



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

---

Year : 2022

## « Oh non, pas lui, pas elle » Une exploration de la clinique des addictions et de ses difficultés en milieu hospitalier

Paroz Sophie

Paroz Sophie, 2022, « Oh non, pas lui, pas elle » Une exploration de la clinique des addictions et de ses difficultés en milieu hospitalier

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB\_6202929B556B6

### **Droits d'auteur**

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

### **Copyright**

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



**UNIL** | Université de Lausanne

Faculté de biologie  
et de médecine

**Département de psychiatrie**

**« Oh non, pas lui, pas elle »**

Une exploration de la clinique des addictions et de ses difficultés en milieu  
hospitalier

**Thèse de doctorat ès sciences de la vie (PhD)**

présentée à la

Faculté de biologie et de médecine  
de l'Université de Lausanne

par

**Sophie PAROZ**

Master en sciences sociales de l'Université de Lausanne

**Jury**

Prof. Solange Peters, Présidente  
Prof. Jean-Bernard Daepfen, Directeur de thèse  
Prof. Barbara Broers, Experte  
Prof. Olivier Hügli, Expert  
Prof. Laure Kloetzer, Experte

Lausanne  
(2022)

# Imprimatur

Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de

|                                 |          |       |              |                 |
|---------------------------------|----------|-------|--------------|-----------------|
| <b>Président·e</b>              | Madame   | Prof. | Solange      | <b>Peters</b>   |
| <b>Directeur·trice de thèse</b> | Monsieur | Prof. | Jean-Bernard | <b>Daeppen</b>  |
| <b>Expert·e·s</b>               | Madame   | Prof. | Barbara      | <b>Broers</b>   |
|                                 | Monsieur | Prof. | Olivier      | <b>Hügli</b>    |
|                                 | Madame   | Prof. | Laure        | <b>Kloetzer</b> |

le Conseil de Faculté autorise l'impression de la thèse de

**Sophie Paroz**

Master - Licence ès sciences sociales, Université de Lausanne

intitulée

**« Oh non, pas lui, pas elle »  
Une exploration de la clinique des addictions  
et de ses difficultés en milieu hospitalier**

Lausanne, le 1 juin 2022

pour le Doyen  
de la Faculté de biologie et de médecine

  
Prof. Solange Peters

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Remerciements .....   | 3  |
| Résumé .....  | 4  |
| Summary .....   | 5  |
| Préambule : « Les tox, moi ça, je peux pas » .....  | 6  |
| Nomenclature et périmètre .....   | 7  |
| <br>  |    |
| Introduction .....  | 9  |
| Journal de bord .....   | 9  |
| Contexte de recherche .....   | 11 |
| Perspectives de recherche.....  | 18 |
| Résumé des résultats .....  | 25 |
| Chapitre 1 : L'hôpital à l'épreuve des personnes avec un trouble<br>de l'usage de substances..... | 26 |
| Chapitre 2 : La pratique clinique à l'épreuve des difficultés .....                               | 27 |
| Chapitre 3 : Les clinicien·ne·s à l'épreuve de leur pratique .....                                | 28 |
| Discussion .....  | 29 |
| La clinique des addictions .....  | 29 |
| Perspectives.....   | 34 |
| Conclusion.....   | 40 |
| Références .....  | 42 |
| <br>  |    |
| Annexes : Articles .....  | 61 |

## Remerciements

Au Pr Jean-Bernard Daeppen. Merci à mon directeur de thèse pour m'avoir laissé l'autonomie et le temps dont j'avais besoin pour ce travail, tout en assurant mes arrières dans les situations de dérapage scientifique et de procrastination sévère. Et merci à mon supérieur hiérarchique pour m'avoir associée à la création du Service de médecine des addictions du CHUV et à son développement, dans le respect et la confiance de mes fonctions – me permettant ainsi d'inscrire ce travail dans un projet professionnel passionnant.

Au groupe de recherche associé. Merci à la Dre Martine Monnat, au Pr Francesco Panese, au Dr Michael Saraga et au Pr Jean-Bernard Daeppen pour avoir grandement contribué à la qualité de ce travail. Merci pour les discussions animées, les critiques constructives, les relectures pointilleuses, les idées nombreuses et l'expertise de terrain. Un merci particulier à Francesco Panese pour ses incitations à l'expérimentation méthodologique et pour la découverte de la méthodologie des auto-confrontations croisées.

Aux personnes qui ont participé au projet de recherche. Merci aux clinicien·ne·s qui ont pris part à ce projet et livré leur expérience clinique avec sincérité. Un merci particulier aux professionnel·le·s et aux patient·e·s qui ont accepté d'être filmé·e·s dans le cadre d'une consultation clinique.

Au Service de médecine des addictions et au CHUV, sources constantes d'observation et d'inspiration pour ce travail.

A mes ami·e·s et à mes proches. Merci à Orest Weber pour son soutien bienveillant, ses nombreuses – et inlassables – propositions d'aide à travers les années et ses lectures minutieuses et intelligentes des manuscrits. Merci à Marion Rongère et Nicolas Berlie pour la relecture des résumés de thèse. Merci aux quelques ami·e·s qui – malgré une ignorance complète du contenu de ma thèse – n'oubliaient jamais de prendre des nouvelles de son avancement et de m'encourager ainsi à la terminer. Merci notamment à Laurence, Maria, Cécile, Catherine, Joelle, Caroline, Virginie et Denis. Merci à Thierry Currat pour ses précieuses relectures de dernière minute, et pour avoir si bien su prendre sur lui dans les situations sous haute tension. Merci à mes parents et à mon frère pour leurs encouragements, tout en discrétion et en douceur.

A Marcel, Emile et Thierry. Merci pour le merveilleux timing. Et pour leur amour.

## Résumé

L'hôpital de soins généraux est un élément central du dispositif de traitement des personnes avec un trouble de l'usage de substances. Or, la prise en charge de cette population peine à s'adapter à ses besoins et n'est que peu considérée par les équipes cliniques. Pour comprendre cette situation, la recherche s'est principalement centrée sur les attitudes des professionnel·le·s, les besoins des patient·e·s ou les lacunes des programmes de formation, avec une volonté commune d'identifier les compétences requises pour une prise en charge améliorée. Ce travail s'inspire de champs de recherche propre à d'autres disciplines que la médecine et propose une approche alternative centrée sur l'activité clinique et ses difficultés.

Le travail repose sur trois axes. Le premier est de nature descriptive et observe l'hôpital comme lieu de prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances. Cette réflexion s'appuie sur une revue de la littérature scientifique. Le deuxième axe, empirique, constitue le cœur de la thèse. L'étude empirique explore l'expérience de terrain de professionnel·le·s amené·e·s à prendre en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances au sein d'un hôpital universitaire – spécialistes et non spécialistes en médecine des addictions. Elle se base sur trois collectes de données qualitatives complémentaires ciblant l'expérience clinique et les difficultés de professionnel·le·s : 1) des entretiens individuels semi-structurés, 2) des entretiens en binôme semi-structurés, et 3) des entretiens par auto-confrontations croisées à partir de consultations filmées. Le troisième axe est méthodologique, il questionne l'application originale de la méthodologie des auto-confrontations croisées en milieu clinique et réfléchit à leur potentiel dans ce contexte spécifique. L'ensemble de la thèse s'inscrit dans une réflexion sur la préparation des professionnel·le·s et des institutions de soins au traitement des personnes avec un trouble de l'usage de substances.

En proposant une analyse approfondie de la *clinique des addictions* et de ses difficultés, ce travail révèle une pratique clinique complexe pour une diversité de prestataires de soins, y compris les spécialistes du domaine. Les résultats mettent en évidence l'intrication de différents niveaux de difficulté – moral, cognitif, technique, relationnel, identitaire, et institutionnel – et la nature spécifique de cette clinique. Ils permettent ainsi de penser les limites de la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances non pas uniquement à la lumière d'un manque de formation et d'attitudes négatives tenaces, mais aussi et surtout à la lumière de sa complexité clinique. Les résultats soutiennent par ailleurs la pertinence d'explorer la pratique clinique par le biais des difficultés en lieu et place des compétences.

## Summary

The general hospital is a key component of the healthcare system for people with a substance use disorder. However, care for this population is not adapted to their needs and is poorly regarded by the clinical teams. To understand this situation, research approaches either focused on professionals' attitudes, patients' needs, or shortcomings in the training programs, with the common goal of identifying core competencies for improved care. This work is inspired by research fields specific to other disciplines than medicine and proposes an alternative approach centered on clinical activity and related difficulties.

This work focuses around three axes. The first is descriptive and based on a literature review. It reflects on the hospital as a place of care for people with a substance use disorder. The second axis is empirical and forms the core of the thesis. The empirical study explores the clinical experience of professionals dealing with people with a substance use disorder within a university hospital – specialists and non-specialists in addiction medicine. It is based on three complementary qualitative data collections targeting the clinical experience and encountered difficulties of professionals: 1) individual semi-structured interviews, 2) paired semi-structured interviews, and 3) cross self-confrontation interviews based on video recorded clinical interviews. The third axis is methodological. It questions the original application of the methodology of cross self-confrontation within a clinical setting and considers its research and educational potential in this specific context. The entire thesis is part of the considerations around the preparation of professionals and healthcare institutions to treat people with substance use disorders.

By offering an in-depth analysis of addiction-related clinical practice, this work uncovers a complex clinical practice for a wide range of care providers, including specialists in the field. The findings highlight the entanglement of multiple levels of difficulty – moral, knowledge-based, technical, relational, identity-related, and institutional – and the specific nature of this clinic. They make it possible to reflect on the addiction treatment gap not only in the light of lack of training and negative attitudes, but also and above all in the light of its clinical complexity. The findings also support the relevance of exploring clinical practice through difficulties instead of competencies.

## Préambule : « Les tox, moi ça, je peux pas »

Dans le cadre de ma première activité professionnelle au sein d'une équipe de recherche en santé publique, une collègue médecin m'a dit au détour d'une conversation sur son expérience dans un service d'urgences : « Les tox, moi ça, je peux pas ». Sensible aux discriminations en tout genre et alors déconnectée de la pratique clinique, cette phrase m'a laissée songeuse et a accompagné silencieusement mon début de parcours au sein du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Des années plus tard, j'ai été engagée au Service d'alcoologie puis au Service de médecine des addictions du CHUV. J'ai ressorti cette phrase de ma poche et saisi l'occasion pour explorer les enjeux liés à cette formulation. Et j'en ai fait le sujet de ma thèse. L'énoncé a été troqué pour un autre : « Oh non, pas lui ». Cet énoncé figurait sur les premières mises à l'écrit de ce travail, puis je l'ai mis de côté, réalisant la résistance qu'il induisait chez mes premier·ère·s lecteur·trice·s. D'autres années ont passé, mon travail de thèse a pris forme, et j'ai souhaité revenir au titre initial et l'assumer : « Oh non, pas lui, pas elle ». Loin de ce travail l'idée de juger. Il est, bien au contraire, une tentative de compréhension d'une pratique et d'une réalité clinique complexe – et c'est là le point de départ de ce travail.



## Nomenclature et périmètre

La terminologie d'usage dans le domaine de la médecine des addictions est en constante évolution et les diagnostics officiels sont différenciés selon les nomenclatures<sup>1</sup>. Les choix lexicaux propres à ce travail nécessitent ainsi d'être précisés. Dans le cadre de ce travail, les termes suivants sont utilisés :

- *Trouble de l'usage de substances*<sup>2</sup>. Ce terme est proposé dans la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (1) et regroupe les diagnostics de *dépendance* et d'*abus de substance* de la version antérieure du manuel. Les textes en anglais présentés dans ce travail reposent sur la même référence et utilisent le terme de *substance use disorders*. Nous avons fait le choix de parler de *trouble de l'usage de substances* selon une définition propre qui regroupe tant les diagnostics documentés selon les critères diagnostics du trouble de l'usage de substances du DSM-5, que les diagnostics informels issus de la pratique clinique – où le diagnostic documenté de trouble de l'usage de substances fait souvent exception (2, 3) mais où l'attribution de ce diagnostic est rarement erronée.

Le *trouble de l'usage de substances* regroupe sans distinction dans le cadre de ce travail le trouble de l'usage d'alcool et le trouble de l'usage d'autres substances psychoactives. Bien que ces pathologies aient des caractéristiques propres (épidémiologie, manifestation clinique, traitement médicamenteux, profil de la patientèle, entre autres), elles se retrouvent sur le terrain des représentations sociales, d'une part, et elles occasionnent des interférences comparables sur la prise en soins, d'autre part. Le *trouble*

---

<sup>1</sup> Respectivement le Manuel diagnostique et statistique (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie (APA) ou la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

<sup>2</sup> Selon les traductions en français, ce terme apparaît sous ces deux variations : *trouble lié à l'usage de substances* ou *trouble lié à l'utilisation de substances*.

*de l'usage de tabac* n'est en revanche pas intégré dans le cadre de ce travail. Ce choix repose sur trois critères : 1) le *trouble de l'usage de tabac* présente des interférences cliniques moindres dans la prise en charge ; 2) les représentations des personnes avec un trouble de l'usage de tabac et les attitudes associées des professionnel·le·s ne sont pas les mêmes ; 3) la plupart des études internationales n'intègrent pas le *trouble de l'usage de tabac* dans la catégorie des *troubles de l'usage de substances/substance use disorders*.

Le terme de *trouble de l'usage de substances* est utilisé sans faire appel à un acronyme.

- *Addiction*. Ce terme est utilisé dans ce travail spécifiquement en lien avec les aspects neurobiologiques et physiopathologiques de la maladie (4, 5), et en référence à la terminologie d'usage en terme de discipline (*médecine des addictions*). Il est finalement utilisé pour quelques figures de style (*la clinique des addictions*, par exemple).
- Par fidélité aux sources citées, d'autres termes sont ponctuellement utilisés, notamment dans la transmission d'informations épidémiologiques. Il est ainsi parfois fait usage, par exemple, de *dépendance*.

Ce travail tente par ailleurs de s'accorder aux recommandations actuelles qui proposent une terminologie neutre, précise et non stigmatisante, ainsi qu'un langage centré sur la personne qui évite toute référence à des appellations confondant l'individu avec sa maladie (un·e *toxicodependant·e*, par exemple). Nous utilisons *trouble de l'usage de substances* sans faire appel à un acronyme dans cette intention. Ce choix, bien que fastidieux tant à l'écriture qu'à la lecture, s'inscrit dans un effort constant d'utiliser les termes scientifiques de rigueur et de prévenir l'utilisation raccourcie d'acronyme lorsque l'on évoque les personnes présentant un trouble de l'usage de substances. Nous nous référons sur ce sujet à deux articles récents (6-8).

# Introduction

## **Journal de bord**

Le journal de bord est un outil de terrain précieux en recherche – tout particulièrement dans le domaine des méthodologies qualitatives. Support de la réflexion, il présente l'intérêt de consigner dès les prémices d'une recherche les questionnements, idées, observations, références potentielles et interrogations liés au déploiement d'un projet. Il constitue en cela la mémoire vive du travail. A la relecture de mon journal de bord, en amont de cette rédaction, mon attention s'est arrêtée sur les nombreuses questions que nous nous sommes posées concernant les orientations principales de mon projet de thèse au sein du groupe de recherche qui a accompagné ce travail : « Pourquoi explorer l'hôpital alors que la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances se fait en grande partie chez les médecins installés ? » ; « Pourquoi investiguer du côté des spécialistes en médecine des addictions si on s'intéresse à la prise en charge hospitalière ? » ; « Les non spécialistes auront-ils un discours sur le sujet ? » ; « Pourquoi ne pas aussi explorer du côté des patient·e·s ? » ; « Pourquoi étudier les difficultés cliniques et non simplement la stigmatisation ? » ; « Peut-on vraiment approcher les difficultés alors qu'il y a une forte résistance à en parler même dans l'espace protégé de la supervision ? ». Si le projet de recherche a beaucoup évolué dans le temps, les choix et orientations centrales ont finalement été tenaces. Ainsi, ce sont bien l'*hôpital*, les *spécialistes* et les *non spécialistes* en médecine des addictions, et les *difficultés cliniques* que cible ce travail pour aborder la prise en charge des troubles de l'usage de substances – désignée dans le cadre de ce travail sous le terme de *clinique des addictions*.

Le premier axe de la thèse est de nature descriptive et propose une réflexion sur l'hôpital comme lieu de prise en charge des personnes présentant un trouble de l'usage de substances à partir d'une revue (non systématique) de la littérature. Le deuxième axe est empirique. Il repose sur trois collectes de données relatives à la pratique clinique et ses difficultés en situation de prise

en charge de personnes avec un trouble de l'usage de substances au sein d'un hôpital universitaire – le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) : 1) des entretiens individuels semi-structurés avec des clinicien·n·s *expert·e·s* en médecine des addictions ; 2) des entretiens en binôme semi-structurés avec des clinicien·ne·s travaillant en service hospitalier *non spécialisés* en médecine des addictions ; 3) une analyse de la pratique clinique par le biais d'entretiens par auto-confrontations croisées avec des clinicien·ne·s travaillant dans un service hospitalier *spécialisé* en médecine des addictions. Vingt-trois professionnel·le·s affilié·e·s à sept services du CHUV ont participé à ce volet empirique. Le troisième axe est méthodologique, il tente une application des entretiens par auto-confrontations croisées en contexte clinique et réfléchit à son potentiel informatif et réflexif dans ce contexte spécifique. Les trois axes ont une dimension commune : ils s'inscrivent dans la réflexion contemporaine sur la préparation des professionnel·le·s à prendre en charge les personnes avec un trouble de l'usage de substances.

L'*Introduction* présente le contexte de départ du projet de recherche et permet de répondre aux questionnements liés aux options thématiques et méthodologiques. Dans un premier temps, je rends compte de la situation générale en termes de prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances, en m'arrêtant spécifiquement sur la situation hospitalière. Puis j'expose les principaux facteurs qui ont été mis en évidence pour expliquer cette situation. Dans un second temps, je mets en avant les développements qui ont été proposés pour améliorer la prise en charge de cette population en m'appuyant sur la littérature. A partir de là, je présente les orientations et les objectifs qui ont guidé ma réflexion. La *Synthèse des résultats* présente trois articles rédigés dans le cadre de ce travail, et détaille mon rôle spécifique pour chacun d'eux. La *Discussion* revient sur la clinique des addictions, telle qu'elle apparaît au terme de ce projet, puis se concentre sur la thématique de la préparation des professionnel·le·s à cette clinique spécifique. Elle offre une réflexion et des perspectives à trois niveaux – fidèles aux trois axes de ce travail de thèse. Le premier niveau de discussion s'appuie sur le premier article

présenté dans ce mémoire et réfléchit à la préparation de l'institution hospitalière. Le deuxième niveau explore les perspectives en termes de préparation à la lumière de l'analyse des difficultés cliniques. Le troisième niveau donne suite au dernier article et revient sur l'utilisation de matériel clinique dans le cadre de projets de recherche ou de formation en médecine des addictions.

### **Contexte de recherche**

La prévalence des troubles de l'usage de substances psychoactives est élevée au sein de la population générale<sup>3</sup>, et au vu de de leur incidence en termes de mortalité et de morbidité<sup>4</sup>, les personnes concernées par ces pathologies sont nombreuses au sein des populations cliniques (18). Ce constat est le même sur tous les terrains cliniques : centres de soins primaires (19, 20), cliniques psychiatriques (21) ou hôpitaux de soins généraux (22, 23). Pourtant, de façon générale, les troubles de l'usage de substances ne sont pas diagnostiqués et traités avec la même fréquence et la même efficacité que d'autres maladies chroniques (13). Le dépistage et les

---

<sup>3</sup> Les troubles de l'usage de substances psychoactives représentent un problème de santé publique majeur. Aux Etats-Unis, 22.1 millions de personnes - soit 8.7% de la population - répondaient en 2010 au critère diagnostic d'addiction. Parmi eux, 2.9 millions étaient diagnostiqués avec une double addiction alcool-autres substances (9). En Europe, 23 millions de personnes sont concernées par un trouble de l'usage d'alcool (10) et on estime à 1,3 million les personnes présentant une consommation problématiques d'opioïdes (11). En Suisse, 12.6% à 16.9% de la population présente une consommation d'alcool pour le moins problématique (12, 13). En milieu clinique, dans le cadre des cabinets de médecine interne générale, on estime qu'une personne sur trois environ est concernée par l'usage d'une substance (14).

<sup>4</sup> Les conséquences en termes de mortalité et de morbidité sont particulièrement importantes : selon l'Organisation Mondiale de la Santé (15), la consommation d'alcool a un impact sur l'incidence d'au moins 60 types de maladies et à l'échelle mondiale, 0,4% des décès et 0,9% des années de vie perdues sont attribués à l'usage de substances sous contrôle (16). Entre autres exemples illustratifs, on sait qu'environ 40% des personnes qui consomment des substances par injection ont une hépatite C (17).

interventions précoces sont rares (24) et seule 1 personne sur 10 avec un trouble de l'usage de substances a accès à un traitement (13, 16)<sup>5</sup>. En comparaison, plus de 70% des personnes souffrant d'hypertension, de diabète et de dépression sont traitées (13). Cette situation fait l'objet d'une grande attention au sein de la communauté des spécialistes en santé publique et en médecine des addictions, et se voit généralement documentée dans la littérature anglophone sous l'appellation d'*addiction treatment gap*<sup>6</sup> (13). Cette problématique n'échappe pas au contexte hospitalier, alors même qu'il est une pièce maîtresse du système de soins des personnes avec un trouble de l'usage de substances.

Certains hôpitaux – généralement les hôpitaux universitaires – proposent une offre spécialisée dans le domaine des troubles de l'usage de substances (consultations addictologiques ambulatoires ou séjours résidentiels dans le cadre d'un arrêt des consommations, par exemple) à des personnes diagnostiquées avec un trouble de l'usage de substances et en processus de soins ou de rétablissement. Mais la mission de l'hôpital en termes de traitement des personnes avec un trouble de l'usage de substances dépasse largement cette offre spécialisée. D'abord, parce qu'il représente une opportunité d'entrer en soins pour des personnes concernées par un trouble de l'usage de substances mais hors de tout circuit de prise en charge (28, 29). L'institution hospitalière offre en effet, par le biais de dépistages et d'orientations ciblées, une porte d'entrée dans l'offre de soins spécialisée en médecine des addictions. Ensuite, parce que l'hôpital traite un nombre conséquent de personnes avec un trouble de l'usage de substances – diagnostiqué ou non – qui transitent dans le cadre de son offre générale de soins. La haute

---

<sup>5</sup> Quelques études sont plus optimistes : deux études étasuniennes montrent que respectivement 13.5% (25) et 14.7% (26) des personnes présentant un diagnostic de dépendance aux substances psychotropes au cours de la dernière année a reçu un traitement. Une autre étude européenne parle de 22.3% de personnes avec un trouble de l'usage d'alcool qui ont accès à une intervention ciblée (27).

<sup>6</sup> Nous proposons la traduction française suivante : *lacune en matière de traitement dans le domaine des addictions*.

prévalence des troubles de l'usage de substances au sein de l'hôpital a largement été documentée dans les services hospitaliers d'urgences (30, 31) – y compris psychiatriques (21) –, de médecine générale (32, 33), mais aussi au sein d'autres spécialités médicales, telle que la chirurgie, la médecine interne, la neurologie, la gynécologie ou encore les services de médecine intensive. Au sein de ces services, 12 à 35% des patient·e·s présentent un trouble de l'usage de substances (34-37).

