renouvellent encore et encore. Pourquoi le système autorise cela ? Ca ne change rien du tout, ça coûte et ça donne des illusions aux toxicomanes, et ça le déresponsabilise. (I5,FG1) (...) Mais ils ne demandent pas d'aide, du moins dans les cas que j'ai suivis. Je ne suis donc pas intervenue auprès de l'entourage. (I5,FG1) »

Il se **sentaient globalement assez impuissant·es dans ces situations** pour lesquelles ils pouvaient parfois se retrouver dans un rôle d'observateur sans bien savoir quel était leur potentiel d'intervention face à des situations pouvant s'opposer telle une non demande ou au contraire des situations déjà très avancées avec énormément d'attentes de la part de l'entourage et peu des ressources possibles pour faire relais.

« Parfois on est le seul recours. Ils [Entourage] ont parfois frappé à des tas de portes et pensent qu'effectivement, nous, on a la baguette magique pour résoudre des tas de choses. » (I7,FG2)

« Il n'y a personne de disponible pour faire ça [Hospitalisation], il n'y a pas d'institution qui répond suffisamment vite à leurs demandes (...) C'est difficile à gérer. » (I1,FG1)

Ils mettaient en avant le **rôle privilégié** mais **également ambigu et complexe d'être le médecin de famille** dans ces situations tant au niveau du secret médical qu'au niveau relationnel où ils avaient à la fois le privilège de connaître la dynamique familiale ou du système dans laquelle cette consommation prenait place mais étaient également inconfortables avec le fait de **devoir parfois mettre à mal leurs relations thérapeutiques**.

« C'était la catastrophe. Il [US] avait plaqué sa mère. Et elle a complètement déprimé, et elle venait me voir ; j'étais en même temps l'auteur de ce dégât (...) (I2,FG2)

La complexité des multiples casquettes du médecin généraliste était mise en avant également générant beaucoup d'attentes concernant ses rôles : soutien psychologique, tiers « neutre », sauveur/interventionniste, figure morale, prescripteur ou encore son rôle médico-légal.

« La demande de l'entourage c'était plus du médico-légal ; sur base du témoignage de la fille, de dresser une sorte de constat pour que le père n'ait plus la garde de l'enfant. » (I1,FG2)

Le fait d'avoir été **formé·e à ces situations** semblait être un **levier important** ayant un impact sur leurs représentations du trouble lié aux substances et donc indirectement sur la façon dont ils concevaient

la place de l'entourage et le soin ainsi que sur la manière dont ils pouvaient expliquer le TUS à l'entourage et le sens que ça pouvait avoir pour le consommateur·rice avec un discours non jugeant et non stéréotypé.

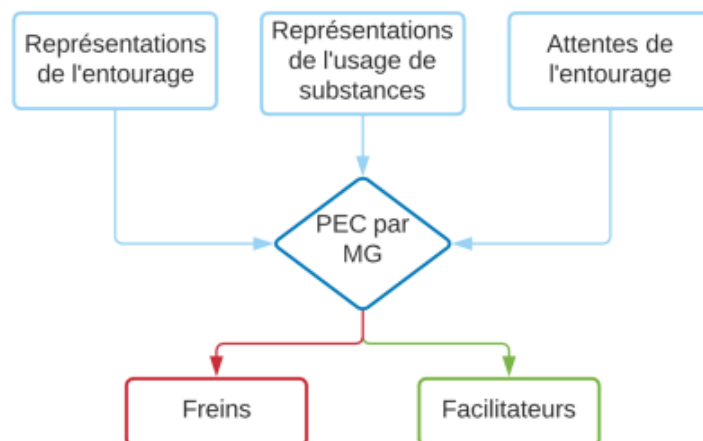
« ...Parler de la consommation et du produit à la maman de notre patiente qui ne se rendait pas du tout compte en fait de la place du produit, pourquoi est-ce que sa fille consommait, et on a pu à un moment mettre des mots là-dessus, ce qui a permis un peu d'apaiser les relations. » (I3,FG2)

D'autres leviers comme **le lien de confiance privilégié du médecin généraliste**, de **bonnes compétences en communication**, le fait de **travailler en multidisciplinarité autour de ces situations** ou de **scinder les prises en charge entre différents médecins** étaient soulignés. Se former en **approche systémique** semblait un levier potentiel intéressant également.

Un questionnement restait quant à la prise en charge des enfants mineurs et la responsabilité du soignant·e à ce niveau lors de consommation(s) chez le(s) parent(s).

« On ne faisait pas attention à elle [Enfant]. Et ces enfants, qu'est-ce qu'ils entendent de leur mère qui raconte ses problèmes de dépendance ? Qu'est-ce que ça représente pour eux ? (...) C'est des choses qu'on n'aborde pas. Je me demande s'il ne faudrait pas à un moment le faire. » (I2, FG2)

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS



ANNEXE I : Guides d'entretien évolutifs formation assuétudes

I.1. Guide d'entretien pre-formation pour les assistant-es MG

CHOIX ETUDE-PRATIQUE

- Qu'est-ce qui vous a orienté vers la médecine → médecine générale ?
 - Dans quel type de pratique et lieu de pratique faites-vous votre stage de MG ?
 - Qu'est-ce qui a motivé ces choix ?

CHOIX FORMATION ASSUETUDES-EXPERIENCE UD (Proposer de donner des exemples)

- Qu'est-ce qui a motivé votre participation à cette formation ?
- Quelles sont vos expériences avec des usagers de drogues ?
 - Exp. Professionnelle ? (stages, assistanat, hôpital, centre assuétudes...)
 - Exp. Personnelle (entourage, contexte de vie, etc...)
- Comment vous êtes-vous senti-e/ vous vous sentez dans ces situations ?
 - Exp. Personnelle (rôle, position, impact, influence sur choix de formation)
 - Exp. Professionnelle (rôle, attitude, impact, influence sur choix de formation)

REPRESENTATIONS PRODUITS-USAGE-USAGERS-DEPENDANCE

Préciser ici qu'on va scinder substances/usages/usagers, si hésitant : dites-moi ce qui vous vient spontanément en tête quand je dis : drogues, usagers de drogues,...même si ça l'air d'être un peu cliché

- **Drogues**
 - Qu'évoque pour vous le terme « drogues » ?
 - Quelle différence faites-vous entre drogues licites ou illicites ?
- **Usagers de drogues**
 - Qu'évoque pour vous le terme « usager de drogues » ? (quelles images vous viennent en tête spontanément)
 - Quelle distinction faites-vous entre les usagers de drogues ? Par exemple : faites-vous une distinction entre un alcoolique et un héroïnomane ? De quelle manière ?
 - Faites-vous une différence entre UD selon leur milieu socio-économique ?

