

# **Analyse de l'ampleur des obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des usagers de drogue.**

*Pistes de réflexions pour l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogue en médecine générale en Belgique francophone.*

Auteur : Dr Gyselynck Mathilde  
Lectrice : Dr Canieau Charlotte

Année académique 2022-2023  
Master complémentaire en médecine générale

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de fin d'étude n'aurait pas été possible sans la participation et l'engagement de nombreuses personnes.

Je remercie tout particulièrement ma lectrice, le docteur Charlotte Canieau pour ses encouragements et son soutien inconditionnel. Je remercie mes amis, qui m'ont soutenu et motivé lorsque j'étais découragée ; ma sœur Éléonore pour sa relecture attentive ; et mon humeur, qui ne m'a pas fait défaut pendant l'écriture de ce travail.

Je remercie également chaleureusement tous les médecins qui ont remplis mon questionnaire, car malgré la spécificité du sujet, ils furent nombreux à me contacter pour me donner leur soutien et me proposer des pistes de solution à tous les problèmes rencontrés.

J'ai eu la chance également de pouvoir compter sur de nombreuses associations qui ont diffusé plus largement mon questionnaire, notamment le FARES, le RESAD, Infor Drogues, la Fedito wallonne et bruxelloise, le Réseau Alto, la FAMGB et la SSMG.

Ce travail est l'aboutissement de mes trois années de formation en médecine générale, et je souhaite spécialement remercier mon maître de stage de troisième et dernière année d'assistantat, le Dr Zhao Yu Jun. Il fut extrêmement soutenant, m'a beaucoup appris et a supervisé mon travail au quotidien de manière très constructive. Il m'a permis de perfectionner mes connaissances en médecine générale, et de m'introduire à la médecine en équipe, et à l'addictologie.

J'accorde aussi toute ma gratitude à toute l'équipe soignante du projet LAMA (projet d'accompagnement thérapeutique de toxicomanes en milieu urbain) - avec qui je travaille depuis plusieurs mois - pour sa compréhension et son support.

# TABLE DES MATIERES

## TABLE DES MATIÈRES

1 RESUME.....	6
1.1 Introduction.....	6
1.2 Méthodologie .....	6
1.3 Résultats.....	6
1.4 Conclusion.....	7
2 TABLE DES ABREVIATIONS.....	7
3 INTRODUCTION.....	8
4 HISTORIQUE ET ETAT DES LIEUX.....	9
4.1 Les consommations de drogue à travers l'histoire.....	9
4.1.1 Opiacés.....	9
4.1.2 Cocaïne.....	10
4.1.3 Cannabis.....	10
4.1.4 Hallucinogènes.....	11
4.1.5 Benzodiazépines.....	11
4.1.6 Stimulants : amphétamines , ecstasy, mdma, alpha-pvp.....	11
4.1.7 Conclusion .....	12
4.2 Histoire de l'accueil des usagers de drogue en Belgique.....	12
4.3 Épidémiologie.....	13
4.4 Conséquences.....	14
4.4.1 Conséquences à l'échelle de l'individu.....	14
4.4.2 Conséquences socio-économiques et en terme de santé publique.....	15
4.4.3 Conséquences sur la santé des médecins généralistes.....	16
4.4.4 Conclusion.....	17
5 Revue de la littérature : les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des usagers de drogue.....	17
6 MATERIEL ET METHODES.....	19
6.1 Objectif de l'étude.....	19
6.2 Questions de recherche.....	19
6.3 Hypothèses de travail.....	20
6.4 Type d'étude et population.....	20
6.5 Recherche bibliographique.....	21
6.6 Étude quantitative.....	22
6.6.1 Population étudiée.....	22
6.6.2 Méthode de récolte des données.....	22
6.6.2.1 Enquête par échelle de Likert .....	22
6.6.2.2 Question ouverte à réponse courte facultative.....	23
6.6.3 Méthode d'analyse des données.....	23
7 RESULTATS.....	24
7.1 Première partie : caractéristiques socio-démographiques.....	24
7.2 Deuxième partie : données du questionnaire.....	27
7.2.1 Pratique solitaire de la médecine générale.....	27
7.2.2 Le manque de « guidelines » et/ou de littérature spécifique disponibles .....	28
7.2.3 La pauvreté des formations spécifiques reçues et/ou existantes .....	28
7.2.4 La faible disponibilité des différents réseaux de soins (unités d'hospitalisation pour sevrage, centres spécialisés, psychiatres) .....	28

7.2.5 Le manque de temps .....	29
7.2.6 La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge .....	29
7.2.7 Les vécus difficiles et/ou parcours douloureux qui vous sont partagés par les patients .....	29
7.2.8 L'insatisfaction liée à l'évolution des patients en dent de scie (rechutes) .....	30
7.2.9 Le sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients .....	30
7.2.10 Le sentiment d'inefficacité de la prise en charge .....	31
7.2.11 Le sentiment de faire un travail peu valorisant .....	31
7.2.12 Le manque de compliance et d'observance thérapeutique des patients .....	31
7.2.13 La crainte d'initier ou de maintenir une dépendance .....	32
7.2.14 La crainte de mésusage du traitement prescrit (usage abusif ou détourné) .....	32
7.2.15 Les préjugés et la stigmatisation envers les médecins prescripteurs (de par vos confrères, votre entourage, etc.) .....	33
7.2.16 Le risque d'overdose lié au traitement prescrit .....	33
7.2.17 Les enjeux médico-légaux liés à la prescription de psychotropes .....	33
7.2.18 L'imprévisibilité horaire inhérente à cette patientèle .....	34
7.2.19 Les comorbidités psychiatriques des patients .....	34
7.2.20 Les comportements difficiles de certains patients comme les manifestations de violence verbale et/ou physique .....	35
7.2.21 L'absence de financement d'une partie de ces patients (mutuelle, CPAS, Aide Médicale Urgente) et le non-paiement des consultations .....	35
7.2.22 L'importance du « turnover » des soignants.....	35
7.2.23 Le manque de ressources financières (politiques de santé, financement) .....	36
7.3 Exposition des résultats par ordre d'importance.....	36
7.4 Troisième partie.....	37
8 DISCUSSION.....	38
8.1 Discussion des résultats.....	38
8.1.1 Analyse en fonction des caractéristiques socio-démographiques.....	38
8.1.2 Les obstacles principaux pointés par les médecins généralistes.....	38
8.1.3 Les obstacles que les médecins généralistes semblent considérer comme les moins importants.....	39
8.1.4 Les obstacles au sujet desquels les médecins ont le plus d'avis.....	40
8.1.5 Les freins les plus controversés.....	41
8.1.6 Les pistes données par les médecins généralistes.....	42
8.1.6.1 Travailler ensemble (18 répondants).....	43
8.1.6.1.1 Le travail en équipe et la pluridisciplinarité (6 répondants).....	43
8.1.6.1.2 Le travail en réseau et la collaboration (12 répondants).....	43
8.1.6.2 Se remettre en question et se faire conseiller (19 répondants).....	44
8.1.6.2.1 Les supervisions et interventions (6 répondants).....	44
8.1.6.2.2 L'accès à la deuxième ligne de soin (13 répondants).....	44
8.1.6.3 Refinancer le secteur de l'addictologie (8 répondants).....	44
8.1.6.4 Se former (13 répondants).....	44
8.1.6.5 Étudier le sujet et définir des recommandations (4 répondants).....	45
8.1.6.6 Sensibiliser (6 répondants).....	45
8.2 Comparaison avec les hypothèses de départ de ce travail .....	46
8.2.1 Hypothèse 1.....	46
8.2.2 Hypothèse 2.....	48
8.2.3 Hypothèse 3.....	49
8.2.4 Hypothèse 4.....	49
8.2.5 Ce que l'étude a apporté de plus : lutter contre la stigmatisation par la sensibilisation	

.....	50
8.2.6 Les freins que cette étude a permis de nuancer.....	51
8.3 Biais et améliorations pour une prochaine étude.....	51
8.3.1 Population étudiée insuffisante.....	51
8.3.2 Biais de désirabilité sociale.....	52
8.3.3 Autres.....	52
9 CONCLUSION.....	53
10 ANNEXES.....	54
10.1 Annexe 1 : Bibliographie.....	54
10.2 Annexe 2 : Modèle de questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....	57
10.3 Annexe 3 : Réponses données par les participants au QROC.....	61

# 1 RESUME

## 1.1 INTRODUCTION

Le dernier rapport de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT, 2019) [1] indique que plus d'un quart des citoyens européens de 15-64 ans a déjà consommé des drogues illicites au cours de leur vie. Il s'agit donc d'une problématique significative, avec des conséquences non seulement en terme de mortalité-morbidité pour les patients, mais également en terme de santé publique. Durant mon travail au LAMA, j'ai constaté que le travail avec des patients usagers de drogue comporte de nombreux freins (manque de moyens financiers et structurels, trop peu des structures partenaires, de formations, etc.). En discutant de cela avec des collègues médecins généralistes dans le métier, j'ai senti le besoin d'évaluer ces difficultés, de mesurer leur importance, afin de tenter d'élaborer des pistes de solution pour améliorer la pratique d'addictologie en améliorant le confort de travail des médecins concernés. Le bien-être d'un médecin est fortement lié à son confort de travail, et a directement des conséquences sur la qualité de son travail [2]. Le médecin généraliste est un acteur de première ligne et possède donc un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge des patients qui présentent une ou plusieurs addictions. L'objectif de ce travail est donc d'évaluer les obstacles rencontrés par les médecins généralistes qui suivent des patients usagers de drogues, de quantifier leur importance ; de manière à permettre de proposer des réflexions et pistes de solution pour améliorer la qualité des soins.

## 1.2 MÉTHODOLOGIE

Une enquête quantitative transversale a été réalisée, auprès de 67 médecins généralistes belges au moyen d'un questionnaire envoyé par courrier électronique, et partagé par différentes associations concernées. Une question ouverte à réponse courte facultative a été ajoutée à la fin du questionnaire, demandant directement aux médecins comment améliorer leur pratique.

## 1.3 RÉSULTATS

Les principaux obstacles identifiés par les médecins généralistes sont la faible disponibilité des différents réseaux de soins (78,8%), la crainte de mésusage du traitement prescrit (77,6%), la nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge (76,2%), les comorbidités psychiatriques des patients (73,1%), le manque de ressources financières (71,6%), et la pratique solitaire de la médecine générale (70,1%).

## 1.4 CONCLUSION

Les pistes de résolution possibles de ces obstacles sont principalement le refinancement du secteur (création de centres, unités et services spécialisés ; engagement de plus de soignants permettant de diminuer la charge de travail et les contraintes temporelles), la création de contacts facilités voire directs et collaboration avec la deuxième ligne (conseils cliniques par spécialistes addictologues, prise en charge rapide par psychiatre ou unité d'hospitalisation, pour contribuer à diminuer les comorbidités psychiatriques des patients), et encourager le travail en équipe mono ou pluridisciplinaire (afin de diminuer la charge de travail, le stress, l'investissement personnel nécessaire...). Il est également nécessaire d'organiser et de favoriser la participation à des formations spécifiques, et de créer des recommandations ou guidelines au niveau national belge. La création de codes de nomenclature spécifiques et la valorisation financière des consultations d'addictologie comme maladie chronique est également une piste intéressante.

## 2 TABLE DES ABREVIATIONS

LAMA	Accompagnement thérapeutique de toxicomanes en milieu urbain
FARES	Fond des Affections Respiratoires asbl
RESAD	Réseau d'Aide aux problématiques d'Addiction
FEDITO	Fédération bruxelloise et wallonne francophone des institutions pour toxicomanes
FAMGB	Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Eurotox	Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles
MDMA	3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine
TS	Traitement(s) de Substitution
TSO	Traitement(s) de Substitution aux Opiacés
EBM	Evidence Based Medicine
SLR	Séminaire Loco-Régional (durant l'assistantat de médecine générale à l'UCL)
Glem	Groupe Local d'Évaluation Médicale
FEDASIL	L'Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile
CPAS	Centre Public d'Action Sociale

### 3 INTRODUCTION

La prise en charge des patients toxicomanes représente un défi majeur pour les médecins généralistes qui sont souvent en première ligne de la prise en charge [3,4,5]. Les obstacles rencontrés par ces professionnels de santé sont nombreux [4] et complexes, allant de la reconnaissance des signes d'usage de drogues jusqu'à la mise en place d'un traitement adapté en passant par la gestion des complications médicales liées à la toxicomanie. La littérature existante met en évidence l'importance de comprendre ces obstacles afin d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients toxicomanes. En effet, ces patients sont souvent confrontés à des stigmatisations et des discriminations qui peuvent entraver l'accès aux soins, la continuité des traitements et la collaboration entre les différents acteurs de santé. De plus, les patients toxicomanes présentent souvent des comorbidités psychiatriques et médicales qui nécessitent une prise en charge globale et multidisciplinaire. Dans ce contexte, il est crucial de mieux comprendre les défis auxquels sont confrontés les médecins généralistes pour proposer des solutions innovantes pour améliorer leurs conditions de travail, et par là même la qualité des soins qu'ils prodiguent. Ce mémoire a pour objectif de dresser un état des lieux des obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients toxicomanes, et d'en identifier les plus importantes, afin de proposer des pistes de solution et de réflexion pour améliorer la qualité des soins et la collaboration entre les différents acteurs de santé.

Après quelques mois de travail au LAMA (projet d'accompagnement thérapeutique de patients toxicomanes en milieu urbain), j'avais déjà été confrontée à de nombreuses contraintes dans mon travail avec les patients usagers de drogues. Celles-ci étaient de différents types : structurelles, spécifiques de la patientèle, liées au financement, aux structures partenaires, etc. Par ailleurs, c'est durant mon travail quotidien que je me suis rendu compte que mes compétences et ma formation dans le domaine spécifique des addictions étaient limitées.

Durant mon analyse de la littérature existante sur le sujet, je n'ai trouvé aucun article ni aucune étude ayant étudié spécifiquement l'avis des médecins généralistes sur l'importance que ces différents obstacles ont dans leur pratique. De nombreuses études ont bien identifié ces freins, et ce souvent dans des études qualitatives avec entretiens. Cependant, à ce jour, je n'ai pas connaissance d'une étude ayant quantifié ces barrières.

Pour toutes ces raisons, j'ai choisi de réaliser mon TFE sur les obstacles de la pratique de médecine générale avec des patients toxicomanes, avec pour sujet de recherche : « Analyse de l'ampleur des

obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des usagers de drogue : pistes de réflexions pour l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogue en médecine générale en Belgique francophone. ». Pour ce faire, j'ai décidé de réaliser une étude quantitative transversale par questionnaire, associée à une question ouverte à réponse courte (QROC).

Avant d'analyser et de discuter des résultats de ce questionnaire, un bref rappel historique, un peu d'épidémiologie, ainsi qu'un tour de la situation actuelle en addictologie en Belgique francophone seront abordés. Ensuite, nous définirons les objectifs, hypothèses et expliciterons la méthodologie choisie pour cette étude. Par la suite, nous décrirons les résultats de l'enquête par questionnaire, avant de les analyser en regard de la littérature, et des hypothèses et objectifs que nous nous étions fixés. Nous discuterons ensuite de l'exactitude des résultats, des biais possibles de l'étude, et des limitations de celle-ci.

## 4 HISTORIQUE ET ETAT DES LIEUX

Les drogues font partie entière de l'histoire de l'humanité, et de tout temps les soignants et médecins les ont utilisées en médecine pour soigner des maux physiques, psychologiques et psychiatriques, ainsi que l'addiction à d'autres produits. Il est intéressant de mettre le lien étroit entre les psychotropes et la médecine en relief avec la situation actuelle de la prise en charge des toxicomanies.

### 4.1 LES CONSOMMATIONS DE DROGUE À TRAVERS L'HISTOIRE

#### 4.1.1 OPIACÉS

Les premières traces d'usages des opiacés sous forme d'opium remontent à plus de 3000 ans avant JC, dans les plaines de Mésopotamie (en Irak actuel) [6]. *L'opium* fut introduit en Europe durant le XIIIème siècle par les croisés, et fut utilisé comme antidouleur jusqu'au XVème siècle. Au XVIIème siècle est né le laudanum, qui a été beaucoup utilisé pendant la période romantique du XIXème siècle en Europe, en étant simplement vendu comme antidouleur en pharmacie. La *morphine* quant à elle fut créée en 1808, et connut un usage médical chirurgical dès 1853. Cependant, le corps médical a décrit dès 1870 un mésusage et des symptômes de sevrage. La diacétylmorphine, ou *héroïne*, est isolée en 1874, avec mise en avant de son action analgésique. Elle fut très rapidement mise en avant pour la guérison des patients toxicomanes à la morphine. La Belgique est cependant restée productrice et exportatrice d'héroïne jusqu'aux années 1960. Entre 1920 et 1924, existaient une quarantaine de cliniques délivrant l'héroïne sous contrôle médical. L'héroïne ne sera retirée de l'usage médical qu'une centaine d'année après, en 1970 en Europe

occidentale.

La **méthadone** fut synthétisée en Allemagne pour pallier le manque de morphine sur les champs de bataille pendant la première guerre mondiale. Elle servit de traitement de substitution à l'héroïne dès le début des années 1960. La crise des opioïdes aux USA à cette période donna naissance à plus de 400 programmes et centres délivrant la méthadone (98% des toxicomanes étaient alors héroïnomanes [6]). En Belgique, les structures de soin pour usages de drogue augmentèrent fortement après les années 1960, utilisant principalement la méthadone comme TS.

#### 4.1.2 COCAÏNE

La **coca** était présente en Amérique Latine dans les régions chiliennes et péruviennes depuis 2000-2500 avant JC. Son arrivée en Europe s'est faite autour de la fin du XVIIIème siècle, mais son intérêt ne fut vraiment découvert que durant le XIXème siècle. Freud publia d'ailleurs en 1884 plusieurs articles louant les effets du premier alcaloïde, qui fut alors utilisé en psychiatrie, notamment dans les cas de dépression, d'affections nerveuses, d'hystérie [6], etc. A la fin du XIXème siècle, la **cocaïne** est même utilisée dans le sevrage de l'addiction aux morphiniques et à l'alcool. On remarqua rapidement les propriétés anesthésiantes de la cocaïne, qui fut rapidement utilisée pour effectuer l'anesthésie locale, mais également pour la rachianesthésie [6]. A cette époque se vendirent également en pharmacie des pastilles de cocaïne pour soigner la plupart des maux courants (maux de tête, de ventre, etc.). Le Coca-Cola fut commercialisé au début du XXème siècle comme alternative à l'éthylisme, et eu un succès rapide comme médicament. En 1906, la cocaïne commença à être réglementée, dans le contexte de crises de paranoïa, de comportements antisociaux et de violences qui lui étaient associées [6]. Elle fut pour la première fois classée dans les stupéfiants en 1914 aux États-Unis, ce qui l'associait désormais à l'héroïne et la morphine. Le trafic alimenta la consommation occidentale jusqu'aux alentours de la seconde guerre mondiale, où la cocaïne fut progressivement remplacée par les amphétamines et morphiniques. De retour dans les années 1970, sa consommation ne fait qu'augmenter depuis lors [1].