Cette réalité épidémiologique au sein de l'hôpital n'est pas un problème en soi. La problématique tient à ce que l' « addiction is not put on hold when people who use drugs are in hospitals<sup>7</sup> » (38) et qu'elle complexifie la prise en charge de maladies chroniques (39) ou d'autres problématique de santé. La pathologie addictive nécessite ainsi d'être intégrée aux traitements proposés dans une grande majorité des terrains cliniques, qu'il s'agisse d'introduire un traitement agoniste opioïde<sup>8</sup> pour une personne qui va être hospitalisée (40, 41), d'adapter la gestion de la douleur de personnes sous traitement agoniste opioïde (42, 43), mais aussi d'ajuster les stratégies anesthésiques pour des personnes avec une consommation active de substances (44) ou d'anticiper les syndrome de sevrage pour une personne avec un trouble de l'usage d'alcool, pour ne citer que quelques exemples très représentatifs des situations auxquelles se confrontent – ou devraient se confronter – les équipes cliniques hospitalières. Que le motif de consultation relève ou non de la consommation de substances, et que la demande initiale de soins s'adresse à des équipes spécialisées en médecine des addictions ou non,

---

<sup>7</sup> La traduction en français pourrait être : « l'addiction n'est pas mise en suspens lorsque les personnes qui consomment des substances sont hospitalisées ».

<sup>8</sup> Les traitements agonistes opioïdes permettent de remplacer la consommation illicite d'opioïdes (généralement l'héroïne) par la prescription d'un médicament (ex. méthadone, buprénorphine) ayant des effets comparables, dans le cadre d'un suivi thérapeutique.

l'hôpital doit faire face au trouble de l'usage de substances. A la suite de ce qui vient d'être présenté, quatre situations type de prise en charge de personnes avec un trouble de l'usage de substances au sein de l'hôpital se dégagent :

- 1) Le motif de la demande est en *lien direct* avec le trouble de l'usage de substances : suivi addictologique, introduction d'un traitement agoniste opioïde ou décompensation addictologique, par exemple. Ces situations sont traitées par des équipes spécialisées en médecine des addictions, ou dans certains cas par des professionnel·le·s des services d'urgences – générales ou psychiatriques – ou des services de médecine de premier recours.
- 2) Le motif de la demande est en *lien avec une conséquence directe* du trouble de l'usage de substances : cancers de la sphère ORL, pancréatites, abcès, infections bactériennes (45, 46), ulcères, intoxications, maladies infectieuses (VIH, hépatite C) (47), mais aussi traumatismes, fractures, décompensations psychiatriques en état d'intoxication ou encore overdoses (48). Ces situations sont principalement traitées dans le cadre de spécialités médicales : médecine générale, orthopédie, maladies infectieuses, chirurgie, mais aussi médecine des addictions.
- 3) Le motif de consultation est *sans lien direct* avec le trouble de l'usage de substances mais ce dernier interfère avec la clinique, au niveau pharmacologique (interactions médicamenteuses, par exemple) ou comportemental (violence, non adhésion médicamenteuse, par exemple). Dans d'autres cas, le trouble de l'usage de substances interfère directement avec la santé des patient·e·s et nécessite un traitement particulier (suivi de grossesses, par exemple (49)). Ces situations concernent tous les terrains hospitaliers et l'ensemble des équipes cliniques.



- 4) Le motif de consultation est *sans lien* avec le trouble de l'usage de substances et *sans conséquence* sur la prise en charge, mais les équipes professionnelles suspectent une problématique liée à l'usage de substances et sont susceptibles d'effectuer un dépistage ou de proposer une orientation sur le réseau spécialisé. Ces situations concernent tous les terrains hospitaliers.

Bien que l'hôpital accueille et traite un nombre conséquent de personnes avec un trouble de l'usage de substances, et alors même que leur traitement représente une charge considérable en termes d'investissement, de temps et de coût pour l'institution (50-54), l'hôpital (45, 46, 55, 56) – au même titre que le système de santé en général – fait face à un *treatment gap* en matière de soins aux personnes avec un trouble de l'usage de substances. Malgré l'importance d'intégrer les troubles de l'usage de substances dans le cadre de ces différentes situations, ils sont peu pris en compte en-dehors des unités spécialisées en médecine des addictions (37, 46, 56). La problématique addictive – qu'elle soit en lien avec une consommation d'alcool, d'opioïdes ou d'autres substances – reste sous-investiguée et sous-traitée et la qualité des soins offerts n'est pas optimale (13, 57). On sait, par exemple, que l'empathie et l'engagement personnel des professionnel-le-s est moindre avec cette population (58). On sait aussi que le recours aux équipes spécialisées est restreint, que les réadmissions sont courantes (46), que les visites médicales sont écourtées (58), que de nombreux patient-e-s quittent l'hôpital contre avis médical (59, 60) – ou au contraire que les durées de séjour se voient prolongées (35, 61) – que les complications périopératoires sont fréquentes (35, 62, 63). On sait encore que le contrôle de la douleur ainsi que la gestion des symptômes de manque sont insuffisants (57, 59, 64).

Différentes explications sont données pour rendre compte des limites de la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances – à l'hôpital et sur l'ensemble des terrains cliniques. La première explication repose sur une compréhension encore fragile des addictions comme pathologies. La mise en évidence des fondements neurobiologiques du trouble de

l'usage de substances et le développement de traitements médicamenteux ont contribué à inscrire ces pathologies dans le domaine biomédical (4). Malgré cela, la compréhension des mécanismes biologiques participant aux comportements addictifs reste limitée : la représentation de leur étiologie demeure en partie comportementale (65) et il perdure une perception de l'addiction comme « choix auto-infligé » (66). Les troubles de l'usage de substances sont ainsi moins considérés en tant que pathologie que d'autres maladies du domaine de la santé mentale, telle que la schizophrénie ou la dépression (67). La compréhension médicale partielle de l'addiction a comme conséquence de maintenir le statut particulier des troubles de l'usage de substances et de les tenir à l'écart du périmètre proprement biomédical identifié par les clinicien·ne·s.

Le deuxième facteur explicatif de l'*addiction treatment gap* repose sur la stigmatisation sociale des personnes avec un trouble de l'usage de substances. La pose d'un diagnostic de trouble de l'usage de substances s'avère à double tranchant du point de vue de la stigmatisation. Un diagnostic médical, de façon générale, permet d'invoquer le statut de malade et ainsi de tempérer la stigmatisation. Le diagnostic de trouble de l'usage de substances – au même titre que d'autres diagnostics spécifiques comme les troubles de la personnalité borderline ou le VIH/sida, par exemple (68) – peut en revanche stigmatiser la population concernée (69-75). Il implique de façon plus manifeste que d'autres pathologies des réactions et attitudes discriminatoires (76-79), et ce d'autant plus si la problématique s'entremêle à une complexité psychosociale (précarité, illégalité, violence, co-morbidité psychiatrique) (47) qui interfère avec la problématique médicale à l'origine de la demande de soins et fait émerger au premier plan les objets sociaux. Les préjugés (les personnes avec un trouble de l'usage de substances vivent dans le déni de leur maladie, elles ont tendance à mentir, par exemple) et les contre-attitudes négatives (avoir peur, se méfier de ces personnes, par exemple) des clinicien·ne·s se confrontent aux préjugés (mépris, incompetence, par exemple) et contre-attitudes (méfiance,

jugement, par exemple) des patient·e·s. Ce phénomène conduit à des opportunités de soins manquées (80) car il interfère – subtilement ou moins subtilement – dans la prise en charge, au niveau du système de soins (restriction d'entrée en soins, par exemple) mais aussi dans le processus de prise en charge thérapeutique (empathie moindre, par exemple). La stigmatisation sociale, ainsi que les attitudes et réactions discriminatoires à l'égard de ces patient·e·s perçu·e·s comme « difficiles » (81) sont des domaines de recherche en soi. De nombreuses études ont évalué les attitudes négatives de la population générale mais aussi plus spécifiquement celles des professionnel·le·s de la santé, notamment à l'égard des personnes présentant un trouble de l'usage de substances dites « illicites » (82-85). Ces études mettent en évidence que les attitudes des professionnel·le·s sont plus négatives à l'encontre de la patientèle avec un trouble de l'usage de substances, en comparaison avec les personnes présentant d'autres diagnostics dans le domaine de la santé mentale (86, 87). Il ressort aussi que l'ensemble des clinicien·ne·s – y compris les spécialistes en médecine des addictions et les psychiatres – ont des attitudes négatives à l'égard des personnes avec un trouble de l'usage de substances (58, 88, 89). Il apparaît toutefois que les attitudes des professionnel·le·s travaillant dans le domaine de la médecine des addictions sont moins négatives (58).

La dernière explication – qui est de loin la plus documentée dans la littérature – est le manque de formation des clinicien·ne·s dans le domaine des troubles de l'usage de substances (13, 90, 91). Malgré une avancée au niveau international dans le domaine de la formation depuis les années '90 (92), le constat d'une formation lacunaire reste valable et fait l'objet de nombreuses publications récentes (90, 93-95). Une littérature soutient ce constat au sein de différentes professions cliniques – principalement les médecins (93-95) mais aussi les infirmier·ère·s (96, 97), les psychologues (98, 99) ou les assistant·e·s sociaux·ales (100). Entre autres indicateurs, les curriculums pré-gradués et post-gradués en médecine présentent un nombre d'heures dévolues aux troubles de l'usage de substances qui peinent à augmenter – particulièrement en

lien avec les substances placées sous contrôle (101) – et à dépasser le domaine de la psychiatrie (90), alors même que de nombreuses spécialités médicales sont concernées. Par ailleurs, de façon générale, les formations visent l'apprentissage de connaissances ou de compétences particulières (prévention, pharmacothérapie, épidémiologie, par exemple) selon une approche par substance, ou d'approches thérapeutiques spécifiques (entretien motivationnel, intervention brève, par exemple) (102, 103). En ce sens, peu d'espaces de formation permettent tant aux étudiant·e·s qu'aux clinicien·ne·s de se confronter aux différentes composantes des problématiques addictives et d'acquérir des compétences transverses pour faire face à ces problématiques (90, 94, 104). Cette situation a comme conséquence – sur le terrain hospitalier comme dans l'ensemble du dispositif de soins – un manque général de préparation clinique à la prise en charge des addictions (95, 105), la perpétuation d'attitudes négatives à l'égard des personnes avec un trouble de l'usage de substances (90, 106), ainsi que l'absence de personnes expertes à même, par exemple, d'administrer les traitements médicamenteux de rigueur et de gérer leurs effets secondaires ou de mettre en place des interventions psychosociales complexes (13, 90, 107).

Que les professionnel·le·s ne se sentent pas toujours concerné·e·s par une problématique qu'ils·elles ne jugent pas médicale, qu'ils·elles n'aiment pas travailler avec cette population, ou qu'ils·elles manquent de confiance dans leurs compétences parce qu'ils·elles sont peu formé·e·s, le résultat est le même. Les équipes cliniques résistent à traiter les personnes avec un trouble de l'usage de substances.

### **Perspectives de recherche**

#### *Une exploration du terrain hospitalier et de la diversité de ses pratiques*

La première partie de cette introduction a établi la haute prévalence des personnes avec un trouble de l'usage de substances au sein de la population hospitalière, ainsi que l'importance de l'hôpital dans leur prise en charge. A partir de là, ce travail défend l'intérêt d'explorer ce terrain

clinique spécifique et d'y mener des recherches empiriques, à commencer par la nôtre. Au vu de la diversité des pratiques hospitalières dans le domaine des troubles de l'usage de substances, le volet empirique de la thèse a tenté une représentativité des pratiques cliniques au sein d'un hôpital.

Les études qui se sont intéressées au terrain hospitalier par le passé ont dans la plupart des cas ciblé des domaines cliniques spécifiques et non spécialisés en médecine des addictions : la psychiatrie (108), mais aussi d'autres spécialités médicales comme la gastro-entérologie (109) ou la cardiologie (110), l'anesthésiologie (44), la traumatologie (111), par exemple. La délimitation du périmètre clinique reposait sur l'existence d'une problématique de départ très spécifique : le traitement des cooccurrences d'un trouble lié à l'usage de substances et d'un autre trouble psychique (108), la prise en charge du trouble de l'utilisation d'alcool chez les personnes avec une cirrhose du foie (109), le traitement chirurgical des complications cardiovasculaires associées aux troubles d'usage de substances (110), ou l'administration d'anesthésiques pour des personnes avec un trouble de l'usage d'opioïdes (44), entre autre exemples. Quelques recherches se sont toutefois intéressées tant au domaine spécialisé qu'aux domaines non spécialisés en médecine des addictions. Les études de Van Boekel (112) et de Gilchrist (89), notamment, ont comparé les médecins de premier recours, les psychiatres généralistes et les spécialistes des addictions en termes de considération pour la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances. La plupart des études passées ont par ailleurs ciblé les personnes en formation qui travaillent, ou qui seront amenées à travailler, en milieu hospitalier. En effet, de très nombreuses études ciblent les médecins assistant·e·s (86, 104, 113) ou les étudiant·e·s en médecine (105, 114, 115). Les hypothèses générales sous-jacentes à l'ensemble de ces travaux étaient que l'amélioration de la prise en charge se voit nécessaire dans des contextes cliniques spécifiques, et que l'*addiction treatment gap* résulte

d'un manque de préparation propre aux professionnel·le·s débutant·e·s ou moins expérimenté·e·s, ou exerçant en dehors du champ spécialisé de la médecine des addictions.

Mon approche repose sur ce que je désigne ici comme un *principe de complémentarité* : l'exploration et la compréhension de la clinique hospitalière des addictions nécessite un angle d'approche large à même de restituer des facettes complémentaires du travail clinique avec des personnes présentant un trouble de l'utilisation de substances au sein de l'hôpital. En accord avec ce principe, l'étude empirique a premièrement ciblé conjointement la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances en service hospitalier spécialisé et non spécialisé en médecine des addictions. Elle a par ailleurs intégré une diversité de profils professionnels complémentaires. Le volet empirique du travail a ainsi ciblé *l'hôpital dans toute sa diversité*, tant en termes de spécialités médicales, d'ancrage professionnel, de niveau de formation, d'expérience clinique ou de cadre de soins (séjour hospitalier, suivi ambulatoire).

La thèse aborde ainsi la *clinique des addictions* selon une conception à même d'intégrer la multiplicité des types de prise en charge de personnes avec un trouble de l'usage de substances en hôpital de soins général – telles que je les ai exposées plus haut dans l'introduction. La *clinique des addictions*, telle que nous l'avons définie dans ce travail, comprend tant le traitement des troubles de l'usage de substances, que la prise en charge de leurs conséquences médicales et plus largement encore, la prise en charge des personnes dont le trouble de l'usage de substances impacte le bon déroulement des soins.

#### *Une exploration de la pratique clinique et de ses difficultés*

Les niveaux explicatifs de l'*addiction treatment gap* présentés dans la section précédente montrent où le regard s'est porté pour comprendre la problématique : du côté de la pathologie (mécanismes neurobiologiques), du côté des professionnel·le·s (attitudes et compétences) et du côté de l'institution (offre de formation). Ces différents niveaux d'explication ont ceci

d'intéressant qu'ils ont conditionné les niveaux d'explorations proposées par le passé. Ainsi, quatre champs de recherche et de développement se sont ouverts pour mieux comprendre et améliorer la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances : le premier étudie les attitudes des professionnel·le·s à l'égard de ces personnes (58, 64, 88, 112, 116, 117) ; le deuxième explore le sentiment de préparation (32, 118, 119) et les besoins de formation des professionnel·le·s (120, 121) ; le troisième s'intéresse aux lacunes des programmes de formation (103, 121, 122) ou à l'apport de nouveaux programmes (93, 123-126) ; le dernier examine l'impact de nouvelles ressources spécialisées sur la prise en charge (37, 64, 127-129). Ces champs de recherche ont en commun de s'inscrire dans une volonté d'identifier les compétences nécessaires à la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances et de formuler des objectifs d'apprentissage (130-134). Ils ont par ailleurs en commun – du moins pour les trois premiers – de reposer sur des approches méthodologiques qui sont décentrées de la pratique clinique en abordant la problématique par le biais d'analyses de contenu des curriculums (96, 101, 133), d'(auto)évaluations à l'aide d'outils standardisés (97, 118, 135), de revues de littérature (133, 136, 137) ou de consultations d'experts (94, 134, 138). La pratique clinique en tant que telle a ainsi été un peu laissée pour compte, tant en termes d'élément d'explication de l'*addiction treatment gap*, qu'en termes de domaine d'exploration. Au même titre que la pratique clinique, les difficultés cliniques ont peu fait l'objet d'exploration dans le domaine de la médecine des addictions. Les études préexistantes ont exploré la problématique selon l'expérience et les besoins des patient·e·s (29, 47, 139-141), ou selon leurs caractéristiques (81, 142). D'autres études ont ciblé les difficultés structurelles ou les barrières rencontrées (143-146), ou encore la perspective des professionnel·le·s sur leur pratique (109). Les quelques recherches qui se sont plus spécifiquement intéressées aux difficultés cliniques se sont limitées à des domaines cliniques très spécifiques (108-110, 146).

En complément aux recherches passées centrées sur la pathologie, les professionnel·le·s ou l'institution, et en partant du principe que la production d'évidences centrées sur les dimensions expérientielles des pratiques cliniques est nécessaire à l'appréhension d'une pratique, j'ai tenté une compréhension de la situation actuelle en matière de soins pour les personnes avec un trouble de l'usage de substances à partir d'une approche *centrée sur la pratique clinique*. L'entrée dans la pratique clinique s'est faite par le biais des *difficultés rencontrées*, en partant du présupposé que la documentation des difficultés est complémentaire à l'identification des lacunes, besoins et compétences, et de l'hypothèse qu'elles sont à même de raconter autre chose sur la préparation des professionnel·le·s à la clinique des addictions. Dans le cadre de ce travail, les *difficultés cliniques* regroupent l'ensemble des situations qui sont vécues comme une épreuve – qu'elles soient explicitement perçues comme difficultés et rapportées comme telles ou non – qui complexifie la réponse clinique et potentiellement interfèrent avec la prise en charge<sup>9</sup>.

#### *Une exploration ancrée et réflexive des pratiques cliniques*

Le choix des méthodes et des outils de recherche à même de favoriser l'accès aux pratiques de terrain est intervenu dès les prémisses de ce travail. Les méthodes dites qualitatives – les plus connues étant l'observation de terrain, les entretiens semi-structurés et les focus groups – sont des approches désormais conventionnelles et dont l'intérêt est largement reconnu dans le domaine de la recherche en santé et en médecine (147-150), y compris dans le domaine de la médecine des addictions. Elles permettent d'examiner – de manière exploratoire ou approfondie – une opinion, une représentation, des comportements ou des pratiques à partir du discours d'un

---

<sup>9</sup> En ce sens, il peut tant s'agir de lacunes cognitives, de contre-attitudes, de résonnances personnelles ou de manque de ressources expertes sur lesquelles s'appuyer, entre autres exemples.



certain nombre d'informateur·trice·s. Si deux volets de la recherche empirique utilisent l'entretien semi-structuré comme outil de récolte de données, le troisième volet propose une démarche plus originale, empruntée à un autre champ de recherche et une autre discipline que la médecine. Je souhaitais en effet, en complément d'une approche par entretiens semi-structuré, appliquer ce que je désigne ici comme une *exploration ancrée* des pratiques cliniques, c'est-à-dire une exploration au plus près de la pratique et à même de permettre un éclairage profond par le biais d'activités concrètes. Pour cela, je suis allée chercher des outils du côté des sciences humaines et sociales, et plus précisément du côté de la psychologie du travail et de l'approche de la *clinique de l'activité* (151, 152). Le choix s'est porté sur la méthode des *auto-confrontations croisées* (151, 153), qui propose de saisir l'activité professionnelle à partir du discours des acteur·trice·s en situation de confrontation à leur activité. Concrètement, ce dispositif méthodologique consiste à confronter un·e professionnel·le à des traces de son activité sous forme de matériel filmé (auto-confrontation simple) et à l'inviter à mettre en mots son action, puis de réitérer l'exercice en présence d'un·e pair·e (auto-confrontation croisée). Plus qu'un développement de connaissances, l'approche vise une transformation des pratiques et s'inscrit dans le cadre des méthodes développementales en tant qu'elle « ouvre potentiellement des voies pour penser/dire/agir autrement dans le quotidien de l'activité » (154).

Outre le défi méthodologique que représentait l'application de cette méthode dans mon champ de pratique – la médecine des addictions – c'est principalement son potentiel en termes d'ancrage dans la clinique, d'une part, et en termes de réflexivité sur les pratiques, d'autre part, qui a suscité mon intérêt. En partant du présupposé que tout n'est pas de l'ordre de l'explicite dans la pratique clinique et que son analyse nécessite des dispositifs permettant de produire de la réflexivité, cette méthode devait permettre d'aider les clinicien·ne·s à réfléchir sur leur pratique et d'accéder à ce qui échappe – peut-être – à l'observation des interactions cliniques

ou au discours des clinicien·ne·s en situation d'entretien. L'usage de cette méthode dans le cadre de ce travail et l'évaluation de son impact sont des objectifs spécifiques de la thèse.

### *Objectifs spécifiques*

A partir de ce qui vient d'être exposé, ce travail a reposé sur trois objectifs :

- 1) L'objectif initial et très général était de valoriser l'hôpital comme lieu de prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances, et d'appréhender la clinique des addictions en milieu hospitalier. Cet objectif était transverse à l'ensemble du travail.
- 2) L'objectif central était d'analyser la pratique clinique avec des personnes présentant un trouble de l'usage de substances par le biais d'une exploration des difficultés auxquelles sont confrontés une variété de clinicien·ne·s du monde hospitalier. Les objectifs spécifiques de cet axe étaient de : a) identifier les difficultés et les niveaux de difficulté ; b) comprendre comment les difficultés s'articulent ; c) réfléchir à la préparation des clinicien·ne·s à la lumière des difficultés identifiées. Ces objectifs ont été portés par une recherche empirique.
- 3) L'objectif spécifique était de rendre compte de l'expérience des auto-confrontations croisées comme méthode d'exploration des pratiques cliniques dans le champ spécifique de la médecine des addictions. Cet objectif était très directement lié à une des collectes de données de la recherche empirique.

L'ensemble des objectifs se sont inscrits dans une réflexion sur la préparation de l'institution hospitalière et de ses équipes cliniques à la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances.

## Résumé des résultats

# La clinique des addictions en milieu hospitalier: entre spécialisation et responsabilisation

---

SOPHIE PAROZ<sup>a</sup>, Pr RAPHAËL BONVIN<sup>b</sup>, Dr MARTINE MONNAT<sup>c</sup>, Pr FRANCESCO PANESE<sup>d</sup>, Dr MICHAEL SARAGA<sup>e</sup> et Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN<sup>f</sup>

---

*Rev Med Suisse* 2018; 14: 1165-8

Cet article a été publié dans la *Revue Médicale Suisse*, 14, pp.1165-68, 2018 (acceptation avec comité de lecture)

**Résumé** : L'article donne suite à une première revue de la littérature narrative ciblée sur la prise en charge des troubles de l'usage de substances en milieu hospitalier. Il résume une des problématiques à l'origine de ce travail en présentant le rôle central de l'hôpital de soins général dans le domaine des troubles de l'usage de substances, les limites de la prise en charge hospitalière et l'importance de préparer les non spécialistes à la clinique des addictions. L'article conclut notamment sur la nécessité de produire des évidences centrées sur les pratiques de terrain et représente ainsi une porte d'entrée pour le volet empirique de cette thèse.