- **Usages**

- Quelle distinction faites-vous entre les usages récréatifs et les usages problématiques ?
- Une prise en charge doit-elle selon vous être différente en fonction des différents produits ? usages ? usagers ?
- Selon vous, qu'est-ce qui fait que les gens consomment des substances ?
 - Comment développe-t'on une dépendance ?
- Selon vous, quelle est la part de responsabilité du consommateur problématique de drogue par rapport à sa consommation ?
 - Selon vous, quel rôle joue la société dans le phénomène des addictions ? (par rapport aux drogues licites/illicites)
- Est-ce que vous pouvez à ce stade-ci identifier ce qui a influencé positivement ou négativement votre regard sur les usagers de drogues ?

REPRESENTATION PRISE EN CHARGE UD

- Selon vous, qui doit prendre en charge un usager problématique de drogues illicites ?
 - Pensez-vous que c'est au médecin généraliste de prendre en charge ces patients ?
- Selon vous, quel rôle/quel impact a ou devrait avoir le système de soins par rapport à ces usagers de drogues ?
 - Selon-vous, qu'est-ce qui explique que des MG prennent ou ne prennent pas ces patients en charge ? Qu'en pensez-vous ?

ATTENTES FORMATION

- Quelle formation avez-vous déjà dans le domaine des assuétudes ?
- Quelle formation avez-vous eu dans le cursus universitaire ?
 - Etait-elle suffisante ?
- Formation autre ? Qu'est-ce qu'elle vous a apporté ou pas ?
- Quelles sont vos attentes par rapport à la formation ?
- Quelles sont (ou quelles ont été) vos appréhensions par rapport à cette formation ? Face à la prise en charge de ces usagers ? Ou par rapport à vous-même ?

Avez-vous des remarques ? Commentaires ? Points sur lesquels vous voulez revenir ?

Point off pour les futurs stagiaires

- A tout moment, possibilité de nous contacter
- Prendre les devants en tant que stagiaire adulte :
 - Communiquer ses besoins, ses craintes, ses objectifs et ses attentes
 - Exprimer la manière dont on conçoit l'organisation du stage
 - Négocier le degré de liberté progressive
- La place des connaissances :
 - Article sur les attentes des patients
 - Ressources UV
 - L'expérience fait appel aux connaissances
- Le feedback sur la disponibilité et la qualité de l'encadrement

I.2 Guide d'entretien Focus group mi-parcours

Objectifs :

- Partage d'expérience entre participant-es
- Identifier difficultés et leviers dans l'accompagnement à mi-parcours
- Etat des lieux des représentations à mi-parcours

Guide d'entretien

- Tour de table : demander à chacun où ils sont en stage, décrire un peu le fonctionnement du lieu de stage et parler de leur expérience en quelques mots...+partie réseau
- Pouvez-vous nous donner 1 exemple de quelque chose qui vous a interpellé dans ce stage ?
- Pouvez-vous nous décrire comment s'est passé votre accompagnement pendant cette 1ere période ?
 - Aspects positifs/ aspects négatifs
 - Qu'est-ce que cette première expérience vous a apporté de positif ?
 - Qu'est-ce qui selon vous devrait être amélioré dans l'accompagnement ?
- A ce stade est-ce que vous avez l'impression que vous avez une représentation différente sur les usagers de drogues qu'au début du stage ?
 - Si oui, qu'est-ce qui a modifié cette représentation ?
- A ce stade, pouvez-vous distinguer les apports de la partie théorique par rapport à la partie pratique ?

- Qu'avez-vous retenu de la partie théorique ? Avez-vous des remarques, commentaires, suggestions ?
- Comment vous sentez-vous par rapport à ce public ? Eprenez-vous certaines difficultés à travailler avec ce public ? Ou au contraire des facilités ?
- Qu'attendez-vous de cette 2e partie pratique ?

I.3 Entretien fin de formation pratique

- **Apports formation**
 - Pouvez-vous me dire, ce que cette formation assuétudes vous a apporté ?
 - A titre professionnel ? A titre personnel ?
 - Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées ? Ou moins apprécié ?
 - Qu'est-ce que la partie « rencontre avec le réseau » vous a apporté ?
 - Qu'avez-vous pu observer de semblable et de différent dans les différentes approches des patient·es que vous avez pu suivre (centres, asbl partenaire,...) ?
 - Qu'est-ce que vous avez apprécié dans ces approches ?
 - Qu'est-ce que vous avez moins apprécié dans ces approches ?
- Pouvez-vous faire la distinction entre ce que vous a apporté la théorie et ce que vous a apporté la pratique ?
- **Représentations**
 - Qu'évoque pour vous le terme « drogues » ?
 - Qu'évoque pour vous le terme « usager de drogues » ?
 - Avez-vous l'impression que votre regard a changé par rapport aux assuétudes et aux personnes qui consomment depuis le début de la formation ?
 - Selon vous, où doit se faire soigner un usager de drogues ?
 - Licites vs illicites
 - Selon vous, quel rôle joue la société dans le phénomène des addictions ?
- **Perception compétences actuelles**
 - Comment vous sentez-vous actuellement face à la prise en charge des patients avec ?
 - Qu'est-ce qui dans la formation vous a permis de vous sentir plus à l'aise avec ces usagers ?
 - Pensez-vous que vous prendrez en charge ces patients par la suite ?
 - Si oui, à quel niveau de soins (centres assuétudes, cabinet, MM, ...) ? Pourquoi ?
 - Si non, pourquoi ?
- **Avez-vous des suggestions à faire concernant la formation ?**

I.4 Entretien/focus-group 1 an après la formation

- Tour de table de présentation (formation et maintenant)
- **Apports formation**

- Qu'est-ce que vous gardez comme apports de la formation ?
 - Citez un élément
 - Apports personnels ? Professionnels ?
 - Quels sont les outils que vous conservez ?
- Pensez-vous qu'elle a eu un impact sur le regard que vous portez aux consommateurs de substances ?

- Quelles sont les faiblesses que vous avez identifiées ?
- Qu'est-ce que vous auriez eu besoin que vous n'avez pas trouvé dans la formation ?

- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

3. Partie III.B

ANNEXE J : Guides d'entretien évolutifs PPC (ex : Groupes Dépendances)

A. Guide d'entretien Focus-group 1 après 1ere Rencontre PPC+

Questions générales :

Tour de table :

- Pouvez-vous vous présenter et nous expliquer ce qui vous a motivé à faire la médecine ? Avez-vous déjà une idée d'un choix de spécialisation ?
- Depuis quelques mois, vous avez pris part au projet patient chronique, qu'est-ce que vous retirez de ce projet jusqu'à présent ?
- Pouvez-vous nous dire comment vous avez choisi votre patient chronique ?
- Avez-vous éprouvé certaines facilités ou difficultés lors de cette rencontre ? A quel niveau ? Organisationnelles ? Relationnelles ?