#### 4.1.3 CANNABIS

Utilisé comme psychotrope depuis environ 3500 avant JC, cueilli puis cultivé dans l'Himalaya ; il se répandit autour de 2000 ans avant JC le long du Nil. Le haschisch arriva en Europe en 1798 suite à l'expédition de Napoléon en Égypte, car ses soldats en ramenèrent en France [6]. Les premières expérimentations médicales autour du cannabis furent réalisées durant la moitié du XIXème siècle, et conclurent pour la plupart à l'innocuité de celui-ci [6]. L'usage abusif du cannabis ne commença à se produire qu'après 1950 en Europe, après quoi des législations entrèrent progressivement en

vigueur pour limiter la consommation.

#### 4.1.4 HALLUCINOGENES

Le LSD (acide lysergique), dérivé de l'ergot de seigle (champignon parasitaire des céréales) semble avoir déjà été utilisé 3000 ans avant JC en Chine et dans la civilisation aztèque [6]. Les champignons hallucinogènes et l'ergot de seigle furent beaucoup associés à des rites chamaniques et collectifs. On retrouve le LSD en France à la fin du Xème siècle, avec les premières épidémies «d'ergotisme » (gangrène des extrémités). C'est en 1918 que l'acide lysergique est isolé pour la première fois en laboratoire [6]. Nous devons les premières recherches extensives sur l'acide lysergique par Albert Hoffman en 1943. Le LSD fut utilisé durant les années 1950 en psychothérapie [6]. L'acide fut au centre de la révolution psychédélique des années 1960 aux USA et en Europe. Son utilisation a depuis lors drastiquement diminué. Notons un retour des études sur la psilocybine, principe actif des « champignons hallucinogènes », montrant des effets notables sur la dépression, de l'anxiété et de certains troubles psychiatriques. D'autres études en cours se concentrent sur l'acide lysergique (LSD) dans le cadre d'épisodes dépressifs majeurs.

#### 4.1.5 BENZODIAZEPINES

Le premier barbiturique, le barbital, fut synthétisé en 1903, et fut rapidement suivi du phénobarbital en 1912 [7]. A partir de 1935, furent synthétisés de nombreux barbituriques à élimination rapide dont la consommation abusive en comprimés mais également en injections prit rapidement de l'ampleur. La vague de consommation arrive en France début des années 1980. Les barbituriques durent dès lors très rapidement réglementés et classés dans le tableau des stupéfiants avant d'être retirés du marché. Le relais fut pris par les benzodiazépines, après les premières études cliniques en 1957, qui furent commercialisés dans les années 1960 et utilisés dans l'anxiété, la dépression, les troubles mentaux, l'éthylisme et l'épilepsie [7]. Cette classe de molécules devint rapidement la classe la plus utilisée mondialement. Aujourd'hui, 20 molécules différentes de benzodiazépines sont commercialisées en Belgique [8].

#### 4.1.6 STIMULANTS : AMPHÉTAMINES , ECSTASY, MDMA, ALPHA-PVP

L'éphédrine fut isolée en 1887 au Japon. C'est à partir de cette molécule que furent créées les amphétamines pour la première fois en 1931 [9]. La fameuse méthyl-amphétamine fut créée en Allemagne en 1938. Les amphétamines furent données à certains militaires durant la 2ème guerre mondiale pour stimuler leurs capacités et les maintenir en éveil ; et utilisées également comme sérum de vérité [9]. Les médecins les prescrivirent ensuite beaucoup comme coupe-faim (fin des

années 1960), avec occurrence d'épidémies d'agressivité et de violences associées [9]. Depuis lors, de nombreuses autres molécules de la même classe se sont développées, notamment la très consommée ecstasy ou MDMA (méthylène-dioxyde-méthanphétamine) et le méthylphénidate (Rilatine). D'autres amphétamines font l'objet d'une consommation plus récente. Citons d'abord la kétamine, utilisée en anesthésie, et qui est actuellement recommandée comme traitement de la dépression sévère en association à un ou deux antidépresseurs [10]. Notons aussi l'arrivée récente d'un des plus puissants psychostimulants, le dénommé « flakka » ou alpha-PVP (alpha-pyrrolidinovalérophénone, de la famille des cathénones) dans la consommation, dont la consommation semble prendre de plus en plus d'ampleur. Citons également que des études sont en cours pour évaluer l'effet de la MDMA dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique.

#### 4.1.7 CONCLUSION

Après avoir abordé l'historique des consommations de drogue, et leur lien étroit avec la médecine à travers l'histoire, il est nécessaire de passer en revue l'histoire de l'accueil des patients toxicomanes en Belgique, afin de comprendre la situation actuelle et de faire l'état des lieux de ses challenges.

## 4.2 HISTOIRE DE L'ACCUEIL DES USAGERS DE DROGUE EN BELGIQUE

C'est dans les années 1970 en Belgique que le débat autour de la consommation de drogue commence à s'intensifier [11], et la prescription de méthadone débute chez les médecins généralistes. Les débuts de la mise en place d'un traitement de substitution notamment par méthadone, en conséquence de cette prise de conscience, furent très mal perçus par le public de l'époque [12]. Avec l'arrivée de l'épidémie de HIV et l'évolution de l'opinion publique dans un sens de plus en plus anti-prohibitionniste, de nouvelles initiatives furent mises en place pour le traitement et la prise en charge des patients toxicomanes. Les structures de soin et d'aide se sont dès lors multipliées depuis les années 1980-90 ; en parallèle à l'augmentation de la préoccupation *médicale* (création de centres et structures d'aide et de soin, d'ASBL, etc.), *sociétale* (intérêt de la population, amoindrissement des stéréotypes, anti-prohibitionnisme...) et *étatique* (augmentation des financements et libération de fonds pour ce problème de santé publique). L'accès aux soins de première ligne et de bas seuil devient alors essentiel d'un point de vue social et de santé publique, avec la création de différentes structures spécialisées.

En 1983 eurent lieu les premières consultations du Projet Lama (accompagnement psychomédicosocial des toxicomanes en milieu urbain), et en 1990 les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (MASS) furent créées. Depuis 1992, la création du réseau Alto soutient les médecins généralistes qui désirent se former dans les TS et la prise en charge des patients usagers de drogue.

Le RESAD (Réseau pluridisciplinaire d'accompagnement et de soutien aux problématiques d'addictions) est né au début des années 1980, et rassemble des soignants intéressés par le soin aux patients toxicomanes, permettant d'éviter l'isolement des praticiens et soignants pour favoriser une meilleure prise en charge. Des structures gouvernementales et européennes furent également mises en place, comme Eurotox (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles), l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, et la FEDITO (Fédération bruxelloise et wallonne francophone des institutions pour toxicomanes). L'ASBL Transit fut inaugurée en 1995, pour l'accueil non médicalisé des usagers de drogue majeurs. Synergie 14 est un centre d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement pour les Mineurs Étrangers Non Accompagnés, et accueille beaucoup de jeunes en difficulté avec différentes substances.

Notons que de nouvelles structures SCMR (salles de consommation à moindre risque) commencent à voir le jour en Belgique après avoir déjà été mises en place depuis plusieurs années dans d'autres pays d'Europe. Il n'existe actuellement que deux salles : la « Saf-ti » à Liège en activité depuis 2018, et la « SCMR Gate » depuis 2022 à Bruxelles.

### 4.3 ÉPIDÉMIOLOGIE

Penchons-nous maintenant sur quelques chiffres, afin de comprendre l'importance et la diversité de la consommation de drogue en Belgique. L'enquête de santé 2018 de Sciensano [1] en Belgique dresse un état des lieux de l'état actuel de la consommation des différentes drogues au sein de la population belge. Le projet DrugVibes [13] de Sciensano interroge chaque année depuis 8 ans les consommateurs de drogues sur leur consommation.

	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-44 ans (%)
Cocaïne	1,5	2,6	0,4	1,8	3,7	2,0
Ecstasy	1,2	1,9	0,5	1,8	3,0	1,3
Opioides	0,6	0,6	0,7	0,4	0,7	1,1
Hallucinogènes	0,5	0,7	0,3	1,2	0,6	0,7
Amphétamines	0,4	0,8	0,01	0,5	1,0	0,5
Kétamine	0,4	0,7	0,1	1,5	0,6	0,3
NSP *	0,3	0,4	0,2	1,1	0,4	0,2
Métamphétamines	0,1	0,2	0,0	0,6	0,05	0,07
GBL/GHB	0,04	0,04	0,04	0,0	0,1	0,1
Héroïne	0,07	0,1	0,0	0,0	0,0	0,03
Crack	0,006	0,01	0,0	0,0	0,0	0,02

\* NSP=Nouvelles Substances Psychoactives

*Illustration 1: Pourcentage de la population de 15-64 ans qui a consommé une des substances dans la liste au cours des 12 derniers mois, Enquête de santé, Belgique 2018*

L'enquête 2018 de Sciensano montre que 0.6% de la population de 15-64 ans a consommé des

opiacés dans l'année écoulée, dont 0.07% d'*héroïne*. Selon cette même étude, 22.6% de la population belge de 15-64 ans a déjà consommé au moins une fois du *cannabis* dans sa vie (contre 30.2% à Bruxelles), et 7 % de cette population déclare une consommation dans l'année écoulée (12.4% à Bruxelles). Cette proportion n'a fait qu'augmenter de manière significative en 5 ans. Les consommateurs « intensifs » de cannabis (> 20 jours durant les 30 jours précédents) concernent 1.3% de la population belge. En ce qui concerne la *cocaïne*, 1.5% de la population belge déclare avoir consommé dans l'année écoulée. Ce chiffre est de 1.2% pour l'*ecstasy*/MDMA, de 0.5% pour les *hallucinogènes*, et de 0.4% pour la *kétamine*.

On constate que de manière générale **les hommes sont quatre fois plus consommateurs** que les femmes [14], et que **les jeunes consomment significativement plus** et que la consommation a tendance à diminuer après 35 ans.

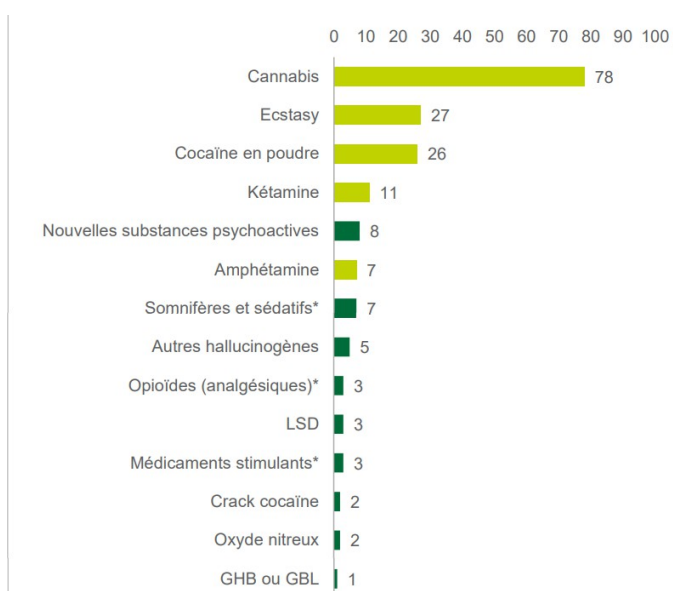


Illustration 2: Fréquence de la consommation de différentes substances au cours du dernier mois, enquête DrugVibes 2023.

Dans l'étude DrugVibes de 2023 [13] qui a interrogé 2618 personnes de 18-64 ans et qui ont déclaré avoir consommé au moins une drogue au cours du dernier mois, la drogue la plus utilisée reste le cannabis (78%), viennent ensuite l'ecstasy (27%), la cocaïne (26%), et la kétamine (8%).

Tous ces chiffres montrent bien que la **proportion de consommateurs de drogue est non négligeable** dans la population générale belge. Raison pour laquelle **les médecins et le milieu social s'en préoccupent de plus en plus, ainsi que les politiques.**

## 4.4 CONSÉQUENCES

Les conséquences de la consommation de drogue sont multiples. Elles influencent la santé individuelle, ainsi que celle des soignants ; ont des retombées sociales, et des conséquences en terme santé publique.

### 4.4.1 CONSÉQUENCES À L'ÉCHELLE DE L'INDIVIDU

Les consommateurs de drogue sont sujets à de nombreux problèmes de santé liés à leur

consommation, en fonction du mode de consommation et du type de drogue(s) utilisée(s), et qui évoluent au fur et à mesure que s'installe le cycle de dépendance.

D'un point de vue **physique** : perforations nasales, surinfections (nasales, sites d'injection), hépatiques, rénales, cardiaques (arythmie, hypertension), pulmonaires, neurologiques (épilepsie, trouble de l'attention et de la mémoire), anorexie et perte de poids, HIV et hépatite C chronique, décès par overdose ou complication liée à la consommation.

D'un point de vue **psychologique** : nervosité, angoisse, troubles de l'humeur, apathie, aboulie, anhédonie, dépression, tentative de suicide, troubles psychiatriques divers, psychose toxique (hallucinations, délire, sentiment de persécution, paranoïa, comportements hostiles voire violents)...

Au niveau **social**, les patients consommateurs de drogues sont sujets à l'isolement progressif, l'exclusion sociale (amis, famille), la perte de leur travail/formation (insertion professionnelle difficile), la perte de leurs droits au revenus (chômage, CPAS...), une couverture sociale déficiente (mutuelle, AMU), la précarité, parfois la prostitution, et **souvent le sans-abrisme**... S'il s'agit de jeunes, on remarque fréquemment des difficultés et échecs scolaires, avec parfois abandon de l'école ou de la formation.

#### 4.4.2 CONSÉQUENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET EN TERME DE SANTÉ PUBLIQUE

Les dommages sociaux liés à la consommation de drogue sont multiples : augmentation de la délinquance et la criminalité, tout en favorisant une économie souterraine et de trafics, augmentation de l'insécurité, et de la corruption. L'usage de drogues retient de plus en plus l'attention des pouvoirs publics pour de nombreuses raisons : « (...) *la drogue développerait l'immoralité, ferait perdre le goût du travail, ruinerait la santé physique et mentale des personnes, conduirait à la délinquance, causerait l'échec scolaire, détruirait les familles, aggraverait l'insécurité, propagerait des maladies, désagrègerait les banlieues, ferait prospérer la grande criminalité, déstabiliserait les démocraties (...)* » [15]. Ce qui motive beaucoup les politiques gouvernementales à prendre des mesures concernant l'usage de drogue est la propagation des maladies chroniques comme le HIV et l'hépatite C (et qui sont du ressort de la santé publique), le coût des infractions liées à la drogue (en particulier les atteintes aux biens et cambriolages, le vol à la tire et vol de voitures), les incarcérations, le coût des soins de santé (maladies chroniques, hospitalisations...), et celui des vies humaines.

Par exemple, aux Pays-bas en 1995, on estimait qu'un tiers des atteintes aux biens et la moitié des cambriolages étaient attribuables à des personnes toxicomanes [16]. Cette étude donna pour conclusion principale que « (...) *les meilleurs prédicateurs du volume de l'activité illégale étaient*

*l'usage signalé d'héroïne et de crack.* » [16].

La consommation de drogue illicites et médicaments psychoactives (de même que l'alcool et le tabac) est donc un problème **prioritaire de santé publique** [17]. Ses objectifs principaux sont la prévention, la détection et l'intervention précoce avec comme moyens d'action des offres d'aide y compris la réduction des risques, et la répression (la répression des consommateurs étant l'option de dernier recours).

#### 4.4.3 CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Une étude de 2008 ayant interrogé 194 médecins anglais travaillant en addictologie [18], a montré des conséquences psychologiques (**burnout, dépression, épuisement, anxiété, diminution du sentiment d'accomplissement personnel, dépersonnalisation**) chez 84% d'entre eux, un épuisement émotionnel sévère chez 33% des médecins, un taux de dépersonnalisation (détachement émotionnel, dissociation) de 17%, et 36% présentaient une sensation de baisse de l'accomplissement personnel dans ce travail. Ces chiffres sont très alarmants, et suggèrent que comparativement aux autres, **les soignants qui travaillent dans le secteur des addictions présentent une plus grande vulnérabilité aux problèmes psychologiques**, au burnout, à l'épuisement et à la perte de sens dans leur travail.

Ces résultats semblent majoritairement expliqués par les conditions de travail des médecins, ainsi que par le niveau de stress associé à ce type de pratique [18]. En outre, l'épuisement professionnel peut entraîner un climat de méfiance dans la relation médecin-patient, une perte de lien, avec le risque d'abandon de la relation ou de contrôle excessif des patients [19]. Les implications du burnout des médecins sont bien connues, et ont souvent pour conséquence une baisse de la qualité des soins [20].

Une étude américaine de 2002 ayant interrogé 144 médecins généralistes [21] a comparé le taux de satisfaction personnelle entre la prise en charge des addictions et celle de l'hypertension artérielle. **Les médecins déclaraient un taux de satisfaction à 30% pour la prise en charge des addictions, contre 76% pour la prise en charge de l'hypertension artérielle.** Cette étude a largement démontré que le taux de satisfaction des soignants dans la prise en charge des usagers de drogue est moindre que pour les autres problèmes de santé. Prendre en compte et intervenir sur la satisfaction des médecins addictologues devrait donc avoir une influence directe sur la qualité de la prise en charge des patients [21].

Par ailleurs en Belgique, de nombreux services de soin ont constaté une explosion des demandes d'aide en addictologie, menant à la création de listes d'attente [22]. L'enquête Eurotox/Fedito Bxl a

révélé une **augmentation des burnouts (dans presque de 7 services sur 10) et de l'absentéisme (8 services sur 10)** chez les travailleurs des services concernés [23]. Les raisons principales évoquées dans cette étude sont **le découragement et la perte de sens**, suite aux perturbations pratiques et logistiques liées à cette augmentation de demandes, et au sentiment de ne pas pouvoir y faire face correctement. Dans une étude américaine de 2010 [24], le turnover annuel chez les soignants en addictologie a été estimé entre 19% et 50% ! Ce taux a été estimé à 33,2% chez les conseillers et paramédicaux, tandis qu'il serait de 23,4% pour les cliniciens. Ce turnover serait principalement expliqué par un manque de satisfaction au travail et un manque de clarté dans ce qui est attendu des soignants, leur rôle étant parfois flou et souvent mal défini [25].