**Contribution de la doctorante** : SP a conduit la revue de littérature narrative et rédigé le manuscrit.

**“I don't want to take care of you”: an exploration of resistance to treat patients with substance use disorder through a qualitative investigation of difficulties encountered by hospital clinicians**


Sophie Paroz<sup>1</sup>, Martine Monnat<sup>1, 2</sup>, Francesco Panese<sup>1</sup>, Michael Saraga<sup>1</sup>, Jean-Bernard Daepfen<sup>1</sup>



Cet article a été soumis à la revue *Addiction Science & Clinical Practice*

Résumé : L'article propose une synthèse des résultats principaux de la recherche empirique. Il rend compte de l'analyse des difficultés cliniques rapportées dans le cadre des trois collectes de données. Trois résultats centraux sont présentés : 1) la nature hétéroclite des difficultés rencontrées ; 2) l'existence de caractéristiques propres à la complexité de la clinique des addictions ; 3) une réalité clinique partagée entre professionnel·le·s spécialistes et non spécialistes en médecine des addictions. En appréhendant la complexité clinique de la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances par le biais d'une analyse des difficultés, l'article permet de réfléchir à la résistance des équipes cliniques à la lumière de cette complexité et d'initier une réflexion sur la préparation clinique des professionnel·le·s dans le domaine du trouble de l'usage de substances.

Contribution de la doctorante : SP a conduit la revue de littérature contextuelle, développé le design en première ligne, coordonné la recherche sur le terrain, récolté l'entier des données, conduit les analyses en première ligne et rédigé le manuscrit.

## **Exploring Clinical Practice and Developing Clinician Self-Reflection Through Cross Self-Confrontation Methodology: An Application Within an Addiction Medicine Unit**

Global Qualitative Nursing Research  
Volume 8: 1–13  
© The Author(s) 2021  
Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)  
DOI: 10.1177/23333936211054800  
[journals.sagepub.com/home/gqn](https://journals.sagepub.com/home/gqn)  


**Sophie Paroz<sup>1</sup> , Jean-Bernard Daeppen<sup>1</sup>, Martine Monnat<sup>1,2</sup>, Michael Saraga<sup>1</sup> , and Francesco Panese<sup>1</sup>**

Cet article a été publié dans la revue *Global Qualitative Nursing Research*, 8, pp. 1-13, 2021

**Résumé :** L'article cible l'axe méthodologique du travail de thèse en rendant compte de l'application de la méthode des auto-confrontations croisées en milieu clinique. L'utilisation de cette méthode visait une analyse de l'activité clinique complémentaire aux entretiens semi-directifs en permettant aux sujets de se confronter à leur activité à partir de matériel filmé. L'article illustre le processus méthodologique par le biais d'un résultat spécifique, *le dégoût*. Il discute ensuite l'impact de cette méthode pour accéder à la connaissance tacite de la pratique clinique, d'une part, et ses perspectives de développement en contextes de recherche et de formation, d'autre part.

**Contribution de la doctorante :** SP a conduit la revue de littérature méthodologique et contextuelle, développé le design en première ligne, coordonné la recherche, conduit l'entier des entretiens, analysé en première ligne les données et rédigé le manuscrit.

## Discussion

La discussion proposée revient sur la nature de la clinique des addictions, telle qu'elle se révèle à travers les résultats, puis considère quelques perspectives émergentes en termes de préparation des équipes cliniques et de l'institution hospitalière.

### **La clinique des addictions**

L'objectif général de ma thèse visait l'appréhension de la clinique des addictions en milieu hospitalier. Son axe descriptif a permis de mettre en évidence le périmètre de cette clinique et de l'illustrer en donnant des exemples concrets de la variété des pratiques liées au trouble de l'usage de substances au sein d'un hôpital. L'axe empirique a, quant à lui, permis d'étudier plus en détails cette clinique et d'en extraire ses principales composantes à partir d'une analyse des difficultés rencontrées. A ce stade du travail, les résultats permettent trois affirmations : la clinique des addictions est une clinique *complexe* ; la clinique des addictions est une clinique *spécifique* ; la clinique des addictions est une *réalité complexe partagée* par une diversité de professionnel·le·s.

#### *Une clinique complexe*

Les résultats de la recherche empirique proposent une typologie des difficultés qui permet de mettre en évidence différentes facettes de l'épreuve clinique. Alors que l'on aurait pu s'attendre à ce que les difficultés rencontrées se concentrent sur la relation de soins ou qu'elles mettent essentiellement en évidence une « clinique psychosociale » (155, 156), elles montrent au contraire une clinique dont la difficulté dépasse largement les facteurs relationnels et psychosociaux. Six catégories de difficultés émergent : les difficultés *cognitives* (ne pas disposer des connaissances pharmacologiques requises, par exemple), *morales* (traiter au mieux une personne qui a des comportements que l'on juge répréhensibles, par exemple), *techniques* (effectuer une prise de sang ou poser une voie veineuse à une personne dont les veines sont

endommagées, par exemple), relationnelles (éviter le paternalisme, par exemple), identitaires (travailler à l'interface d'une médecine somatique et d'une médecine psychiatrique, par exemple) et institutionnelles (faire face à de nombreux rendez-vous manqués dans un contexte de productivité, par exemple). En identifiant ces six catégories, mon travail laisse voir ce qui fait basculer la réponse clinique du côté de la difficulté à un moment donné de la prise en charge d'une personne avec un trouble de l'usage de substances. Le point de bascule est atteint dès lors que les connaissances, les valeurs, les compétences techniques, la relation mais aussi le métier, la mission de soigner, ou encore le rapport à l'institution sont mis à l'épreuve. Beaucoup de choses sont ainsi exprimées en situation de difficulté : « je ne sais pas », « je n'ai pas envie », « je juge », « je ne sais pas faire », « je n'arrive pas à être en lien », « je suis mis en échec », ou encore « je ne suis pas à même de faire mon métier ». Ce constat suggère que l'énoncé fictif qui porte cette thèse, « Oh non, pas lui, pas elle », c'est un peu tout ça en même temps. Et ce qu'il suggère aussi, c'est que l'intrication des différents niveaux de difficultés que nous avons identifiés constitue le cœur de la complexité de la clinique des addictions, la complexité étant définie ici comme l'*enchevêtrement complexe et unique de plusieurs systèmes* (157, 158). Cette complexité se révèle sous des formes variées : soigner en urgences une personne qui arrive à l'hôpital dans un état d'intoxication alcoolique aiguë avec une fracture de la hanche, qui ne sent pas bon et qui refuse ouvertement l'aide apportée alors que sa santé est mise en danger ; traiter une personne avec un trouble de l'usage d'opioïdes atteinte par le VIH, ambivalente face à l'introduction d'un traitement agoniste opioïde, qui ne prend qu'épisodiquement son traitement antirétroviral et se présente en consultation sous l'effet de produits non prescrits ; ou hospitaliser une personne qui souhaite tenter un séjour d'arrêt des consommations pour la septième fois, devoir gérer ses excès d'agressivité, ses symptômes de sevrage, sa peur d'un nouvel échec, parallèlement à son propre sentiment d'impuissance. La complexité de la clinique des addictions, c'est devoir gérer ce que chacune de ces situations nécessite en termes de



connaissance, d'outil technique, de ressource institutionnelle, tout en s'efforçant de soigner au mieux, de ne pas juger, d'aborder la situation dans sa singularité et de ne pas être mis en échec. Et ce que suggère finalement ce constat, c'est que la résistance à traiter des personnes avec un trouble de l'usage de substances tient – du moins en partie – à cette complexité multifactorielle. « Oh non, pas lui, pas elle » serait ainsi moins l'expression d'un rejet de la personne que l'expression d'une peur de se confronter à la complexité d'une situation et aux limites de l'aide qui peut être apportée.

### *Une clinique spécifique*

L'analyse a permis d'identifier différentes facettes de la difficulté. Il a aussi mis en évidence plusieurs dénominateurs communs aux différentes difficultés, tentant par ce biais de mieux comprendre ce qui distingue la clinique des addictions et la nature de sa complexité. Nous avons mis en évidence sept traits distinctifs : l'*exacerbation* (une clinique où tout apparaît comme intensifié, des histoires de vie plus compliquées ou une santé plus précaire qui nécessite plus de temps, plus de compétences relationnelles et plus de ressources sur lesquelles s'appuyer) ; la *multiplication* (une clinique où les problématiques à traiter augmentent du fait d'une interaction entre problématiques somatiques, psychosociales, de santé mentale et comportementales) ; la *spécificité* (une clinique pas « comme les autres » qui prend en charge des patient·e·s « pas comme les autres ») ; l'*hybridité* (une clinique composée d'éléments issus tant de la psychiatrie, de la médecine interne, que de la médecine psychosociale et dont les frontières disciplinaires sont floues) ; l'*impasse* (une clinique confrontée à de multiples obstacles mettant l'avancée du traitement et l'aide apportée en péril, ou dont les options de traitement se limitent à l'étape du processus de soins dans laquelle se trouve le·a patient·e) ; l'*adversité* (une clinique qui évolue dans un contexte professionnel peu concerné et qui fait face à un manque de valorisation) ; et l'*inversion des rôles* (une clinique où les rôles traditionnels de patient·e et de professionnel·le sont remis en question et où le·a patient·e mène le jeu). Je ne

reviens pas directement ici sur chacun de ces éléments, mais m'arrête sur ce qu'ils nous montrent. En premier lieu, ils mettent en évidence l'existence d'une nature spécifique de la clinique des addictions – ce qui ne va pas de soi – et la forme que prend cette spécificité. En d'autres mots, ces résultats permettent de comprendre comment la clinique des addictions se distingue d'autres cliniques. En deuxième lieu, l'identification de dénominateurs communs aux difficultés a ceci d'intéressant qu'elle montre que l'on peut penser les difficultés les unes en lien avec les autres et non uniquement en tant qu'entités distinctes. A titre d'exemple, l'expérience de l'*impasse* que nous avons présentée comme un trait distinctif de cette clinique se retrouve tant dans des difficultés cliniques cognitives (ne pas disposer des connaissances requises pour anticiper un syndrome de sevrage alcoolique), morales (adopter une approche jugeante face à une personne ou un comportement qui inspire de la répulsion), techniques (accéder aux mécanismes qui amènent une personne à consommer et à se mettre en danger), relationnelles (rester en lien avec un·e patient·e qui se présente rarement à ses rendez-vous), identitaires (se sentir illégitime dans son rôle de clinicien·ne en absence d'expérience personnelle de cette maladie) ou encore institutionnelles (référer un·e patient·e pour des investigations et faire en sorte qu'il·elle soit pris·e au sérieux). Ce résultat participe significativement aux réflexions sur les réponses à apporter en suggérant de ne pas traiter les difficultés une à une, mais de penser des réponses systémiques. Je reviendrai sur ce point plus loin dans la discussion, notamment en proposant de penser la préparation au-delà d'une liste de compétences distinctes.

### *Une réalité clinique partagée*

L'axe descriptif de la thèse a valorisé les missions multiples que regroupe la clinique des addictions au sein d'un hôpital de soins général et des différents services qu'il regroupe. A travers cet exercice, le travail permet d'atténuer la frontière entre terrains spécialisés et non spécialisés en médecine des addictions et de penser cette clinique sous la forme d'une *spécialité*

*sans frontière*. C'est-à-dire une clinique dont le cœur n'est pas le traitement de l'addiction mais l'accompagnement tout au long de son parcours de soins d'une personne atteinte dans sa santé par un trouble de l'usage de substances, indépendamment de frontières disciplinaires. L'axe empirique a permis d'appuyer cette réflexion avec un résultat important : alors que l'on sait que les ressources, les compétences, l'expérience clinique, et les attitudes générales envers les personnes avec un trouble de l'usage de substances diffèrent entre personnel spécialisé et non spécialisé en médecine des addictions (89, 112), leurs difficultés sont en partie communes. Ce travail s'est appuyé sur le présupposé qu'une compréhension de la clinique des addictions nécessite un angle d'approche large, à même de restituer des facettes complémentaires de cette clinique. Partis de ce principe de complémentarité, nous avons découvert une réalité (en partie) partagée. Les résultats nous indiquent en effet que les difficultés expérimentées sur différents terrains ne se distinguent pas forcément – et en ce sens elles ne se complètent pas. Au contraire, nombre d'entre elles sont partagées. Dans notre étude, une spécialiste en médecine des addictions aguerrie a confié sa peur d'être confrontée à l'histoire de vie cabossée de ses patient·e·s, au même titre qu'une jeune clinicienne exerçant en orthopédie. Un professionnel en médecine des addictions s'est dit démuni face aux nombreuses questions de ses patient·e·s sur les dosages des traitements agonistes opioïdes, de la même façon qu'une clinicienne exerçant en gastroentérologie s'est avouée dépassée en termes de connaissance de ces traitements. Parfois, les difficultés rapportées par une diversité de clinicien·ne·s s'éclairent mutuellement. Ainsi, une jeune clinicienne travaillant en médecine des addictions a permis d'explorer la thématique de la création du lien thérapeutique – rapportée comme une difficulté par l'ensemble des professionnel·le·s rencontré·e·s – en présentant la problématique du lien comme inhérente au trouble de l'usage de substances. Ce que nous dit ce constat de réalité partagée, c'est que ce n'est pas parce que l'on est familier·ère avec une pratique et sa complexité qu'elle en est moins difficile. Il n'y a là, semble-t-il, aucun automatisme. Le fait que les

difficultés soient partagées montrent aussi l'intérêt de s'éloigner d'une dichotomie entre personnel spécialisé et non spécialisé en médecine des addictions, expérimenté et non expérimenté, formé et non formé, et de réfléchir à la difficulté comme terrain de rencontre.

### **Perspectives**

A ce stade du travail, une question centrale émerge : que nous disent les résultats en termes de préparation du terrain hospitalier, et de l'ensemble des équipes cliniques amenées à prendre en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances ? Pour y répondre, je m'arrête sur quatre perspectives complémentaires : 1) responsabiliser l'hôpital et ses équipes cliniques dans le domaine de la prise en charge des troubles de l'usage de substances ; 2) penser la préparation au-delà des compétences ; 3) valoriser la difficulté clinique ; et 4) développer l'utilisation de matériel clinique dans les domaines de la recherche et de la formation.

L'hôpital a été notre terrain de prédilection pour toutes les raisons citées dans la partie introductive, et la richesse des pratiques hospitalières a été un avantage certain – peut-être même indispensable – pour rendre compte de la clinique des addictions. Cela dit, en montrant la réalité clinique partagée d'une grande variété de professionnel·le·s, les résultats suggèrent qu'il est possible d'extrapoler les perspectives proposées ici à d'autres terrains cliniques et d'autres personnes amenées à traiter des personnes avec un trouble de l'usage de substances.

#### *Responsabiliser les professionnel·le·s*

A l'instar de la communauté spécialisée en médecine des addictions, ce travail soutient le développement d'une discipline spécialisée (91, 131), et la nécessité de bénéficier de ressources expertes en médecine des addictions (90, 131). Cela dit, comme cela a été suggéré dans le premier article de la thèse, une meilleure prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances nécessite, parallèlement au développement d'une expertise, de *responsabiliser* l'ensemble des équipes hospitalières. L'appréhension de la clinique des

addictions comme clinique sans frontière, telle qu'elle a été proposée dans mes réflexions, doit permettre d'augmenter la légitimité des rôles de chacun·e dans le traitement des troubles de l'usage de substances (106) et par là-même de responsabiliser une diversité de professionnel·le·s face à une maladie chronique récidivante nécessitant le recours à différents prestataires pour un traitement efficace (159). Ce processus de responsabilisation est une première étape indispensable à toute préparation clinique et au développement de modèles de soins intégrés (146) à même de répondre aux différents symptômes et conséquences du trouble de l'usage de substances, et de penser les soins dans la continuité. Comme proposé dans le premier article, le processus doit s'inscrire dans le cadre de développements institutionnels (objectifs stratégiques, redéfinition des missions, opportunités de stages entre services, fonds de recherche et de formation) jugés complémentaires et nécessaires à un changement d'attitude à l'égard de la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances et au sentiment de responsabilisation à l'égard de cette prise en charge.

#### *Au-delà des compétences*

Il a largement été démontré que les formations dans le domaine de la médecine des addictions ont un impact important sur l'amélioration des connaissances, des attitudes et sur les soins eux-mêmes (160). Et comme d'autres travaux avant celui-ci (90, 131, 161), ce travail soutient l'intérêt et la nécessité d'offrir des formations ciblées en médecine des addictions, qu'elles interviennent au niveau pré-gradué, post-gradué ou dans le cadre de formation continue, en milieu hospitalier et dans la communauté. L'identification des lacunes du système de formation et des faiblesses des curriculums, tout comme l'évaluation des besoins des professionnel·le·s en matière de formation ont conduit à des propositions concrètes – notamment des listes de compétences phares à intégrer dans les cursus de formation (133, 134). S'il est vain de réfuter que le trouble de l'usage de substances nécessite une offre de prise en charge et des compétences spécifiques au sein du système de soins, mon travail souhaite toutefois se distancer de l'idée

que tout est de l'ordre de la compétence – ou en miroir, de l'incompétence – dans le travail clinique. La pratique clinique ne repose pas sur le fait de savoir comment et que faire à chaque étape de la prise en charge, beaucoup de choses sont intriquées dans la clinique : « [...] la pratique médicale, le métier de médecin, les décisions prises, les actes entrepris sont pris dans l'épaisseur de la vie et des relations, des institutions, des connaissances, de l'histoire de la médecine, l'histoire des idées et l'histoire des hommes, de la géographie ou encore de la politique d'un lieu » (162, p.6). Une approche basée uniquement sur les compétences, portée par une abondance de réformes dans le domaine de la formation, me semble illusoire. Ce travail aurait pu se terminer sur une liste de stratégies ou de composantes pédagogiques en réponse aux nombreuses difficultés rapportées. J'aurais pu mettre en parallèle un certain nombre de difficultés avec des compétences permettant d'y faire face. Mais plus j'avais dans cette direction, moins j'en voyais le sens. Au terme de ce travail, aucun développement de cet ordre n'est tenté. Ce qui est proposé, c'est de changer de paradigme et de penser la préparation clinique dans le domaine des addictions au-delà des compétences.

### *Valoriser la difficulté*

Cela a été démontré dans l'introduction : les difficultés cliniques en tant que telles sont rarement l'objet d'attention dans le domaine de la recherche en médecine des addictions. Quand ce n'est pas par le biais des compétences, l'expérience de terrain est approchée par le biais de dérivés de la difficulté : obstacles, barrières, besoins, ou encore perspectives sur la pratique. Autant d'indicateurs de l'adversité auxquelles se confrontent les clinicien·ne·s, qui ont en commun de contourner la difficulté et de ne pas la nommer. Le troisième article de cette thèse relève le défi que représente pour un·e clinicien·ne de se confronter à ses erreurs, ses imperfections, ses zones d'insécurité et ses incompétences dans un domaine – celui de la médecine contemporaine – où le symbole principal est justement la compétence (163). L'esquive des difficultés comme objet de recherche et d'attention s'inscrit à priori dans cette mouvance, alors même que la difficulté

ne rend pas pour autant incompetent·e. Ce travail a approché la problématique de la prise en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances par le biais des difficultés, avec l'hypothèse qu'elles permettraient de réfléchir la clinique des addictions et sa préparation sous un autre angle. Et ce fut le cas. Mais avant tout, l'exploration des difficultés dans le cadre de l'étude empirique a permis de vérifier qu'il était possible de proposer aux clinicien·ne·s de montrer où se situent leurs difficultés, et de les aborder sous ce terme, en tant que *difficulté*. L'abondance des difficultés rapportées, y compris les plus intimes (admettre son incompetence, ne pas avoir envie de prendre en charge des personnes avec un trouble de l'usage de substances, par exemple), ou celles de l'ordre de contre-attitudes (être dégoûté·e par un·e patient·e négligé·e en termes d'hygiène, ou avoir peur d'une personne sous l'effet de substances, par exemple) soutient largement ce constat. Le fait d'être parvenu à aborder la difficulté clinique avec des professionnel·le·s est un résultat en soi.

De la même façon que tout n'est pas de l'ordre de la compétence dans la clinique, tout ne se limite pas à un déficit qui doit être compensé. Les difficultés ne sont pas d'office des lacunes et encore moins des besoins qu'il est possible de combler. Dès lors, pourquoi et comment y répondre ? Une première piste pourrait être simplement d'aborder la difficulté en reconnaissant son existence propre et indépendante d'un manque de formation, et de l'accepter comme constitutive de tout travail clinique. La difficulté est présentée au terme de ma réflexion comme une entrée essentielle dans la pratique clinique, qui devrait aussi être valorisée dans le champ de la formation et de la recherche en médecine des addictions. L'expérience de la difficulté devrait être légitimée et son exploration encouragée – que ce soit dans l'espace protégé de la supervision, en tant que thématique intégrée aux programmes de formation ou dans des échanges plus informels entre collègues. Parallèlement à l'exploration des difficultés rencontrées sur le terrain, les recherches futures – notamment dans le domaine de la recherche

qualitative – doivent explorer les moyens à disposition pour aider les clinicien·ne·s à accepter la difficulté comme constitutive de la clinique des addictions.

### *Matérialiser la clinique*

L'axe spécifiquement méthodologique de ce travail a permis de réfléchir à l'utilisation d'une méthodologie particulière, les auto-confrontations croisées. Il a permis de mieux comprendre comment ce dispositif rétroagit une activité tout en contribuant à son développement. L'intérêt de cette méthodologie, ses perspectives en termes de recherche et de formation et les limites de notre application de la méthode ont fait l'objet du troisième article de la thèse. Je discute ici plus largement l'opportunité d'explorer les pratiques à partir de *matériel clinique*.

L'emprunt d'outils de recherche aux sciences humaines et sociales, soit à un autre champ disciplinaire que celui où j'exerce – la médecine et les soins – et à un autre cadre épistémologique que celui dans lequel je m'inscris habituellement – la recherche qualitative en médecine et en santé – reposait originellement sur l'intérêt que représentait l'utilisation de matériel de recherche issu du terrain pour effectuer ce qui a été désigné dans l'introduction de ce travail comme une *exploration ancrée* de la clinique. Dans les sciences médicales, l'activité clinique n'est que peu utilisée comme objet de recherche. D'autres travaux que celui-ci ont tenté d'appliquer des outils issus des sciences sociales et humaines pour donner à voir la pratique clinique (164, 165), mais ces expériences restent rares. De la même façon, l'activité clinique n'est que peu utilisée comme objet de formation, à l'exception des espaces de supervision clinique. Dans ce cadre spécifique – limité généralement aux psychiatres ou aux spécialistes de la relation – l'activité clinique est principalement abordée sous forme de narration (les clinicien·ne·s racontent une situation clinique). Pourtant, l'activité clinique – au même titre que la plupart des activités – peut se voir, s'entendre et se lire. Elle peut ainsi se matérialiser, que ce soit sous la forme d'enregistrements audiovisuels de consultations comme dans le cadre de notre étude, ou sous la forme d'un journal de bord rapportant l'expérience de



terrain (160), entre autres exemples pré-existants. Les enregistrements audiovisuels de consultations cliniques que nous avons utilisés dans le cadre des entretiens par auto-confrontations croisées ont capturé des gestes précis, des postures corporelles, des regards. Tout comme ils ont capturé des silences, des éclats de rire, ou la contradiction entre certains propos. La réalité complexe et multidimensionnelle de la clinique des addictions, telle qu'elle a été mise en évidence dans les résultats, ne s'est pas perçue au premier regard. L'utilisation de matériel audiovisuel – nous l'avons expérimenté dans la recherche empirique – présente l'intérêt d'ouvrir une brèche dans l'exploration et de favoriser la réflexivité. Ce faisant, l'exercice permet l'émergence de ce qui échappe au premier abord : la part implicite de la pratique. L'activité concrète est beaucoup plus subtile qu'elle n'y paraît et s'y confronter permet de mettre en évidence le *réel* (151) d'un silence (une manifestation d'impuissance, peut-être), d'un éclat de rire (un jugement de valeur, peut-être), d'une contradiction dans les propos (une connaissance limitée du sujet, peut-être). Ainsi, lors du visionnage d'une consultation filmée, un clinicien s'est arrêté sur ses mains mimant le geste d'injection en écoutant son patient lui raconter les précautions qu'il prend pour consommer de l'héroïne. A l'observation de son geste, il a réalisé son malaise face à cette pratique et plus généralement la difficulté qu'il rencontre pour aborder des sujets sensibles avec ses patient·e·s. Lors d'un autre visionnage, une clinicienne s'est arrêtée sur sa position corporelle en retrait. Ce constat l'a amenée à m'expliquer qu'elle anticipait un mouvement de colère de son patient, et plus largement sa difficulté à se retrouver face à des personnes sous l'effet de produits.