Questions propres à chaque situation :

Groupe PPCD+ : (étudiants volontaires ou sélectionnés aléatoirement sur base de leur dossier)

A tour de rôle :

- Pour les personnes volontaires, pouvez-vous nous expliquer ce qui a motivé votre participation à cette recherche ? Pour les autres, pouvez-vous nous expliquer ce qui vous a freiné initialement ou motivé par la suite ?
- Pouvez-vous nous expliquer à quel(s) produit(s)/ comportement(s) est dépendant (ou a été dépendant) votre patient-e et nous expliquer un peu sa situation ?
 - ✓ Précisions : histoire de vie, histoire et contexte de consommation, rechutes, ...
- Le patient est-il ou était-il conscient de sa dépendance ? Quelle est/était l'attitude du MG face à cette dépendance ?
- Avez-vous choisi de suivre la problématique « dépendance » comme pathologie à suivre ou non ? Pour quelle raison avez-vous fait l'un ou l'autre choix ?
- Suite à cette première rencontre, pouvez-vous expliquer un peu quelle place selon vous cette assuétude prend ou a pris dans la vie de votre patient ? Quel en est son impact ?
- De cette première rencontre, que retenir-vous ? Qu'est-ce qui vous a marqué ?
- Avez-vous observé certains éléments relevants dans la prise en charge de ce patient/cette patiente par le MG ? Avez-vous été interpellé positivement ou négativement par la prise en charge de ce/cette patient-e par le MG ?

Représentations assuétudes pour tous (après questions sur le projet) :

- ✓ Quelles expériences avez-vous avec des usagers de drogues ?
 - ✓ Professionnelles /Personnelles
- ✓ Qu'est-ce que vous évoque le mot « drogue » ?
 - ✓ Quelle distinction faites-vous entre les drogues licites et illicites ?
- ✓ Qu'est-ce que vous évoque le mot « usager de drogue » ?
 - ✓ Quelle distinction faites-vous entre les usages/usagers de drogues licites et illicites ?
- ✓ Selon vous, comment développe-t-on une dépendance ?
- ✓ Selon vous, quelle part de responsabilité à l'usager de drogues dans sa consommation ? (Quelle part de responsabilité a la société dans ces consommations ?)
- ✓ Quelle distinction faites-vous entre une personne avec une dépendance et un patient avec une maladie chronique ? (ou avant de parler des représentations ?)

B. Guide d'entretien Focus-group 2 (mêmes animateurs/FG) après 3^e Rencontre PPC +

Avant de commencer, est-ce que vous pouvez nous partager ce que vous gardez de la discussion l'année dernière, est-ce que vous avez noté un quelconque impact sur vous, le suivi de votre patient ou autre ?

1. Tour de table : Contexte et projet patient chronique

- **Pouvez-vous nous recontextualiser RAPIDEMENT la situation de votre patient·e et nous dire si des éléments nouveaux sont apparus depuis notre dernière rencontre ?**
 - (évènements de vie, pathologie, relationnel, covid,...)
- **A ce stade du projet, qu'est-ce que vous en retirez ? Avez-vous envie de nous partager certaines choses ?**
 - ✓ Avez-vous pu observer des apports propres au projet que vous n'avez pas encore exploré ailleurs ?
 - (suivi longitudinal, proximité patient, contexte de vie,...)
 - ✓ Avez-vous vécu ou pu observer certains éléments marquants dans le suivi de vos patients?
 - (relation, crise covid, suivi par le médecin, < système hospitalier,...)
 - ✓ Avez-vous été confronté à des difficultés particulières ?
 - (suivi, relationnel, organisationnel, décès,...)
 - ✓ Comment s'investit le MDS dans le suivi du projet patient chronique ?

2. Tour de table : Contexte propre à la dépendance du patient·e

- **Tour de table : Pouvez-vous nous parler de votre patient et de l'évolution de sa situation concernant sa dépendance ? Pouvez-vous nous rappeler un peu son contexte de vie ?**
 - ✓ Comment se situe actuellement le produit/la dépendance dans sa vie ?
 - ✓ Quel rapport entretient le patient avec cette dépendance ?
 - ✓ Comment vous abordez cet aspect avec lui ?

- ✓ Quelle est l'attitude du MDS par rapport à ce patient de façon globale et par rapport à sa dépendance ? → Avez-vous noté une évolution ou un changement par rapport à la dernière fois ?
- ✓ Qu'avez-vous pu percevoir de l'attitude des proches du patient par rapport à sa consommation ?
- **Vous n'étiez pas tous décidé l'année dernière sur la pathologie chronique à suivre, avez-vous décidé de suivre cette pathologie chronique ? Ou l'avez-vous choisi comme autre pathologie aiguë ? ou pas ?**
 - ✓ Si oui, Pourquoi ?
 - ✓ Si non, Pourquoi ?

+Si autre pathologie chronique suivie (rapidement) :

- **Quelle autre pathologie avez-vous suivie et pourquoi ce choix ?**
 - ✓ Pouvez-vous nous expliquer quelle place prend à ce stade-ci cette pathologie dans la vie du patient ?
 - ✓ Comment voyez-vous la gestion de cette pathologie chronique par le patient ? Quelle attitude adopte-t-il par rapport à cette pathologie ? >< Dépendance
 - ✓ Qu'avez-vous pu relever de l'attitude du médecin par rapport à la prise en charge du patient de façon globale et par rapport à cette pathologie chronique ?

Pour clôturer ce 2^e chapitre :

- **Quelle distinction faites-vous actuellement entre un patient ayant une dépendance et un patient avec une autre maladie ?**

3. Représentations assuétudées:

→réitération des questions de l'année dernière pour voir l'évolution de leur discours

- Depuis notre dernière rencontre, avez-vous eu de nouvelles expériences avec des usagers de drogues ? Dans quel cadre ont-elles eu lieu ? Qu'est-ce que ces nouvelles expériences vous ont apporté ?
 - Cadre professionnel ? Cadre privé ? Impact ? Comment ?
- Qu'est-ce que vous évoque le mot « **drogue** » ?
 - ✓ Quelle distinction faites-vous entre les drogues licites et illicites ?
- ✓ Qu'est-ce que vous évoque le mot « **usager de drogue** » ?
- ✓ Quelle distinction faites-vous entre les **usages/usagers de drogues licites et illicites** ?
- ✓ Selon vous, comment développe-t-on une dépendance ?
- ✓ Selon vous, quelle part de responsabilité à l'usager de drogues dans sa consommation ?
- ✓ Selon vous, qu'est-ce qui explique que des médecins ne veulent pas prendre en charge ces patients ?
 - ✓ Qu'est-ce que vous en pensez ?

Avez-vous des remarques/commentaires/précisions ?

C. Focus-group 3 (mêmes animateurs/FG) après 5^e Rencontre PPC +

Avant de commencer, est-ce que vous pouvez nous partager ce que vous gardez de la discussion l'année dernière, est-ce que vous avez noté un quelconque impact sur vous, le suivi de votre patient ou autre ?