Le secteur se retrouve clairement en manque de moyens structurels et de financement et constate qu'« *Il n'est pas facile de constater une aggravation qualitative et quantitative des besoins d'aide et de ne pas pouvoir entièrement y faire face, tout en travaillant constamment sous pression.*» [22]. Si cette situation perdure, les conséquences en matière de qualité des soins se feront sentir probablement durant plusieurs années.

#### 4.4.4 CONCLUSION

D'abord, l'étendue des conséquences de l'usage problématique de drogues à l'échelle de l'individu convainquent aisément de la nécessité d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins pour ces patients. Ensuite, les conséquences socio-économiques et en terme de santé publique plaident efficacement en faveur de la nécessité d'augmenter les moyens financiers et structurels pour améliorer la qualité des soins prodigués aux usagers de drogue. Enfin, ces résultats concernant la santé des médecins généralistes qui travaillent dans le secteur des assuétudes indiquent qu'il est nécessaire d'effectuer des aménagement pour faciliter leur travail et améliorer la qualité des soins aux usagers.

## 5 REVUE DE LA LITTÉRATURE : LES OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUE

Après avoir fait le tour de la littérature existante, qui est d'ailleurs relativement récente, j'ai pu constater que beaucoup d'études identifient les obstacles rencontrés par les médecins, mais n'en évaluent jamais l'impact dans leur pratique de tous les jours. Il me semble pourtant important d'en évaluer l'importance pour savoir comment intervenir. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé d'interroger directement les soignants concernés, afin d'identifier les freins les plus importants, et

dans cette optique essayer de proposer des solutions pour favoriser le bien-être au travail des médecins et par conséquent directement améliorer la qualité des soins [26]. A travers les différents articles, portant sur la santé des médecins en addictologie, sur l'identification des facteurs qui contribuent au burn-out et au turnover des soignants dans cette discipline, j'ai pu identifier **les principaux freins** rencontrés dans le soin aux usagers de drogue par les médecins généralistes.

Tout d'abord, il existe un **manque de guidelines** [3][4][27] et de littérature disponible sur le sujet (qui est de préoccupation très récente, avec EBM en cours de développement) [3]. Les **formations manquent** [28], ainsi que les formations spécifiques durant le cursus de médecine [29], induisant un **défait de formation personnelle** [3][4][30][31][32]. Par ailleurs, certains freins sont liés aux caractéristiques spécifiques de la patientèle toxicomane. Notamment leurs **comorbidités psychiatriques** [33], leur **imprévisibilité** [30], leur difficulté pour respecter des horaires [4], ainsi que les **violences** physiques et/ou verbales possibles, les agressions et la peur pour sa santé physique et psychique [30][31]. Ces patients ont fréquemment tendance à mettre en échec les différentes solutions proposées par les soignants [3], et sont souvent **peu compliant** (manque d'observance thérapeutique [29]). Par ailleurs, les soignants craignent beaucoup le **mésusage** [31] et le risque d'**overdose** [34][29]. En ce qui concerne les risques médico-légaux liés à la prescription de psychotropes, les praticiens peuvent avoir peur d'**initier une dépendance** [34], du **deal** du traitement prescrit [31]; du fait de la **moindre confiance** éventuelle dans les dires des patient toxicomanes [3] (idée d'un risque de **mensonge ou manipulation** [29]). Par ailleurs, les médecins rencontrent parfois des **obstacles avec les pharmacies** (qui peuvent aller jusqu'à la rétention de traitement et le refus de délivrance) [35]. La prise en charge des usagers de drogue est inhérente à un **jugement moral** [3], et certains praticiens ressentent un **jugement** de leurs pairs, et de la **stigmatisation** envers leur statut de médecin prescripteur [29][35]. De plus, le degré de **stress** inhérent à ce type de pratique [34][4] entraîne un risque plus important de **burnout** [20] et d'**absentéisme** [3], et favorise le **turnover** des soignants [24] et le manque de collègues [4][34][36]. En addictologie, il est nécessaire de prendre le **temps** pour faire du bon travail. Ces contraintes temporelles [29][33][37] entraînent une grande **charge de travail** [30]. La médecine des assuétudes demande un **investissement** émotionnel [33] et personnel important [3] (rarement possible et source de **frustration**) [36]. Dans un autre registre, le manque de **ressources** financières [33] et **moyens structurels** [29] (lié aux politiques et au système de santé en général [28]), ainsi que de coordination des soins [3] favorise un **manque de support clinique** et institutionnel (avis, conseils) [3][29]. Les médecins ressentent un **déficit de structures spécialisées** et de réseaux de soin partenaires [29]: manque de place et temps d'attente très long [30] pour hospitaliser [3] (en

psychiatrie pour dépression/décompensation psychiatrique, ou pour cure de sevrage et post-cure), psychiatres et psychologues formés, patients envoyés aux urgences mal soignés et mal considérés. De tout ceci résulte un **manque de coordination** des soins [3][29], qui rend d'autant plus important la médecine de groupe ou en équipe [3], en terme de support émotionnel et psychosocial [33], comparativement à la médecine en cabinet. Le financement des consultations d'addictologie est aussi problématique, car peu de patients sont en ordre de mutuelle/AMU/CPAS, le praticien n'étant alors pas payé pour son travail [28][29], et il est ardu de le réorienter vers des structures partenaires [33] et hospitalisations [3]. Ensuite, est difficile d'aider à la stabilisation d'un patient usager de drogue qui vit dans la rue ; l'**accès au logement** étant d'ailleurs si peu adapté à l'importance du sans-abrisme parmi la patientèle. Citons également la « **compassion fatigue** » : les usagers de drogues ont fait souvent l'expérience de vécus douloureux ou traumatiques, que les médecins doivent également porter [28]; ainsi que la lenteur d'évolution des patients [3] et le peu de « guérisons » ou stabilisations (peu de satisfaction au travail [3][36], absence ou perte de sens [3] avec risque de burnout et turnover [36]).

Nous voyons bien que **les obstacles rencontrés par les médecins généralistes qui travaillent dans le secteur des assuétudes sont nombreux et variés, complexes et interdépendants**. Ils demandent une intervention majeure et rapide, sous peine de voir se détériorer la qualité des soins, avec toutes les conséquences que cela comporte, et que nous avons détaillées plus haut.

## 6 MATERIEL ET METHODES

### 6.1 OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Cette recherche a pour objectif de déterminer l'importance des différents obstacles rencontrés par les médecins généralistes qui soignent les patients usagers de drogue, afin d'élaborer une liste des principaux freins dans la pratique, permettant de réfléchir à des pistes pour améliorer la qualité des soins en favorisant le confort du travail des médecins généralistes.

### 6.2 QUESTIONS DE RECHERCHE

Ma recherche dans la littérature, mon vécu personnel et mes réflexions ont fait émaner trois questions de recherche principales :

- *Question 1* : quelle est l'ampleur et la place que prennent les obstacles identifiés dans la pratique quotidienne des médecins généralistes en addictologie ?
- *Question 2* : quelles sont les obstacles principaux ?

- *Question 3* : Quelles pistes d'amélioration des soins peuvent émaner des principaux obstacles identifiés ?

### **6.3 HYPOTHÈSES DE TRAVAIL**

- *Hypothèse 1* : De manière générale, les médecins généralistes ressentent un manque de ressources dans leur pratique avec les patients toxicomanes (de manière non exhaustive : financement, structures, collègues, turnover, partenaires de soin, temps).
- *Hypothèse 2* : Les médecins généralistes souffrent d'un manque de guidelines, de littérature, et de formations disponibles sur le sujet.
- *Hypothèse 3* : Les médecins généralistes rencontrent de nombreuses difficultés d'ordre « psychologiques » dans leur pratique de la médecine addictive : fatigue, épuisement, perte de sens, volet burnout, insatisfaction, sentiment d'impuissance et peu de valorisation du travail, etc.
- *Hypothèse 4* : Les considérations médico-légales sont un obstacle à la prescription et la prise en charge des patients usagers de drogue (mésusage, peur d'initier ou de maintenir une dépendance, d'alimenter un trafic, ou encore du risque d'overdose et de complications).

### **6.4 TYPE D'ÉTUDE ET POPULATION**

Pour tester ces hypothèses, j'ai réalisé une recherche bibliographique étendue, suite à laquelle j'ai réalisé une enquête quantitative transversale par questionnaire auprès des médecins généralistes belges francophones travaillant dans le secteur des addictions. Il me semblait également intéressant de demander directement aux médecins les pistes de solutions qu'ils envisagent pour améliorer leur pratique, j'ai donc ajouté une question ouverte à réponse courte facultative à la fin du questionnaire.

L'enquête avait d'abord été soumise par voie électronique au groupe d'éthique inter-universitaire pour la médecine générale (**GEIMG**) composé de trois membres, représentants UCL, ULB, ULiège. Les membres du GEIMG avaient décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée. Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été recueilli en début de questionnaire et l'anonymat des participants a été garanti par les méthodes de récolte et de tri des données utilisées.

## 6.5 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Ma recherche bibliographie s'est concentrée sur les études apportant des informations et conclusions sur les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des usagers de drogue. Il m'est rapidement apparu que ceux-ci sont principalement de quatre ordres (voir également mes hypothèses) : **le manque de ressources en général (financières, structurelles, accès à la deuxième ligne pour conseils et suivis), le manque de formations et de littérature, les difficultés psychologiques liées à ce type de pratique, et les risques médico-légaux.**

J'ai réalisé une recherche extensive dans de nombreuses **bases de données**: PubMed, UpToDate, Science Direct (Elsevier), Scopus, Dynamed, Embase, Cochrane, TripDataBase, Reasearchgate, BMC Primary Care. J'ai également cherché dans diverses **revues** : Minerva, Prescrire, le Journal du Médecin, la Revue de Médecine Générale, le New England Journal of Medicine. J'ai consulté les **sites** d'Eurotox, le Réseau Alto, la Fedito, modus Vivendi et bien d'autres. J'ai également consulté le **catalogue** Nadja asbl, qui est une base de données avec de la documentation sur les dépendances. J'ai trouvé peu d'articles dans les grandes bases de données. J'ai découvert la plupart des articles utiles à mon travail dans les **revues spécifiques** telles que (liste non-exhaustive) : Addiction Science and Clinical Practice, European Addiction Reasearch, Substance Abuse Journal, Substance Use & Misuse, Drug and Alcohol Dependance Journal, American Society of Addiction Medicine, Journal of Psychoactive Drugs...

J'ai consulté le Thesaurus pour définir les meilleurs termes possibles pour ma recherche en anglais (MeSH). Voici les principales recherches effectuées :

Concept 1		Concept 2		Concept 3
Obstacle	<i>AND</i>	General Practitioner(s)	<i>AND</i>	Substance abuse
<i>OR</i>		<i>OR</i>		<i>OR</i>
Hurdle	<i>AND</i>	Family doctor(s)	<i>AND</i>	Drug abuse
<i>OR</i>		<i>OR</i>		<i>OR</i>
Tiredness	<i>AND</i>	Family Physician(s)	<i>AND</i>	Drug user(s)
<i>OR</i>		<i>OR</i>		<i>OR</i>
Fatigue	<i>AND</i>	Family medicine	<i>AND</i>	Drug abuser(s)
<i>OR</i>		<i>OR</i>		<i>OR</i>
Exhaustion	<i>AND</i>	General practice	<i>AND</i>	Drug addict(s)
<i>OR</i>		<i>OR</i>		<i>OR</i>
Burnout	<i>AND</i>	Addictive medicine	<i>AND</i>	Drug dependance
<i>OR</i>		<i>OR</i>		<i>OR</i>
Barriers	<i>AND</i>	Misuse professionnal(s)	<i>AND</i>	Addictive medicine
<i>OR</i>		<i>OR</i>		<i>OR</i>
Challenges	<i>AND</i>	Family practitioner(s)	<i>AND</i>	Drug use disorder(s)

## 6.6 ÉTUDE QUANTITATIVE

### 6.6.1 POPULATION ÉTUDIÉE

Les **critères d'inclusion** à l'étude sont d'être médecin généraliste ou assistant en médecine générale en Belgique francophone, et de travailler régulièrement avec des patients usagers de drogue. Les **critères d'exclusion** sont les médecins généralistes inactifs, les médecins généralistes actifs mais qui ne travaillent pas régulièrement avec des usagers de drogue, les questionnaires incomplets, et l'absence de consentement au recueil et au traitement des données.

### 6.6.2 MÉTHODE DE RÉCOLTE DES DONNÉES

#### 6.6.2.1 Enquête par échelle de Likert

Définition : Une **échelle de Likert** est un outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus. Elle consiste en une ou plusieurs affirmations (énoncés ou items) pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord.

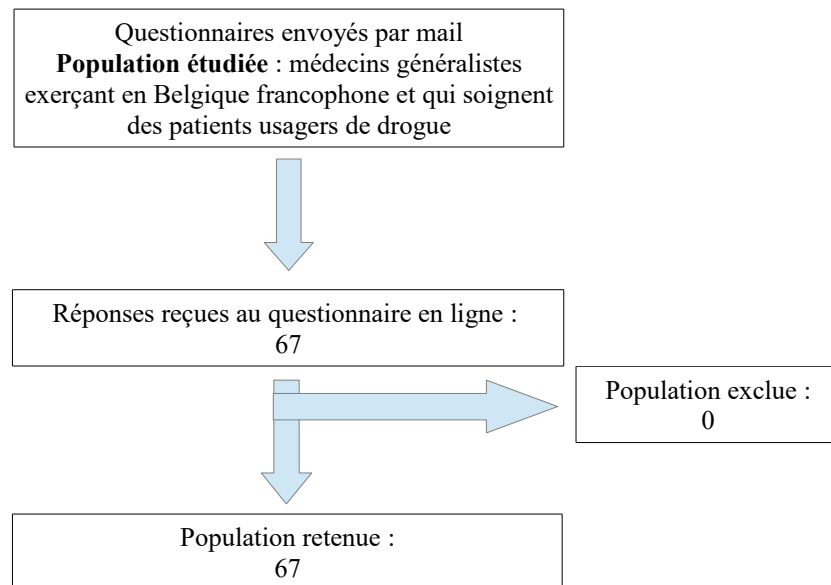
Après une **première partie** qui interrogeait les praticiens sur des données générales (caractéristiques socio-démographiques), une **seconde partie** évaluait l'ampleur de divers obstacles rencontrés dans leur pratique et comprenait 29 questions, posées sous forme d'affirmation (e.g.: « En tant que médecin généraliste travaillant avec des patients usagers de drogue, vous pensez que ces différents facteurs rendent votre pratique difficile au quotidien et influencent votre bien-être au travail : »). Les répondants devaient se positionner en répondant sur une échelle de Likert à 5 degrés, allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Une **troisième partie** concerne la question ouverte à réponse courte facultative (Annexe 3). Les questions de cette enquête ont été élaborées en fonction des hypothèses générées par l'analyse de la littérature.

Cette enquête anonyme via questionnaire en ligne Google Forms a été envoyée par voie électronique auprès de nombreuses associations, médecins généralistes, équipes de maisons médicales, etc. Ce questionnaire a également été envoyé à des médecins généralistes en région wallonne et bruxelloise, de pratiques diverses via diffusion au sein des cercles et des associations de médecins généralistes en Belgique francophone. Il est malheureusement impossible de déterminer le nombre de médecins généralistes ayant effectivement reçu le lien du questionnaire.

Ce questionnaire avait deux **objectifs** principaux :

- Évaluer l'importance des différents obstacles retrouvés dans la littérature et rencontrés par les médecins généralistes dans le soin aux patients usagers de drogue.

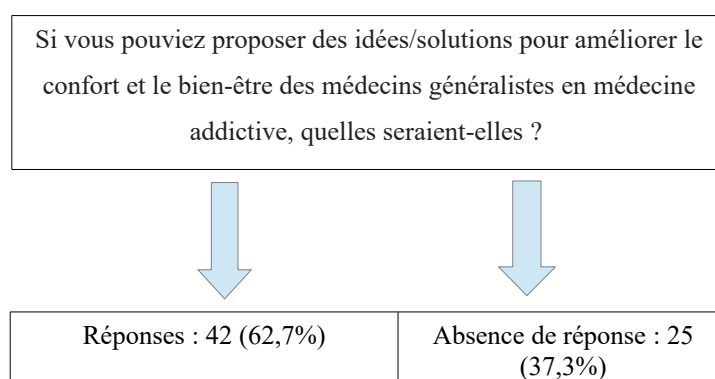
- En tirer des pistes possibles d'amélioration des soins en addictologie via l'augmentation du confort et bien-être des médecins généralistes.



Un total de 67 questionnaires ont été complétés, et **aucun formulaire n'a été rendu incomplet**. L'hypothèse qui sous-tend cette participation appliquée est que le travail avec des usagers de drogue constitue un travail social nécessitant une grande implication, et que les médecins généralistes seraient donc particulièrement enclins et motivés à aider à l'amélioration de leur pratique.

### 6.6.2.2 Question ouverte à réponse courte facultative

Cette trentième question était donc ouverte à réponse courte (QROC) et facultative. Il s'agissait de demander directement aux médecins généralistes des pistes d'amélioration de leur bien-être et confort au travail.



### 6.6.3 MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Une analyse statistique des données de l'enquête a été réalisée, avec illustration par tableaux et

graphiques. Une analyse thématique des données collectées a été réalisée pour les résultats de la question ouverte à réponse courte. Toutes ces données ont été interprétées et mises en parallèle avec les données de la littérature. Les résultats obtenus ont ensuite été discutés par rapport aux hypothèses de départ de ce travail.

## 7 RESULTATS

### 7.1 PREMIÈRE PARTIE : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Notre échantillon était composé de **67 médecins généralistes** exerçant régulièrement en Belgique francophone avec des patients usagers de drogue, et ayant donné leur accord au recueil, au traitement et à l'analyse des données récupérées via ce questionnaire pour la présente étude.