L'utilisation de matériel clinique pour favoriser la capacité de penser activement et l'apprentissage par l'expérience, s'inscrit dans le domaine des techniques dites réflexives (166). Encore modestement développées en médecine des addictions, elles ont toutefois été tentées dans le domaine de la formation (160). Et au vu de leur impact positif, notamment sur les attitudes à l'égard des patient·e·s et la reconnaissance de l'addiction comme maladie (160), ces

approches font actuellement l'objet d'intérêt pour préparer les professionnel·le·s (90) à la médecine des addictions. L'axe méthodologique du travail a démontré que l'on peut matérialiser la clinique des addictions et générer de la connaissance sur cette clinique au moyen de matériel audiovisuel. A partir de cette expérience, la thèse s'inscrit dans cette tendance et soutient l'intérêt des approches réflexives pour préparer les professionnel·le·s à la clinique des addictions. Leur utilisation doit être pensée dans le cadre d'espaces sécurisés dévolus à l'exploration de la pratique et doit se développer en-dehors des milieux spécialisés en médecine des addictions et du domaine de la psychiatrie, et pour une variété de corps de métier.

### **Conclusion**

Comme bon nombre de doctorants et de doctorantes avant moi, j'ai commencé à mieux saisir mon sujet vers la fin de ma thèse. Ce que j'ai compris, c'est la simplicité de mes intentions : tenter de comprendre la nature de la clinique des addictions et la résistance qu'elle provoque. Ce que j'ai compris aussi, c'est la simplicité de mon propos : la clinique des addictions est exigeante pour une large majorité de clinicien·ne·s et présente une complexité qui lui est propre. Au terme de cette réflexion, affirmer la complexité de cette clinique peut paraître évident. L'apport de ce travail est pourtant précieux : d'une part, il permet de montrer les éléments constitutifs de cette complexité, d'autre part, il participe à changer le regard sur la problématique du *treatment gap*. En effet, il est démontré que cette problématique ne peut se penser uniquement sous l'angle de professionnel·le·s stigmatisant·e·s et incompetent·e·s en charge de patient·e·s difficiles. Elle doit être pensée, de façon complémentaire, à la lumière de la complexité clinique et de professionnel·le·s à l'épreuve de cette clinique complexe. A partir de ce constat, « Oh non, pas lui, pas elle » résonne différemment. Cet énoncé fictif mais néanmoins fréquent sur le terrain – confiné dans les pensées, murmuré du bout des lèvres ou exclamé entre collègues – s'entend désormais sans jugement. En démontrant cela, l'approche méthodologique que nous avons appliquée se voit légitimée et ouvre un champ de recherche en

médecine des addictions centré sur l'activité clinique et les difficultés en tant que telle, à l'hôpital comme ailleurs.

## Références

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition. Philadelphia, USA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet*. 2019;394(10200):781-92.
3. Sahker E, Loh Garrison Y, Park S, Yeung CW, Arndt S. Admitted to treatment without diagnosis: The status of known diagnoses in US addictions treatment centres. *The International journal on drug policy*. 2019;63:97-100.
4. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D. Addiction circuitry in the human brain. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2012;52:321-36.
5. George O, Koob GF. Individual differences in the neuropsychopathology of addiction. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(3):217-29.
6. Bertholet N, Fortini C, Simon O, Khazaal Y, Daeppen JB. [Use of clear and nonstigmatizing language is necessary in addiction medicine]. *Rev Med Suisse*. 2019;15(654):1165-8.
7. Scholten W, Simon O, Maremmani I, Wells C, Kelly J, Hämmig R, et al. Accès aux médicaments contenant des substances psychoactives placées sous contrôle international. Recommandations en faveur d'une terminologie neutre, précise et respectueuse. . *Alcoologie Et Addictologie*. 2020;42(1):18-27.
8. Scholten W, Simon O, Maremmani I, Wells C, Kelly JF, Hammig R, et al. Access to treatment with controlled medicines rationale and recommendations for neutral, precise, and respectful language. *Public Health*. 2017;153:147-53.
9. Substance abuse and mental health services administration. Results from the 2010 national survey on drug use and health: summary of national findings. NSDUH, Rockville, MD; 2011.

10. Rehm J, Anderson P, Barry J, Dimitrov P, Elekes Z, Feijao F, et al. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European addiction research*. 2015;21(1):6-18.
11. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues: tendances et évolution. Lisbonne, Portugal: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; 2014 [Available from: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001FRN.pdf\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001FRN.pdf_en).
12. Marmet S, Notari L, Gmel G. Suchtmonitoring Schweiz - Screening für problematischen Alkoholkonsum im Jahr 2015. Lausanne: Sucht Schweiz; 2015.
13. National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. *Addiction medicine: closing the gap between science and practice*. 2012.
14. Broers B. Patients dépendants : quelques conseils pour ne pas s'essouffler... [Counseling the dependent patient]. *Rev Med Suisse*. 2013;9(371):273-4.
15. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
16. World Health Organization. *Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks 2009* [Available from: [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).
17. Day E, Hellard M, Treloar C, Bruneau J, Martin NK, Ovrehus A, et al. Hepatitis C elimination among people who inject drugs: Challenges and recommendations for action within a health systems framework. *Liver Int*. 2019;39(1):20-30.
18. Wu LT, McNeely J, Subramaniam GA, Brady KT, Sharma G, VanVeldhuisen P, et al. DSM-5 substance use disorders among adult primary care patients: Results from a multisite study. *Drug Alcohol Depend*. 2017;179:42-6.

19. Cherpitel CJ, Ye Y. Risky Drinking, Alcohol Use Disorders, and Health Services Utilization in the U.S. General Population: Data from the 2005 and 2010 National Alcohol Surveys. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(9):1698-704.
20. Pace CA, Uebelacker LA. Addressing Unhealthy Substance Use in Primary Care. *Med Clin North Am.* 2018;102(4):567-86.
21. Jorgensen KB, Nordentoft M, Hjorthoj C. Association between alcohol and substance use disorders and psychiatric service use in patients with severe mental illness: a nationwide Danish register-based cohort study. *Psychol Med.* 2018;48(15):2592-600.
22. Secombe PJ, Stewart PC. The impact of alcohol-related admissions on resource use in critically ill patients from 2009 to 2015: an observational study. *Anaesth Intensive Care.* 2018;46(1):58-66.
23. Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasouliotis O. The prevalence and detection of substance use disorders among inpatients ages 18 to 49: an opportunity for prevention. *Prev Med.* 1998;27(1):101-10.
24. Saitz R, Mulvey KP, Plough A, Samet JH. Physician unawareness of serious substance abuse. *The American journal of drug and alcohol abuse.* 1997;23(3):343-54.
25. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(1):39-47.
26. Grella CE, Karno MP, Warda US, Moore AA, Niv N. Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey. *Psychiatric services.* 2009;60(8):1068-74.
27. Rehm J, Allamani A, Della Vedova R, Elekes Z, Jakubczyk A, Landsmane I, et al. General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Ann Fam Med.* 2015;13(1):28-32.

28. Pecoraro A, Horton T, Ewen E, Becher J, Wright PA, Silverman B, et al. Early data from Project Engage: a program to identify and transition medically hospitalized patients into addictions treatment. *Addict Sci Clin Pract.* 2012;7:20.
29. Velez CM, Nicolaidis C, Korthuis PT, Englander H. "It's been an Experience, a Life Learning Experience": A Qualitative Study of Hospitalized Patients with Substance Use Disorders. *Journal of general internal medicine.* 2017;32(3):296-303.
30. Cherpitel CJ, Ye Y. Trends in alcohol- and drug-related emergency department and primary care visits: data from four U.S. national surveys (1995-2010). *J Stud Alcohol Drugs.* 2012;73(3):454-8.
31. Bertholet N, Adam A, Faouzi M, Boulat O, Yersin B, Daeppen JB, et al. Admissions of patients with alcohol intoxication in the Emergency Department: a growing phenomenon. *Swiss medical weekly.* 2014;144:w13982.
32. Wakeman SE, Kanter GP, Donelan K. Institutional Substance Use Disorder Intervention Improves General Internist Preparedness, Attitudes, and Clinical Practice. *J Addict Med.* 2017;11(4):308-14.
33. Serowik KL, Yonkers KA, Gilstad-Hayden K, Forray A, Zimbrea P, Martino S. Substance Use Disorder Detection Rates Among Providers of General Medical Inpatients. *Journal of general internal medicine.* 2021;36(3):668-75.
34. Breuer JP, Neumann T, Heinz A, Kox WJ, Spies C. [The alcoholic patient in the daily routine]. *Wien Klin Wochenschr.* 2003;115(17-18):618-33.
35. Sander M, Neumann T, von Dossow V, Schonfeld H, Lau A, Eggers V, et al. [Alcohol use disorder: risks in anesthesia and intensive care medicine]. *Internist (Berl).* 2006;47(4):332, 4-6, 8, passim.

36. Gehrs M, Ling S, Watson A, Cleverley K. Capacity Building through a Professional Development Framework for Clinical Nurse Specialist Roles: Addressing Addiction Population Needs in the Healthcare System. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2016;29(3):23-36.
37. Trowbridge P, Weinstein ZM, Kerensky T, Roy P, Regan D, Samet JH, et al. Addiction consultation services - Linking hospitalized patients to outpatient addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 2017;79:1-5.
38. Barnett BS, Morris NP, Suzuki J. Addressing in-hospital illicit substance use. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(1):17-8.
39. Nishimura M, Bhatia H, Ma J, Dickson SD, Alshawabkeh L, Adler E, et al. The Impact of Substance Abuse on Heart Failure Hospitalizations. *Am J Med*. 2020;133(2):207-13 e1.
40. Priest KC, Englander H, McCarty D. "Now hospital leaders are paying attention": A qualitative study of internal and external factors influencing addiction consult services. *Journal of substance abuse treatment*. 2020;110:59-65.
41. Winetsky D, Weinrieb RM, Perrone J. Expanding Treatment Opportunities for Hospitalized Patients with Opioid Use Disorders. *J Hosp Med*. 2018;13(1):62-4.
42. Manhapra A, Becker WC. Pain and Addiction: An Integrative Therapeutic Approach. *Med Clin North Am*. 2018;102(4):745-63.
43. Manguzzi E, Wainstein L, Desmeules J, Broers B. [Acute pain management in opioid-maintained patients]. *Rev Med Suisse*. 2018;14(612):1280-5.
44. Lee WY, Kuo SY. [Anesthetic Care of Patient With Heroin Addiction: A Case Report]. *Hu Li Za Zhi*. 2018;65(2):100-8.
45. Ronan MV, Herzig SJ. Hospitalizations Related To Opioid Abuse/Dependence And Associated Serious Infections Increased Sharply, 2002-12. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(5):832-7.



46. Rosenthal ES, Karchmer AW, Theisen-Toupal J, Castillo RA, Rowley CF. Suboptimal Addiction Interventions for Patients Hospitalized with Injection Drug Use-Associated Infective Endocarditis. *Am J Med.* 2016;129(5):481-5.
47. Jaiteh C, Steinauer R, Frei IA. Individuals With Opioid Dependence Using Polysubstances: How Do They Experience Acute Hospital Care and What Are Their Needs? A Qualitative Study. *J Addict Nurs.* 2019;30(3):177-84.
48. Athavale V, Green C, Lim KZ, Wong C, Tiruvoipati R. Characteristics and outcomes of patients with drug overdose requiring admission to Intensive Care Unit. *Australas Psychiatry.* 2017;25(5):489-93.
49. Pan IJ, Yi HY. Prevalence of hospitalized live births affected by alcohol and drugs and parturient women diagnosed with substance abuse at liveborn delivery: United States, 1999-2008. *Matern Child Health J.* 2013;17(4):667-76.
50. Pirmohamed M, Brown C, Owens L, Luke C, Gilmore IT, Breckenridge AM, et al. The burden of alcohol misuse on an inner-city general hospital. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians.* 2000;93(5):291-5.
51. Rockett IR, Putnam SL, Jia H, Chang CF, Smith GS. Unmet substance abuse treatment need, health services utilization, and cost: a population-based emergency department study. *Annals of emergency medicine.* 2005;45(2):118-27.
52. Hsu DJ, McCarthy EP, Stevens JP, Mukamal KJ. Hospitalizations, costs and outcomes associated with heroin and prescription opioid overdoses in the United States 2001-12. *Addiction.* 2017;112(9):1558-64.
53. Butler K, Reeve R, Arora S, Viney R, Goodall S, van Gool K, et al. The hidden costs of drug and alcohol use in hospital emergency departments. *Drug and alcohol review.* 2016;35(3):359-66.

54. Braithwaite V, Nolan S. Hospital-Based Addiction Medicine Healthcare Providers: High Demand, Short Supply. *J Addict Med.* 2019;13(4):251-2.
55. Kendall CE, Boucher LM, Mark AE, Martin A, Marshall Z, Boyd R, et al. A cohort study examining emergency department visits and hospital admissions among people who use drugs in Ottawa, Canada. *Harm Reduct J.* 2017;14(1):16.
56. McNeely J, Gourevitch MN, Paone D, Shah S, Wright S, Heller D. Estimating the prevalence of illicit opioid use in New York City using multiple data sources. *BMC Public Health.* 2012;12:443.
57. Brothers TD, Mosseler K, Kirkland S, Melanson P, Barrett L, Webster D. Unequal access to opioid agonist treatment and sterile injecting equipment among hospitalized patients with injection drug use-associated infective endocarditis. *PLoS One.* 2022;17(1):e0263156.
58. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence.* 2013;131(1–2):23-35.
59. McNeil R, Small W, Wood E, Kerr T. Hospitals as a 'risk environment': an ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Social science & medicine.* 2014;105:59-66.
60. Choi H, Krantz A, Smith J, Trick W. Medical diagnoses associated with substance dependence among inpatients at a large urban hospital. *PLoS One.* 2015;10(6):e0131324.
61. Kleinwachter R, Kork F, Weiss-Gerlach E, Ramme A, Linnen H, Radtke F, et al. Improving the detection of illicit substance use in preoperative anesthesiological assessment. *Minerva Anesthesiol.* 2010;76(1):29-37.
62. Sahara K, Paredes AZ, Mehta R, Hyer JM, Tsilimigras DI, Merath K, et al. Potential disease burden of patients with substance abuse undergoing major abdominal surgery: A propensity score-matched analysis. *Surgery.* 2019;166(6):1181-7.

63. Lau A, von Dossow V, Sander M, MacGuill M, Lanzke N, Spies C. Alcohol use disorder and perioperative immune dysfunction. *Anesth Analg.* 2009;108(3):916-20.
64. Englander H, Collins D, Perry SP, Rabinowitz M, Phoutrides E, Nicolaidis C. "We've Learned It's a Medical Illness, Not a Moral Choice": Qualitative Study of the Effects of a Multicomponent Addiction Intervention on Hospital Providers' Attitudes and Experiences. *J Hosp Med.* 2018;13(11):752-8.
65. Henderson NL, Dressler WW. Medical Disease or Moral Defect? Stigma Attribution and Cultural Models of Addiction Causality in a University Population. *Cult Med Psychiatry.* 2017;41(4):480-98.
66. Brereton R, Gerdtz M. Alcohol and Other Drug (AOD) Education for Hospital Staff: An Integrative Literature Review. *Issues Ment Health Nurs.* 2017;38(1):42-60.
67. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1328-33.
68. Woodgate RL, Zurba M, Tennent P, Cochrane C, Payne M, Mignone J. "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Social science & medicine.* 2017;194:17-24.
69. Sulzer SH. Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social science & medicine.* 2015;142:82-9.
70. Davis J. Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering. In: Cockerham WC, editor. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
71. Koekkoek B. Comment on "Does "difficult patient" status contribute to functional demedicalization? The case of borderline personality disorder". *Social science & medicine.* 2015:138-9.

72. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, Hayes SC, Roget N, Padilla M, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive behaviors*. 2007;32(7):1331-46.
73. Bichsel N, Conus P. La stigmatisation: un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue Médicale Suisse*. 2017;13(551):478-81.
74. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-85.
75. Yang LH, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(5):378-88.
76. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(3):163-79.
77. Corrigan P, Kuwabara S, O'Shaughnessy J. The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*. 2009;9(2):139-47.
78. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and alcoholism*. 2011;46(2):105-12.
79. Lloyd C. The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: education, prevention and policy*. 2013;20(2):85-95.
80. Chang J, Dubbin L, Shim J. Negotiating substance use stigma: the role of cultural health capital in provider-patient interactions. *Sociology of health & illness*. 2015:1-9.
81. Koekkoek B, Hutschemaekers G, van Meijel B, Schene A. How do patients come to be seen as 'difficult'? a mixed-methods study in community mental health care. *Social science & medicine*. 2011;72(4):504-12.

82. Ford R, Bammer G, Becker N. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2452-62.
83. Harling MR. Comparisons between the attitudes of student nurses and other health and social care students toward illicit drug use: An attitudinal survey. *Nurse Educ Today*. 2017;48:153-9.
84. Brener L, von Hippel W, Kippax S. Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: does greater contact lead to less prejudice? *The International journal on drug policy*. 2007;18(5):381-7.
85. Ding L, Landon BE, Wilson IB, Wong MD, Shapiro MF, Cleary PD. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Archives of internal medicine*. 2005;165(6):618-23.
86. Avery J, Zerbo E. Improving Psychiatry Residents' Attitudes Toward Individuals Diagnosed with Substance Use Disorders. *Harvard review of psychiatry*. 2015;23(4):296-300.
87. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Attitudes towards alcohol dependence and affected individuals: persistence of negative stereotypes and illness beliefs between 1990 and 2011. *European addiction research*. 2014;20(6):293-9.
88. Avery JD, Taylor KE, Kast KA, Kattan J, Gordon-Elliot J, Mauer E, et al. Attitudes Toward Individuals With Mental Illness and Substance Use Disorders Among Resident Physicians. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2019;21(1).
89. Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd R, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*. 2011;106(6):1114-25.
90. Rasyidi E, Wilkins JN, Danovitch I. Training the Next Generation of Providers in Addiction Medicine. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012;35(2):461-80.

91. O'Connor PG, Sokol RJ, D'Onofrio G. Addiction medicine: the birth of a new discipline. *JAMA internal medicine*. 2014;174(11):1717-8.
92. Fleming M, Barry K, Davis A, Kropp S, Kahn R, Rivo M. Medical education about substance abuse: changes in curriculum and faculty between 1976 and 1992. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 1994;69(5):362-9.
93. Alford DP, Bridden C, Jackson AH, Saitz R, Amodeo M, Barnes HN, et al. Promoting substance use education among generalist physicians: an evaluation of the Chief Resident Immersion Training (CRIT) program. *Journal of general internal medicine*. 2009;24(1):40-7.
94. O'Connor PG, Nyquist JG, McLellan AT. Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: the time has come. *Annals of internal medicine*. 2011;154(1):56-9.
95. Wakeman SE, Baggett MV, Pham-Kanter G, Campbell EG. Internal medicine residents' training in substance use disorders: a survey of the quality of instruction and residents' self-perceived preparedness to diagnose and treat addiction. *Substance abuse*. 2013;34(4):363-70.
96. Mollica MA, Hyman Z, Mann CM. Alcohol-related content in undergraduate nursing curricula in the northeastern United States. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2011;49(6):22-31.
97. Cund A. Alcohol education revisited: exploring how much time we devote to alcohol education in the nursing curriculum. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(1):35-9.
98. Dimoff JD, Sayette MA, Norcross JC. Addiction training in clinical psychology: Are we keeping up with the rising epidemic? *Am Psychol*. 2017;72(7):689-95.
99. Freimuth M. A new look for addiction training in psychology programs: Comment on Dimoff, Sayette, and Norcross (2017). *Am Psychol*. 2018;73(5):693-4.

100. Estreet A, Archibald P, Tirmazi MT, Goodman S, Cudjoe T. Exploring social work student education: The effect of a harm reduction curriculum on student knowledge and attitudes regarding opioid use disorders. *Substance abuse*. 2017;38(4):369-75.
101. Carroll J, Goodair C, Chaytor A, Notley C, Ghodse H, Kopelman P. Substance misuse teaching in undergraduate medical education. *BMC medical education*. 2014;14:34.
102. Rule JC, Samuel P. Teaching family medicine residents brief interventions for alcohol misuse. *Int J Psychiatry Med*. 2015;50(1):81-91.
103. Ritter C, Bischoff T. Enseignement prégradué de la médecine de l'addiction. *Suchtmedizin in der medizinischen Ausbildung*. Mandat de l'Office fédéral de la santé publique à l'Institut Universitaire de Médecine Générale, Policlinique médicale universitaire, Lausanne; 2014.
104. Jackson AH, Alford DP, Dube CE, Saitz R. Internal medicine residency training for unhealthy alcohol and other drug use: recommendations for curriculum design. *BMC medical education*. 2010;10:22.
105. Cape G, Hannah A, Sellman D. A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction*. 2006;101(6):841-9.
106. el-Guebaly N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S, Hodgins D. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction*. 2000;95(6):949-57.
107. Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2001;76(5):410-8.
108. Petersen E, Thurang A, Berman AH. Staff experiences of encountering and treating outpatients with substance use disorder in the psychiatric context: a qualitative study. *Addict Sci Clin Pract*. 2021;16(1):29.

109. Johnson E, Ghosh SM, Daniels VJ, Wild TC, Tandon P, Hyde A. Clinicians' perspectives and perceived barriers to caring for patients with alcohol use disorder and cirrhosis. *Addict Sci Clin Pract.* 2022;17(1):9.
110. Muncan B, Kim EK, Amabile A, Weimer MB, Nguemeni Tiako MJ, Vallabhajosyula P, et al. Cardiac surgeons' perspectives and practices regarding people who use drugs: A scoping review. *J Card Surg.* 2022;37(3):630-9.
111. McCabe S. Substance use and abuse in trauma: implications for care. *Critical care nursing clinics of North America.* 2006;18(3):371-85.
112. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend.* 2014;134:92-8.
113. Parish SJ, Ramaswamy M, Stein MR, Kachur EK, Arnsten JH. Teaching about Substance Abuse with Objective Structured Clinical Exams. *Journal of general internal medicine.* 2006;21(5):453-9.
114. Kahan M, Midmer D, Wilson L, Borsoi D. Medical students' knowledge about alcohol and drug problems: results of the medical council of Canada examination. *Substance abuse.* 2006;27(4):1-7.
115. Krampe H, Strobel L, Beard E, Anders S, West R, Raupach T. German medical students' beliefs about how best to treat alcohol use disorder. *European addiction research.* 2013;19(5):245-51.
116. Giandinoto JA, Stephenson J, Edward KL. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(3):942-55.