4. Tour de table : Contexte et projet patient chronique

- Pouvez-vous nous recontextualiser RAPIDEMENT la situation de votre patient-e et nous dire si des éléments nouveaux sont apparus depuis notre dernière rencontre ?
 - (événements de vie, pathologie, relationnel, covid,...)
- Maintenant que vous avez fini ce projet, qu'est-ce que vous en avez retiré ? Avez-vous envie de nous partager certaines choses que vous avez pu constater depuis notre dernière rencontre !
 - ✓ Avez-vous pu observer des apports propres au projet que vous n'aviez pas pu explorer ailleurs ?
 - (suivi longitudinal, proximité patient, contexte de vie,...)
 - ✓ Depuis la dernière fois, avez-vous vécu ou pu observer certains éléments marquants dans le suivi de vos patients ?
 - (relation, crise covid, suivi par le médecin, < système hospitalier,...)
 - ✓ Avez-vous été confronté à des difficultés particulières depuis l'année dernière ?
 - (suivi, relationnel, organisationnel, décès,...)
 - ✓ Comment s'est investi le MDS dans le suivi du projet patient chronique ? Y a-t-il eu des changements avec la crise covid ?

5. Tour de table : Contexte propre à la dépendance du patient-e

- Tour de table : Pouvez-vous nous résumer comment a évolué sa dépendance tout au long du projet ? Pouvez-vous nous rappeler un peu son contexte de vie et son évolution ?
 - ✓ (Où se situe actuellement le produit/la dépendance dans sa vie ?
 - ✓ Quel rapport entretient le patient avec cette dépendance ?
 - ✓ Comment vous avez pu aborder cet aspect avec lui ? Avez-vous trouvé des outils pour l'aborder ?
 - ✓ Quelle est l'attitude avait le MDS par rapport à ce patient de façon globale et par rapport à sa dépendance ? → Avez-vous noté une évolution ou un changement durant le projet ?
 - ✓ Qu'avez-vous pu percevoir de l'attitude des proches du patient par rapport à sa consommation ?)

+ Que retenez-vous du suivi du patient concernant sa dépendance ?

+ Si autre pathologie chronique suivie (rapidement) : → insister sur éléments nouveaux et pertinents depuis la dernière fois

- **Pouvez-vous nous rappeler quelle autre pathologie avez-vous suivi et pourquoi ce choix ?**
 - ✓ Pouvez-vous nous expliquer quelle place a pris cette pathologie dans la vie du patient ?
 - ✓ Comment le patient gérait la pathologie chronique ? Quelle attitude adoptait-t'il par rapport à cette pathologie ? >< Dépendance
 - (Niveau de compréhension, autonomie, déni, ...)
 - ✓ Qu'avez-vous pu relever de l'attitude du médecin par rapport à la prise en charge du patient de façon globale et par rapport à cette pathologie chronique ?

6. Représentations assuétudées:

→réitération des questions de l'année dernière pour voir l'évolution de leur discours

- Qu'est-ce que vous évoque le mot « **drogue** » ?
 - ✓ Quelle distinction faites-vous entre les drogues licites et illicites ?
- ✓ Qu'est-ce que vous évoque le mot « **usager de drogue** » ?
- ✓ Quelle distinction faites-vous entre les **usages/usagers de drogues licites et illicites** ?
- ✓ Selon vous, comment développe-t-on une dépendance ?
- ✓ Selon vous, quelle part de responsabilité à l'usager de drogues dans sa consommation ? >< société
- ✓ **Quelle distinction faites-vous actuellement entre un patient ayant une dépendance et un patient avec une autre maladie ?**
- ✓ **Selon vous, qu'est-ce qui explique que des médecins ne veulent pas prendre en charge ces patients ?**
 - ✓ **Qu'est-ce que vous en pensez ?**

Vous êtes maintenant en fin de cursus, avez-vous l'impression que votre attitude par rapport aux dépendances a-t'elle évolué ?

Si oui, comment ? Et qu'est-ce qui selon vous a fait évoluer cette attitude ?

- Suivi du patient chronique ? stages ? rencontres particulières ? (patient, soignant, privé...) cours ?

Pouvez-vous me partager votre premier choix de spécialité pour l'année prochaine ?

Avez-vous des remarques/commentaires/précisions ?

4. Partie IV

ANNEXE K : Assuétudes : Ressources pour professionnel·les de santé



ASSUÉTUDES

Ressources pour les professionnel·les de santé

RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Pour accéder aux ressources, cliquer sur [le lien hypertexte souligné](#)

1 ÉVALUER LA SITUATION

ÉVALUATION GLOBALE

“ Est-ce que cela vous arrive de fumer ?
Ou de consommer des boissons alcoolisées ?
D'autres substances ?

Combien de fois avez-vous utilisé une substance autre que l'alcool depuis 1 an ? ”

Des questionnaires peuvent être utiles pour affiner le screening et aider à poser un diagnostic de Trouble lié à l'Usage de Substances (TUS) ou d'assuétudes comportementales :

- ✓ Questionnaires spécifiques à certaines substances
- ✓ ou avec un abord plus général

A évaluer lors de toute nouvelle consultation, lors d'une phase de changement ou lors de l'instauration d'un nouveau traitement. A réévaluer au moins 1x/an !

POSER UN DIAGNOSTIC

- ✓ Critères DSM-V
 - Replacer la consommation dans son contexte
 - Comprendre ce qui la sous-tend
- ✓ Modèle trivarié (< Triade d'Olievenstein*)

PRODUITS

Facteurs externes :
Mode d'administration, fréquence d'usage, quantité et qualité du produit, légalité, polyconsommation...

Facteurs internes :
Toxicité, potentiel addictif, potentiel de modif. psychique...

INDIVIDU

Age, genre, personnalité, état de santé mentale et physique, compétences psychosociales, histoires familiales, événements de vie...

ENVIRONNEMENT

Milieu de vie, contexte de consommation, situation socio-économique, statut socio-juridique du produit, influence des pairs, ...

*Adaptation d'Eurotax asbl


2 ACCOMPAGNER

RELATION DE SOINS = CLÉ

- Adopter une **attitude d'ouverture et de non jugement** autant que possible
- Favoriser l'**alliance thérapeutique**
- **Ne pas limiter la personne à ses assuétudes**, utiliser un langage précis et non stigmatisant