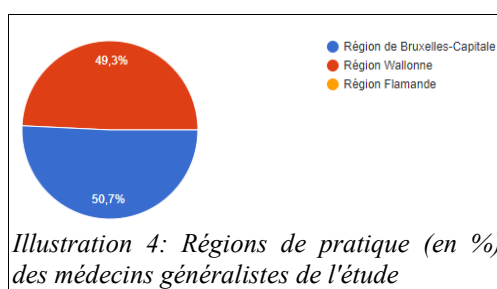
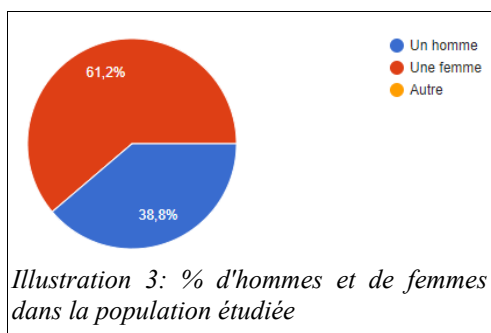
*Tableau 1 : Répartition des répondants en fonction du sexe, de l'âge, et de leurs années de pratique*

	Sexe		Age (années)				Années de pratique			
	H	F	< 30	31-39	40-60	> 60	0-5	6-10	11-20	> 20
<b>Valeur absolue</b>	26	41	30	12	14	11	40	3	2	22
<b>Pourcentage</b>	38.8%	61.2%	44.8%	17.9%	20.9%	16.4%	59.7%	4.5%	3.0%	32.8%

*Tableau 2 : Répartition des répondants en fonction de leur région, milieu et type de pratique*

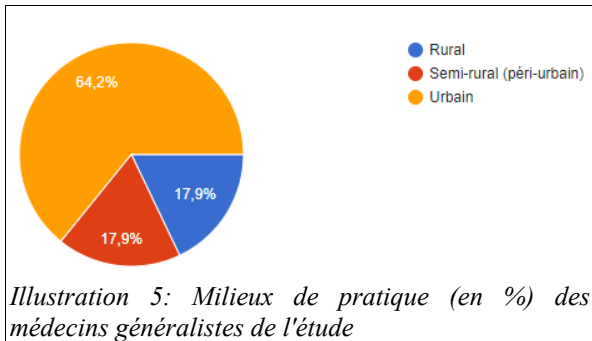
	Région		Milieu			Type de pratique		
	Bruxelles-Capitale	Wallonne	Rural	Semi-rural	Urbain	Solo	Groupe	Multidisciplinaire
<b>Valeur absolue</b>	34	33	12	12	43	13	16	38
<b>Pourcentage</b>	50.7%	49.3%	17.9%	17.9%	64.2%	19.4%	23.9%	56.7%

Solo : pratique solitaire de la médecine générale. Groupe : pratique de groupe monodisciplinaire entre médecins généralistes. Multidisciplinaire : pratique de groupe pluridisciplinaire (maison médicale, centre de soins, centre d'accueil, association, milieu carcéral, etc.) avec infirmiers, psychologues, assistants sociaux, etc.

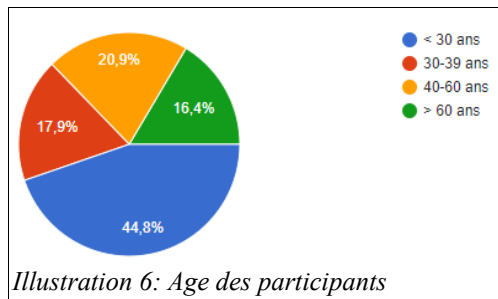


Dans les répondants, **61.2% sont des femmes**, **38.8% sont des hommes**, et 0% autres. Les personnes interrogées déclarent travailler à 50.7% en région de Bruxelles-Capitale, et 49.3% en région Wallonne.

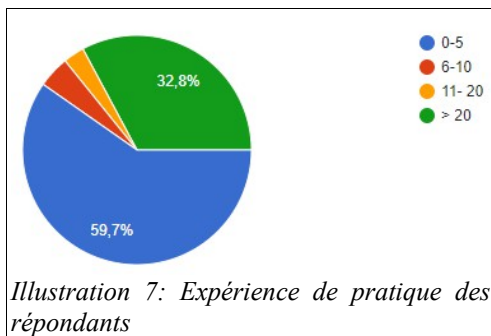
Parmi des répondants, **64.2% travaillent en milieu urbain**, 17.9% en milieu rural et 17.9% en milieu semi-rural.



Les médecins travaillent à 19.4% en pratique solitaire de la médecine générale, à 23.9% en pratique de groupe entre médecins généralistes, et **56.7% en pratique de groupe multidisciplinaire** (maison médicale, centre de soins, centre d'accueil, milieu carcéral, etc.).



La majorité des médecins généralistes qui travaillent dans le secteur des addictions ont **< 30 ans avec 44.8%**. 17.9% des médecins ont entre 30-39 ans, 20.9% ont entre 40 et 60 ans, et enfin 16.4 % ont > 60 ans.



En ce qui concerne l'expérience professionnelle, la majorité des répondants ont seulement **0-5 années d'expérience médicale (59.7%)**. Les catégories 6-10 (4.5%) et 11-20 (3%) années sont pratiquement insignifiantes. Les médecins ayant > 20 ans d'expérience sont représentés à raison de 32.8%.

**26 hommes (38,8%)** ont répondu au questionnaire :

- 17 travaillent en *région wallonne* : 4 ont plus que 60 ans, 6 ont entre 40-60 ans, 4 entre 30-39 ans, et 3 ont < 30 ans.
  - 6 en milieu semi-rural :
    - 3 en pratique de groupe entre médecins généralistes (monodisciplinaire)
    - 3 en pratique de groupe multidisciplinaire
  - 5 en milieu rural :

- 1 en pratique solo de médecine générale
- 2 en pratique de groupe entre médecins généralistes (monodisciplinaire)
- 2 en pratique de groupe multidisciplinaire
- 6 travaillent en milieu urbain :
  - 3 en pratique solo de médecine générale
  - 3 en pratique de groupe multidisciplinaire
- 9 travaillent en *région bruxelloise* : 5 ont > 60 ans, 1 entre 40-60 ans, 1 entre 30-39 ans, et 2 < 30 ans
  - 9 en milieu urbain :
    - 2 en pratique de groupe entre médecins généralistes (monodisciplinaire)
    - 7 en pratique de groupe multidisciplinaire

**41 femmes (61,2%)** ont répondu aux questionnaire :

- 16 travaillent en *région wallonne* : 1 ont plus que 60 ans, 4 ont entre 40-60 ans, 3 entre 30-39 ans, et 8 ont < 30 ans.
  - 6 en milieu semi-rural :
    - 3 en pratique de groupe entre médecins généralistes (monodisciplinaire)
    - 3 en pratique de groupe multidisciplinaire
  - 6 en milieu rural :
    - 2 en pratique solo de médecine générale
    - 1 en pratique de groupe entre médecins généralistes (monodisciplinaire)
    - 3 en pratique de groupe multidisciplinaire
  - 4 travaillent en milieu urbain :
    - 1 en pratique solo de médecine générale
    - 3 en pratique de groupe multidisciplinaire
- 25 travaillent en *région bruxelloise* : 1 ont > 60 ans, 3 entre 40-60 ans, 4 entre 30-39 ans, et 17 < 30 ans
  - 25 en milieu urbain :
    - 3 en pratique solo de médecine générale
    - 6 en pratique de groupe entre médecins généralistes (monodisciplinaire)
    - 16 en pratique de groupe multidisciplinaire

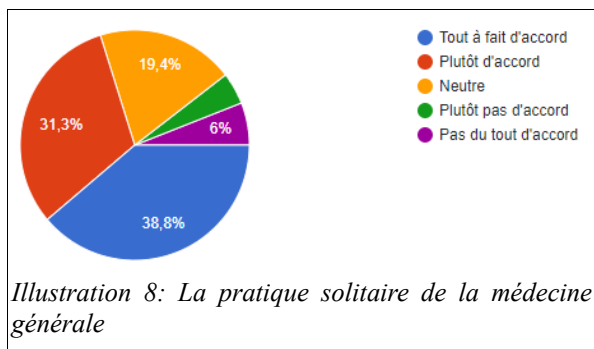
En **résumé**, il semble que :

- La majorité des médecins soignant les usagers de drogue sont des femmes (61.2%). Il ne faut cependant pas perdre de vue le biais que les femmes pourraient avoir une plus grande tendance à répondre aux questionnaires que les hommes.
- La majorité des médecins en addictologie se situent en milieu urbain (64.2%). Il est également possible que mon échantillonnage se situe principalement en milieu urbain et fausse donc cette statistique.
- La très grande majorité des répondants travaillent en pratique de groupe multidisciplinaire (56.7%).
- La grande majorité des travailleurs dans le milieu des addictions ont moins de 30 ans (44.8%).
- La très grande majorité des travailleurs en question ont 0-5 années d'expérience (59.7%).

## 7.2 DEUXIÈME PARTIE : DONNÉES DU QUESTIONNAIRE

Le nombre de répondant a été indiqué entre parenthèses après les pourcentages.

### 7.2.1 PRATIQUE SOLITAIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

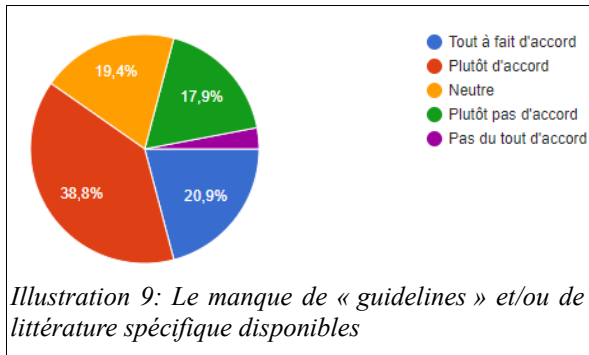


Comme le montre l'illustration ci-contre, 70,1% (47) des répondants étaient d'accord que la pratique solitaire de la médecine générale est un obstacle en médecine addictive, alors que seulement 10,5% (7) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**70.1% sont d'accord >> 10.5% ne sont pas d'accord**

**19.4% sont indifférents à la question**

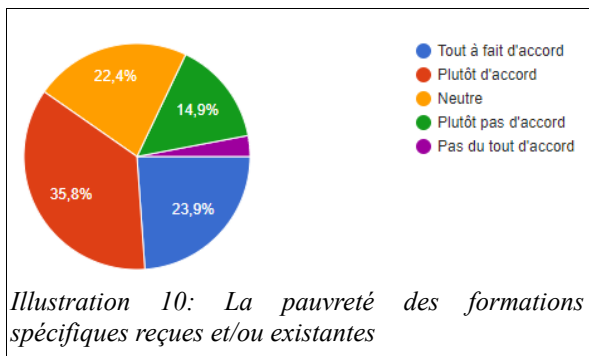
### 7.2.2 Le manque de « guidelines » et/ou de littérature spécifique disponibles



59,7% (40) des répondants étaient d'accord avec l'affirmation qu'il existe un manque de guidelines et de littérature spécifique, et seulement 22,7% (15) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**59.7% sont d'accord >< 22.7% ne sont pas d'accord**  
**19.4% sont indifférents à la question**

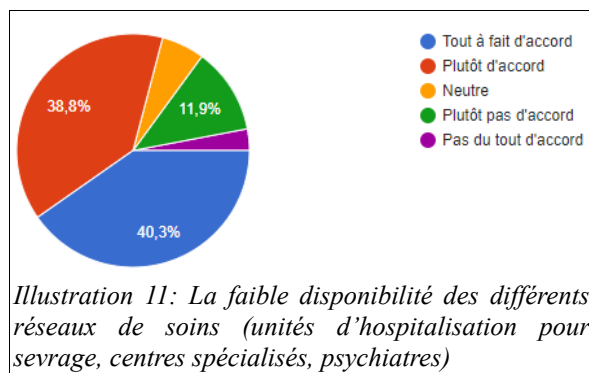
### 7.2.3 La pauvreté des formations spécifiques reçues et/ou existantes



59,7% (40) des répondants étaient d'accord qu'il existe peu de formations sur le sujet et qu'ils en ont peu reçu, et seulement 17,9% (12) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**59.7% sont d'accord >< 17.9% ne sont pas d'accord**  
**22.4% sont indifférents à la question**

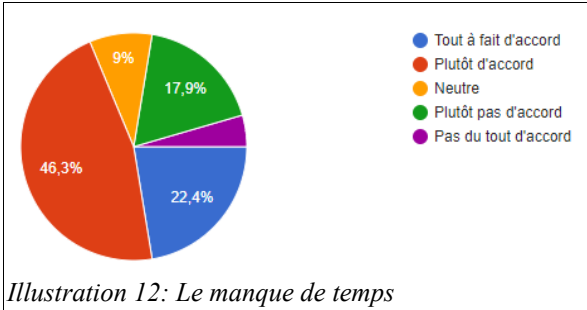
### 7.2.4 La faible disponibilité des différents réseaux de soins (unités d'hospitalisation pour sevrage, centres spécialisés, psychiatres)



78,8% (53) des répondants étaient d'accord avec le fait que les structures de soin partenaires sont trop peu disponibles, et seulement 14,9% (10) n'étaient pas d'accord avec cela.

**78.8% sont d'accord >> 14.9% ne sont pas d'accord**  
**6% sont indifférents à la question**

### 7.2.5 Le manque de temps

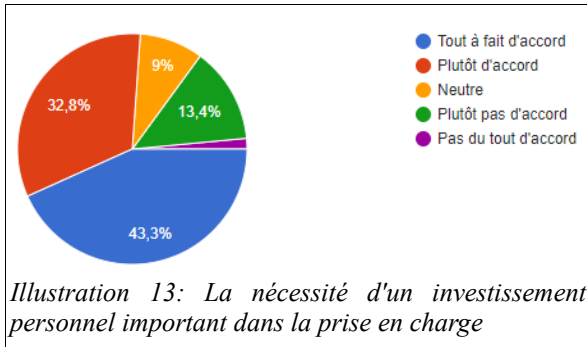


68,3% (46) des répondants étaient d'accord avec le fait qu'il leur manque du temps dans la pratique des soins aux patients usagers de drogue, alors que seulement 22,4% (15) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

Illustration 12: Le manque de temps

**68.3% sont d'accord >> 22.4% ne sont pas d'accord**  
**9% sont indifférents à la question**

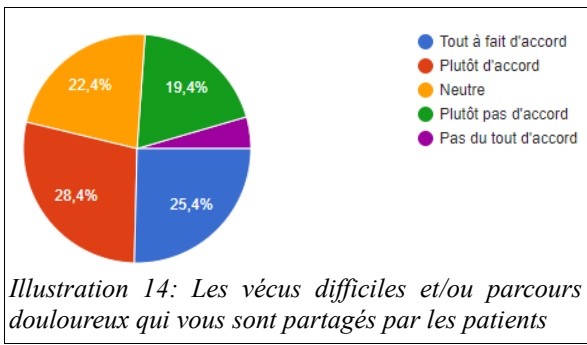
### 7.2.6 La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge



66,2% (51) des répondants pensaient qu'il faut déployer un investissement personnel important dans la prise en charge des usagers de drogue, et seulement 14,9% (10) n'étaient pas d'accord.

Illustration 13: La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge

**76.2% sont d'accord >> 14.9% ne sont pas d'accord**  
**9% sont indifférents à la question**



### 7.2.7 Les vécus difficiles et/ou parcours douloureux qui vous sont partagés par les patients

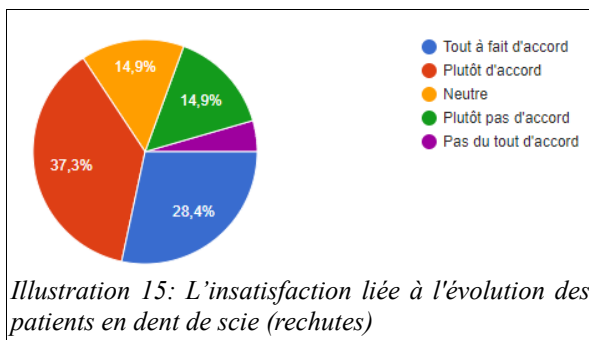
47,8% (36) des répondants étaient d'accord que les vécus et parcours douloureux partagés par les patients rendent difficile la prise en charge des patients usagers de drogue, et seulement 23,9% (16)

Illustration 14: Les vécus difficiles et/ou parcours douloureux qui vous sont partagés par les patients

n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**47.8% sont d'accord >< 23.9% ne sont pas d'accord**  
**22.4% sont indifférents à la question**

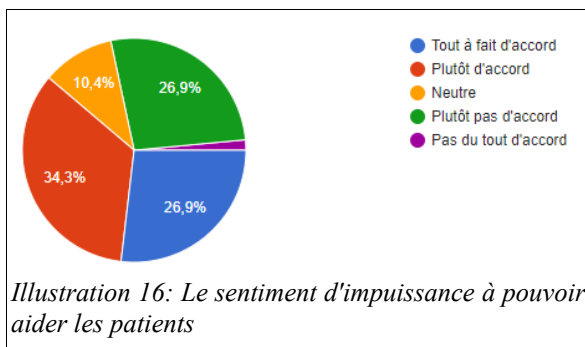
### 7.2.8 L'insatisfaction liée à l'évolution des patients en dent de scie (rechutes)



65,7% (44) des répondants ressentait de l'insatisfaction quant à l'évolution particulière des patients usagers de drogue, et seulement 19,4% (13) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**65.7% sont d'accord >< 19.4% ne sont pas d'accord**  
**14.9% sont indifférents à la question**

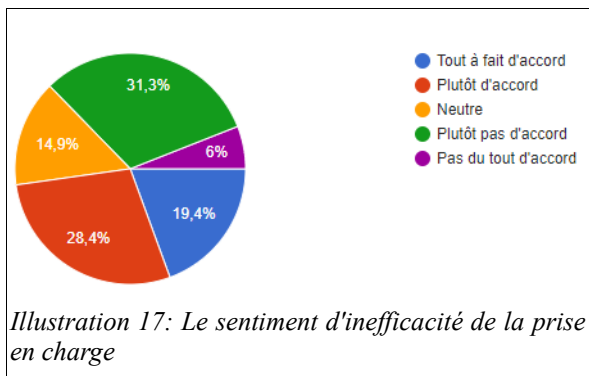
### 7.2.9 Le sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients



61,2% (41) des répondants étaient d'accord avec le fait qu'ils ressentent un sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients et que cela est un frein à leur pratique, et seulement 28,4% (19) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**61.2% sont d'accord >< 28.4% ne sont pas d'accord**  
**10.4% sont indifférents à la question**

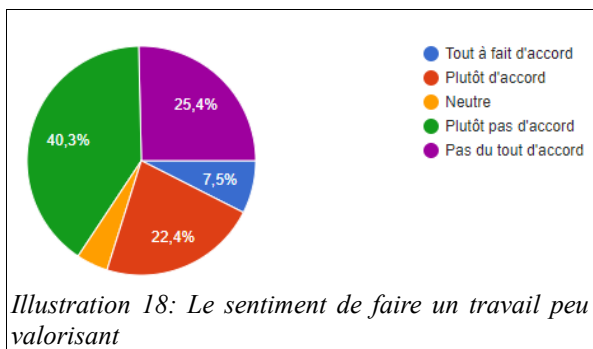
### 7.2.10 Le sentiment d'inefficacité de la prise en charge