117. Skinner N, Roche AM, Freeman T, Mckinnon A. Health professionals' attitudes towards AOD related work: Moving the traditional focus from education and training to organizational culture. *Drugs: education, prevention and policy*,. 2009;16(3):232–49.
118. Back DK, Tammaro E, Lim JK, Wakeman SE. Massachusetts Medical Students Feel Unprepared to Treat Patients with Substance Use Disorder. *Journal of general internal medicine*. 2018;33(3):249-50.
119. Wakeman SE, Pham-Kanter G, Baggett MV, Campbell EG. Medicine Resident Preparedness to Diagnose and Treat Substance Use Disorders: Impact of an Enhanced Curriculum. *Substance abuse*. 2014:1-7.
120. Arya S, Delic M, Ruiz BII, Klimas J, Papanti D, Stepanov A, et al. Closing the gap between training needs and training provision in addiction medicine. *BJPsych Int*. 2020;17(2):37-9.
121. Hall MN, Shaffer HJ, Vander Bilt J. Measuring substance abuse treatment provider training needs: developing an index of training need. *Journal of substance abuse treatment*. 1997;14(6):593-606.
122. Derefinko KJ, Brown R, Danzo A, Foster S, Brennan T, Hand S, et al. Addiction Medicine Training Fellowships in North America: A Recent Assessment of Progress and Needs. *J Addict Med*. 2020;14(4):e103-e9.
123. Kostadinov VR, Roche AM, McEntee A, Allan JM, Meumann NR, McLaughlin LL. Brief workshops to teach drug and alcohol first aid: A pilot evaluation study. *Drug and alcohol review*. 2018;37(1):23-7.
124. Smothers Z, Reynolds V, McEachern M, Derouin AL, Carter BM, Muzyk A. Substance Use Education in Schools of Nursing: A Systematic Review of the Literature. *Nurse Educ*. 2018;43(3):136-9.

125. Nash AJ, Marcus MT, Cron S, Scamp N, Truitt M, McKenna Z. Preparing Nursing Students to Work With Patients With Alcohol or Drug-Related Problems. *J Addict Nurs.* 2017;28(3):124-30.
126. Muvvala SB, Marienfeld C, Encandela J, Petrakis I, Edens EL. An Innovative Use of Case Conference to Teach Future Educators in Addiction Psychiatry. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry.* 2016;40(3):494-7.
127. Priest KC, McCarty D. Making the business case for an addiction medicine consult service: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):822.
128. Wakeman SE, Metlay JP, Chang Y, Herman GE, Rigotti NA. Inpatient Addiction Consultation for Hospitalized Patients Increases Post-Discharge Abstinence and Reduces Addiction Severity. *Journal of general internal medicine.* 2017;32(8):909-16.
129. D'Onofrio G, O'Connor PG, Pantalon MV, Chawarski MC, Busch SH, Owens PH, et al. Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a randomized clinical trial. *Jama.* 2015;313(16):1636-44.
130. Broers B. Substance use and addictive behaviour in the undergraduate medical curriculum in Switzerland: a teaching concept. *Swiss Society for Addiction Medicine (SSAM);* 2016.
131. Levy S, Seale JP, Alford DP. Medicine, with a focus on physicians: Addressing substance use in the 21st century. *Substance abuse.* 2019;40(4):396-404.
132. Pinxten WJ, De Jong C, Hidayat T, Istiqomah AN, Achmad YM, Raya RP, et al. Developing a competence-based addiction medicine curriculum in Indonesia: the training needs assessment. *Substance abuse.* 2011;32(2):101-7.
133. Antman KH, Berman HA, Flotte TR, Flier J, Dimitri DM, Bharel M. Developing Core Competencies for the Prevention and Management of Prescription Drug Misuse: A Medical

Education Collaboration in Massachusetts. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2016;91(10):1348-51.

134. Ayu AP, El-Guebaly N, Schellekens A, De Jong C, Welle-Strand G, Small W, et al. Core Addiction Medicine Competencies for Doctors, An International Consultation on Training. *Substance abuse*. 2017:0.

135. Whittle AE, Buckelew SM, Satterfield JM, Lum PJ, O'Sullivan P. Addressing Adolescent Substance Use: Teaching Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) and Motivational Interviewing (MI) to Residents. *Substance abuse*. 2015;36(3):325-31.

136. Ayu AP, Schellekens AF, Iskandar S, Pinxten L, De Jong CA. Effectiveness and Organization of Addiction Medicine Training Across the Globe. *European addiction research*. 2015;21(5):223-39.

137. McLaughlin D, Long A. An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 1996;3(5):283-8.

138. Schwartz AC, Frank A, Welsh JW, Blankenship K, DeJong SM. Addictions Training in General Psychiatry Training Programs: Current Gaps and Barriers. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2018.

139. Press KR, Zornberg GZ, Geller G, Carrese J, Fingerhood MI. What Patients with Addiction Disorders Need from their Primary Care Physicians: a Qualitative Study. *Substance abuse*. 2015:0.

140. Tsui JI, Barry MP, Austin EJ, Sweek EW, Tung E, Hansen RN, et al. 'Treat my whole person, not just my condition': qualitative explorations of hepatitis C care delivery preferences among people who inject drugs. *Addict Sci Clin Pract*. 2021;16(1):52.

141. Dion K. Perceptions of Persons Who Inject Drugs About Nursing Care They Have Received. *J Addict Nurs.* 2019;30(2):101-7.
142. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric services.* 2006;57(6):795-802.
143. Ashford RD, Brown AM, Curtis B. Systemic barriers in substance use disorder treatment: A prospective qualitative study of professionals in the field. *Drug Alcohol Depend.* 2018;189:62-9.
144. McLellan AT, Carise D, Kleber HD. Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of substance abuse treatment.* 2003;25(2):117-21.
145. Klimas J, Small W, Ahamad K, Cullen W, Mead A, Rieb L, et al. Barriers and facilitators to implementing addiction medicine fellowships: a qualitative study with fellows, medical students, residents and preceptors. *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(1):21.
146. DiMartini AF, Leggio L, Singal AK. Barriers to the management of alcohol use disorder and alcohol-associated liver disease: strategies to implement integrated care models. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022;7(2):186-95.
147. Diccico-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical education.* 2006;40(4):314-21.
148. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ.* 1995;311(6996):42-5.
149. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ.* 1995;311(6999):251-3.
150. Hyde A, Howlett E, Brady D, Drennan J. The focus group method: insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. *Soc Sci Med.* 2005;61(12):2588-99.
151. Clot Y. *La fonction psychologique du travail [Psychological function of work].* Paris: Presses universitaires de France; 1999.

152. Clot Y. Théorie en clinique de l'activité. In: Maggi B, editor. *Interpréter l'agir : un défi théorique*. Le travail humain: Presses Universitaires de France; 2011. p. 17-39.
153. Clot Y, Faïta D, Fernandez G, Scheller L. Les entretiens en auto-confrontation croisée: Une méthode en clinique de l'activité [Cross self-confrontation interviews: A method in Activity Clinic]. *Education permanente, dossier: Clinique de l'activité et pouvoir d'agir*. 2001;146(1): 17–25.
154. Henry M, Bournel Bosson M. La vie des mots en analyse du travail. *Activités*. 2008;5(2):25-38.
155. Colin V, Furtos J. La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. In: Joubert M, Louzoune C, editors. *Répondre à la souffrance sociale ERES* 2005. p. 99-115.
156. Furtos J. *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les Moulineaux: Masson; 2008.
157. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med*. 2007;18(5):359-68.
158. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *Bmj*. 2001;323(7314):685-8.
159. Stein MD, Friedmann PD. Generalist physicians and addiction care: from turfing to sharing the turf. *Jama*. 2001;286(14):1764-5.
160. Ballon BC, Skinner W. "Attitude is a little thing that makes a big difference": reflection techniques for addiction psychiatry training. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2008;32(3):218-24.

161. Gordon AJ, Harding JD, Jr. From education to practice: Addressing opioid misuse through health care provider training: A special issue of Substance Abuse journal. Substance abuse. 2017;38(2):119-21.
162. Saraga M. Pratiquer la médecine-une approche critique et phénoménologique de la clinique. Lausanne: Université de Lausanne; 2019.
163. DelVecchio Good M-J. American Medicine: The Quest for Competence. Berkeley University of California Press; 1995.
164. Carroll K. Outsider, insider, alongsider: examining reflexivity in hospital-based video research. International journal of multiple research approaches. 2009(3):246-63.
165. Harrison B. Seeing Health and Illness Worlds - using visual methodologies in a sociology of health and illness: a methodological review. Sociology of Health and Illness. 2002;24(6):856-72.
166. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009;14(4):595-621.

## Annexes : Articles

## **Article 1**



# La clinique des addictions en milieu hospitalier: entre spécialisation et responsabilisation

SOPHIE PAROZ<sup>a</sup>, Pr RAPHAËL BONVIN<sup>b</sup>, Dr MARTINE MONNAT<sup>c</sup>, Pr FRANCESCO PANESE<sup>d</sup>, Dr MICHAEL SARAGA<sup>e</sup> et Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 1165-8

**Au cours des deux dernières années, l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) a établi le cadre d'une nouvelle certification en médecine de l'addiction et d'une formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie des addictions. Ces développements contribuent à la reconnaissance d'une spécialité et à la formation d'une nouvelle génération de cliniciens spécialistes. Dans ce contexte, se pose la question du rôle et des compétences à transmettre aux non-spécialistes, notamment à l'hôpital, pièce maîtresse de la prise en charge des personnes souffrant d'un problème d'addiction aux substances. Cet article décrit l'importance de préparer les cliniciens non spécialistes sur le terrain hospitalier et évoque deux prérequis à l'amélioration de leur préparation: explorer les expériences de terrain et responsabiliser les acteurs.**

## Addiction-related clinical practice in hospital setting: from specialization to responsabilization

*Over the past two years, the Swiss Institute for Postgraduate and Further Education in Medicine has implemented a new certification in addiction medicine and an in-depth training in addiction psychiatry and psychotherapy. These developments contribute to the recognition of a specialty and the training of a new generation of specialized clinicians. This context leads to the question of the role and the skills to be passed on to non-specialists when taking care of drug addiction. This article focuses on the importance of preparing non-specialized clinicians in the hospital setting and presents two prerequisites for improving their training: to explore clinicians' field experience and to make the individual and institutional actors aware of their responsibility.*

## UN PATIENT EN MARGE, UNE CLINIQUE EN MARGE

Les patients présentant des troubles de l'usage d'alcool ou d'autres substances psychoactives questionnent de façon marquée le système de santé sur sa mission et ses ressources.

Souvent perçus comme des «patients difficiles»,<sup>1</sup> ils confrontent les professionnels à une problématique clinique appréhendée à la fois comme trop spécifique sur le plan biomédical – faisant appel à des connaissances sur les fondements neurobiologiques des mécanismes de l'addiction – et comme trop contextuelle sur le plan psychosocial, s'associant parfois à des situations de vie complexe (précarité, illégalité, par exemple) ou des comorbidités psychiatriques qui interfèrent avec les enjeux biomédicaux à l'origine de la demande de soins. Ces deux facettes de la problématique légitiment souvent un pas en arrière des médecins et autres cliniciens. De fait, les addictions n'entrent pas d'office dans le périmètre clinique que s'assignent les cliniciens non spécialistes. Force est pourtant de constater que la prévalence des troubles liés à la consommation de substances est élevée, et qu'au vu notamment de leur incidence en termes de morbidité, les personnes concernées sont particulièrement nombreuses au sein des populations cliniques.<sup>2</sup> En Suisse, on estime qu'au moins un huitième de la population générale présente une consommation d'alcool problématique<sup>3</sup> et qu'au moins un patient sur trois est concerné par un problème d'addiction dans le cadre des cabinets médicaux.<sup>4</sup> Dans ce contexte, la prise en charge des addictions ne peut être limitée aux seuls spécialistes du domaine, notamment en milieu hospitalier.

## L'HÔPITAL COMME CARREFOUR DE LA PRISE EN CHARGE

Avec les cabinets de médecine générale et les institutions résidentielles spécialisées, l'hôpital de soins généraux constitue un élément central du dispositif de prise en charge des addictions. Premièrement, certains hôpitaux proposent une offre spécialisée à des patients que l'on peut qualifier d'«officiellement dépendants» et entrés en processus de soins (équipe de liaison en alcoologie, programme de traitement basé sur la substitution, consultations en infectiologie pour des pathologies associées, par exemple). Deuxièmement, l'hôpital est une porte d'entrée dans les soins spécialisés par le biais d'un dépistage, puis d'une orientation ciblée pour des personnes concernées par les addictions mais non reconnues cliniquement comme telles et restées hors de tout circuit de prise en charge avant leur hospitalisation. Finalement, un grand nombre de patients présentant un trouble de l'usage de substances – avéré ou non – transitent dans les services hospitaliers (séjour en traumatologie, consultation ambulatoire en gastroentérologie, par exemple) et nécessitent des soins intégrant cette problématique (adaptation de la médication, gestion des symptômes de sevrage, par exemple).

<sup>a</sup>Service d'alcoologie, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Unité de pédagogie médicale, Faculté des sciences et de médecine, Université de Fribourg, Rue de Rome 2, 1700 Fribourg, <sup>c</sup>Office du médecin cantonal, Service de la santé publique de l'Etat de Vaud, Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne, <sup>d</sup>Institut des sciences sociales, Université de Lausanne et Institut des humanités en médecine, CHUV, Avenue de Provence 82, 1007 Lausanne, <sup>e</sup>Service de psychiatrie de liaison, CHUV, 1011 Lausanne  
sophie.paro@chuv.ch | raphael.bonvin@unifr.ch | martine.monnat@vd.ch  
francesco.panese@unil.ch | michael.saraga@chuv.ch  
jean-bernard.daeppen@chuv.ch

Si l'importance des patients admis en lien avec une consommation problématique ou souffrant d'un problème d'addiction à l'alcool ou aux drogues a largement été documentée dans les services d'urgences,<sup>5,6</sup> une sur-représentation de cette patientèle a aussi été mise en évidence dans d'autres services hospitaliers (chirurgie, médecine interne, neurologie, gynécologie et obstétrique, psychiatrie).<sup>7</sup> De fait, l'hôpital accueille et prend en charge quotidiennement un nombre considérable de patients alcoolo- et toxicodépendants, que le motif de consultation soit directement en lien ou non avec l'usage de substances. Et la majorité de ces patients sont pris en charge dans des services et par des praticiens (médecins, infirmiers, psychologues) spécialisés dans d'autres domaines que l'addiction. Mais alors même qu'elle représente une charge considérable en termes d'investissement et de coûts pour l'institution,<sup>8</sup> la prise en charge des addictions aux substances psychotropes n'est pas à la hauteur de leur prévalence et des évidences disponibles en la matière. A l'hôpital comme sur d'autres terrains cliniques, les patients dépendants sont tendanciellement sous-dépistés et sous-traités. Leur accès aux ressources spécialisées et non spécialisées reste limité, leur rétention en traitement est problématique, et les soins prodigués sont souvent inadaptés aux manifestations physiologiques et psychologiques de l'addiction et aux processus thérapeutiques dans lesquels les patients se trouvent.<sup>9</sup>

## UN TERRAIN PEU PRÉPARÉ

Trois facteurs explicatifs associés permettent de rendre compte de cette réalité: 1) la compréhension encore fragile de l'addiction comme pathologie; 2) les attitudes négatives des cliniciens et leurs réactions parfois discriminatoires à l'encontre des patients souffrant d'addiction; 3) une formation lacunaire en termes de concept d'enseignement, de volume de formation et de public cible.<sup>9-11</sup> Par un mouvement circulaire peu vertueux, le déficit de formation participe au maintien d'une compréhension partielle des addictions et à la perpétuation d'attitudes négatives, phénomènes qui, à leur tour, limitent l'intérêt des cliniciens à se former et le développement de formations adaptées. Il en résulte un manque général de préparation clinique<sup>12</sup> qui impacte la prise en charge.

Comme le met en avant le rapport de Ritter et Bischoff,<sup>11</sup> « le manque de compétences dans le domaine des addictions est reconnu comme un facteur qui entrave l'investissement des médecins auprès de ce groupe de patients ». On le constate tant chez les médecins généralistes qui n'ont pas acquis les compétences requises, que chez les spécialistes confrontés à un manque de personnes ressources sur lesquelles s'appuyer pour mettre en place des traitements médicamenteux adaptés ou des interventions psychosociales complexes, par exemple. On observe alors, sur le terrain, une motivation et une considération moindres à l'égard des patients présentant une problématique addictive: interactions évitées, visites plus courtes, empathie et engagement personnel moins importants ou encore symptômes attribués de façon erronée à la consommation de substances.<sup>13</sup> Autant de phénomènes qui ont notamment pour conséquence des durées de séjour prolongées ou des complications périopératoires.<sup>14</sup>

Parallèlement à d'autres initiatives, la certification en médecine de l'addiction et la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie des addictions édictées par l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) devraient permettre de former une nouvelle génération de médecins spécialistes, notamment en milieu hospitalier. S'il faut se réjouir de ces développements, reste qu'il faudra pallier le manque général de compétences dans un cercle de cliniciens qui dépasse les seuls spécialistes. On peut ainsi espérer sortir – ou en tout cas limiter les effets délétères – du cercle vicieux qui conduit les non-spécialistes à éviter des situations cliniques liées à une problématique addictive et à se détourner des formations utiles, contraignant alors les spécialistes à gérer souvent seuls des situations qui nécessiteraient la collaboration de l'ensemble des intervenants. Deux prérequis au moins sont nécessaires à l'atteinte de cet objectif: explorer les expériences de terrain et responsabiliser les acteurs.

## DES EXPÉRIENCES DES PROFESSIONNELS AUX ÉVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES

Dans un contexte où le manque de compétences est reconnu, la préparation clinique devrait avoir pour condition la production d'évidences centrées sur les dimensions expérientielles des pratiques de terrain, à partir desquelles développer des réponses pédagogiques et institutionnelles. Si les difficultés de la prise en charge des patients dépendants sont documentées dans la littérature, on constate que ce sont généralement les besoins du point de vue des patients et les caractéristiques des interlocuteurs plus que les pratiques concrètes des cliniciens qui sont explorés. A notre sens, la préparation clinique doit viser les difficultés rencontrées par les cliniciens sur le terrain, que celles-ci se situent à un niveau organisationnel (accéder aux équipes spécialisées, par exemple), cognitif (méconnaître les mécanismes de l'addiction), pharmacologique (adapter les traitements pour des patients dépendants aux opiacés), psychosocial (gérer la compliance thérapeutique d'un patient socialement désinséré), relationnel (entrer en relation avec un patient dans le déni de sa maladie ou dépasser une situation de méfiance mutuelle), personnel (identifier des résonances émotionnelles ou prendre conscience de ses contre-attitudes), moral (soigner un patient dont les comportements sont jugés répréhensibles), ou encore identitaire (accepter d'avoir un rôle dans la prise en charge des addictions).

De façon générale, on sait que l'adaptation des ressources n'a d'impact que si elle est soutenue par une évolution concomitante de la culture institutionnelle. Par la valeur et l'importance qu'elle donne à la prise en charge des addictions, la culture de l'institution participe au développement et au maintien d'une attitude positive des professionnels à l'égard des patients concernés par l'addiction et à leur sentiment de responsabilisation face à leur prise en charge.<sup>15</sup> Une meilleure préparation des cliniciens doit ainsi, parallèlement à l'exploration de leurs difficultés et à la production d'évidences scientifiques et cliniques, passer par une reconnaissance de l'hôpital de sa responsabilité et de son rôle dans la prise en charge des addictions. Cette reconnaissance à un niveau institutionnel est une condition, à notre sens, d'une prise de conscience des cliniciens – à un niveau individuel – de leur propre rôle

dans le domaine et de la nécessité d'être préparé. A cet effet, l'institution doit inscrire à la liste de ses objectifs stratégiques des initiatives complémentaires en matière de formation, de recherche et de développement (par exemple, redéfinir ses missions et objectifs de formation, créer des opportunités d'échanges et de stages entre services spécialisés et non spécialisés, mettre à disposition des fonds de recherche ciblés) permettant aux cliniciens de se sentir concernés par les addictions et soutenus dans leurs démarches de formation.

## CONCLUSION

L'hôpital est un lieu de passage et un lieu de soins pour un nombre conséquent de patients présentant des troubles liés à la consommation de substances. Il se doit donc de leur offrir des soins qui intègrent cette problématique, qu'elle soit ou non à l'origine de leur demande de soins. La prise en charge de ces patients doit concerner les addictologues et les cliniciens de première ligne, mais aussi les cliniciens spécialisés dans d'autres domaines que l'addiction, tous acteurs indispensables au dépistage, à l'orientation, à la gestion des symptômes, ainsi qu'à la création d'un lien thérapeutique et à la rétention dans le système de soins. Dans cet objectif, la formation de ressources spécialisées doit se faire parallèlement à un travail de sensibilisation et de responsabilisation des cliniciens non spécialisés à leur rôle dans le champ des addictions. La finalité d'un tel développement étant de former des cliniciens spécialisés non pas vers qui déléguer les patients souffrant d'addiction, mais avec qui les non-spécialistes puissent collaborer.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'hôpital de soins généraux accueille un nombre considérable de patients présentant un trouble de l'usage de substances au sein de ses différents services, il joue ainsi un rôle central en termes de dépistage, d'orientation, de gestion des symptômes et de maintien dans le système de soins
- La prise en charge hospitalière des patients présentant des troubles de l'usage de substances ne peut être limitée aux seuls spécialistes du domaine et doit pouvoir reposer sur une collaboration entre cliniciens spécialistes et non spécialistes
- La formation de cliniciens spécialisés en médecine de l'addiction doit se faire parallèlement à une sensibilisation des non-spécialistes à leur rôle dans le champ des addictions et à une augmentation de leurs compétences cliniques
- La préparation clinique des non-spécialistes doit avoir pour condition la production d'évidences centrées sur les pratiques et les difficultés de terrain, à partir desquelles développer des réponses pédagogiques et institutionnelles
- Il est nécessaire que l'hôpital de soins généraux inscrive à la liste de ses objectifs stratégiques des initiatives en matière de formation, de recherche et de développement, afin de concerner les cliniciens non spécialistes à la prise en charge des patients souffrant d'addiction et de les soutenir dans leur démarche de préparation clinique

1 Koekkoek B, Hutschemaekers G, van Meijel B, et al. How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care. *Soc Sci Med* 2011;72:504-12.

2 Wu LT, McNeely J, Subramaniam GA, et al. DSM-5 substance use disorders among adult primary care patients: results from a multisite study. *Drug Alcohol Depend* 2017;179:42-6.

3 Marmet S, Notari L, Gmel G. Suchtmontoring Schweiz – Screening für problematischen Alkoholkonsum im Jahr 2015. Lausanne: Sucht Schweiz; 2015.

4 Broers B. Patients dépendants: quelques conseils pour ne pas s'essouffler. *Rev Med Suisse* 2013;9:273-4.

5 Cherpitel CJ, Ye Y. Trends in alcohol- and drug-related emergency department and primary care visits: data from four US

national surveys (1995-2010). *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73:454-8.