S'ADAPTER AU STADE DU·DE LA PATIENT·E

Les 6 étapes du changement selon Prochaska et DiClemente



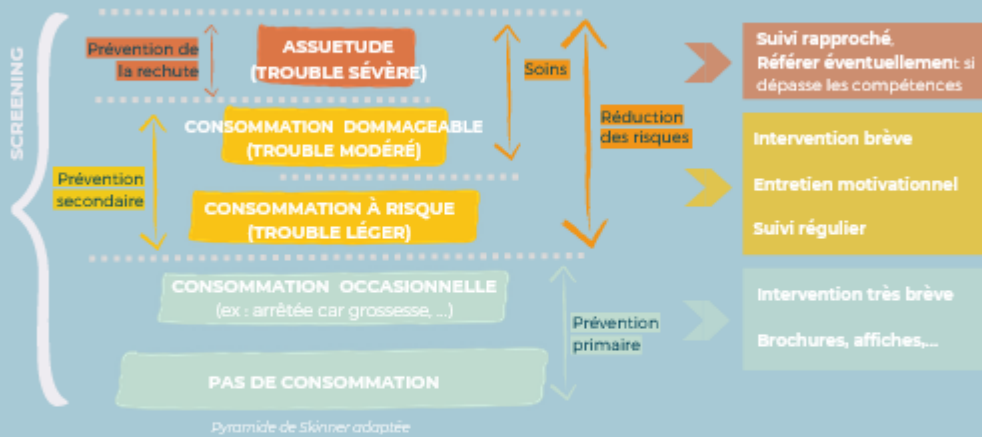
Pré-intention	Faire naître le doute ; donner des informations ; instaurer la confiance. Instaurer une stratégie de réduction des risques
Intention	Créer une "balance décisionnelle" ; explorer l'ambivalence grâce à l'entretien motivationnel
Décision	Valoriser les décisions de changement, soutenir la recherche d'une stratégie efficace (objectifs ; ressources, planifications)
Action	Accompagner le ou la patient·e dans les étapes du changement (soutien et encouragement)
Maintien	Aider à identifier les situations à risque et à préparer des stratégies de prévention de la rechute, valoriser les efforts
Rechute	Aider à retourner au stade d'intention ; dédramatiser, tolérance, adaptation, recherche de soutiens

**Prochaska et DiClemente 1992, Eurotax 2018

2 (SUITE) ACCOMPAGNER

DIFFÉRENTES INTERVENTIONS SONT POSSIBLES SELON LE NIVEAU DE CONSOMMATION :

A adapter selon la personne, son contexte et la substance ou les substances



TIPS PRATIQUES

Intervention très brève	"Avez-vous déjà pensé à arrêter ou diminuer votre consommation de ... ?" (à répéter régulièrement; réagir en fonction du cycle du changement)					
Intervention brève	F FEEDBACK Quels risques associés... ?	R RESPONSABLE Elle prend ses propres décisions	A AVIS Votre opinion	M MENU Quelles options ?	E EMPATHIE Sans jugement	S SENTIMENT AUTO-EFFICACITÉ Elle est capable
Entretien motivationnel	Outils : questions ouvertes, écoute réflexive, valorisation, résumé, susciter le discours-changement Principes : exprimer l'empathie, développer la discordance, rouler avec la résistance, soutenir l'auto-efficacité Esprit : non jugement, collaboration, évocation, primauté de l'autonomie					

4 OPTIONS MÉDICAMENTEUSES POUR LES TUS

Les médicaments ne sont qu'une **partie limitée de la prise en charge**, il est essentiel de proposer un accompagnement approprié en tenant compte du modèle trivarié.

TABAC

Substitution nicotinique, Bupropione Zyban®, nortriptiline Nortrilen®, Varenicline Champix®

BENZODIAZÉPINE

Shift vers bzd de + longue durée d'action (calcul en équivalent diazepam -> dégressive), magistrale

ALCOOL

- ✓ Médicaments visant la diminution consommation : Nalméfène Selincro®
- ✓ Médicaments visant abstinence : Acamprostate Campral®
- ✓ Sevrage : Diazepam Valium® (si cirrhotique ou personnes âgées : Oxazepam Seresta®)

HÉROÏNE

Traitement par agonistes opioïdes (TAO):
Méthadone (magistrale), **Buprénorphine** (+/-)
naloxone Subutex ou Buvidal®
 (inj.) / Suboxone® ou Libroxar®

CANNABIS, COCAÏNE, KÉTAMINE, ...

Pas de traitement validé au niveau de l'Evidence Base Medicine, prendre en compte le modèle trivarié

5 ORIENTER



AMBULATOIRE

MG ET PATIENT.ES

- **RESAD asbl** 02/534.87.42 (soutien psycho-social patient.e et/ou entourage et MG; 3 antennes)

EN PARLER ANONYMEMENT

- **RESAD** 02/534.87.41
- **Infor-Drogues** 02/227.52.52
- **AA-Alcooliques Anonymes** 078/15.25.56
- **NA-Narcotiques Anonymes** 0476/64.30.54
- **Aide Alcool** (aide en ligne)
- **Joueurs Aide en ligne** (jeux de hasard,...)

APPUI SPÉCIFIQUES

PATIENT.E S'INTERROGE SUR SA CONSOMMATION

- **Infor-Drogues** 02/227.52.52 (infos générales pour les patient.e.s et l'entourage)
- **Le Pélican** 02/502.08.61 (suivi psy patient.e.s et entourage, groupes de self-help)
- **Aide Alcool** (aide en ligne)
- **L'alcool et vous** 02/477.27.76/77 (info et bilan CHU Brugmann)
- **Tabacstop** 0800/111.00
- **Joueurs Aide en ligne** (jeux de hasard,...)

BESOINS SPÉCIFIQUES

- **Cannabis clinic** 02/477.27.76 (CHU Brugmann)
- **Clinique du jeu + addictions comportementales** 0800/35.777 (CHU Brugmann)
- **Clinique des troubles liés à internet et aux jeux** (Saint-Luc) 02/764.21.60
- **SAMPAS-Réseau Hépatite C** 02/506.70.92
- **CAP-IT** 02/538.47.90 (patient.e. incarcéré.e ou sorti.e de prison)
- **L'Ambulatoire-Forest** 02/648.50.18 (patient.e. incarcéré.e ou sorti.e de prison)
- **La Trace** 02/538.48.22 (activités sportives)
- **Sème qui peut** 0488/58.89.81 (maraîchage)
- **Parentalité et addictions** 02/535.30.51 (soutien à la parentalité dès le projet de grossesse)
- Espace femmes de **Dune, Transit** et **Douche Flux**
- **Epicentre** (espace de santé inclusif pour public LGBTQIA)
- **Artha** equipe-artha@projetlama.be (spécificité situation d'exil et vulnérabilité)

SUIVI MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL

PUBLICS VULNÉRABLES

- **Projet LAMA** (service bas-seuil, TAO)
 - Ixelles : 02/640.50.20
 - Anderlecht : 02/524.33.52
 - Molenbeek : 02/411.51.61
- **La M.A.S.S.** 02/505 32 90 (service bas-seuil, TAO)

APPROCHE PSYCHIATRIQUE

- **ENADEN** 02/534.63.73 (consultation médico-psycho-social, patient.e.s et entourage)
- **Babel** 02/543.03.43 (addiction et trouble psychiatrique)
- **Chapelle-aux-Champs** 02/764.31.20 (patient.e.s et entourage); PEC spécifique alcool: **réseau dépendance Bruxelles-Est**
- **Centre des Addictions Epsilon** (plus haut seuil)

CONSULTATIONS AMBULATOIRES DANS LES HOPITAUX

- **CHU Brugmann site Horta** 02/477.27.76/77
- **Clinique Saint-Michel** 02/614.37.50
- **Clinique universitaire Saint-Luc** 02/764.21.60
- **Clinique Saint Jean** 02/221.99.81
- **Clinique Sainte Anne Saint Remy** 02/434.37.65
- **Molière Longchamp** 02/432.81.32
- **Sanatia** 02/211.00.40
- **UZ Brussel** 02/ 477.60.12

SOUTIEN PAR LES PAIRS

GROUPES D'ENTRAIDE

- **AA - Alcooliques Anonymes** 078/15.25.56
- **CI-Anon, AI-Ateen** 02/216.09.08.47 (familles et proches)
- **NA -Narcotiques Anonymes** 0476/64.30.54

PAIR-AIDANCE

- **Cartographie de la pair-aidance** (à Bruxelles)
- **En-Route** 0487/15.32.04 (pair-aidantes en santé mentale, addiction et précarité)

LIEUX DE LIENS EN CAS DE SOLITUDE

- **Guide des lieux de liens**

SUITE :
Equipes mobiles (hors crises)
Hospitalisation
Résidentiel
Prévention
...