47,8% (32) des répondants étaient d'accord et considèrent le sentiment d'inefficacité de la prise en charge des patients toxicomanes comme un frein à leur pratique, alors que 37,3% (25) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**47.8% sont d'accord >< 37.3% ne sont pas d'accord**  
**14.9% sont indifférents à la question**

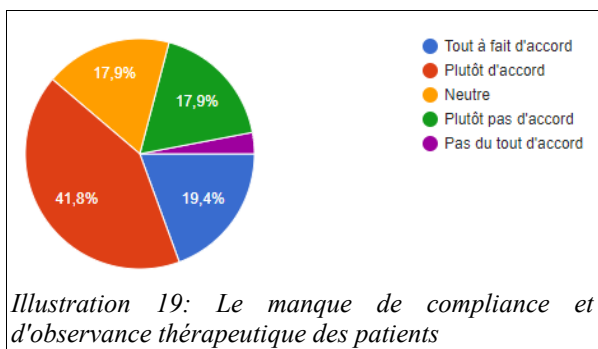
### 7.2.11 Le sentiment de faire un travail peu valorisant



Seulement 29,9% (20) des répondants étaient d'accord avec l'affirmation que le sentiment de faire un travail peu valorisant est un obstacle à leur bien-être au travail, et 65,7% (44) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**29.9% sont d'accord >< 65.7% ne sont pas d'accord**  
**4.5% sont indifférents à la question**

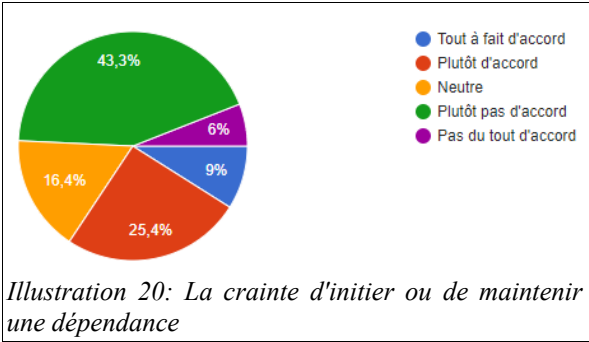
### 7.2.12 Le manque de compliance et d'observance thérapeutique des patients



61,2% (41) des répondants étaient d'accord que le manque de compliance rend leur pratique avec des patients usagers de drogue difficile, et seulement 20,9% (14) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**61.2% sont d'accord >< 20.9% ne sont pas d'accord**  
**17.9% sont indifférents à la question**

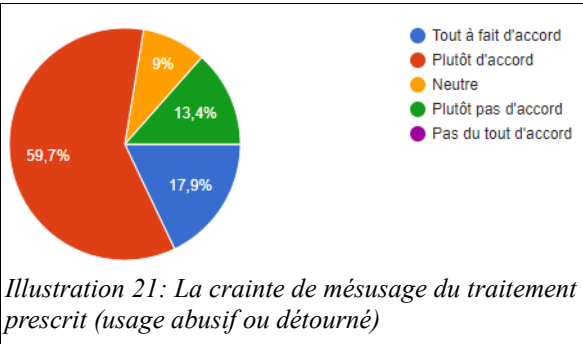
7.2.13 La crainte d'initier ou de maintenir une dépendance



Seulement 34,4% (23) des répondants étaient d'accord que la crainte d'initier ou de maintenir une dépendance est un obstacle à leur pratique, alors que 49,3% (33) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**34.4% sont d'accord >< 49.3% ne sont pas d'accord**  
**16.4% sont indifférents à la question**

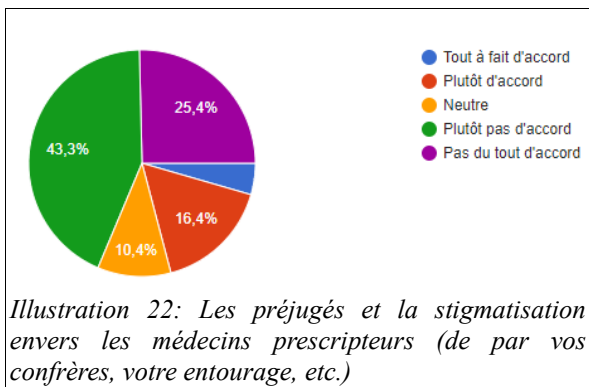
7.2.14 La crainte de mésusage du traitement prescrit (usage abusif ou détourné)



77,6% (52) des répondants étaient d'accord que la crainte de mésusage est un obstacle à leur pratique, alors que seulement 13,4% (9) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**77.6% sont d'accord >< 13.4% ne sont pas d'accord**  
**9% sont indifférents à la question**

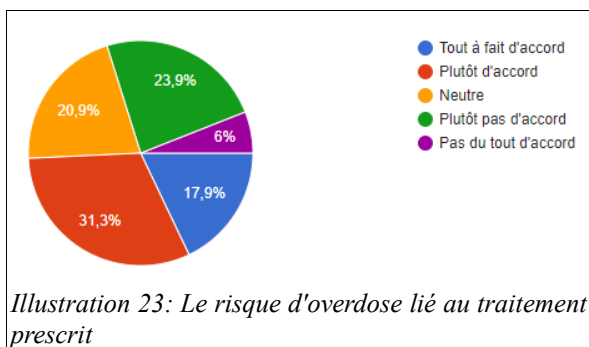
### 7.2.15 Les préjugés et la stigmatisation envers les médecins prescripteurs (de par vos confrères, votre entourage, etc.)



Seulement 20,9% (14) des répondants étaient d'accord que les préjugés et la stigmatisation influencent leur pratique et la rendent plus difficile au quotidien, alors que 68,7% (46) ne le pensait pas.

**20.9% sont d'accord >> 68.7% ne sont pas d'accord**  
**10.4% sont indifférents à la question**

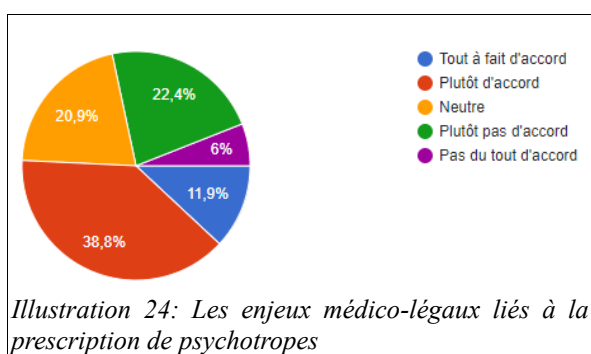
### 7.2.16 Le risque d'overdose lié au traitement prescrit



49,2% (33) des répondants étaient d'accord que le risque d'overdose rend leur pratique plus difficile, alors que 29,9% (20) ne le pensaient pas.

**49.2% sont d'accord >> 29.9% ne sont pas d'accord**  
**20.9% sont indifférents à la question**

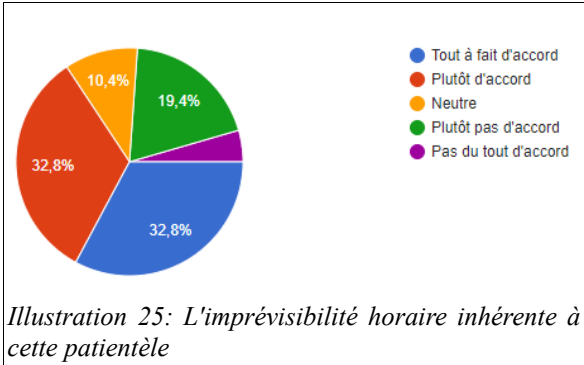
### 7.2.17 Les enjeux médico-légaux liés à la prescription de psychotropes



50,7% (34) des répondants étaient d'accord avec le fait que les enjeux médico-légaux liés à la prescription de psychotropes sont un frein dans leur travail, alors que 28,4% (19) n'étaient pas d'accord.

**50.7% sont d'accord >< 28.4% ne sont pas d'accord**  
**20.9% sont indifférents à la question**

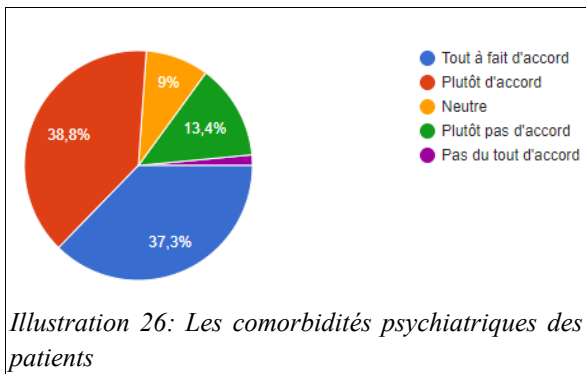
### 7.2.18 L'imprévisibilité horaire inhérente à cette patientèle



65,6% (44) des répondants étaient d'accord que l'imprévisibilité horaire est une barrière dans le travail avec des patients toxicomanes, alors que 23,9% (16) n'étaient pas d'accord.

**65.6% sont d'accord >< 23.9% ne sont pas d'accord**  
**10.4% sont indifférents à la question**

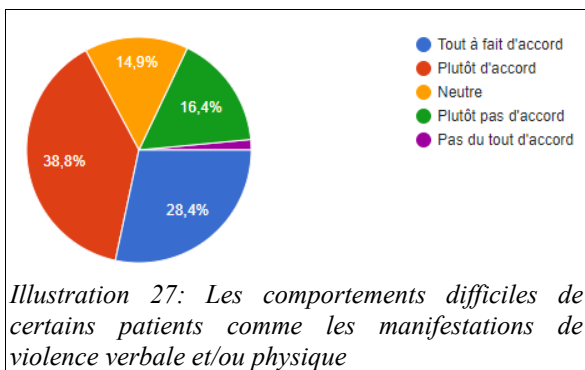
### 7.2.19 Les comorbidités psychiatriques des patients



76,1% (51) des répondants étaient d'accord avec le fait que les comorbidités psychiatriques des patients sont un frein dans leur pratique, alors que 14,9% (10) n'étaient pas d'accord.

**76.1% sont d'accord >< 14.9% ne sont pas d'accord**  
**9% sont indifférents à la question**

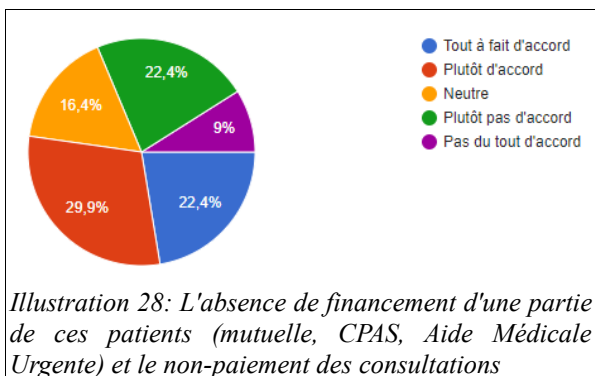
### 7.2.20 Les comportements difficiles de certains patients comme les manifestations de violence verbale et/ou physique



67% (45) des répondants étaient d'accord avec le fait que les comportements difficiles des patients comme la violence verbale et physique rendent leur pratique plus difficile, alors que 17,9% (12) ne le pensaient pas.

**67% sont d'accord >< 17,9% ne sont pas d'accord**  
**14,9% sont indifférents à la question**

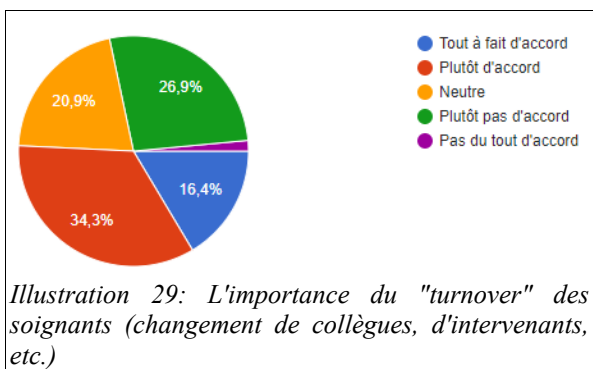
### 7.2.21 L'absence de financement d'une partie de ces patients (mutuelle, CPAS, Aide Médicale Urgente) et le non-paiement des consultations



52,3% (35) des répondants étaient d'accord que l'absence de financement d'une partie des patients usagers de drogue contrarie leur pratique, alors que 38,8% (24) n'étaient pas d'accord avec cette affirmation.

**52,3% sont d'accord >< 38,8% ne sont pas d'accord**  
**16,4% sont indifférents à la question**

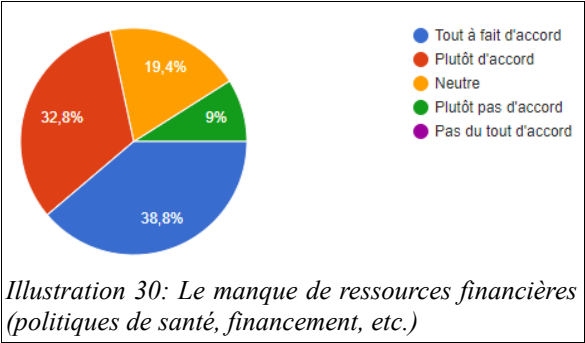
### 7.2.22 L'importance du « turnover » des soignants



57,3% (34) des répondants étaient d'accord que le turnover des soignants rend leur pratique plus compliquée, alors que 27,9% (19) n'étaient pas d'accord.

**57.3% sont d'accord >< 27.9% ne sont pas d'accord**  
**20.9% sont indifférents à la question**

**7.2.23 Le manque de ressources financières (politiques de santé, financement)**



71,6% (48) des répondants étaient d'accord avec le fait que le manque de ressources financière est un obstacle à leur pratique, alors que seulement 9% (6) n'étaient pas d'accord.

**71.6% sont d'accord >< 9% ne sont pas d'accord**  
**19.4% sont indifférents à la question**

**7.3 Exposition des résultats par ordre d'importance**

*Tableau 3: obstacles analysés dans les questionnaire, en fonction du pourcentage d'accord avec l'affirmation*

	<b>Obstacle analysé</b>	<b>% d'accord avec l'affirmation</b>
1	4. La faible disponibilité des différents réseaux de soins (unités d'hospitalisation pour sevrage, centres spécialisés, psychiatres)	78.8%
2	14. La crainte de mésusage du traitement prescrit (usage abusif ou détourné)	77.6%
3	6. La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge	76.2%
4	19. Les comorbidités psychiatriques des patients	73.1%
5	23. Le manque de ressources financières (politiques de santé, financement, etc.)	71.6%
6	1. Pratique solitaire de la médecine générale	70.1%
7	5. Le manque de temps	68.3%
8	20. Les comportements difficiles de certains patients comme les manifestations de violence verbale et/ou physique	67.1%
9	8. L'insatisfaction liée à l'évolution des patients en dent de scie	65.7%

	(rechutes)	
10	18. L'imprévisibilité horaire inhérente à cette patientèle	65.7%
11	12. Le manque de compliance et d'observance thérapeutique des patients	61.2%
12	9. Le sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients	61.2%
13	2. Le manque de « guidelines » et/ou de littérature spécifique disponibles	59.7%
14	3. La pauvreté des formations spécifiques reçues et/ou existantes	59.7%
15	22. L'importance du "turnover" des soignants (changement de collègues, d'intervenants, etc.)	57.3%
16	21. L'absence de financement d'une partie de ces patients (mutuelle, CPAS, Aide Médicale Urgente) et le non-paiement des consultations	52.3%
17	17. Les enjeux médico-légaux liés à la prescription de psychotropes	50.7%
18	16. Le risque d'overdose lié au traitement prescrit	49.2%
19	10. Le sentiment d'inefficacité de la prise en charge	47.8%
20	7. Les vécus difficiles et/ou parcours douloureux qui vous sont partagés par les patients	47.8%
21	13. La crainte d'initier ou de maintenir une dépendance	34.4%
22	11. Le sentiment de faire un travail peu valorisant	29.9%
23	15. Les préjugés et la stigmatisation envers les médecins prescripteurs (de par vos confrères, votre entourage, etc.)	20.9

*Légende du tableau : pourcentage d'accord avec l'affirmation, classé du plus haut pourcentage au plus bas (tranches visuelles de > 60% d'accord, 40-60% d'accord, et < 40% d'accord avec l'affirmation).*

## **7.4 TROISIÈME PARTIE**

Il s'agit d'une question ouverte à réponse courte (QROC) facultative, que voici :

*« Si vous pouviez proposer des idées/solutions pour améliorer le confort et le bien-être des médecins généralistes en médecine addictive, quelles seraient-elles ? »*

Malgré le fait que cette question soit facultative, **62.7% des médecins** (soit 42 médecins sur 67) ont répondu à cette question. La **liste** exhaustive de leurs réponses (fautes d'orthographe corrigées) se trouve en annexe (Annexe 3).

## 8 DISCUSSION

### 8.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS

#### 8.1.1 ANALYSE EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Nous l'avons exposé dans nos résultats ci-dessus, la majorité des répondants étaient des femmes. Ceci peut être expliqué par le fait que de manière générale, on retrouve plus de femmes dans le travail social [38], que de plus en plus de jeunes médecins sont des femmes [39], et que celles-ci ont peut-être une plus grande tendance à répondre aux questionnaires. Ceci semble concorder avec les échantillons des études qualitatives retrouvées dans la littérature [34][37]. D'autre part, la plus grande partie des répondants travaillaient en milieu urbain (64,2%). Ceci est à mettre en relation avec le fait qu'il a été démontré une plus grande prévalence de la consommation de drogues dans les villes [1], et que la plupart des structures spécialisées s'y trouvent [1]. De plus, la concentration de médecins généralistes est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural [39], ce qui pourrait expliquer cette statistique également. Par ailleurs, la très grande majorité des répondants travaillent en pratique de groupe multidisciplinaire (56,7%), ce qui semble plaider en faveur de l'importance du travail en réseau mis en place dans le contexte du soin aux patients toxicomanes. Enfin, la majorité des travailleurs du secteur des addictions ont < 30 ans (44,8%) ; en résulte le fait que la très grande majorité des travailleurs en question ont 0-5 années d'expérience (59,7%). Ces chiffres semblent coïncider avec les données de la littérature [37]. La jeunesse des travailleurs dans le milieu des assuétudes pourrait être expliquée par une plus grande motivation et énergie disponible en début de carrière. Le degré de motivation pourrait donc expliquer le haut taux de réponse à l'enquête. Le besoin d'une grande implication et d'un grand investissement nécessaire au travail dans le secteur des assuétudes pourrait également ne pas être compatible avec une vie de famille. Cette constatation pourrait expliquer le haut taux de turnover dans le secteur, de par la difficulté de travailler avec des patients toxicomanes, et le manque de préparation et de formation personnelle ressenti par les jeunes médecins.