6 Bertholet N, Adam A, Faouzi M, et al. Admissions of patients with alcohol intoxication in the Emergency Department: a growing phenomenon. *Swiss Med Wkly* 2014;144.

7 Breuer JP, Neumann T, Heinz A, et al. The alcoholic patient in the daily routine. *Wien Klin Wochenschr* 2003;115:618-33.

8 Butler K, Reeve R, Arora S, et al. The hidden costs of drug and alcohol use in hospital emergency departments. *Drug Alcohol Rev* 2016;35:359-66.

9 \*National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. *Addiction medicine: closing the gap between science and practice*. 2012.

10 \*Rasyidi E, Wilkins JN, Danovitch I. Training the next generation of providers

in addiction medicine. *Psychiatr Clin North Am* 2012;35:461-80.

11 Ritter C, Bischoff T. Enseignement prégradué de la médecine de l'addiction. *Suchtmedizin in der medizinischen Ausbildung: mandat de l'Office fédéral de la santé publique à l'Institut Universitaire de Médecine Générale, Policlinique médicale universitaire, Lausanne*; 2014.

12 Wakeman SE, Baggett MV, Pham-Kanter G, et al. Internal medicine residents' training in substance use disorders: a survey of the quality of instruction and residents' self-perceived preparedness to diagnose and treat addiction. *Subst Abuse* 2013;34:363-70.

13 \*van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, et al. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its

consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2013;131:23-35.

14 Kleinwachter R, Kork F, Weiss-Gerlach E, et al. Improving the detection of illicit substance use in preoperative anaesthesiological assessment. *Minerva Anestesiol* 2010;76:29-37.

15 \*Skinner N, Roche AM, Freeman T, et al. Health professionals' attitudes towards AOD related work: moving the traditional focus from education and training to organizational culture. *Drugs: education, prevention and policy* 2009;16:232-49.

\* à lire  
\*\* à lire absolutement

## Article 2

**“I don't want to take care of you”: an exploration of resistance to treat patients with substance use disorder through a qualitative investigation of difficulties encountered by hospital clinicians**

Sophie Paroz<sup>1</sup>, Martine Monnat<sup>1,2</sup>, Francesco Panese<sup>1</sup>, Michael Saraga<sup>1</sup>, Jean-Bernard Daepfen<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

<sup>2</sup> Public Health Service of Canton of Vaud, Lausanne, Switzerland

**Correspondence to:** Sophie Paroz, Addictions medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Rue du Bugnon 23, CH-1011 Lausanne, Switzerland. Email: [sophie.paroz@chuv.ch](mailto:sophie.paroz@chuv.ch)

## **Abstract**

**Background:** Working with substance use disorders (SUD) patients is largely held in low regard and many clinicians resist treating them. To address this situation, numerous research projects assessed training program gaps and professional attitudes. In contrast, we explored resistance by examining clinical practice. The aim of this study is to explore the actual clinical difficulties that a wide variety of hospital professionals encounter when treating SUD patients.

**Methods:** Qualitative multiple method design including: (1) individual semi-structured interviews with SUD experts and educators; (2) video-elicited, cross self-confrontation interviews with clinicians working in a specialist addiction unit; (3) paired semi-structured interviews with clinicians working in non-specialist units. Participants were recruited within a university teaching hospital in Switzerland. Data collected at stages (1) and (3) relied on an interview guide and were analyzed using conventional content analyses. Data collected at stage (2) consisted of discussions of video recorded clinical interviews and were analyzed based on a participatory approach. **Results:** Twenty-three hospital clinicians from seven units participated. Forty-four clinical difficulties were reported that we classified into six categories: knowledge-based; moral; technical; relational; identity-related; institutional. Findings did not differ substantially across data sources as a large part of the difficulties were experienced by the three groups of participants. We identified seven cross-category themes as key features of SUD clinical complexity: exacerbation of patient characteristics; multiplication of medical issues; hybridity and specificity of medical discipline; experiences of stalemate, adversity, and role reversal. **Conclusions:** Our study, providing a comprehensive analysis of the difficulties of caring for SUD patients, reveals a demanding and highly challenging clinical practice for a diversity of healthcare providers, including SUD specialists. Findings suggest that clinician resistance is related to actual difficulties, in addition to lack of training and negative attitudes.

They represent an innovative approach to addressing resistance as an important feature of a complex clinical system and a valuable material to discussing professional preparedness.

### **Key words**

qualitative research; addiction; substance use disorder; clinical practice; hospital providers; clinical difficulties

### **Background**

Patients with substance use disorders (SUD) are overrepresented in most clinical settings (1), including primary care practices (2, 3), mental health clinics (4), and general hospitals (5-7). These settings need healthcare providers that are able to detect SUD, refer patients to specialized treatments, deal with the multiple health consequences related to SUD, and adapt care accordingly. However, working with SUD patients is largely held in low regard (8, 9) and many clinicians resist treating them (8, 10, 11), contributing to suboptimal care in mainstream healthcare setting (12, 13): SUD diagnostics are under-investigated (14, 15), treatment needs are frequently undetected (16, 17) and involvement of SUD specialists is low (15).

Clinician resistance in caring for SUD patients is often explained by two factors: insufficient training (9, 18, 19) and stigmatization of SUD patients (13, 20). Quite logically, numerous research projects and educational initiatives addressed this situation through the evaluation of training programs gaps (21-23) or assessment of professional attitudes (24-27). Generally, these projects intended to identify core clinical competences required when caring for these patients (28-32). These developments were mainly based on consultation with addiction experts (21, 31, 33), literature reviews (23, 32, 34), and use of standardised tools (35-37).

Surprisingly, actual SUD clinical practices and related clinical difficulties have been scarcely studied to explore resistance towards working with SUD patients. Existing research addressing clinical practice has been limited to the examination of professional perception of working with SUD patients using standard scales (8, 38) or experience of care from the patient perspective

(39-42). Studies focusing specifically on difficulties primarily investigated systemic barriers encountered by professionals (43, 44), or were restricted to interpersonal and relational difficulties (45-47) and patient-specific factors interfering with care (48). A few studies explored the experience of encountering SUD patients and highlighted specific difficulty factors and challenges (27, 49, 50). However, they were limited to very specific clinical settings. Besides, past explorations often focused on specific audiences, such as medical students (25, 51, 52) and residents (26, 53-55), mostly in primary care and psychiatry (19, 33). The assumption was that resistance is unique to junior professionals or less experienced clinicians, and that improvement of competences is necessary only in specific settings. Clinical practice of SUD specialists were poorly studied while their perspective and clinical experience might be crucial to the understanding of the experience of SUD non-specialists but also to the apprehension of the SUD-related clinical complexity.

Our study sought to overcome the limitations of previous approaches by proposing two complementary assumptions and research perspectives. First, resistance to treating SUD patients is not only related to lack of training and stigmatization, but also to the complexity of SUD clinical practice. Therefore, understanding resistance requires looking at clinical practice in addition to evaluating educational background and professional attitudes. Second, we assume that the apprehension of this SUD clinical complexity requires a broad perspective that include the clinical experience of SUD specialists. The examination of SUD clinical practice demands a joint exploration of specialized practice dealing with addictive behavior, and non-specialized practice concerning medical consequences of addiction and the somatic and psychosocial needs of SUD patients.

Care of SUD patients is an institutional and educational challenge that first requires a deeper understanding of SUD-related clinical practice. Therefore, we addressed the following questions: What are the encountered clinical difficulties, and what does this tell us about SUD



clinical complexity and clinician resistance in treating SUD patients? Our research explored these issues via a qualitative methodological framework within three groups of clinicians caring for SUD patients in a university hospital, including SUD specialists. This article proposes a comprehensive typology of clinical difficulties and key features of SUD-related clinical complexity that enables an understanding of the experience of care with SUD patients.

## **Methods**

### **General design and sampling strategy**

We applied a three-phase qualitative multiple method study (56) combining individual semi-structured interviews, cross self-confrontation interviews (57, 58), and paired semi-structured interviews. All interviews were conducted by one study investigator (SP).

The research took place at a 1,500 bed academic hospital and associated center for primary care, from May, 2017 to February, 2020. Participants were recruited through purposive sampling. Generally, the sampling strategy aimed for diversity of clinical practices with SUD patients in the hospital and targeted the recruitment of participants with diverse professions, institutional affiliations, and clinical experience. Clinicians were recruited from both SUD-specialized and non-specialized units, in outpatient and inpatient settings. Heads of hospital units were informed about the study and aided in recruiting volunteers by promoting the study.

### **Data collection method 1**

We used individual semi-structured interviews with addiction experts and educators to explore their own clinical experience with SUD patients as clinical experts, as well as their perspective on the experience of students and junior clinicians. Topics addressed included: career path; perception of SUD clinical practice; clinical experience with SUD; clinical difficulties with SUD; clinical preparedness; and training experience. We developed an interview guide accordingly. Audio recordings were transcribed, de-identified and transferred to NVivo 11. Data were analyzed using conventional content analyses (59), in which codes were derived

inductively from data. Initial coding was applied using a line-by-line technique (60). The first two interviews were coded blind by two persons. We used open coding to develop a list of all codes. Two coders then blind tested the coding manual on two initial transcripts. Discrepancies were resolved through consensus meetings. First author (SP) rated all material according to the final version of the manual.

Inclusion criteria were current employment as a senior clinician in charge of a pre- or post-graduate addiction training program and/or supervision of clinicians caring for SUD patients. Seven clinicians participated. Empirical data included seven recorded interviews (53-82 min) and related verbatim transcriptions.

### **Data collection method 2**

Cross self-confrontational (CSC) methodology was chosen to perform a practice analysis complementary to semi-structured interviews. Clinical material of professionals working within a SUD-specialized unit was used to access encountered difficulties. CSC was part of a 3-phase design based on video recorded clinical interviews with SUD patients (61). Participants were included pairwise. Each recorded a consultation with a SUD patient that was first discussed in the presence of a researcher, then in the presence of a researcher and the other professional. The preliminary results were discussed and finalized with each pair of clinicians, based on a participatory approach.

Inclusion criteria were current employment as a registered nurse or medical resident within the Addictions Medicine unit. One pair of medical doctors and two pairs of nurses participated. Empirical data include six video recorded clinical interviews (24-51 min) and related verbatim transcriptions, nine video recorded interviews (56-103 min) and related verbatim transcriptions, three audio recorded group interviews (87-91 min) and related verbatim transcriptions, and qualitative data extracted from six questionnaires.

### **Data collection method 3**

Paired semi-structured interviews were used to explore addiction non-specialist experience with SUD patients. Paired interviews maximized collected information through dialogue between two clinicians working in the same unit, using any similarities and differences to explore their experience.

The interview guide of data collection 1 was used with minor adaptations. First author tested the coding manual used for individual interviews on two initial transcripts. The manual was adapted accordingly. Except for these adaptations, the methodology was similar to data collection 1.

Inclusion criteria were current employment as an experienced registered nurse or chief resident working within pre-identified hospital units that regularly care for SUD patients. Five pairs of medical doctors and nurses from five different hospital units were included. For organizational reasons, one pair was interviewed separately. Empirical data include six audio recorded clinical interviews (65-88 min) and related verbatim transcriptions.

### **General data analysis**

Data saturation was reached by using multiple data sets. All three data sets were first analyzed separately. A research group debated the preliminary outcomes of each data collection and then triangulated the information from all data sets. The data were combined in the results.

## **Results**

### **Sample characteristics**

Clinicians varied with regard to professional background, general clinical experience and clinical experience with SUD patients. Altogether, 23 hospital clinicians from seven units were included; 11 of them were affiliated with a specialized SUD unit; 11 were female; 8 were junior clinicians ( $\leq 5$  years of practice and/or ongoing medical residency). Included were 8 physicians, 4 psychiatrists, 11 nurses, one psychologist. Detailed positions and affiliations are presented in Table 1.

**Table 1** Research participants

|  | Position                  | Affiliation                     |
|--|---------------------------|---------------------------------|
| <b>Data collection method 1: Individual interviews</b>               |                           |                                 |
| <b>1</b>   | Senior physician          | General Medicine                |
| <b>2</b>   | Senior physician          | Addictions Medicine             |
| <b>3</b>   | Senior psychologist       | Addictions Medicine             |
| <b>4</b>   | Senior psychiatrist       | Addictions Medicine             |
| <b>5</b>   | Psychiatry chief resident | Addictions Medicine             |
| <b>6</b>   | Senior nurse              | Addictions Medicine             |
| <b>7</b>   | Senior physician          | Obstetrics and Gynecology       |
| <b>Data collection method 2: Cross self-confrontation interviews</b> |                           |                                 |
| <b>8</b>   | Specialist nurse          | Addictions Medicine             |
| <b>9</b>   | Specialist nurse          | Addictions Medicine             |
| <b>10</b>  | Psychiatry resident       | Addictions Medicine             |
| <b>11</b>  | Psychiatry resident       | Addictions Medicine             |
| <b>12</b>  | Clinical nurse            | Addictions Medicine             |
| <b>13</b>  | Clinical nurse            | Addictions Medicine             |
| <b>Data collection method 3: Paired interviews</b>                   |                           |                                 |
| <b>14</b>  | Chief resident            | General Medicine                |
| <b>15</b>  | Clinical nurse            | General Medicine                |
| <b>16</b>  | Deputy-chief resident     | Infectious Diseases             |
| <b>17</b>  | Specialist nurse          | Infectious Diseases             |
| <b>18</b>  | Chief resident            | Emergency Medicine              |
| <b>19</b>  | Specialist nurse          | Emergency Medicine              |
| <b>20</b>  | Deputy-chief resident     | Orthopedics and Traumatology    |
| <b>21</b>  | Clinical nurse manager    | Orthopedics and Traumatology    |
| <b>22</b>  | Chief resident            | Gastroenterology and Hepatology |
| <b>23</b>  | Specialist nurse          | Gastroenterology and Hepatology |

### Encountered clinical difficulties

Forty-four clinical difficulties were reported across the three data sets. Clinical difficulties should be understood as reported clinical situations that challenge clinical practice and potentially interfere with quality of care (whether explicitly perceived as difficulties or not). Results show a very heterogeneous set of difficulties, ranging from “being nonjudgmental when facing behaviors that clash with own values” to “mastering pharmacological complexity”, “coping with overload due to time-consuming clinical situations” or “feeling unqualified to understand patient life experience”. We classified these situations into a six-category typology.

The categories are presented below supported by quotes reflecting examples of difficulties that were classified among each category. A detailed description of each difficulty and their grouping in the various categories are presented in Table 2.

Category 1: Knowledge-based difficulties, i.e. related to knowledge, information or specific understanding required for clinical practice.

*“These are patients who are so different, even within the same pathology. (...) So it's not possible to enact guidelines. And for us (...) either we can draw a diagram and decide on guidelines or it is part of the medical art.” (Data collect method (DCM) 3, Participant 7c)*

Category 2: Moral difficulties, i.e. related to the health providers' value system.

*“I have been thinking about what happens when I don't share the same values as the person in front of me. I know that I must accept the person and not judge [...] But at the same time, there is a desire within me that the person does otherwise.” (DCM 2, Participant 1b)*

*“[The taboo is] to confess our own incompetence. To admit our own incomprehension. (...) To say "I don't want to take care of you, I don't want to.” (DCM 3, Participant 6c)*

Category 3: Technical difficulties, i.e. related to the technical part of clinical practice and specific required abilities.

*“Professionals very quickly get an idea "Ah, this person is like that". And then, the discussion tries to confirm the initial hypothesis. And when we do that, we no longer listen to the person, we listen to what we want to hear. (...) It takes time to disregard our knowledge, values and expertise and really be open to encounters.”( DCM 1, Participant 3a)*

Category 4: Relational difficulties, i.e. related to the intersubjective relationship between clinician and patient.

*“(...) what a movie [patient life experience]! It is inconceivable for us to go through this. (...) And how can I receive all this? Clearly I think that we protect ourselves and that we don't want [to know] too much.” (DCM 3, Participant 6c)*

Category 5: Identity-related difficulties, i.e. related to the roles and missions of both clinician and patient.

*“[...] despite years of studying, you are completely naked. What can I provide for these people? They have a life experience that is so rich, so full, with huge problems that I have never experienced, with sometimes quite catastrophic situations.” (DCM 1, Participant 3a)*

Category 6: Institutional difficulties, i.e. related to the organization, resources or attitudes within the institution.

*“When you work during one whole week and every day two patients don't come, and you know that you can get a slap on the wrist for administrative reasons, well ...” (DCM 2, Participant 5b)*

*“I think that's a difficulty with the network: when the patient goes to the doctor, the doctor knows [that] there is an alcohol issue and he will say that all the issues are related to it. [...] How do we deal with the attitudes of the network, who are our partners, but who are seen as incompetent and the enemies of our customers?” (DCM 2, Participant 1b)*

Findings did not differ substantially across data sources. Many difficulties were experienced by SUD specialists and non-specialists, and by junior and senior clinicians alike. The shared difficulties between the various groups of professionals fall into each of the six categories. They included: lacking standard procedure (*Standard*, Category 1); prescribing opioid medicines (*Bioethics*, Category 2); addressing multiple clinical situations (*Multidimensionality*, Category 3); dealing with manipulative behaviors (*Triangulation*, Category 4); facing lack of recovery prospect (*Failure*, Category 5); and coping with time-consuming clinical situations; (*Overload*, Category 6).

Seven cross-category themes were identified to complete the typology and outline key features of SUD-related clinical complexity: *exacerbation*, i.e. exacerbation of patients characteristics and required competences; *multiplication*, i.e. multiplication of medical issues and required competences; *hybridity*, i.e. hybridity of the medical domain; *specificity*, i.e. characterization of SUD patients and related clinical practice as specific; *stalemate*, i.e. at a standstill in treatment options and related frustration; *adversity*, i.e. adversity of the professional context; and *role reversal*, i.e. reversal of patient and clinician traditional roles. A detailed description of each is presented below supported by illustrative quotes.

#### Theme 1: Exacerbation

Clinicians described SUD patients with exacerbated characteristics (e.g. more vulnerable, poorer health, more difficult life history, more behaviour disorders). In addition, they outlined an exacerbation of required competences and resources to treat SUD patients (e.g. more interpersonal competences, more time to treat). This results in clinical difficulties that may also be exacerbated (e.g. facing more clinical failure).

*“Patients who use substances expect to be stigmatized. This is why, I think, it's trickier [to talk about SUD] than to talk about getting the right treatment for high blood pressure. Patient expectation of guilt is more important. Probably because the patients have been judged many times for their behaviors.” (DCM 1, Participant 2a)*

#### Theme 2: Multiplication

According to clinicians, SUD clinical practice addresses multiple medical issues and requires multiple competences (e.g. psychiatric, internal, pharmacological, social, relational), resulting in multiple and extensive clinical difficulties.

*“We are not in a simple addiction treatment. On top of that, we get hit with psychosis. So we must also include the psychosis, or borderline disorders, ADHD, or eating*

*disorders [...] This is the complexity when we treat addiction: dealing with injection wounds, a schizophrenia and addiction disorder.” (DCM 2, Participant 6b)*

### Theme 3: Hybridity

Clinicians presented SUD clinical practice not as internal medicine, psychiatry, or social medicine, but made up of intertwined domains, blurred borders and hybrid identities. The perception of hybridity challenges clinicians in different ways, including by questioning their own role and the borders of their missions in treating SUD (see Table 2, *Role*).

*"During my years of psychiatry I used to [say] as soon as there was a somatic issue "You check that with the internist and we focus on what we're discussing", that's it. I don't spend forty-five minutes with my suicidal patient talking about constipation. Here [in addiction medicine] things are a lot more confused, that's the difficulty for me." (DCM 2, Participant 4b)*

### Theme 4: Specificity

Clinicians constantly switched from characterizing SUD patient “like everyone else” to defining them as “unlike the others” or “unlike me”. By adhering to this same contradictory representation, they firstly presented work with SUD patients as nonspecific and then insisted on its specificity. This specific identity of SUD clinical practice is related to various reported difficulties, such as dealing with absence of standard and adapting to singular situations (see Table 2, *Standard*) or, on a different note, practicing at the interface between somatic and psychiatric medicine (see Table 2, *Interface*).

*“Yeah, I think that's really a difficulty, to create and maintain [an alliance]. Actually, this is specific to addiction medicine. Creating a therapeutic alliance is not necessarily easy. It can be difficult even in surgery settings, with a grandma. But in addiction settings, alliance is a real life problem for almost 100% of our patients.”(DCM 2, Participant 5b)*



## Theme 5: Stalemate

Clinicians described their clinical practice as restricted to harm reduction, consumption evaluation or treatment of medical consequences of SUD. More generally, they felt being “stuck” and prevented from specifically treating SUD and properly helping patients, resulting in various difficulties. Managing discouragement when facing repeated gaps between patient speech and actions (see Table 2, *Patient ambivalence*) is one example. Accepting slow progress and treatment stagnation (see Table 2, *Slowness*) is another example.

*“(…) either we give protection so the patient does not die, or we target something therapeutic (...). But safety comes first, so you can be frustrated that all you have to do is watch out for safety. And at the same time, the patient is not going to move forward [...] So we are a bit trapped. ” (DCM 2, Participant 1a)*

## Theme 6: Adversity

According to clinicians, SUD clinical practice evolves in the context of institutional adversity, prejudice, disengagement, devaluation, and lack of professional collaboration that is reflected in many difficulties, such as managing lack of consideration from hospital partners (see Table 2, *Devaluation*). Adversity is strengthened by feelings of failure and helplessness that lead to significant difficulties, such as facing own incompetence (see Table 2, *Failure*).

*“How can we deal with helplessness... this is a big issue. It is not specific to this discipline, but it is very strong in addiction medicine. [...] If we don't talk about feeling helpless and undervalued regarding the efforts we make to support one patient, if we cannot talk about that... Well, we risk to reject the patient.”( DCM 1, Participant 2a)*

## Theme 7: Role reversal

According to clinicians, SUD clinical practice requires an exacerbated patient-centered approach. Patient life history, substance use, relational capabilities and behaviours dominate the course of treatment and interfere with a traditional treatment in which clinicians have the

leading role. This results in feelings of role reversal that challenge clinicians in different ways. One good example is the challenge to adapt to patient pace and treatment objectives (see Table 2, *Patient first*).

*“Pace is set by the patient. And if we want chances for success, we have to follow the patient. And sometimes this pace is completely harmful. When we go too slowly, patients are at risk. But we have to follow them counterintuitively.” (DCM 2, Participant 3b)*

## **Discussion**

In this study, we analyzed three sets of data related to clinical practice with SUD patients. Our findings reveal the practical difficulties encountered by clinicians with various training and experience and key features of SUD-related clinical complexity.

### **Comparison with previous studies**

Our results partially echo previously published data and recurrent themes related to SUD patient care: lack of standardized approaches (27, 46); poor outcome of treatment (62), notably the relapsing character of the disease (63); gaps in medical knowledge (49, 62); frequent missed appointments (64); clinician’s efforts to control patients (45); lack of recognition and support from colleagues and professional partners (45); and feelings of frustration, helplessness and hopelessness (65, 66). Our findings are also consonant with past findings portraying SUD patients as ambivalent (62, 67), with challenging interpersonal and violent behaviors (13, 47, 62, 68), manipulative behaviors (47, 66, 69); distressing personal histories (45), fear of mistreatment (46); and challenging health profiles consisting of various medical issues and concomitant mental health disorders (39, 68, 70-72).

Generally, our findings show that complexity of SUD-related practice is far from being restricted to relational difficulties linked with negative attitudes towards challenging patients; clinicians are challenged at many distinct levels. Interestingly, our characterization of some clinical difficulties differs from past results, thus providing fresh insight into specific issues.