EQUIPES MOBILES (HORS CRISE)

- **Équipe Mobile PRECARITE 0496/26.77.62** (trouble de santé mentale et précarité)
- **SYNER'SANTE 0493/26.04.66** (médico-psychosocial et assuétudes)
- **Le Renfort 02/534.63.73** (médico-psychosocial)
- **COVER** *Projet Lama, equipe-cover@projetlama.be* (médico-psychosocial, veille sanitaire et squat/métro)
- **ARTHA** *Projet Lama, equipe-atha@projetlama.be* (spécificité situation d'exil et vulnérabilité)

SI NÉCESSITÉ D'HOSPITALISER

CURES OU TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET/OU PHYSIQUES EN LIEN AVEC UNE ADDICTION

- **Hôpital Brugmann 02/477.27.76/77** (unité 72 alcool/cannabis, 73 drogue/polyconso)
- **Hôpital Saint-Michel 02/614.39.35** (psychiatrie générale, lits alcool et drogues)
- **Hôpital Saint-Luc 02/764.21.60** (hépatologie/alcool, internet/jeux)
- **Hôpital Saint-Jean 02/221.91.11** (psychiatrie générale, lits alcool et drogues, rdv pré-admission mais pas d'urgences)
- **Hôpital Sainte-Anne Saint-Rémy 02/434.35.41** (psychiatrie générale, lits alcool et drogues)
- **Hôpital Molière 02/348.59.00** (psychiatrie générale, lits alcool et drogues)
- **La Ramée (Epsilon) 02/431.76.00** (unité 1 psychiatrie générale et lits assuétudes)
- **Fond'Roy (Epsilon) 02/431.77.00** (unité 3 comorbidités alcool et psychose)
- **Clinique psychiatrique Sanatia 02/211.00.40** (psychiatrie générale et lits assuétudes)
- **Clinique Sans-Soucis 02/478.04.33** (alcool, dépendances relationnelles, cure et postcure)
- **UZ Brussel 02/477.77.22** (psychiatrie générale, lits alcool et drogues)

APPUI INTRA-HOSPITALIER POUR LES PATIENT.ES

- **Interstices asbl** (CHU ST-Pierre)
 - Urgences addictions : **02/535.39.25**
 - Parentalité addictions : **02/535.30.51**
 - Liaison addictions : **02/535.30.52**
- **Addictions asbl 02/614.37.50** (équipe de liaison : hospitalisation Saint-Michel et Saint-Luc)

RÉSIDENTIEL (HÉBERGEMENT)

CRISE ET COURT SÉJOUR

- **TRANSIT 7j/7, 24h/24 : 02/215.89.90** (sans condition, max 13 jours)
- **ENADEN 24h/24 : 02/534.58.73** (rdv et acceptation préalable, max 2 semaines)

APPARTEMENTS SUPERVISÉS

PATIENT.ES STABILISÉ.E DANS SA CONSOMMATION, RÉINSERTION LOGEMENT

- **TRANSIT 02/215.89.90** (1 mois renouvelable et déjà dans du résidentiel)
- **Projet HESTIA 02/411.95.80** (Projet Lama)

COURT SÉJOUR

- **ENADEN 02/465.639.90** (post-cure résidentielle communautaire de 3 mois avec accompagnement psycho-médico-social)

LONG SÉJOUR ET COMMUNAUTÉS

HÉBERGEMENTS, SOUTIEN POSTCURE ET TRAVAIL À LA RÉINSERTION

- **La Pièce 02/534.71.70** (double diagnostic addiction + trouble psychiatrique, 6 mois renouvelable (pas de condition d'abstinence))
- **C.A.T.S. Solbosh 02/649.79.01** (postcure, 5 mois renouvelable, condition abstinence, possibilité "SAS" avant)

CENTRES DE JOUR

ACTIVITÉS, MISE À L'ABRI EN JOURNÉE MAIS PAS D'HÉBERGEMENT

- **ENADEN 02/644.55.72** (6 mois, max 2 ans, adultes) **ENADEN** (jeunes de 15-25 ans)
- **L'Orée 02/347.57.57** (axé alcool essentiellement)
- **le Quotidien** Fond'Roy **02/431.77.00**
- **Sans-Soucis 02/478.04.33**
- **Hélix** (clinique Saint-Jean) **02/225.92.51**

PREVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES

PREVENTION

- **Prospective Jeunesse 02/512.17.66** (prévention addictions et promotion de la santé, formation)
- **Univers Santé 010/47.28.28** (prévention et promotion de la santé des publics scolaires/étudiant.es)
- **FARES** (prévention tabac)

REDUCTION DES RISQUES (RDR)

- **DUNE 02/503.29.71** (infos, matériel stérile, soins infi, accueil social, consultation MG hors TAO, maraudes)
- **Comptoir LAIRR 02/215.89.90** (infos, matériel stérile,...) et **transit-rue** (maraudes, accompagnements,...)
- **Le Pilier 0490/56.75.51 ou 0491/39.61.24** (infos, accompagnements, matériel stérile, ...)
- **Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR-Gate) 02/253.59.99**
- **MODUS VIVENDI / MODUS FIESTA 02/644.22.00** (spécificité milieu festif, infos, actions RdR, testing de produits)

EN CAS D'URGENCE

- Secours médicaux **112**



SOS

URGENCES PSYCHIATRIQUES

Selon assurabilité du/de la patient.e, localisation et disponibilité (privilégier les hôpitaux avec services d'addictologie comme les CHU Brugmann et Saint-Luc)

EQUIPES MOBILES DE CRISE (0-3 MOIS)

- **Tandem Plus 02/201.22.00** (diagnostic de trouble de santé mentale associé)
- **EMC Saint-Luc 0490/11.42.00** (diagnostic de trouble de santé mentale associé)
- **CRISIS-BXL: 02/209.16.36** jeunes 0-18 ans, 24/7

BOITE À OUTILS



INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET STRUCTURES D'APPUI

- **Le Bon Plan** existe en version online et en version papier (Dune asbl)
- **FéDA Bxl** (infos sur les institutions existantes, anciennement FEDITO Bxl)
- **REPERTOIRE SOCIAL BRUSSELS**
- **RESAD** (voir onglet "ressources pratiques")