#### 8.1.2 LES OBSTACLES PRINCIPAUX POINTÉS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Plusieurs questions obtenaient un haut degré d'accord et sont citées dans la littérature comme influençant grandement la pratique des médecins généralistes avec les usagers de drogue au quotidien (dans l'ordre d'importance) :

1. La faible disponibilité des différents réseaux de soins partenaires (**78,8%**).
2. La crainte de mésusage du traitement prescrit (**77,6%**).

3. La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge **(76,2%)**.
4. Les comorbidités psychiatriques des patients **(73,2%)**.
5. Le manque de ressources financières **(71,6%)**.
6. La pratique solitaire de la médecine générale **(70,1%)**.
7. Le manque de temps **(68,3%)**.
8. Les comportements difficiles de certains patients comme les manifestations de violence verbale et/ou physique **(67,1%)**.
9. L'insatisfaction liée à l'évolution des patients en dent de scie **(65,7%)**.
10. L'imprévisibilité horaire inhérente à cette patientèle **(65,7%)**.

Nous pouvons mettre ces résultats en rapport avec les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon. En effet, il est logique que la population des médecins généralistes qui travaille dans les assuétudes, et qui rappelons-le est très jeune avec peu d'années d'expérience, ressente la nécessité de soutien clinique, et donc la faible disponibilité des réseaux partenaires. Le manque d'expérience pourrait également favoriser la crainte de mésusage, et le besoin de travailler dans des structures pluridisciplinaires et/ou avec des contacts avec la deuxième ligne pour bénéficier de conseils cliniques. Il est également possible que les jeunes médecins s'investissent un peu plus dans la relation thérapeutique, et ressentent donc plus facilement le poids du temps et de l'investissement nécessaire à la pratique. Par ailleurs, une moindre expérience et formation en gestion de la violence pourrait expliquer le fait que les médecins ressentent comme un frein les comportements difficiles de certains patients et leurs comorbidités psychiatriques. L'évolution lente et variable des patients en addictologie, ainsi que leurs comorbidités psychiatriques et les violences qui y sont parfois associées, pourraient également être générateurs de découragement et de fatigue chez les soignants, et contribuer au turnover important dans le secteur. Ceci pourrait aussi expliquer la moindre prévalence des médecins plus âgés en addictologie.

### 8.1.3 LES OBSTACLES QUE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SEMBLent CONSIDÉRER COMME LES MOINS IMPORTANTS

Ils sont le moins d'accord avec ces obstacles, qui affectent le moins leur pratique :

1. La crainte d'initier ou de maintenir une dépendance : seulement **34.4%** des interrogés sont d'accord.
2. Le sentiment de faire un travail peu valorisant : seulement **29.9%** des interrogés sont

d'accord.

3. Les préjugés et la stigmatisation envers les médecins prescripteurs (de par vos confrères, votre entourage, etc.) : seulement **20.9%** des interrogés sont d'accord.

D'abord, seulement un tiers des médecins indique craindre d'initier ou maintenir une dépendance chez les patients. Ce résultat est probablement expliqué par l'abondance de la littérature sur les bénéfices des traitements de substitution et la réduction des risques. Cela est néanmoins contrasté par le fait que dans notre questionnaire, quand même un médecin sur deux considérait la prise en charge des patients avec un sentiment d'inefficacité.

Ensuite, ces résultats indiquent que seulement un tiers des médecins ont l'impression de faire un travail peu valorisant, et que cette question les préoccupe de manière importante (seulement 4,5% ont répondu « neutre » à cette question). Étonnamment, cette donnée contraste avec les données de notre revue de la littérature, dans laquelle de nombreuses sources citaient le manque de sentiment de valorisation au travail avec des usagers de drogue. Cela contraste également avec les résultats obtenus à certaines autres questions de l'enquête, notamment le sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients (ressenti par 61,2% des médecins), le sentiment d'inefficacité de la prise en charge ressenti par pratiquement un praticien sur deux (48,8% des répondants), et l'insatisfaction à l'évolution des patients en dents de scie (65,7%). Cela signifierait que la majorité des soignants se sentent valorisés dans leur travail, tout en présentant parfois un sentiment d'impuissance à les aider et une insatisfaction quant à leur évolution. Il est possible que la satisfaction de voir quelques évolutions positives de patients compenseraient l'insatisfaction et l'impuissance à aider les autres patients, ou que le travail en équipe et la discussion autour des cas cliniques puisse donner un sentiment d'évolution et de recul nécessaire pour conserver le lien thérapeutique avec les patients qui évoluent peu. Ceci pourrait être donc en lien avec l'importance donnée par les médecins au travail en équipe, et aux supervisions cliniques (développées dans la partie discussion du QROC).

Enfin, les préjugés et la stigmatisation des médecins prescripteurs de psychotropes ne semblait concerner qu'un cinquième des médecins répondants à l'enquête, ce qui semble entériner le peu de ressources citant la stigmatisation comme un frein à la pratique, et correspondre aux données du QROC puisque seulement 6 personnes (sur 47) ont parlé de l'importance de lutter contre la stigmatisation.

#### 8.1.4 LES OBSTACLES AU SUJET DESQUELS LES MÉDECINS ONT LE PLUS D'AVIS

En analysant les réponses du questionnaire, il est apparu que certaines questions présentaient plus d'accord ou de désaccord, avec moins de neutralité. Certaines questions semblaient donc plus

concerner les médecins que d'autres (moins d'indifférence, le moins de médecins ayant répondu « neutre » à la question). Il m'a semblé intéressant de s'arrêter sur la question et d'analyser ces questions.

*Tableau 4 : pourcentage d'indifférence à la question en fonction de l'obstacle analysé, en ordre croissant*

	<b>Obstacle analysé</b>	<b>% d'indifférence à l'affirmation</b>
<b>1</b>	17. Le sentiment de faire un travail peu valorisant	4.5%
<b>2</b>	10. La faible disponibilité des différents réseaux de soins (unités d'hospitalisation pour sevrage, centres spécialisés, psychiatres)	6%
<b>3</b>	19. La crainte de mésusage du traitement prescrit (usage abusif ou détourné)	9%
<b>4</b>	11. Le manque de temps	9%
<b>5</b>	12. La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge	9%

Les répondants ont le plus d'avis, et semblent le plus concernés par l'affirmation que leur travail est peu valorisant, ce qui confirme l'implication des soignants par rapport à la question de la valorisation au travail (seulement 29,9% avaient le sentiment de faire un travail peu valorisant). Les médecins ont également donné leur avis plus facilement sur le sujet de la faible disponibilité des réseaux de soins partenaires, ce qui met à nouveau l'accent sur le besoin des médecins de collaboration et d'accès à la deuxième ligne et à des structures partenaires pour le suivi des patients. Les praticiens semblent aussi se sentir impliqués par la crainte du mésusage, ce qui correspond au second obstacle le plus important identifié par les répondants (77,6%), et indique que ce sujet les préoccupe fortement. Ils se soucient aussi du manque de temps et de l'imprévisibilité horaire liée à cette patientèle. Cela pourrait révéler que la prise en charge des usagers de drogue demande un investissement important, et qu'il est difficile voire frustrant de ne pas pouvoir allouer le temps nécessaire aux patients afin de faire du bon travail.

### **8.1.5 LES FREINS LES PLUS CONTROVERSÉS**

Durant l'analyse des résultats de l'enquête, certaines questions se sont démarquées par le fait que les avis divergeaient de manière significative. L'écart entre le nombre « d'accord » et de « désaccord » était proche.

*Tableau 5 : les cinq obstacles analysés qui présentent des % d'accord et de désaccord proches, dont l'écart est le plus faible ((% accord) - (% désaccord) = % écart)*

	<b>Obstacle analysé</b>	<b>(% accord) - (% désaccord) = % écart</b>
<b>1</b>	10. Le sentiment d'inefficacité de la prise en charge	10.5%
<b>2</b>	21. L'absence de financement d'une partie de ces patients (mutuelle, CPAS, Aide Médicale Urgente) et le non-paiement des consultations	13.5%
<b>3</b>	13. La crainte d'initier ou de maintenir une dépendance	14.9%

L'affirmation de loin **la plus controversée** est le *sentiment d'inefficacité de la prise en charge* : 47.8% des médecins sont d'accord et ont le sentiment que la prise en charge est inefficace, tandis que 37.3% ne sont pas d'accord. Les raisons pourraient être, entre autres, le sentiment d'insatisfaction, d'impuissance et une moindre valorisation du travail. En effet, les médecins qui affirmaient présenter un sentiment d'inefficacité de la prise en charge indiquaient également un plus grand sentiment d'insatisfaction liée à l'évolution inconstante des patients (87,5% > 65,7% sur l'ensemble de l'échantillon) et d'impuissance quant à pouvoir les aider (90,6% > 61,2%). Ces médecins ressentaient également moins de valorisation au travail (43,8% > 29,9%).

L'*absence de financement* des patients semble également diviser les médecins généralistes en addictologie : 52.2 % sont d'accord que le manque de financement est un problème, tandis que 31.3% ne le pensent pas. Cependant, le travail de groupe semble prédisposer à la préoccupation du financement (77,1% > 52,3%), ainsi que les années de pratique (66,7% des médecins avec une expérience professionnelle de 0-5 ans étaient d'accord que l'absence de financement est un obstacle, tandis que seulement 33,3% des médecins avec > 20 ans d'expérience l'étaient).

*La crainte d'initier ou de maintenir* une dépendance étaient aussi nuancée : 34.3% des médecins la déclarent comme un frein, alors que ce n'est pas le cas pour 49.2% d'entre eux. Cela semble principalement expliqué par le peu d'expérience des soignants : 87% des médecins d'accord avec cette affirmation avaient entre 0-5 années de pratique (contre seulement 34,4% sur l'entièreté de l'échantillon), et 87% affirment que le manque de guidelines et littérature spécifique est un obstacle à leur pratique (contre seulement 59,7% sur la totalité l'échantillon).

### 8.1.6 LES PISTES DONNÉES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La dernière question de l'enquête consistait en une question ouverte à réponse courte facultative pour connaître l'avis des répondants sur les pistes à investiguer pour améliorer leur pratique. Un total de **42 des 67 médecins interrogés a répondu**.

Sur les 42 réponses à ma disposition, **six thèmes** ou idées principales ont pu être isolés. Nous allons maintenant les analyser, les mettre en lien avec les informations retrouvées dans la littérature et avec les autres réponses des répondants à l'enquête.

### **8.1.6.1 Travailler ensemble (18 répondants)**

#### **8.1.6.1.1 LE TRAVAIL EN ÉQUIPE ET LA PLURIDISCIPLINARITÉ (6 RÉPONDANTS)**

La notion de travail en équipe et en centres pluridisciplinaires a été retenue chez 6 répondants différents. Ainsi, l'importance du **travail en équipe** semblait être une piste retenue pour améliorer la qualité des soins ; qu'elle soit mono ou pluridisciplinaire. Il permet une réflexion et supervision de la pratique de chacun en interne ; mais pourrait être également lié à un manque de sécurité, qui est retrouvé en filigrane dans la réponse de beaucoup de répondants. Le comportement des patients présentant une addiction peut être imprévisible, ce qui pourrait augmenter le niveau d'insécurité des soignants. Travailler en équipe pourrait être un moyen de diminuer cette insécurité, et également de discuter du traitement ou de la prise en charge lorsqu'elle est moins évidente.

*« Travailler en pluridisciplinaire et travailler en réseau. »*

*« La possibilité de travailler en équipe ou avec des instances joignables et consultables pour des questions (comme peut-être le RESAD). »*

#### **8.1.6.1.2 LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET LA COLLABORATION (12 RÉPONDANTS)**

Ce sujet a été pointé par les répondants comme étant **particulièrement essentiel** dans la pratique des médecins généralistes en addictologie. L'importance de travailler en **réseau** et de **collaborer** a été citée **12** fois. Les médecins insistent surtout sur le fait de mettre du tiers dans la relation, de collaborer avec les pharmacies, de travailler avec les différents réseaux partenaires et les centres spécialisés, de partager avec les autres acteurs de soin et les patients, de se soutenir. Tout ceci semble en accord avec la littérature [3]. Malheureusement, comme vu plus haut, il existe un turnover important dans le secteur de l'addictologie (estimé entre 19% et 50% annuellement [24]), ce qui peut causer des problèmes en termes de continuité des soins. En effet, 1 médecin sur 2 (50,7%) estime que l'importance du "turnover" des soignants (changement de collègues, d'intervenants, etc. ) est un problème dans leur pratique.

*« Plus de coordination des acteurs (y compris le patient) autour du projet de soins et même de vie du patient, et donc du temps et des outils organisationnels, structurels, pour permettre cette coordination. »*

### 8.1.6.2 Se remettre en question et se faire conseiller (19 répondants)

#### 8.1.6.2.1 LES SUPERVISIONS ET INTERVISIONS (6 RÉPONDANTS)

Ce thème a été cité 6 fois. Il semble que les **supervisions** cliniques soient importantes pour la pratique de l'addictologie, tant ce sujet est complexe et varié. Il est primordial de raconter, d'analyser et d'organiser des supervisions du travail entre collègues et via des superviseurs formés dans cette problématique.

*« Avoir des supervisions de cas régulièrement qui permettent soutien, remise en question, et permettent une bonne prise en charge sur le long terme car ces traitements sont très longs. »*

#### 8.1.6.2.2 L'ACCÈS À LA DEUXIÈME LIGNE DE SOIN (13 RÉPONDANTS)

Ce sujet a été abordé par 13 soignants et constitue donc une **piste majeure d'amélioration selon les acteurs de terrain**. Ils ont d'abord cité la nécessité de mettre en place une **ligne directe vers la 2ème ligne** que ce soit pour la prise en charge rapide des patients ou pour recevoir des conseils directs par téléphone (psychiatres, médecins spécialistes, médecins formés, services d'hospitalisations spécifiques). Ensuite, il a été proposé d'**augmenter le nombre de services et de soignants spécialisés** (médecins, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs) en addictologie.

*« Avoir des lignes directes téléphoniques pour être adressé à des structures spécifiques spécialisées dans ces pathologies. »*

#### 8.1.6.3 Refinancer le secteur de l'addictologie (8 répondants)

Le financement de l'addictologie et des structures partenaires a été cité 8 fois. Il a surtout été mis en avant la **facilitation du financement des consultations** pour les patients sans mutuelle ou aide médicale urgente, la valorisation de la consultation en addictologie avec la création d'un code de consultation spécifique et une **rémunération additionnelle** pour les médecins formés, le tarif majoré d'office pour les patients, le paiement des supervisions, la **valorisation de la rémunération des soignants**. Le manque de valorisation des consultations d'addictologie semble être un frein pour environ un médecin sur deux : l'absence de financement d'une partie de ces patients (mutuelle, CPAS, Aide Médicale Urgente) et le non-paiement des consultations est un problème pour 52,3% des médecins interrogés dans l'enquête en ligne.

*« Rémunération additionnelle comme en Irlande pour encourager et valoriser la pratique. »*

*« Créer un code de nomenclature spécifique (comme pour le sevrage tabagique) »*

#### 8.1.6.4 Se former (13 répondants)

Cette question a été évoquée par 13 médecins généralistes. Ils citent notamment la nécessité de

**formation continue**, de formation plus approfondie durant les études de médecine, la création de nouvelles formations (car peu existent) ainsi qu'un accès à celles-ci qui soit facilité. Cette question a également été abordé dans de nombreuses études, qui mettaient en avant l'importance de la formation dans la prise en charge des personnes présentant des addictions [28][29]. Il est clair également que les formations manquent, qu'elles ne sont pas toujours accessibles. En outre, 59,7% des répondants au questionnaire étaient d'accord avec le fait qu'il **manque de guidelines claires** et de littérature disponible. La même proportion des médecins était d'accord qu'**il existe trop peu de formations spécifiques et qu'ils n'ont pas été assez formés**.

*« Inclure d'office une formation lors du cursus de médecine/médecine générale avec des sessions de formations continues et parallèlement ouverture de plus d'espaces pour accueillir ce type de patients, qui est très spécifique. »*

#### **8.1.6.5 Étudier le sujet et définir des recommandations (4 répondants)**

59,7% des répondants au questionnaire étaient d'accord avec le fait qu'il manque de guidelines claires et de littérature disponible, mais seulement **4** médecins ont parlé de l'importance de définir des **guidelines**, des **lignes directrices**, et de fixer des recommandations claires dans le QROC. D'autre part, la littérature est pauvre sur le sujet, et les soignants semblent avoir besoin d'information pour se sentir en **sécurité juridique avec des limites de prescription bien définies** ; ce qui pourrait être lié à l'importance du besoin des soignants de travailler en réseau.

*« Une législation claire concernant les TSO permettant un « cadrage » de la prise en charge, la limitation dans les prescriptions, (...) »*

#### **8.1.6.6 Sensibiliser (6 répondants)**

Un dernier point intéressant évoqué par 6 praticiens est la notion de sensibilisation. Certaines études révèlent que des médecins, soignants et pharmaciens stigmatiseraient la population des usagers de drogue [35]. Les médecins évoquent entre autres certains obstacles avec les pharmacies, qui rendent les choses difficiles et refusent parfois la délivrance des psychotropes. L'importance de la **déconstruction des préjugés autour de l'addiction** est également retrouvée dans la littérature [29]. Par contre, dans l'enquête en ligne, seulement 20,9% des médecins interrogés considéraient les préjugés et la stigmatisation envers les médecins prescripteurs (de par vos confrères, votre entourage, etc.) comme une difficulté ; ce qui contraste fortement avec les données de la littérature et les suggestions de ce QROC. Il est possible que cela soit expliqué par le fait que les médecins répondants à ce questionnaire sont déjà sensibilisés et moins stigmatisants par rapport au reste de la population médicale ; ceux-ci pensent donc certainement d'autant plus important de sensibiliser le

reste des soignants à cette problématique.

« *Plus de formation et moins de stigmatisation... »*

## **8.2 COMPARAISON AVEC LES HYPOTHÈSES DE DÉPART DE CE TRAVAIL**

Lors de la recherche bibliographique de départ, quatre thématiques principales dans lesquelles regrouper différents freins rencontrés par les médecins avaient été identifiés : le **manque de ressources en général** (financières, structurelles, accès à la deuxième ligne pour conseils et suivis), le **manque de formations et de littérature**, les **difficultés psychologiques** liées à ce type de pratique, et les **risques médico-légaux**. En analysant et interprétant les résultats (spécialement la partie QROC, mais aussi les données de l'enquête), a émergé une autre thématique, dont l'importance avait été sous-estimée au départ, et qu'il semble utile de discuter dans cette section (ou qu'il pourrait être utile d'investiguer dans des travaux ultérieurs): la **stigmatisation de l'addictologie en général (médecins prescripteurs des patients) et le besoin de sensibilisation**, afin d'augmenter et d'améliorer la prise en charge des patients usagers de drogue.