An example is the reported difficulty *Co-occurrence*, that focuses on the technical difficulty of treating multiple mental health disorders, whereas past findings highlighted the relational difficulty of dealing with patients having co-occurring disorders (71). Another example relates to *Pharmacology*. Unlike previous approaches that highlighted the cognitive component of this difficulty (50), our results relate to the technical challenge of mastering pharmacology related to SUD. In particular, clinical situations experienced as *identity-related* difficulties stand out from what has been reported in the literature. Difficulties that either discourage clinicians (e.g. *Failure, Limitation*), or confront them with uncertainty (e.g. *Interface, Role*), not only lead to feelings of helplessness and hopelessness (65), but appear to threaten professional's identity as clinicians. We might presume that identity-related difficulties contribute significantly to negative attitudes and to resistance to work with SUD patients. Special attention should be given to these identity-related difficulties when devising strategies to prepare clinicians for SUD-related practices and careers.

Mainly, our results stand out from previous research by precisely pinpointing the particular clinical difficulty that is experienced (e.g. managing own discouragement when facing repeated discrepancies between patient speech and action, or managing patient feelings of failure and shame) rather than describing patient-specific difficulty factors (e.g. ambivalence) or disease-specific factors (e.g. relapse) alone. Providing a comprehensive list of difficulties in great detail is a valuable step towards highlighting what is experienced as a difficulty in the gamut of clinical complexity, and might be useful in outlining clinical strategies. However, the significance of our findings goes beyond merely illustrating and discussing encountered difficulties. Several major contributions are presented below.

### **A clinical complexity that goes beyond clinical difficulties**

One contribution of our findings involves the characterization of SUD-related clinical complexity through the identification of key features of this complexity. Some of the reported

clinical difficulties, e.g. facing lack of recovery prospect (*Failure*) or caring for a repulsive patient (*Disgust*), are common to other clinical settings (73-75). Cross-category themes broaden our understanding of the specificity of SUD-related clinical complexity and help identify what might set this clinical practice apart from other practices. Most importantly, the existence of cross-category features illustrates that difficulties are not separate entities and that they are interconnected across themes. This implies that clinical complexity does not rest on dealing with numerous difficulties alone. This result is of major importance, since our data suggest that enhancement of professional preparedness cannot rely only on addressing specific (e.g. knowledge-based) difficulties by learning specific (e.g. knowledge-based) competences, but must approach clinical complexity as a whole.

### **A shared clinical reality**

A second and major contribution rests on the finding that SUD clinical complexity involves not just junior clinicians and professionals working in non-specialist addiction settings such as primary care. Clinicians working in very different clinical settings with various clinical and training experiences all encounter many kind of difficulties. It demonstrates that clinicians working in SUD-specialized settings certainly experience clinical difficulties and most importantly, that part of their difficulties when treating SUD patients are similar to other healthcare providers caring for SUD patients. Although resources, competences, clinical experience, and general attitudes differ between SUD specialists and non-specialists (8, 38), our findings suggest that even added resources, better training, greater competences and higher regard for working with SUD patients would not prevent from experiencing some specific difficulties (e.g. *Bioethics*, *Triangulation*) and not always lessen the burden of clinical complexity when caring for SUD patients. This result contributes to the recognition of SUD-related clinical practice as inherently complex and is a noteworthy discovery in itself. The exploration of senior and addiction-specialized clinical practice has yielded important data that

gained access to a comprehensive view on the experience of care for SUD patients and should be of interest in future research.

### **The relevance of exploring clinical practice through difficulties**

One last significant contribution lies in allowing the clinical difficulties of professionals to be more accessible and visible. Own awareness of clinical difficulties is essential in exploring actual clinical practice and strategies in response to difficulties. But as discussed elsewhere (61), recognizing areas of incompetence is particularly daunting for many physicians and other actors of modern medicine (76-78). Even though self-exploration can be disconcerting, we were able to raise a number of encountered difficulties and discuss them with a variety of professionals, including SUD specialists. In particular, data collection 2 furnished an interesting setting conducive to self-reflection on clinical challenges, and revealed some valuable personal insights. These findings encourage the exploration of clinical practice and more specifically further research on experienced difficulties that is complementary to the focus on required competences.

### **Limitations**

There are several limitations in this study. We believe that the use of multiple methods and data sources assures a comprehensive understanding of clinical practice and contributes to the completeness and validity of our findings. However, clinical difficulties were not explored using identical methodology in the three groups of professionals, thus limiting comparability of results. In addition, the sampling process may have lumped together those clinicians with a specific interest in SUD clinical practice. Clinicians less interested in SUD patients may have been overlooked, whereas they may have different clinical experiences and may encounter other difficulties. We could expect the influence of social desirability biases when exploring encountered difficulties; this might result in the omission of some difficulties that were actually experienced. Minimally, we could expect that moral difficulties were downplayed;

acknowledgement of own counter-attitudes and moral challenges is particularly difficult for most caregivers (73, 79). However, the comprehensiveness of reported difficulties suggests a high level of self-disclosure. Finally, even though we present rich descriptive material that helps in understanding clinician's resistance, we do not discuss here how this material could offer any new perspectives on improving clinician's preparedness to treat SUD patients. Future research should place emphasis on these perspectives and explore clinical strategies to deal with complex clinical issues.

## **Conclusions**

The epidemiological reality of SUD requires a healthcare system and healthcare professionals that are sufficiently prepared to contend with resistance as an integral part of the care and treatment of SUD patients. Our research provides a rich qualitative description of difficulties encountered by SUD specialized and non-specialized clinicians, and contributes to a better understanding of the multifaceted nature and complexity of SUD clinical practice. Our focus on clinical practice appears to provide valuable insights pertaining to resistance towards working with SUD patients. These data might help health professionals and training leaders to think of resistance, not just as a consequence of untrained professionals and stigmatization of difficult patients, but as an important feature of a complex clinical system.

## **Endnotes**

The interviews and consultations were conducted in French. The verbatim transcripts were translated into English. Wherever necessary, minor changes were made to ensure anonymity.

## **Declarations**

### **Ethics approval and consent to participate**

The research did not fall within the scope of application of the law on Research on Human Subjects (Req-2017-00238), However, in order to protect the clinician and patient clinical interviews material in collection method 2, all information and consent sheets were submitted

to the Cantonal Research Ethics Committee (Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD) du Canton de Vaud) and validated. Written informed consent was obtained and all data were kept anonymous. Audio and video recorded material was saved on a secure server.

### **Consent for publication**

Not applicable.

### **Availability of data and materials**

The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request, with the exception of audio and video material.

### **Competing interests**

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

### **Funding**

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

### **Authors' contribution**

Study concept and design: SP, JBD, FP, MM, MS. Data collection: SP. Data analysis: SP, JBD, FP, MM, MS. Interpretation of results: SP, JBD, FP, MM, MS. Drafting of manuscript: SP. Critical revisions to the manuscript: SP, JBD, FP, MM, MS. All authors read and approved the final manuscript.

**Acknowledgment:** The authors wish to deeply thank the clinicians who took part in the research for their time and involvement in the study.

### **Authors' information**

Sophie Paroz, MA is a senior research fellow in the Service of Addictions Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland. Francesco

Panese, MA, PhD is a professor at the Institute of Humanities in Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, and at the Institute of Social Sciences, University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland. Martine Monnat, MD is a former deputy physician in the Service of Community Psychiatry, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, and a former deputy cantonal medical officer at Public Health Service of Canton de Vaud, Department of Health and Social Action, Canton of Vaud, Switzerland. Michael Saraga, MD, PhD is a physician in the Service of General Psychiatry, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland. Jean-Bernard Daeppen, MD is a professor in the Service of Addictions Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland.

## **REFERENCES**

1. Wu LT, McNeely J, Subramaniam GA, Brady KT, Sharma G, VanVeldhuisen P, et al. DSM-5 substance use disorders among adult primary care patients: Results from a multisite study. *Drug Alcohol Depend.* 2017;179:42-6.
2. Cherpitel CJ, Ye Y. Risky Drinking, Alcohol Use Disorders, and Health Services Utilization in the U.S. General Population: Data from the 2005 and 2010 National Alcohol Surveys. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(9):1698-704.
3. Pace CA, Uebelacker LA. Addressing Unhealthy Substance Use in Primary Care. *Med Clin North Am.* 2018;102(4):567-86.
4. Jorgensen KB, Nordentoft M, Hjorthoj C. Association between alcohol and substance use disorders and psychiatric service use in patients with severe mental illness: a nationwide Danish register-based cohort study. *Psychol Med.* 2018;48(15):2592-600.
5. Ronan MV, Herzig SJ. Hospitalizations Related To Opioid Abuse/Dependence And Associated Serious Infections Increased Sharply, 2002-12. *Health Aff (Millwood).* 2016;35(5):832-7.



6. Kendall CE, Boucher LM, Mark AE, Martin A, Marshall Z, Boyd R, et al. A cohort study examining emergency department visits and hospital admissions among people who use drugs in Ottawa, Canada. *Harm Reduct J.* 2017;14(1):16.
7. Serowik KL, Yonkers KA, Gilstad-Hayden K, Forray A, Zimbren P, Martino S. Substance Use Disorder Detection Rates Among Providers of General Medical Inpatients. *Journal of general internal medicine.* 2020.
8. Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd R, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction.* 2011;106(6):1114-25.
9. Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges.* 2001;76(5):410-8.
10. Albery IP, Heuston J, Ward J, Groves P, Durand MA, Gossop M, et al. Measuring therapeutic attitude among drug workers. *Addictive behaviors.* 2003;28(5):995-1005.
11. Tantam D, Donmall M, Webster A, Strang J. Do general practitioners and general psychiatrists want to look after drug misusers? Evaluation of a non-specialist treatment policy. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* 1993;43(376):470-4.
12. National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. *Addiction medicine: closing the gap between science and practice.*; 2012.
13. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence.* 2013;131(1–2):23-35.
14. Sahker E, Loh Garrison Y, Park S, Yeung CW, Arndt S. Admitted to treatment without diagnosis: The status of known diagnoses in US addictions treatment centres. *The International journal on drug policy.* 2019;63:97-100.

15. Rosenthal ES, Karchmer AW, Theisen-Toupal J, Castillo RA, Rowley CF. Suboptimal Addiction Interventions for Patients Hospitalized with Injection Drug Use-Associated Infective Endocarditis. *Am J Med.* 2016;129(5):481-5.
16. Englander H, Priest KC, Snyder H, Martin M, Calcaterra S, Gregg J. A Call to Action: Hospitalists' Role in Addressing Substance Use Disorder. *J Hosp Med.* 2019;14:E1-E4.
17. Herscher M, Fine M, Navalurkar R, Hirt L, Wang L. Diagnosis and Management of Opioid Use Disorder in Hospitalized Patients. *Med Clin North Am.* 2020;104(4):695-708.
18. Brereton R, Gerdtz M. Alcohol and Other Drug (AOD) Education for Hospital Staff: An Integrative Literature Review. *Issues Ment Health Nurs.* 2017;38(1):42-60.
19. Rasyidi E, Wilkins JN, Danovitch I. Training the Next Generation of Providers in Addiction Medicine. *Psychiatric Clinics of North America.* 2012;35(2):461-80.
20. Skinner N, Roche AM, Freeman T, Mckinnon A. Health professionals' attitudes towards AOD related work: Moving the traditional focus from education and training to organizational culture. *Drugs: education, prevention and policy.* 2009;16(3):232-49.
21. Schwartz AC, Frank A, Welsh JW, Blankenship K, DeJong SM. Addictions Training in General Psychiatry Training Programs: Current Gaps and Barriers. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry.* 2018.
22. Carroll J, Goodair C, Chaytor A, Notley C, Ghodse H, Kopelman P. Substance misuse teaching in undergraduate medical education. *BMC medical education.* 2014;14:34.
23. Antman KH, Berman HA, Flotte TR, Flier J, Dimitri DM, Bharel M. Developing Core Competencies for the Prevention and Management of Prescription Drug Misuse: A Medical Education Collaboration in Massachusetts. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges.* 2016;91(10):1348-51.
24. Brener L, Von Hippel W, Kippax S, Preacher KJ. The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Subst Use Misuse.* 2010;45(7-8):1007-18.

25. Silins E, Conigrave KM, Rakvin C, Dobbins T, Curry K. The influence of structured education and clinical experience on the attitudes of medical students towards substance misusers. *Drug and alcohol review*. 2007;26(2):191-200.
26. Avery JD, Taylor KE, Kast KA, Kattan J, Gordon-Elliot J, Mauer E, et al. Attitudes Toward Individuals With Mental Illness and Substance Use Disorders Among Resident Physicians. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2019;21(1).
27. Muncan B, Kim EK, Amabile A, Weimer MB, Nguemeni Tiako MJ, Vallabhajosyula P, et al. Cardiac surgeons' perspectives and practices regarding people who use drugs: A scoping review. *J Card Surg*. 2022;37(3):630-9.
28. Pinxten WJ, De Jong C, Hidayat T, Istiqomah AN, Achmad YM, Raya RP, et al. Developing a competence-based addiction medicine curriculum in Indonesia: the training needs assessment. *Substance abuse*. 2011;32(2):101-7.
29. Levy S, Seale JP, Alford DP. Medicine, with a focus on physicians: Addressing substance use in the 21st century. *Substance abuse*. 2019;40(4):396-404.
30. Fiellin DA, Butler R, D'Onofrio G, Brown RL, O'Connor PG. The physician's role in caring for patients with substance use disorders: implications for medical education and training. *Substance abuse*. 2002;23(3 Suppl):207-22.
31. Ayu AP, El-Guebaly N, Schellekens A, De Jong C, Welle-Strand G, Small W, et al. Core Addiction Medicine Competencies for Doctors, An International Consultation on Training. *Substance abuse*. 2017:0.
32. Ayu AP, Schellekens AF, Iskandar S, Pinxten L, De Jong CA. Effectiveness and Organization of Addiction Medicine Training Across the Globe. *European addiction research*. 2015;21(5):223-39.
33. O'Connor PG, Nyquist JG, McLellan AT. Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: the time has come. *Annals of internal medicine*. 2011;154(1):56-9.

34. McLaughlin D, Long A. An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 1996;3(5):283-8.
35. Back DK, Tammaro E, Lim JK, Wakeman SE. Massachusetts Medical Students Feel Unprepared to Treat Patients with Substance Use Disorder. *Journal of general internal medicine*. 2018;33(3):249-50.
36. Whittle AE, Buckelew SM, Satterfield JM, Lum PJ, O'Sullivan P. Addressing Adolescent Substance Use: Teaching Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) and Motivational Interviewing (MI) to Residents. *Substance abuse*. 2015;36(3):325-31.
37. Mendiola CK, Galetto G, Fingerhood M. An Exploration of Emergency Physicians' Attitudes Toward Patients With Substance Use Disorder. *J Addict Med*. 2018;12(2):132-5.
38. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend*. 2014;134:92-8.
39. Jaiteh C, Steinauer R, Frei IA. Individuals With Opioid Dependence Using Polysubstances: How Do They Experience Acute Hospital Care and What Are Their Needs? A Qualitative Study. *J Addict Nurs*. 2019;30(3):177-84.
40. Press KR, Zornberg GZ, Geller G, Carrese J, Fingerhood MI. What Patients with Addiction Disorders Need from their Primary Care Physicians: a Qualitative Study. *Substance abuse*. 2015:0.
41. Velez CM, Nicolaidis C, Korthuis PT, Englander H. "It's been an Experience, a Life Learning Experience": A Qualitative Study of Hospitalized Patients with Substance Use Disorders. *Journal of general internal medicine*. 2017;32(3):296-303.
42. Tsui JI, Barry MP, Austin EJ, Sweek EW, Tung E, Hansen RN, et al. 'Treat my whole person, not just my condition': qualitative explorations of hepatitis C care delivery preferences among people who inject drugs. *Addict Sci Clin Pract*. 2021;16(1):52.

43. Ashford RD, Brown AM, Curtis B. Systemic barriers in substance use disorder treatment: A prospective qualitative study of professionals in the field. *Drug Alcohol Depend.* 2018;189:62-9.
44. Pelet A, Besson J, Pecoud 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.
45. Reyre A, Jeannin R, Largueche M, Moro MR, Baubet T, Taieb O. Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study. *Drug Alcohol Depend.* 2017;174:30-8.
46. Merrill JO, Rhodes LA, Deyo RA, Marlatt GA, Bradley KA. Mutual mistrust in the medical care of drug users: the keys to the "narc" cabinet. *Journal of general internal medicine.* 2002;17(5):327-33.
47. Ford R. Interpersonal challenges as a constraint on care: the experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemp Nurse.* 2011;37(2):241-52.
48. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric services.* 2006;57(6):795-802.
49. Petersen E, Thurang A, Berman AH. Staff experiences of encountering and treating outpatients with substance use disorder in the psychiatric context: a qualitative study. *Addict Sci Clin Pract.* 2021;16(1):29.
50. Johnson E, Ghosh SM, Daniels VJ, Wild TC, Tandon P, Hyde A. Clinicians' perspectives and perceived barriers to caring for patients with alcohol use disorder and cirrhosis. *Addict Sci Clin Pract.* 2022;17(1):9.
51. Cape G, Hannah A, Sellman D. A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction.* 2006;101(6):841-9.
52. Kahan M, Midmer D, Wilson L, Borsoi D. Medical students' knowledge about alcohol and drug problems: results of the medical council of Canada examination. *Substance abuse.* 2006;27(4):1-7.

53. Avery J, Zerbo E. Improving Psychiatry Residents' Attitudes Toward Individuals Diagnosed with Substance Use Disorders. *Harvard review of psychiatry*. 2015;23(4):296-300.
54. Meltzer EC, Suppes A, Burns S, Shuman A, Orfanos A, Sturiano CV, et al. Stigmatization of substance use disorders among internal medicine residents. *Substance abuse*. 2013;34(4):356-62.
55. Wakeman SE, Baggett MV, Pham-Kanter G, Campbell EG. Internal medicine residents' training in substance use disorders: a survey of the quality of instruction and residents' self-perceived preparedness to diagnose and treat addiction. *Substance abuse*. 2013;34(4):363-70.
56. Morse JM. Principles of mixed and multi-method research design. In: A. Tashakkori CTE, editor. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*: Sage; 2003. p. 189-208.
57. Clot Y. *La fonction psychologique du travail [Psychological function of work]*. Paris: Presses universitaires de France; 1999.
58. Kloetzer L, Clot Y, Quillerou-Grivot E. Stimulating dialogue at work: The activity clinic approach to learning and development. In: Publishing. CSI, editor. *Francophone Perspectives of Learning Through Work*2018.
59. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.
60. Charmaz K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd; 2006.
61. Paroz S, Daeppen J-B, Monnat M, Saraga M, Panese F. Exploring Clinical Practice and Developing Clinician Self-Reflection Through Cross Self-Confrontation Methodology: An Application Within an Addiction Medicine Unit. *Global Qualitative Nursing Research*. 2021;8:1-13.
62. Englander H, Collins D, Perry SP, Rabinowitz M, Phoutrides E, Nicolaidis C. "We've Learned It's a Medical Illness, Not a Moral Choice": Qualitative Study of the Effects of a Multicomponent Addiction Intervention on Hospital Providers' Attitudes and Experiences. *J Hosp Med*. 2018;13(11):752-8.

63. Bearnot B, Mitton JA, Hayden M, Park ER. Experiences of care among individuals with opioid use disorder-associated endocarditis and their healthcare providers: Results from a qualitative study. *Journal of substance abuse treatment*. 2019;102:16-22.
64. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, Drainoni M, Salhaney P, Edeza A, et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug Alcohol Depend*. 2019;198:80-6.
65. Kiepek N, Jones-Bonofiglio K, Freemantle S, Byerley-Vita M, Quaid K. Exploring care of hospital inpatients with substance involvement. *Social science & medicine*. 2021;281:114071.
66. Johansson L, Wiklund-Gustin L. The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(2):303-11.
67. Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Ball SA. Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: a pilot study. *Subst Use Misuse*. 2009;44(7):1021-38.
68. Koekkoek B, Hutschemaekers G, van Meijel B, Schene A. How do patients come to be seen as 'difficult'? a mixed-methods study in community mental health care. *Social science & medicine*. 2011;72(4):504-12.
69. Baldacchino A, Gilchrist G, Fleming R, Bannister J. Guilty until proven innocent: a qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. *Addictive behaviors*. 2010;35(3):270-2.
70. Oser CB, Biebel EP, Pullen E, Harp KL. 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.
71. Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2005;12(3):268-74.
72. La médecine de l'addiction, un thème transversal important de la formation universitaire médicale. *Spectra: prévention et promotion de la santé*. 2015 11.05.2015.

73. Kaiser M, Kohlen H, Caine V. Explorations of disgust: A narrative inquiry into the experiences of nurses working in palliative care. *Nurs Inq.* 2019;26(3):e12290.
74. Vartanian LR. Disgust and perceived control in attitudes toward obese people. *Int J Obes (Lond).* 2010;34(8):1302-7.
75. Avery J, Geist A, D'Agostino NM, Kawaguchi SK, Mahtani R, Mazzotta P, et al. "It's More Difficult...": Clinicians' Experience Providing Palliative Care to Adolescents and Young Adults Diagnosed With Advanced Cancer. *JCO Oncol Pract.* 2020;16(1):e100-e8.
76. LaDonna KA, Ginsburg S, Watling C. "Rising to the Level of Your Incompetence": What Physicians' Self-Assessment of Their Performance Reveals About the Imposter Syndrome in Medicine. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges.* 2018;93(5):763-8.
77. Rosenthal MM. *The incompetent doctor. Behind closed doors.* Buckingham: Open University Press; 1995.
78. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *Bmj.* 2000;320(7237):726-7.
79. Martin J, Lloyd M, Singh S. Professional attitudes: can they be taught and assessed in medical education? *Clin Med (Lond).* 2002;2(3):217-23.