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SUR LES SUBSTANCES

- **RESAD** (voir onglet "ressources pratiques")
- **EUROTOX** (rapports épidémiologiques, recommandations de bonnes pratiques)
- **INFOR-DROGUES** (fiches produits)
- **MODUS VIVENDI** (brochures produits, réduction des risques et thématiques)
- **VAD** Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs



5. Divulgations des résultats de recherche

ANNEXE L : Liste des publications et communications orales dans le cadre de cette thèse

Articles dans des revues à comité de lecture

- Richelle, L., Dramaix Wilmet, M., Roland, M., & Kacenenbogen, N. (2022). Exploratory Factor Analysis of a French Adapted Version of the Substance Abuse Attitude Survey Among Medical Students in Belgium. doi: 10.20944/preprints202301.0185.v1
- Richelle, L., Dramaix Wilmet, M., Roland, M., & Kacenenbogen, N. (2022). Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. BMC medical education, 22(1), 335. doi:10.1186/s12909-022-03394-8
- Richelle, L., Huberland, V., Nouwynck, S., Cardon, P. Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas. Rev Med Brux 2023 ; 44 : 371-377
- Richelle, L., Cardon, P. Bonnes pratiques pour un accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances en soins de santé primaires. Rev Med Brux 2023 ; 44 : 378-387

Communications orales à des congrès internationaux et nationaux

- Vanderhofstadt, Q., Richelle, L. Nouwynck, S. Di Biagi, L. Un suivi rapproché avec un-e patient-e ayant un trouble lié à l'usage de substances a-t-il un impact sur les représentations des futur-es médecins ? Communication orale présentée à « LA CONFÉRENCE BELGE DE LA PREMIÈRE LIGNE », 28-29 novembre 2023
- Richelle, L. Vanderhofstadt, Q., Nouwynck, S. Di Biagi, L. Does close follow-up with a patient with a substance use disorder have an impact on the perceptions of future doctors? LES CAHIERS DE LA CONFÉRENCE BELGE DE LA PREMIÈRE LIGNE, 28-29 novembre 2023, p. 77-78
- Hafid, I., & Richelle, L. (2023). Facilitators and barriers to managing people with illicit substance use disorder in general practice: a qualitative study among Belgian general practitioners. Programme Book, conference 2022: European Forum for Primary Care Ghent: integrated community care: a new opportunity for primary care (p. 76) at WONCA 2023, 28th WONCA Europe Conference (6-10 juillet 2023, Amsterdam, Pays-Bas)
- Richelle, L., Dramaix Wilmet, M., Roland, M., & Kacenenbogen, N. (s.d.). Facteurs influençant les attitudes des étudiants en médecine par rapport aux femmes enceintes consommatrices de substances. Oral communication presented at Forum Européen Addiction et Société 2022: 2e édition (29/09/2022: Bruxelles)
- Hafid, I., & Richelle, L. (2022). Facilitators and barriers to managing people with illicit substance use disorder in general practice: a qualitative study among Belgian general practitioners. Programme

Book, conference 2022: European Forum for Primary Care Ghent: integrated community care: a new opportunity for primary care (p. 76)

- Nouwynck, S., Richelle, L., Kacelenbogen, N., & Roland, M. La formation assuétudes: enjeux de Santé Publique. Oral communication presented at congrès RIFRESS 2022: responsabilité sociale et développement durable (21-24/09/2022: Bruxelles)

- Richelle, L., Nouwynck, S., Kacelenbogen, N., & Kornreich, C. La formation assuétudes pour les assistants en médecine générale : comment lui faire prendre son envol ? Atelier lors du Colloque BeHive : Objectif 2030, construisons les synergies avec la première ligne (28 et 29 avril 2022: Gembloux, Belgique)

- Richelle, L., & Nouwynck S. Comment former les médecins généralistes à l'accompagnement d'un patient ayant un trouble lié à l'usage de substance(s). Présentation orale au congrès international francophone de pédagogie en sciences de la santé (26-28 mai 2021: Strasbourg, France).

- Richelle, L., Nouwynck, S., & Kacelenbogen, N. Comment former les médecins généralistes à l'accompagnement d'un patient ayant un trouble lié à l'usage de substance(s): abstract. Pédagogie médicale, (22), CO52

- Richelle, L., Dramaix-Wilmet, M., Roland, M., & Kacelenbogen N. Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy, Oral communication presented at the International Women's and Children's Health and Gender Group (InWomen'sGroup) 2021 (18 juin 2021: Floride, Etat-Unis)

Posters

- Richelle L., Dramaix-Wilmet, M., Roland, M., & Kacelenbogen N, Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy Poster presented at WONCA 2021, 26th WONCA Europe Conference (6-10 juillet 2021, Amsterdam, Pays-Bas)

- Richelle, L., Nouwynck, S., Roland, M., & Kacelenbogen N. La formation assuétudes : un dispositif innovant pour changer les pratiques en médecine générale. Poster présenté au congrès TDO6, 6e Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (28 juillet 2021 : Quebec, Canada)

Contribution à un ouvrage collectif

- Femmes*, genre et assuétudes. Synthèse des constats de terrain et recommandations de la Féda Bxl·Mai 2023. Féda Bxl. Fédération drogues addictions Bxl.

Autres contributions

- 2020. Rédaction de recommandations sur la prise en charge des UD pendant la pandémie du Sars-Cov-2 pour le Collège de la Médecine Générale, accessible sur 20200414-UDCOVID-19-CMG.pdf (lecmg.be)
- 2020. Rédaction et collaboration autour de fiches de conseil pour la gestion de demandes de Lyrica®, neuroleptiques, TSO, et benzodiazépines durant la crise du Sars-Cov-2 pour la Féda Bxl, accessibles sur <https://fedabxl.be/fr/2020/04/covid-19-drogues-infos-mg/>

Divulgations des résultats à l'attention des professionnel·les de santé

- Regards croisés pour améliorer l'accompagnement des patients présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites. Les lundis de la psychiatrie-Hôpital Brugmann Service de Psychiatrie (21/03/2022)
- Regards croisés pour améliorer l'accompagnement des patients présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites. Présentation aux équipes du CAP et de l'Escale de la clinique Sans-Souci (27/09/2022)
- Bonnes pratiques de soins en matière d'assuétudes. Présentation à l'équipe de l'entr'aide des marolles (11/09/2023)
- Femmes*, genre et assuétudes. Les lundis de la psychiatrie-Hôpital Brugmann Service de Psychiatrie (06/03/2023)
- Femmes*, genre et assuétudes. Présentation lors des soirées thématiques du Résad (11/09/2023)

Lou Richelle¹, Sarah Nouwynck², Michel Roland⁴, Nadine Kaceneleboghen¹

¹Département de médecine générale, ²Cellule d'Appui Pédagogique, Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles, Belgique; courriel: lou.richelle@ulb.be



Contexte :

Le trouble lié à l'usage de substances (TUS) est une problématique de Santé Publique en Belgique pourtant il existe une carence importante dans les prises en charge notamment en 1ere ligne (1). Pour y pallier, un dispositif pédagogique innovant basé sur la réalité de terrain et la littérature scientifique (2,3,4), a été mis en place en 2018 dans la partie francophone afin de former les médecins généralistes en formation à la prise en charge de tout patient présentant des assuétudes.