### **8.2.1 HYPOTHÈSE 1**

*De manière générale, les médecins généralistes ressentent un manque de ressources dans leur pratique avec les patients toxicomanes (de manière non exhaustive : financement, structures, collègues, turnover, partenaires de soin, temps).*

Cette hypothèse de départ ne peut pas être rejetée. En effet, **la faible disponibilité des différents réseaux de soins** (unités d'hospitalisation pour sevrage, centres spécialisés, psychiatres ...) est un problème majeur pour 78,8% des médecins répondants. Ce sujet est également revenu dans 13 des réponses au QROC, dans lequel les répondants ont cité la nécessité d'avoir des contacts plus privilégiés avec la seconde ligne et d'augmenter le nombre de structures partenaires. Ces deux demandes furent également les thèmes principaux mis en évidence dans une étude qualitative anversoise de 2016 [40], et qui propose d'accorder une attention toute particulière à la mise en place d'un réseau de collègues plus expérimentés disponibles pour des avis et conseils. Cette constatation est directement en lien avec la sensation des médecins de ne pas être suffisamment formés [3][31]. De plus, la grande majorité, soit 79,1% des répondants à l'enquête en ligne estimait que la faible disponibilité des différents réseaux de soin était un frein à leur pratique (unités d'hospitalisation pour sevrage, centres spécialisés, psychiatres ...). Ce résultat pourrait s'expliquer par la présence de comorbidités psychiatriques chez les patients, qui constituait un frein pour 76,1% des médecins interrogés. Un accès direct à la deuxième ligne pourrait permettre de stabiliser les patients plus

rapidement au niveau psychiatrique, et ainsi minimiser les comportements difficiles de certains patients comme les manifestations de violence verbale et/ou physique d'ailleurs, qui rendaient également difficile le travail pour 67,2% des praticiens.

Le **manque de temps** a également été pointé comme constituant un frein majeur à la pratique d'addictologie, et semble fortement lié au financement du secteur. En effet, plus de moyens financiers alloués au secteur pourrait permettre d'engager plus de soignants en addictologie, les médecins pourraient alors accorder plus de temps aux patients, en s'investissant plus dans la relation thérapeutique. En effet, 76,1 % des médecins interrogés dans l'enquête en ligne considèrent la nécessité d'un investissement important dans la prise en charge comme un frein à leur pratique, très probablement car ils n'en ont pas le temps : 68,7% des médecins étaient d'accord que le manque de temps est un frein à leur pratique.

Un autre volet est la **valorisation financière** du travail des médecin généralistes en addictologie, qui est essentielle pour maintenir les équipes en place et diminuer le turnover des soignants [33] (qui a été identifié dans ce travail comme une difficulté pour 57,3% des soignants). L'absence de financement d'une partie de ces patients (mutuelle, CPAS, Aide Médicale Urgente) et le non-paiement des consultations, a été reconnue comme un frein pour environ la moitié des répondants à l'enquête (52,3%). Plusieurs médecins ont présenté l'idée de créer un **code de nomenclature spécifique** pour ce type de prestation et de valoriser ainsi le suivi en addictologie comme maladie chronique, au même titre que le suivi du diabète. De plus, le **manque de ressources financières de manière globale** (politiques de santé, salaires, financement, etc.) constituait une barrière pour 71,6% des médecins répondants, ce qui est non négligeable.

Il semble également nécessaire de favoriser une **collaboration interdisciplinaire et un travail d'équipe** [32], et donc créer plus de centres spécialisés dans l'accompagnement des usagers de drogue. L'importance de la pluridisciplinarité a également été mise en évidence dans quelques articles, notamment une étude qualitative belge en 2014 [3]. Celle-ci concluait entre autres, que le travail en équipe permettrait une meilleure qualité des soins au patient, ainsi qu'un meilleur confort de travail pour les médecins, par le biais du support émotionnel et des supervisions cliniques d'équipe. Par ailleurs, dans le questionnaire, 70.1% des répondants étaient d'accord que la pratique solitaire de la médecine générale était un frein pour la pratique de l'addictologie. De plus, le travail d'équipe permettrait également de gérer plus facilement les comportements difficiles de certains patients comme les manifestations de violence verbale et/ou physique, de même que les comorbidités psychiatriques des patients. Le travail en équipe pourrait permettre en outre de pallier au sentiment des médecins d'être trop peu formés, grâce à la possibilité de supervision par des

collègues plus expérimentés (59,7%), ou encore d'alléger le poids que constituent l'écoute des vécus difficiles et/ou des parcours douloureux qui leur sont partagés par les patients (53,8%). Il permettrait également de partager ses ressentis autour l'insatisfaction liée à l'évolution des patients en dent de scie (vécu difficilement pour 65,7% des répondants), du sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients (un frein pour 65,7% des répondants), du sentiment d'inefficacité de la prise en charge qui peut parfois décourager (pour 47,8%), et qui pourrait enfin amener au sentiment de faire un travail peu valorisant (pointé toutefois seulement pour 29,9% des praticiens).

## 8.2.2 HYPOTHÈSE 2

*Les médecins généralistes souffrent d'un manque de guidelines, de littérature, et de formations disponibles sur le sujet.*

59,7% des répondants au questionnaire étaient d'accord avec le fait qu'il manque de guidelines claires et de littérature disponible, qu'il existe trop peu de formations spécifiques, et qu'ils n'ont pas été assez formés. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse qui avait été posée au départ.

Il est essentiel d'**augmenter le nombre de formations existantes, de former activement les soignants** [32], et d'organiser des formations et cours plus approfondis durant le cursus de médecine, afin de **diminuer la stigmatisation** et de favoriser la prise en charge de ces patients en **préparant mieux les futurs professionnels de la santé** [29]. Les **politiques de santé pourraient en outre soutenir des initiatives et campagnes de conscientisation et d'éducation des médecins à la problématique des toxicomanies** [3]. Il semble également primordial de définir plus précisément le rôle des médecins généralistes en addictologie, ainsi que **définir des limites claires quant à leurs responsabilités**. Ces dispositions pourraient les protéger contre les sentiments de frustration, de désillusion et d'impuissance qui peuvent découler de cette clinique [3]. Les médecins pourraient également avoir besoin de limites concernant la prescription de psychotropes [35], et de guidelines quant à leur usage. De nombreux pays européens ont proposé des guidelines claires pour le traitement des patients usagers de drogue. **En Belgique, aucune recommandation de bonne pratique n'a été définie à un niveau national** [27], bien que ce manque se fasse sentir. Cette nécessité pourrait être liée au besoin des médecins d'avoir une sécurité dans leur cadre de prescription, et dès lors de se sentir plus en confiance vis-à-vis des conséquences médico-légales possibles (qui préoccupent 50,7% des médecins répondants), notamment quant au risque d'overdose avec le traitement prescrit (qui inquiète quand même 49,2% des médecins), au risque de mésusage (qui tracasse 77,6% des répondants), ou encore à la crainte de leur potentielle responsabilité dans l'initiation d'une dépendance (dont 34,4% des praticiens répondants se soucient malgré tout). Le besoin de guidelines claires fait donc le lien avec l'hypothèse 4 ci-dessous.

### 8.2.3 HYPOTHÈSE 3

*Les médecins généralistes rencontrent de nombreuses difficultés d'ordre « psychologiques » dans leur pratique de la médecine addictive : fatigue, épuisement, perte de sens, volet burnout, insatisfaction, sentiment d'impuissance et peu de valorisation du travail, etc.*

La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge des patients usagers de drogue a été identifiée comme problématique pour 76,2% des médecins de l'enquête, ce qui va dans le sens de l'hypothèse de départ. L'écoute des vécus difficiles et/ou parcours douloureux qui leur sont partagés par les patients mettent 53,8% des médecins en difficulté. De plus, 65,7% des praticiens ressentaient de l'insatisfaction liée à l'évolution des patients en dent de scie, 65,7% ressentait une certaine impuissance à pouvoir aider les patients, et 47,8% estimaient ressentir un sentiment d'inefficacité à l'égard de la prise en charge. Cependant, seulement 29,9% d'entre eux avaient le sentiment de faire un travail peu valorisant. Grâce aux réponses données dans le QROC de fin du questionnaire, **deux manières de répondre à ces obstacles** ont été identifiées : le travail d'équipe et les supervisions régulières. De la même manière que **le travail d'équipe**, les **supervisions** organisées pour discuter de cas cliniques ou de sujets qui intéressent les équipes, permettent d'**alléger la charge mentale des soignants**, de **se décharger des vécus difficiles** et/ou parcours douloureux qui sont partagés par les patients, de **partager ses ressentis** autour l'insatisfaction liée à l'évolution de la prise en charge, au sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients, et du sentiment de faire un travail peu valorisant.

Un élément supplémentaire, pourrait également soutenir le travail des professionnels. Il pourrait aussi être important de créer et favoriser la **participation à des formations de développement personnel, d'affirmation de soi, et de gestion des émotions**, afin de soutenir les médecins dans leur travail et de leur donner les clefs pour surmonter les situations et périodes plus difficiles [3]. Cela permettrait de **maintenir le patient au centre de la relation de soin**, en diminuant le risque de burnout et de fatigue émotionnelle des soignants [29]; et de restaurer une alliance thérapeutique avec un niveau de confiance adéquat [19].

### 8.2.4 HYPOTHÈSE 4

*Les considérations médico-légales sont un obstacle à la prescription et la prise en charge des patients usagers de drogue (mésusage, peur d'initier ou de maintenir une dépendance, d'alimenter un trafic, ou encore du risque d'overdose et de complications).*

Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse de départ. Toutefois certaines nuances peuvent y être apportées. En effet, dans l'enquête, la crainte d'initier ou de maintenir une dépendance a été

identifiée comme une préoccupation pour seulement 34,4% des médecins. Cependant, 77,6% des répondants craignent malgré tout un mésusage du traitement prescrit (usage abusif ou détourné), et la moitié est inquiète quant aux enjeux médico-légaux liés à la prescription de psychotropes (50,7%). De plus, le risque d'overdose lié au traitement prescrit est un frein à la pratique pour 49,2% d'entre eux. Ces constatations semblent très liées avec le besoin des médecins d'avoir des **recommandations de bonne pratique et guidelines belges précises**, dont le raisonnement est détaillé dans la discussion de l'hypothèse 2. En effet, celles-ci permettraient un cadre de prescription plus précis, et une **uniformisation de la pratique en addictologie**, en protégeant les médecins contre les conséquences médico-légales de leur pratique (peur d'initier une dépendance, de favoriser un usage abusif, de participer malgré soi au deal ou au mésusage). Il ressort de notre étude qu'**un médecin sur deux, qui travaille déjà régulièrement avec des usagers de drogue, est inquiet par rapport aux enjeux médico-légaux liés à la prescription de psychotropes**. Ceci permet de faire le lien avec le point suivant de notre chapitre : la nécessité de lutter contre la stigmatisation, d'éduquer les praticiens pour changer les croyances et préjugés autour du soin aux usagers de drogue.

#### 8.2.5 CE QUE L'ÉTUDE A APPORTÉ DE PLUS : LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION PAR LA SENSIBILISATION

Nous avons pu le constater dans les réponses au QROC, une partie des médecins a cité le besoin **déconstruire les préjugés autour de l'addiction**, dans le but de proposer une meilleure qualité et continuité des soins au patient. Il est important d'apprendre aux soignants à **soigner sans partialité ni idée reçue**, ces patients parfois vulnérables, souvent stigmatisés, et qui ont malheureusement des difficultés à se faire soigner ailleurs que dans des centres spécialisés et préalablement sensibilisés. Ces centres, nous l'avons vu, sont en faible nombre, souvent débordés et avec des listes d'attentes longues.

Il paraît donc nécessaire d'implémenter des interventions pour augmenter la capacité des soignants en général à prendre en charge des patients toxicomanes, pour confronter les croyances et préjugés concernant cette population et améliorer les attitudes envers ces patients dans le but d'améliorer la qualité des soins [34]. Beaucoup de médecins ont encore l'idée reçue que les patients choisissent d'être toxicomanes, que l'addiction est un choix, et que le mésusage et l'addiction sont contrôlables [34]. Ces croyances sont fortement corrélées au désir de travailler avec des patients toxicomanes [3], et doivent donc être démystifiées afin d'augmenter le nombre de médecins volontaires pour effectuer ce type de pratique et augmenter les compétences des médecins en général à gérer cette problématique si elle se rencontre dans leur consultation tout venant.

Une partie des médecins pense encore que les patients usagers de drogue ont tendance à être difficiles, à mentir au sujet de l'usage du traitement prescrit (mésusage, partage, deal ou revente occasionnelle) [3][29]. Par ailleurs, il pourrait également être utile d'implémenter un programme de sensibilisation auprès des pharmacies [35], pour faciliter la délivrance. Il existe donc une grande nécessité de **recherche, de sensibilisation et formation**, permettant une plus grande compréhension de l'addiction en tant que maladie chronique [20], de réduire la stigmatisation et d'augmenter la qualité des soins qui leur sont prodigués, afin de **favoriser la réduction des risques de manière globale**.

## 8.2.6 LES FREINS QUE CETTE ÉTUDE A PERMIS DE NUANCER

En effet, cette étude a permis d'apporter **quelques nuances** par rapport à ce que la littérature semblait montrer. Il s'agit notamment de l'affirmation selon laquelle les médecins auraient l'impression de faire un travail peu valorisant, craindraient d'initier ou de maintenir une dépendance, et ressentiraient l'influence des préjugés et de la stigmatisation envers leur statut de médecin prescripteur de psychotropes. Premièrement, nous avons pu observer dans les résultats de l'enquête que seulement 29,9% des praticiens éprouvent le sentiment de faire un travail peu valorisant (cela concerne donc malgré tout un praticien sur trois), ce qui contraste avec le fait qu'environ la moitié d'entre eux (47,8%) garde un sentiment d'inefficacité de la prise en charge et presque deux tiers (61,2%) se sentent impuissants à pouvoir aider les patients. Par ailleurs, seulement un tiers des médecins (34,4%) ont la crainte d'initier ou maintenir une dépendance, ce qui contraste avec les données de la littérature [35]. Enfin, ce qui est le plus frappant est que seulement un cinquième des médecins (20,9%) ont l'impression que les préjugés et la stigmatisation envers leur statut de médecin prescripteur de psychotropes a une influence négative sur leur pratique. Cette donnée contraste non seulement avec les données de la littérature [29][35]; mais également avec les sujets principaux qui sont ressortis des réponses à la question ouverte en fin de questionnaire.

## 8.3 BIAIS ET AMÉLIORATIONS POUR UNE PROCHAINE ÉTUDE

### 8.3.1 POPULATION ÉTUDIÉE INSUFFISANTE

En effet, au 01/01/2018, 7059 médecins généralistes étaient actifs en région wallonne et région bruxelloise [39]. Il n'existe malheureusement pas de chiffres concernant le nombre de médecins généralistes francophones travaillant régulièrement avec des usagers de drogue, je ne peux donc évaluer la qualité de mon échantillon en regard avec ce chiffre. Cependant, afin que notre étude puisse être représentative de la population étudiée, la taille de notre échantillon aurait dû contenir certainement plusieurs centaines de réponses; ce qui est inatteignable pour un travail de l'ampleur

demandée. L'échantillon étudié dans cette étude n'est donc pas représentatif de la population, les conclusions de cette étude ne peuvent être extrapolées à l'ensemble des médecins généralistes et ne servent donc qu'à générer des hypothèses. Il serait donc intéressant à l'avenir de récolter l'opinion d'un plus grand nombre de médecins généralistes.

Le manque de participation est probablement **multifactoriel**: une grande demande de participation aux questionnaires, le peu de disponibilité des médecins généralistes qui ont déjà trop peu de temps à accorder à leur pratique et ont d'autres préoccupations, le temps approximatif de réponse au questionnaire (environ 15min), la difficulté de cibler cette population spécifique de médecins généralistes, et le peu de généralistes travaillant effectivement régulièrement avec des usagers de drogues.

### 8.3.2 BIAIS DE DÉSIRABILITÉ SOCIALE

Par ailleurs, comme dans toute enquête, il peut y avoir un biais de désirabilité sociale. Ainsi, les participants peuvent répondre aux questions en fonction de ce qu'ils pensent qu'on attend socialement d'eux en tant que médecins généralistes travaillent avec des usagers de drogue. Cet biais est ici à priori limité par le caractère anonyme de l'étude.

### 8.3.3 AUTRES

Il est également possible qu'un biais de méthode soit présent, comme par exemple une question mal formulée ou peu claire, avec langage inadéquat, menant à un mauvais raisonnement des participants à l'étude. D'autre part, les émotions des participants peuvent influencer leur jugement moral lors de leur participation au questionnaire, altérant leur capacité de raisonnement et d'évaluation. Par ailleurs, il a été démontré que la plupart des répondants accordent une importance accrue aux questions du début et de la fin du questionnaire [41].

## 9 CONCLUSION

Premièrement, durant cette recherche, l'accent a été mis sur des choses primordiales pour le futur de l'addictologie. Il a été suggéré les interventions prioritaires qui sont nécessaires pour améliorer le travail des médecins généralistes et par conséquent la qualité des soins aux usagers de drogue. La recette que nous en déduisons tourne principalement autour de trois piliers : le **financement** (création de nouveaux centres spécialisés, engager plus de collègues, centres de cure, places d'hospitalisation, nomenclature spécifique...), la **collaboration** (stimuler la pluridisciplinarité et le lien avec la 2ème ligne), et la **formation** (déjà durant les études de médecine, l'assistantat, et pour conserver son agrément par la suite). La question de la qualité des soins aux usagers de drogue est une question élémentaire en terme de santé individuelle et de santé publique, il est donc logique de la porter à l'avant-plan des politiques de santé.

Deuxièmement, nous avons également pu voir dans cette étude que l'amélioration des soins passe également par la **sensibilisation et la formation de tous les professionnels de la santé**, y compris les paramédicaux, travailleurs sociaux et pharmaciens.

Troisièmement, la Belgique reste un des derniers pays de l'Union Européenne à ne pas avoir défini des recommandations spécifiques à la pratique de l'addictologie. Il est urgent d'entreprendre le travail d'**élaborer des guidelines officielles**, afin d'aider les praticiens et de les rassurer quant à leurs décisions cliniques, et aux conséquences médico-légales de leur pratique.