Objectifs pédagogiques de la formation :

Objectif principal : Être capable d'accompagner toute situation de trouble(s) lié(s) à l'usage de substance(s) en médecine générale

- Objectifs opérationnels :** Être capable de :
- Assurer le suivi du patient dans une approche globale des soins en reconnaissant ses limites (en y incluant la prévention et la RdR)
 - Etablir des collaborations interprofessionnelles efficaces
 - Adopter une posture et une communication non stigmatisante (basée sur des représentations non stéréotypées)

Méthode : Approche par compétence



Figure 1 : Dispositif pédagogique

Remerciement : aux collaborateurs des autres universités, MG, institutions et asbl partenaires sur le terrain

(1) Huetz M, Stenica C. Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-santaires en Région wallonne/Bruxelles-Capitale 2018. 2020. CiteSpace. ILMCADA
 (2) Van Bavel LCC, Bouwens EP, van Vlerberghe J, et al. Stigma against health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1):212-35
 (3) Wood E, Sanyal V, Volkow N, et al. *Disrupting Education in Addiction Medicine*. *JAMA*. 2013;310(16):1674-1674
 (4) Livingston ID, Milnes T, Fava M, et al. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(11):19-50

Premiers résultats : 20 participants

Facteurs motivationnels et typologies de participants :

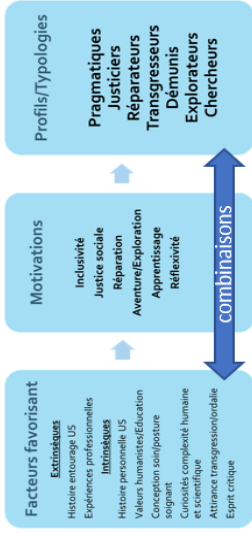


Figure 3 : modèle explicatif ancré sur le terrain

Apports de la formation :

- Ouverture sur des réalités mal/méconnues sources de nombreux fantasmes
- Diminution du jugement (stéréotypes et préjugés)
- Acquis de compétence en addictologie (dont santé mentale et infectiologie)
- Approche holistique, transversale des prises en charge avec meilleure collaboration interdisciplinaire (meilleur dépistage et prévention)
- Meilleur cadre dans la consultation
- Expérimentation d'un réel partenariat patient avec une population actrice de sa santé
- Réflexivité au niveau éthique, sociétale, Santé Publique
- Transfert des acquis à l'ensemble des pratiques

→ Impact identité professionnelle du futur médecin généraliste

Perspectives : Meilleur recrutement surtout dans les zones les plus carencées

Conclusion :

Projet innovant qui a déjà un impact positif sur les médecins généralistes en formation, les structures de soins et la prise en charge des patients. Il doit encore pouvoir mieux se déployer.

Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy

L. Richelle, M. Dramaix-Wilmet, M. Roland, N. Kacemelenbogen, Department of General Medicine and School of Public Health, ULB, Belgium

INTRODUCTION

Many stigmas exist regarding people with substance use disorder (SUD) especially among pregnant women, preventing optimal accessibility and quality of care.

In this survey, we investigated attitudes of medical students regarding substance use during pregnancy and tried to identify the factors that influence these attitudes.

METHODS

- **Study design** : cross-sectional study
- **Population** : Final years medical students (University Libre de Bruxelles)
- **Period** : From February 2019 to April 2020
- **Method** : Brief "Substance Abuse Attitude Survey" questionnaire
 - Belgian context adaptations
 - Split in alcohol and drugs items
- **Analysis** : Focus on 2 items about punishment of substance use during pregnancy



RESULTS

Response rate = 65.2% (370/567 questionnaires sent)

- **19.2%** was in favour of punishment for alcohol use and **15.1%** for drug use during pregnancy.
- **14.3%** of students were in favour of punishing both (Table)

Table : Punishment for pregnant women using drugs or alcohol

Drugs	Alcohol		Agree n (%)
	Disagree n (%)	Unsubsid n (%)	
Disagree	206 (57.1)	10 (2.9)	6 (1.7)
Unsubsid	12 (3.4)	57 (16.3)	11 (3.1)
Agree	3 (0.9)	1 (0.3)	59 (14.3)

% calculated per row on the total (n=350); in bold: observed concordance

Trends in students 'agreeing' more with punishment :

- ✓ Male
- ✓ Older
- ✓ With lower mother's education level
- ✓ No personal or family history of SU
- ✓ Limited contact with people with SUD (i.e., none or limited to hospital)
- ✓ Intending to specialise in internal medicine

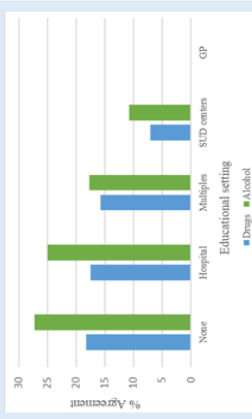


Figure 1: Agreement of punishment for pregnant women who use drugs and alcohol according to educational setting

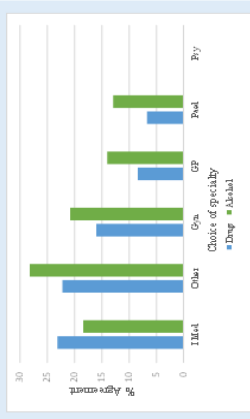


Figure 2: Agreement of punishment for pregnant women who use drugs and alcohol according to the choice of specialty

Studies show that curriculum based on contact with SUD (moreover repeated) in suitable environment are favourable. integrative models accompanying those women in a multidisciplinary manner have shown positive benefits for everybody. These models exist in Belgium but are still largely insufficient.

This fact, a lack of knowledge and none or negative experiences may explain in part our results.

Limits : monocentric study and large percentage of undecided responses (limiting statistical significance of our results)

Perspectives : to compare responses of students entering the medical curriculum with those leaving and conduct qualitative studies to go further in this sensitive topic.

CONCLUSION

Our study shows that about **20% of surveyed medical students favoured punishing substance-using pregnant women**. Mesures should be implemented to ensure adequate care and support for this already vulnerable population.

DISCUSSION

We confirm our hypothesis:

- difference in perception between alcohol and other drugs
- punitive approach is influenced by certain characteristics. Some, but not all, are already identified in the literature.

van Boekel LC and al. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013;131(1-2):23-35. Albright B, and al. Medical students' comfort with substance-use disorders: a randomized educational study. *Acad Psychiatry / Am Assoc Dir.* 2012;36(6):457-60. Livingston and al. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction.* 2012;107(1):39-50.

Copyright © 2020 Lou Richelle, lou.richelle@ulb.be