Finalement, ce travail s'est surtout concentré sur l'analyse des barrières perçues par les médecins généralistes dans leur travail avec des patients toxicomanes. Cependant malgré la situation actuelle, il est crucial que les praticiens prennent le temps de s'interroger sur ce qu'il fait qu'ils travaillent dans ce secteur, et les **raisons pour lesquelles ils apprécient ce travail**, au lieu de se concentrer sur ce qui le rend éprouvant. Les médecins doivent trouver des choses qui les nourrissent dans leur travail, afin d'y trouver de l'inspiration et de la valorisation, malgré les obstacles rencontrés [5].

# 10 ANNEXES

## 10.1 ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

1. [1] Gisle L. **Usage des drogues : Enquête de santé 2018**. In. Brussels: Sciensano 2018.
2. [2] Delbrouck M : [**Burnout du soignant : comment l'expliquer ?**]. Revue de Médecine Générale 2017, 341 :6-12
3. [3] Ketterer F, Symons L, Lambrechts M 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 Family Practice 2014, 15:119.
4. [4] DeFlavio J, Rolin S, Nordstrom B, Kazal L: [**Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians**]. Rural and Remote Health 2015, 15: 3019.
5. [5] Barnes H : [**Creating Meaning and Value in Substance Abuse Education**]. Substance Abuse 2002, 23 (4) : 203-209
6. [6] Dugarin J, Nominé P: [**Toxicomanie : historique et classifications**]. Histoire, économie & société 1988, 4 : 549-586.
7. [7] Anseau M : [**Les benzodiazépines**]. Revue Médicale de Liège 1996. 51(1): 70-77
8. [8] CBIP. **Benzodiazépines** [Web page]. 2023. Available from : <https://www.cbip.be/fr/chapters/11?matches=Benzodiaz%C3%A9pines%7Cbenzodiaz%C3%A9pines&frag=7476> (consulté le 15/08/2023)
9. [9] Nouvel P. **Histoire des amphétamines**. Paris: Presses Universitaires de France, 2009 : 29-31.
10. [10] Centre de psychiatrie interventionnelle de Lausanne. **Kétamine et eskétamine** [Web page]. 2023. Available from: <https://lqip.ch/ketamine-et-esketamine/> (consulté le 06/05/2023)
11. [11] Baudhuin S. **Histoire du droit de la Réduction des Risques en matière de drogues en Région bruxelloise (1978-2018) : du droit du Souverain à la plurinormativité**. Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, 2018. Prom. : Wijffels, Alain. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:14085>
12. [12] Zombek S, Cleda E : [**Trente années de soins aux usagers de drogues et aux toxicomanes**]. Drogues, santé et prévention 2006. 41(11): 2-7.

13. [13] Damian E: **La consommation de drogues en Belgique: Les principaux résultats de Drug Vibes: L'enquête belge sur les drogues**. In. Brussels : Unité des drogues illicites, Information sanitaire, Sciensano. Information sanitaire. Sciensano; 2023.
14. [14] Montanari L, Serafini M, Maffli E, et al. : [**Gender and regional differences in client characteristics among substance abuse treatment clients in the Europe**]. Drugs Education Prevention and Policy 2011, 18(1) : 24-31.
15. [15] Ogien A: [**L'usage de drogues, un problème « social » ? Quelque chose a-t-il changé depuis vingt ans ?**]. Après-demain 2017, 44(4): 5-7.
16. [16] Flynn P. **Toxicomanie: conséquences sociales et réponses apportées dans les États membres [Web page]**. 2001. Available from: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?fileid=9208&lang=FR> (consulté le 17/06/2023)
17. [17] Fedito BXL absl. **Politique Drogues & Plan Drogues en Région de Bruxelles-Capitale**. Juin 2015.
18. [18] Oyefeso A, Clancy C, Farmer R : [**Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals**]. BMC Health Services Research 2008, 8(39).
19. [19] Reyre A, Jeannin R, Lagueche Myriam, Moro MR, Baubet T, Taieb O : [**Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study**]. Drug and Alcohol Dependence 2017, 174: 30-38.
20. [20] Oser C, Biebel E, Pullen E, Harp K : [**Causes, Consequences, and Prevention of Burnout Among Substance Abuse Treatment Counselors: A Rural Versus Urban Comparison**]. Journal of Psychoactive Drugs 2013, 45 (1) : 17–27.
21. [21] Saitz R, Friedmann P, Sullivan L & al : [**Professionnal satisfaction Experienced when caring for substance-abuse patients**]. J Gen Intern Med 2002. 17 : 373-376.
22. [22] FEDITO Bruxelles. **(Més)usages de drogues et conduites addictives**. Plan du secteur spécialisé de la Région de Bruxelles-Capitale (2021-2023). Juin 2021.
23. [23] Stévenot C, Hogge M : [**Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en région de Bruxelles-Capitale**]. In. Brussels : Eurotox : Observatoire Socio-Épidémiologique alcool-drogues ; 2020.
24. [24] Eby L, Burk H, Maher C : [**How serious of a problem is staff turnover in substance abuse treatment? A longitudinal study of actual turnover**]. Journal of Substance Abuse Treatment 2010, 39(3) : 264–271.

25. [25] Garner B, Brooke H : [**Predictors of Staff Turnover and Turnover Intentions within Addiction Treatment Settings: Change over Time Matters**]. *Substance Abuse: Research and Treatment* 2014, 8 : 63–71.
26. [26] Jonathon RB, Halbesleben CR : [**Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients**]. *Health Care Manage Rev* 2008, 33(1) : 29-39.
27. [27] Autrique M, Vanderplasschen W, Broekaert E, Sabbe B : [**Practitioners' Attitudes concerning Evidence-Based Guidelines in Belgian Substance Abuse Treatment**]. *Eur Addict Res* 2009, 15(1): 47–55.
28. [28] Pelet A, Besson J, Pécoud A, Favrat B : [**Difficulties associated with outpatient management of drug abusers by general practitioners. A cross-sectional survey of general practitioners with and without methadone patients in Switzerland**]. *BMC Family Practice* 2005, 6(51).
29. [29] Haffajee R, Bohnert A, Lagisetty P : [**Policy Pathways to Address Provider Workforce Barriers to Buprenorphine Treatment**]. *Am J Prev Med* 2018, 54(6): 230–242.
30. [30] McKeown A, Matheson C, Bond C : [**A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care**]. *Family Practice* 2003, 20(2): 120–125.
31. [31] Mcgillion J, Wanigaratne S, Feinmann C, Godden T, Byrne A : [**GPs' attitudes towards the treatment of drug misusers**]. *British Journal of General Practice* 2000, 50 : 385-386.
32. [32] Schulte B, Schmidt C, Kuhnigk O et al : [**Structural barriers in the context of opiate substitution treatment in Germany - a survey among physicians in primary care**]. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2013, 8(1): 26.
33. [33] Hutchinson E, Catlin M, Andrilla H, Baldwin LM, Rosenblatt R : [**Barriers to Primary Care Physicians Prescribing Buprenorphine**]. *Ann Fam Med* 2014, 12(2) : 128-133.
34. [34] Franz B, Dhanani L, Brook D : [**Physician blame and vulnerability: novel predictors of physician willingness to work with patients who misuse opioids**]. *Addict Sci Clin Pract* 2021, 16(1) : 16-33.

35. [35] Van Hout MC, Bingham T : [**A Qualitative Study of Prescribing Doctor Experiences of Methadone Maintenance Treatment**]. Int J Ment Health Addiction 2013, 12(3) : 227-242.
36. [36] Knudsen H, Brown R, Jacobson, et al : [**Physicians' satisfaction with providing buprenorphine treatment**]. Addict Sci Clin Pract 2019, 14 (1): 34.
37. [37] Tauscher J, Cohn E, Johnson T, et al : [**What do clinicians want? Understanding frontline addiction treatment clinicians preferences and priorities to improve the design of measurement-based care technology**]. Addict Sci Clin Pract 2021, 16:38.
38. [38] Rousseil M : [**Femmes et hommes dans le secteur social**]. Empan 2007, 65(1): 74-78.
39. [39] Mathieu T, Miermans PJ, Albert L & al : **Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique**. In. Brussels : Service public fédéral, 2020.
40. [40] 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**]. European Journal of General Practice 2016, 22(2): 134–140.
41. [41] Chabal S : [**Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information**]. Les fiches En Ligne de La lettre du CEDIP 2014, 62.

## **10.2 ANNEXE 2 : MODÈLE DE QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Cette enquête est réalisée dans le cadre de mon travail de fin d'étude pour l'obtention de la spécialisation en médecine générale.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'importance des différents facteurs retrouvés dans la littérature, et qui rendent difficiles la prise en charge des patients usagers de drogue par les médecins généralistes.

La prise en charge des patients toxicomanes représente un défi majeur pour les médecins généralistes. En effet, les difficultés rencontrées sont nombreuses et complexes, elles ont une influence directe sur la santé mentale au travail de ces professionnels, et sur la qualité des soins donnés.

L'analyse de ces différentes difficultés est donc primordiale, et devrait permettre de proposer des pistes de réflexion pour améliorer la qualité des soins.

Ce questionnaire a donc été développé et s'adresse aux médecins généralistes et assistant.es en médecine générale, qui travaillent régulièrement en Belgique francophone avec des patients usagers de drogue. Il comporte 30 questions, et devrait vous prendre environ 15 minutes à réaliser.

Merci de ne répondre à ce questionnaire **que** si vous êtes médecin généraliste ou assistant.e en médecine générale en Belgique francophone, et que **vous travaillez régulièrement avec des patients usagers de drogue.**

Les données récoltées lors de cette enquête sont totalement anonymes et utilisées exclusivement dans le cadre de ce travail de fin d'étude.

Votre participation me sera précieuse. N'hésitez pas à partager ce questionnaire à vos consœurs/confrères concernés.

Merci d'avance de votre participation,

Dr Gyselynck Mathilde

Pour toute question, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante :

[mathilde.gyselynck@student.uclouvain.be](mailto:mathilde.gyselynck@student.uclouvain.be)

### Partie 1 : données générales

1. Consentez-vous au traitement des données anonymes recueillies dans cette enquête et à leur utilisation pour la réalisation de cette étude ?
  - Oui
  - Non
2. Vous êtes :
  - Une femme
  - Un homme
  - Autre
3. Dans quelle région de Belgique exercez-vous ?
  - Région de Bruxelles-Capitale
  - Région Wallonne
4. Dans quel milieu exercez-vous ?
  - Urbain
  - Rural
  - Semi-rural (péri-urbain)
5. Quel est votre type de pratique ?
  - Pratique solo de médecine générale
  - Pratique de groupe entre médecins généralistes
  - Pratique de groupe multidisciplinaire (maison médicale, centre de soins, centre d'accueil et d'hébergement, milieu carcéral, association, etc.)

6. Quel âge avez-vous ?
- < 30 ans
  - 30-39 ans
  - 40-60 ans
  - > 60 ans
7. Combien d'années de pratique de médecine générale avez-vous (y compris les années d'assistantat) ?
- 0-5
  - 6-10
  - 11-20
  - > 20

## Partie 2 : recherche clinique

**En tant que médecin généraliste travaillant avec des patients usagers de drogue, vous pensez que ces différents facteurs rendent votre pratique difficile au quotidien et influencent votre bien-être au travail :**

8. La pratique solitaire de la médecine générale :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

9. Le manque de « guidelines » et/ou de littérature spécifique disponibles :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

10. La pauvreté des formations spécifiques reçues et/ou existantes :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

11. La faible disponibilité des différents réseaux de soins (unités d'hospitalisation pour sevrage, centres spécialisés, psychiatres ...) :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

12. Le manque de temps :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

13. La nécessité d'un investissement personnel important dans la prise en charge :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

14. Les vécus difficiles et/ou parcours douloureux qui vous sont partagés par les patients :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

15. L'insatisfaction liée à l'évolution des patients en dent de scie (rechutes):

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

16. Le sentiment d'impuissance à pouvoir aider les patients :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

17. Le sentiment d'inefficacité de la prise en charge :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

18. Le sentiment de faire un travail peu valorisant :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

19. Le manque de compliance et d'observance thérapeutique des patients :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

20. La crainte d'initier ou de maintenir une dépendance :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

21. La crainte de mésusage du traitement prescrit (usage abusif ou détourné) :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

22. Les préjugés et la stigmatisation envers les médecins prescripteurs (de par vos confrères, votre entourage...) :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

23. Le risque d'overdose lié au traitement prescrit :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

24. Les enjeux médico-légaux liés à la prescription de psychotropes :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

25. L'imprévisibilité horaire inhérente à cette patientèle :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

26. Les comorbidités psychiatriques des patients :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

27. Les comportements difficiles de certains patients comme les manifestations de violence verbale et/ou physique :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

28. L'absence de financement d'une partie de ces patients (mutuelle, CPAS, Aide Médicale Urgente) et le non-paiement des consultations :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

29. L'importance du turnover des soignants :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

30. Le manque de ressources financières (politiques de santé, financement...)

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	--------	---------------------	----------------------

### Partie 3 (facultative):

Si vous pouviez proposer des idées/solutions pour améliorer le confort et le bien-être des médecins généralistes en médecine addictive, quelles seraient-elles ?

## **10.3 ANNEXE 3 : RÉPONSES DONNÉES PAR LES PARTICIPANTS AU QROC**

« Si vous pouviez proposer des idées/solutions pour améliorer le confort et le bien-être des médecins généralistes en médecine addictive, quelles seraient-elles ? »

1. Travail en réseau, supervision clinique, mettre du tiers dans la relation.
2. Augmenter le nombre des médecins généralistes addictologues.
3. Plus de formations et interventions.
4. Créer un code de nomenclature spécifique (comme pour le sevrage tabagique) / Avoir une ligne téléphonique disponible où poser ses questions à un spécialiste en addictologie / Enseigner l'importance de la réduction des risques et de la prise en charge globale des comorbidités dans cette population.
5. Consultation à tarif majoré.
6. Rémunération additionnelle comme en Irlande pour encourager et valoriser la pratique ; conscientisation des collègues via les Glems, les SLR...
7. De meilleures formations.
8. Formation continue sur la prise en charge de patients consommateurs, études et guidelines pour améliorer la prise en charge.

9. Facilitation des prescriptions pour les patients FEDASIL ou CPAS, meilleure collaboration avec les pharmacies (parfois refus de délivrance), code de consultation spécifique à la problématique.
10. Inclure d'office une formation lors du cursus de médecine/médecine générale avec des sessions de formations continues et parallèlement ouverture de plus d'espaces pour accueillir ce type de patients, qui est très spécifique.
11. Travailler en pluridisciplinaire et travailler en réseau.
12. Travail en équipe et en réseau.
13. Les formations existent mais ce serait intéressant de les rendre un peu plus accessibles, voir de les inclure dans le cursus de médecine générale de base.
14. Avoir des supervisions de cas régulièrement qui permettent soutien, remise en question, et permettent une bonne prise en charge sur le long terme car ces traitements sont très longs. Le top seraient que ces supervisions soient payées. Au RESAD nous avons la chance d'avoir des supervisions depuis des années et c'est vraiment top!
15. Fréquenter un monastère d'un ordre contemplatif.
16. Un accès à une littérature et de l'information entre autre "par produit". La possibilité de travailler en équipe ou avec des instances joignables et consultables pour des questions (comme peut-être le RESAD). Un accès ou communication plus facile à la deuxième ligne quand on ne s'en sort pas.
17. Formation de qualité lors des études (master), déconstruction des préjugés addiction, spécificités de prise en charge de la dépendance, comorbidités (finalement la formation accessible lors de l'assistantat (cycle T, module UCL) pour démystifier la prise en charge et donner les clés. Formation en gestion de l'agressivité pour les équipes.
18. Remboursement spécifique valorisé et interventions à charge de l'État.
19. Travail en réseau, intervision-supervision, mettre du tiers dans la relation.
20. Une formation d'affirmation de soi.
21. Avoir des lignes directes téléphoniques pour être adressé à des structures spécifiques spécialisées dans ces pathologies.
22. Travail d'équipe et surtout soutien de professionnels spécialisés (psychologues, psychiatres, assistants sociaux ...), et surtout aide pour "activer" professionnellement ces patients, et stop assistantat excessif qui les garde dans une position incitant à la consommation.
23. Charge de travail moins importante, remplaçants pendant les congés.

24. Contactez des services spécialisés comme LAMA, la MASS, ENADEN etc. à Bruxelles. Les services spécialisés ont des listes d'attente énorme, mais ils n'hésitent pas à donner des avis téléphoniques aux collègues, ce qui est super utile en attendant un rendez-vous chez eux.
25. Faire plus de formations officielles et surtout avoir un meilleur réseau spécialisé dans le domaine surtout en province du Luxembourg.
26. Référer vers des médecins FORMES dans ce type de suivi.
27. Se rappeler que la dépendance n'est jamais choisie, chercher ce que la dépendance masque.
28. Une ligne directe pour conseils auprès d'addictologues, l'aide d'une éducatrice aux drogues de substitution, des guidelines claires et exhaustives.
29. Relever ce qui fait que l'on apprécie ce travail plutôt que toujours ce qui le rend pénible. A noter que le début du questionnaire me concerne peu : je travaille en tant que généraliste solo mais dans un centre ambulatoire pour les consultations d'addictologie.
30. Meilleures recommandations, formations 'rapides' à suivre, meilleure collaboration avec les pharmacies dans ce domaine.
31. Avoir un réseau de psychologues spécialisés dans les assuétudes pourrait aider.
32. Plus de coordination des acteurs (y compris le patient) autour du projet de soins et même de vie du patient, et donc du temps et des outils organisationnels, structurels, pour permettre cette coordination. Aucun de mes patients consommateurs n'est simple, ils sont tous complexes, donc on est obligés de travailler ensemble et de savoir qui fait quoi et comment.
33. Une législation claire concernant les TSO permettant un « cadrage » de la prise en charge, la limitation dans les prescriptions, le travail en réseau (contacts avec des centres spécialisés) et l'obligation de formations continues.
34. Visite dans des centres de délivrance ou de désintox. Partager avec autres acteurs de soins leurs expériences, ainsi qu'avec patients.
35. Travail en groupe sous la supervision de généralistes experts.
36. Avoir reçu une formation et accompagner quelque temps un médecin qui en fait beaucoup, Aide vraiment à se sentir plus à l'aise avec ce type de pratique.
37. Faciliter accès vers service de santé mentale adapté pour avis et suivis.
38. Conseils, formations, sécurité au cabinet et sécurité juridique.
39. Travailler en réseau, avoir plus de disponibilités pour la seconde ligne (psychiatres, service spécialisé).

40. Travail en équipe pluridisciplinaire avec formation et rémunération adéquate.
41. Plus de formation et moins de stigmatisation... Plus de moyens financiers pour faciliter le travail avec les assistants sociaux, psychologues, psychiatres, ... Envisager la création de centres dédiés.
42. Un soutien des équipes de psychiatrie plus important.