**Table 2** Typology of the clinical difficulties of substance use disorder (SUD) clinical practice


|    | <b>Clinical situations reported as difficulties</b>  | <b>Label</b>          | <b>Category</b>                   |
|----|--|-----------------------|-----------------------------------|
| 1  | Lacking general knowledge on addiction (e.g. neurobiological mechanisms of addiction)  | Addiction             | <b>Knowledge-based difficulty</b> |
| 2  | Lacking specific knowledge on pharmacological treatment (e.g. equivalences between substances)   | Pharmacology          |                                   |
| 3  | Dealing with absence of clinical guidelines and standard procedures and adapting to individual situations  | Standard              |                                   |
| 4  | Caring for a repulsive patient; being nonjudgmental with repulsive patients  | Disgust               | <b>Moral difficulty</b>           |
| 5  | Being nonjudgmental when facing behaviors that clash with own values (e.g. illicit substance use, refusal to be treated) and willingness to treat the patient                          | Value conflict        |                                   |
| 6  | Dealing with own embarrassment when addressing sensitive topics (e.g. intravenous use, prostitution)   | Modesty               |                                   |
| 7  | Facing own incompetence and helplessness; admitting not wanting to care for a patient  | Acknowledgement       |                                   |
| 8  | Dealing with ethical questions related to treatment options (e.g. prescribing opioids, hospital discharge, patient misuse of intravenous catheter)                                     | Bioethics             |                                   |
| 9  | Addressing multidimensional clinical situations (somatic, psychiatric, social, addiction-related)  | Multidimensionality   | <b>Technical difficulty</b>       |
| 10 | Treating a behavior rather than a diseased organ   | Behavior              |                                   |
| 11 | Truly listening to the patient and maintaining a patient-centered approach   | Listening             |                                   |
| 12 | Untangling diagnoses and treating multiple mental health disorders   | Co-occurrence         |                                   |
| 13 | Mastering pharmacological complexity (e.g. dosage)   | Pharmacology          |                                   |
| 14 | Managing drug and alcohol withdrawal symptoms  | Withdrawal            |                                   |
| 15 | Differentiating the symptom (consumption) from the problem; accessing the mechanisms behind consumption; preventing collateral social damage when treating the symptom                 | Symptom               |                                   |
| 16 | Addressing serious medical complications related to poor medication compliance or poor health (e.g. superinfection)  | Medical complications |                                   |
| 17 | Piercing patients with damaged veins   | Damage                |                                   |
| 18 | Managing relapse consequences on health and treatment plan   | Relapse               | <b>Relational difficulty</b>      |
| 19 | Addressing patient excessive feelings of stigmatization  | Embodied stigma       |                                   |
| 20 | Dealing with own emotions (e.g. fear, modesty) when listening to history of patient difficult life   | Life experience       |                                   |
| 21 | Remaining neutral when patient attempts to manipulate, disunite and divide healthcare providers  | Triangulation         |                                   |
| 22 | Caring for a patient who does not take responsibility; helping a patient become active and aware of own responsibility; involving patient resources while acknowledging patient is ill | Victimization         |                                   |
| 23 | Managing own discouragement when facing repeated gaps between patient speech and actions   | Patient ambivalence   |                                   |
| 24 | Striking a healthy balance between frustration and empathy to keep on treating patient effectively   | Clinician ambivalence |                                   |

|    |  |                        |                                    |
|----|--|------------------------|------------------------------------|
| 25 | Dealing with patients under the influence of substances and associated behaviors (e.g. violence, aggressiveness, drowsiness); managing own safety; ascertaining patient capacity of discernment  | Behavioral instability |                                    |
| 26 | Avoiding paternalistic excesses and abuse of power   | Paternalism            |                                    |
| 27 | Managing patient feeling of failure and shame; preventing therapeutic breakdown; managing own discouragement   | Relapse                |                                    |
| 28 | Maintaining a patient-centered approach to avoid attributing patient medical issues to SUD   | Misattribution         |                                    |
| 29 | Creating and maintaining cooperative working relationship with patients having alliance-related issues (e.g. inability to seek help or collaborate)  | Therapeutic alliance   |                                    |
| 30 | Coping with patient behaviour disorders (e.g. noncompliance with rules or medical instructions)  | Behaviour disorders    |                                    |
| 31 | Addressing own discouragement, frustration, feeling of failure related to incapacity to help/heal without rejecting the patient  | Helplessness           |                                    |
| 32 | Feeling unqualified to understand patient life experience; feeling unqualified to treat SUD patients without having experienced SUD  | Illegitimacy           |                                    |
| 33 | Dealing with long-term treatment and accepting slow progress or treatment stagnation   | Slowness               |                                    |
| 34 | Working at the interface between somatic and psychiatric medicine; being torn between professional/therapeutic cultures  | Interface              | <b>Identity-related difficulty</b> |
| 35 | Dealing with narcissistic distress from not being able to heal; facing lack of recovery prospect; trying to help patients who do not attend treatment; admitting own incompetence  | Failure                |                                    |
| 36 | Being limited to harm reduction measures; being prevented from treating addiction  | Limitation             |                                    |
| 37 | Identifying own role in treating SUD   | Role                   |                                    |
| 38 | Adapting to patient pace and treatment objectives; setting aside own treatment preferences; accepting missed appointments as part of treatment; accepting patient endangerment (e.g. at risk consumption)  | Patient first          |                                    |
| 39 | Facing lack of consideration from hospital partners; feeling isolated within the institution   | Devaluation            |                                    |
| 40 | Coping with overload due to time-consuming clinical situations; adapting to time-limited consultations for complex clinical situations   | Overload               |                                    |
| 41 | Dealing with lack of responsiveness and collaboration from network   | Disengagement          | <b>Institutional difficulty</b>    |
| 42 | Dealing with organizational, administrative and financial pressure related to missed appointments  | Productivity           |                                    |
| 43 | Dealing with colleague judgmental attitudes towards SUD patients and related consequences on care; referring a patient for medical investigations and insuring that the patient is taken seriously; avoiding a breakdown with partners or patients | Prejudice              |                                    |
| 44 | Preventing <i>in situ</i> substance use and drug dealer hospital visits; ensuring staff security   | Security               |                                    |

## **Article 3**

# Exploring Clinical Practice and Developing Clinician Self-Reflection Through Cross Self-Confrontation Methodology: An Application Within an Addiction Medicine Unit

Global Qualitative Nursing Research  
Volume 8: 1–13  
© The Author(s) 2021  
Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)  
DOI: 10.1177/23333936211054800  
[journals.sagepub.com/home/gqn](https://journals.sagepub.com/home/gqn)  


Sophie Paroz<sup>1</sup> , Jean-Bernard Daeppen<sup>1</sup>, Martine Monnat<sup>1,2</sup>, Michael Saraga<sup>1</sup> , and Francesco Panese<sup>1</sup>

## Abstract

Use of the methodology of cross self-confrontation (CSC) is limited in the field of healthcare and in the context of clinical practice. We applied this methodology within an addiction medicine unit of a university hospital, as part of an exploration of addiction-related clinical difficulties. Cross self-confrontation was used according to a 3-phase design based on video recorded clinical interviews with pairs of nurses and medical doctors. The article reports and discusses the application of CSC in a specific clinical context and illustrates the methodological process through one result. Findings suggest two major strengths of CSC in the context of clinical practice research and education: (1) the capacity to elicit tacit knowledge from daily clinical practice and (2) the ability to enhance self-reflection by questioning professionals both individually and collectively. Further use of CSC in nursing surroundings and clinical settings should be encouraged.

## Keywords

qualitative methodology, cross self-confrontation, addiction, substance use disorders, addiction-related clinical practice, reflective practice, Switzerland

Received March 9, 2021; revised September 22, 2021; accepted October 5, 2021

## The Call of Cross Self-Confrontation Methodology to Explore Clinical Practice

The social and human sciences are a constant source of inspiration for developing new approaches that best meet the fields of investigation of healthcare research. We turned our attention on a method that emerged in work psychology within the Activity Clinic approach (Clot, 1999, 2009; Clot & Kostulski, 2011), the methodology of cross self-confrontation (CSC) (Clot, 1999; Clot et al., 2000; Kloetzer, 2018). The intention of the various methods proposed by the Activity Clinic is to support the professionals through the analysis and development of their professional activity. Rooted in Vygotsky's works, the theoretical framework assumes that access to lived experience requires *indirect methods* based on

the repetition of the experience (Clot, 2011; Vygotski, 1926/2010). To achieve this, the general methodological strategy rests on shifting the professional activities to a new context and using dialogical tools (Clot, 2011). The methodology of CSC uses this strategy.

<sup>1</sup>Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

<sup>2</sup>Public Health Service of Canton of Vaud, Lausanne, Switzerland

### Corresponding Author:

Sophie Paroz, Addictions medicine, Lausanne University Hospital, Rue du Bugnon 23, Lausanne 1011, Switzerland.  
Email: [sophie.paroz@chuv.ch](mailto:sophie.paroz@chuv.ch)



Creative Commons CC BY: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits any use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

Basically, CSC consists of inviting professionals to comment on sequences of their own video recorded activity. In simple self-confrontation interviews (simple SCI), the professional comments on the activity in the presence of a researcher. In cross self-confrontation interviews (cross SCI), the professional performs the same task in the presence of a researcher and another professional. In the original theoretical approach, simple SCI and cross SCI are the second part of a 3-phase process that starts with the constitution of an analysis group and ends with extended analyses by the original analysis group. Cross self-confrontation refers to the full process, although the method is mainly known for its second phase and the successive application of simple SCI and cross SCI.

Cross self-confrontation has been used in many professional contexts, ranging from technical diving (Kloetzer, 2013) to preaching in homily (Kostulski & Kloetzer, 2014) and car manufacturing (Kloetzer, 2018; Quillerou-Grivot & Clot, 2013). But its application within the fields of nursing and medicine is currently limited. One study examined the work conditions of nurses and assistant nurses in a geriatric care unit (Litim, 2006). Another explored changes in the profession among medical radiology technicians. (Pires Jorge, 2016). Finally, an interesting study was conducted in the context of robotic surgery and evolving technology (Seppänen et al., 2017) in an attempt to develop learning strategies for surgeons of a hospital oncology unit. These studies focused on healthcare professions or practices in evolving professional contexts. Unlike previous research using CSC within the field of healthcare, we applied CSC to explore clinical practice in the context of intersubjective activity between clinician and patient.

Our use of CSC was part of a qualitatively-driven multiple-method study (Morse, 2003) that explored clinical addiction practice and related difficulties with different groups of hospital-based clinicians involved in care for patients with substance use disorders (to be published). Firstly, our interest in using CSC was to explore clinical practice through audiovisual data of professional activity and to trigger the thinking from the activity itself. By relying on video footage and requiring professionals to put their action into words, CSC was a way to “narrow the focus to what people are doing” and collect field-grounded knowledge about addiction clinical practice and related challenges (Barry, 2002, p. 1094). Secondly, we intended to take advantage of the reflective process at the heart of CSC to produce scientific knowledge. Exploring clinical practice uncertainty (Fox, 1957; Mackintosh & Armstrong, 2020) and addiction-related clinical practice complexity (O’Connor et al., 2014) requires methods capable of questioning the knowledge, values, and representations that underpin daily practices. Cross self-confrontation appeared to be one of these methods. Finally, the performativity induced by CSC reflective process was of specific interest from a learning perspective and reminiscent of specific clinical educational

contexts such as clinical supervision (Falender & Shafranske, 2014; Owen & Shohet, 2013). Cross self-confrontation’s ability to reflect on one’s actions in order to engage in a process of continuous learning and develop professional competencies was demonstrated in various environments (Kloetzer et al., 2018; Seppänen et al., 2017). Being able to observe the educational dimension in a setting with a long tradition of collaborative learning was an appealing concept. By placing professionals in a situation of activity through audiovisual data and encouraging reflective capacity, we expected CSC to allow for a more in-depth analysis of clinical practice than typical qualitative data methods in medical research, such as semi-structured interviews and participant observation, and usual clinical educational contexts.

This article reports the application of this method and discusses its relevance in exploring and developing clinical practice. We present the methodology of CSC as applied within an addiction medicine unit. The adapted design will be shown, specific methodological steps will be detailed, the method will be illustrated through one specific result, and the conclusion will show several challenges encountered and comments addressing the application of CSC to research and education in clinical settings.

## **The Application of CSC Within an Addiction Medicine Unit: General Design and Material**

### *Recruitment and Sample*

According to CSC, participants were included by pairs of two and professionals of each pair were of the same profession and same hierarchical level. Recruitment took place in the Addiction medicine unit of a Swiss university hospital. Eligibility criteria included the following: being a nurse or a medical doctor; having a clinical practice involving clinical interviews with patients; and declaring interest in analyzing own practice. In addition, professionals had to meet the requirements of agreeing to video record a clinical interview, being available for a time-consuming project, and feeling comfortable pairing with a given colleague. Team leaders were mobilized to submit a list of potential participants. The leading researcher assessed motivation and requirements fulfillment during individual interviews.

Three pairs of clinicians took part in the research. Pair 1 included two senior nurses of the liaison team, Pair 2 comprised two psychiatry residents of the outpatient clinic, and Pair 3 reunited two junior nurses of the opioid maintenance therapy program. Pairs were limited to three due to the volume of collected data.

### *Design*

The design implemented for this research (Table 1) was inspired by the Activity Clinic 3-phase design. A research

**Table 1.** The adapted 3-phase design.

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>Pre-phase</b>   |  |   |  |
|  | Constitution of a research group                 |   |  |
|  | Development of general design                    |   |  |
|  | Definition of fields of investigation            |   |  |
| <b>Phase 1 DEVELOPING</b>  |  |   |  |
| 1A   | Research group meeting                           |   | Constitution of the pair of professionals  |
| 1B   | 1st individual interview with Clinician 1        | 1st individual interview with Clinician 2 | Definition of target activity and implementation modalities  |
| 1C   | 2nd individual interview with Clinician 1        | 2nd individual interview with Clinician 2 |  |
| <b>Phase 2 VIDEOING AND CONFRONTING</b>  |  |   |  |
| 2A   | Clinical interview 1                             | Clinical interview 2                      | Video recording of target activity   |
| 2B   | Video montage of Clinical interview 1            | Video montage of Clinical interview 2     | Video editing of clinical interviews   |
| 2C   | Simple SCI with Clinician 1                      | Simple SCI with Clinician 2               | Video recording of confrontation of each professional to own activity                                |
| 2D   | Cross SCI with Clinician 1 and Clinician 2       |   | Video recording of confrontation of each professional to own activity in the presence of a colleague |
| 2E   | Video montage of preliminary results             |   | Video editing of complete video recorded material  |
| <b>Phase 3 RESTITUING</b>  |  |   |  |
| 3A   | Group interview with Clinician 1 and Clinician 2 |   | Restitution of preliminary results to the pair<br>Further analysis and results approval              |
| 3B   | Final video montage of results                   |   | Video editing of results based on group discussion   |
| 3C   | Feedback questionnaire                           |   | Participants' individual feedback  |
| 3D   | Research group meeting                           |   | Results restitution to the research group<br>Results discussion                                      |
| <b>Post-phase Complementary research group meetings: Pooling of results and further analysis</b> |  |   |  |

Simple SCI = simple self-confrontation interviews; Cross SCI = cross self-confrontation interviews.

group was constituted in a preliminary phase (Table 1, Pre-phase). It included medical doctors (two senior internist physicians and a senior psychiatrist) and researchers (a qualitative researcher in addiction medicine and a researcher in social studies of medicine) who shared an interest in exploring addiction-related clinical practice. General methodological options, including technical and ethical considerations related to the implementation of CSC in a clinical environment, were discussed in the preliminary phase. Then a 3-phase process was repeated for each recruited pair of clinicians.

Phase 1 included a research group meeting (Table 1, step 1A) and two individual interviews between the leading researcher and each clinician of one pair, that is, Clinician 1 (C1) and Clinician 2 (C2) (Table 1, steps 1B and 1C). The purpose was to identify the activity to work on, anticipate organizational and technical implementation modalities, and constitute the pairs.

Phase 2 was devoted to videoing and confrontation interviews. Each clinician video recorded a full clinical interview (Table 1, step 2A). They were free to record any follow-up interview with any consenting patient presenting a substance use disorder that met the following criteria: no medical contraindication (e.g., severe pain or acute psychiatric disorders); no contraindication related to substance abuse (e.g., under the influence of drugs/alcohol or acute

withdrawal symptoms); and sufficient command of the French language. Once the material was recorded, the researcher made a video montage out of selected sequences (Table 1, step 2B; see p. 9–10 for more information) for both clinical interviews. Video montages were used separately for each simple SCI (Table 1, step 2C; see p. 10 for more information) and then jointly for cross SCI (Table 1, step 2D; see p. 11 for more information). At this stage, to conclude Phase 2 and highlight preliminary results, the researcher edited a new video montage out of sequences from all recorded video material (Table 1, step 2E; see p. 12 for more information).

Phase 3 included results discussion, approval, and restitution. The third video montage was discussed as part of an audio recorded group interview gathering both clinicians and the leading researcher (Table 1, step 3A), and was finalized accordingly by the researcher (Table 1, step 3B). To complete the results, a brief qualitative questionnaire was sent to C1 and C2 following the group interview (Table 1, step 3C; see p. 12 for more information). Finally, extracts of the final video montage were reported by the leading researcher to the research group and further discussed (Table 1, step 3D). The full set of results of Pair 1, Pair 2, and Pair 3 were examined among the group of researchers in a complementary phase (Table 1, Post-phase). The 3-phase process for each pair

lasted 4–5 months. The full process occurred between September 2017 and July 2019.

### Collected Data

Empirical data are of various types. They include written notes from six preliminary individual interviews; six video recorded clinical interviews and related verbatim transcriptions; six video montages of clinical interviews; six video recorded simple SCIs and related verbatim transcriptions; three video recorded cross SCIs and related verbatim transcriptions; three audio recorded group interviews and related verbatim transcriptions; qualitative data extracted from six questionnaires; and six video montages of pre-final and final results. Notes from six research group meetings and a complementary logbook complete the materials.

### Ethics

On account of the use of material from clinical interviews, a study summary was submitted to the Cantonal Research Ethics Committee for approval (Req-2017-00238). On April 11, 2017, it was decided that the research did not fall within the scope of application of the law on Research on Human Subjects and did not need to be submitted as part of the complete procedure. But at the request of the committee, a series of measures were taken to protect clinicians and patients. All information and consent sheets were submitted and validated by the committee.

## The Application of CSC Within an Addiction Medicine Unit: A Few Steps in Details

This section provides additional information on specific methodological steps and our application of CSC. The numbering of the steps refers to [Table 1](#).

### Steps 2A and 2B: Recording and Editing Clinical Interviews

The recorded video activity is a full clinical interview, which features a clinician and a patient in dialogue. The clinical interviews were video recorded in the absence of researcher or camera operator in order to limit interference in clinical work. Video equipment was made available to clinicians so they were free to record at any time; there was no time limit. The recording was taken to the researcher, along with a brief questionnaire detailing the date and context of the clinical interview, the rationale for choosing that particular interview, and the description of any moment of the interview the clinician wanted to work on.

Original clinical interviews lasted 24–51 min. The researcher fully viewed each clinical interview twice. Then, she

made an interview summary and listed covered topics (e.g., risk taking, pharmacology, life history, and withdrawal symptoms) and meaningful activities of the clinician (e.g., note taking, laughing or interrupting the patient). After that, the researcher shortened recordings of clinical interviews for use in simple SCIs and cross SCIs. The main intention was to transform the recorded work activity into an appropriate time format for 90-min encounters. Two clinicians asked for given sequences they specifically wanted to comment. Other sequences were selected by the researcher. Based on the general assumption that any moment of a clinical interview is worth analysis, selection criteria were quite flexible but each video montage had to be representative of the various moments and topics covered in each clinical interview. The reasons for those choices were documented for use in later analyses. The video montages contained 4–6 sequences and lasted 10–12.5 min. The full clinical interview was made available during simple SCI and cross SCI in case clinicians wanted to review and discuss sequences complementary to the selection.

### Step 2C: Simple SCI

The general intention of simple SCIs is to engage professionals in commenting on their own video recorded activity and in explicitly describing the reasons and conditions of what they are doing. The procedure was faithful to the original method. First, the clinician watched the video montage of own clinical interview without interruption. Then, the clinician watched it a second time with these instructions: “Look and comment on what you do and how you do it. Show me what is important to you, challenges you, or surprises you when you see yourself working. You can stop the viewing as soon as something catches your attention.” During the second viewing, the researcher stated reasons for selecting each sequence. The researcher constantly centered the dialogue on the recorded activity. Interventions were limited to rephrasing the instructions, or possibly asking for clarification of a statement. To restore attention to the activity, the researcher would restart the video. Before and after the second viewing, the researcher checked whether the clinician wanted to review other sequences of the initial clinical interview. Two clinicians asked to watch additional material to illustrate specific items of the discussion.

Simple self-confrontation interviews were video recorded and lasted 56–81 min. The clinician was seated next to the display that was playing the video montage and was filmed from the front.

### Step 2D: Cross SCI

The general intention of cross SCI is to establish a dialogue between professionals and increase their awareness of alternative ways of practicing, so as to facilitate the emergence of professional controversies ([Clot, 2005](#); [Kostulski & Kloetzer, 2014](#)). Still in line with the original method,



cross SCI began with uninterrupted successive viewing of both video montages of clinical interviews. During the second viewing, the researcher invited each professional to comment on the colleague's activity as follows: "You will see your colleague's video recorded clinical interview. You can stop the viewing as soon as something questions you, surprises you or is not clear to you." The researcher limited the interventions to questions aimed at enhancing the dialogue (e.g., What leads you to ask this question? What do you think of what your colleague says?).

Cross self-confrontation interviews were video recorded and lasted 86–103 min. The two clinicians were seated on both sides of the display that was playing the video montages and were filmed from the front.

### Steps 2C, 2D, 2E and 3A: Data Analysis

Data collection and analysis are fully articulated in CSC. By having professionals interpret their own clinical activity or that of their colleague, or by intervening on researcher's preliminary results, clinicians fully contributed to the analysis process throughout the different interview settings. The researcher was responsible for outlining preliminary results from recorded simple SCIs and cross SCIs based on an analysis protocol: (a) first viewing and writing an interview summary, (b) second viewing and describing the content of every intervention (i.e., moments during simple SCI or cross SCI when the clinicians stop the viewing to comment), (c) third viewing and open coding (Strauss & Corbin, 1990), and (d) complementary reading of the interview transcripts. Then we highlighted the following: recurrent topics and expressed difficulties; discrepancies between the selection criteria of the sequences and the topics covered when discussing the sequence; the evolution of the discourse; and apparent contradictions.

This stage of the analysis resulted in extracting emerging themes. A theme was defined as *a specific difficulty encountered in addiction-related clinical practice, associated clinical challenges and any potential clinical responses to face it*. A video montage of sequences from clinical interviews, simple SCIs and/or cross SCIs illustrated each theme. A written description of the different sequences that constituted a theme completed the montage. At this stage of the analysis, the researcher discussed each emergent theme in an audio recorded group interview. Guiding questions were as follows: Should this theme be part of the results? How could you clarify the related clinical challenges? Should we label the theme differently? Is there any other theme that should be part of the results? This stage of analysis resulted in a final editing that integrated clinicians' input.

### Step 3C: Feedback Questionnaire

A 5-item questionnaire focusing on the participants' experience and the impact of the experience on practice was added to the design. Questions were as follows: What is your

general feedback on this group research experience? What particular moment would you relate? To what extent have you thought about simple SCI/cross SCI in the context of your practice? Can you tell me about a clinical interview that has happened differently since this experience? To what extent do you relate simple SCI/cross SCI and clinical supervision sessions? The questionnaire was self-administered within 1 week of the group interview.

### An Illustration, Step by Step

In the present section, we illustrate each methodological step with qualitative material. To achieve this, the section focuses on one unique theme that emerged during the process: *disgust*. This illustration is based on the experience of Pair 2. It was chosen since it exemplifies well the emergence of a theme through the steps and through a constant attention to the recorded work activity. Extracts from a clinical interview and the various types of interviews that followed were used to illustrate the process.

In our research, themes emerged in various dialogical configurations. In the illustration presented below, dialogue starts in cross SCI with a compliment on a specific activity that departs from the initial reasons for selecting the sequence and the object of discussion during simple SCI. The compliment, by promoting one way of doing things, initiates the discussion. Then, by going back and forth to the initial activity and the trigger compliment, we assist in the "construction of a common object which was not given a priori by the film of the activity" (Kloetzer & Henry, 2010, p. 59), *disgust*. Little by little, we move from the recognition of *disgust in a specific clinical situation* to the recognition of *disgust as a common addiction-related clinical difficulty*. Progressively, we move from the initial mention of physical disgust to its moral dimension and related clinical challenges. As the process goes on, awareness of disgust emerges, paving the way for alternative ways of thinking or acting in future daily activities.

### Step 2A: Clinical Interview

Our illustration is based on the first sequence of a follow-up clinical interview with a 56-year-old man with an alcohol use disorder. The patient (P) visits the addiction outpatient clinic for the third time, following a hospital stay related to a traumatic injury and an episode of delirium tremens. The sequence was selected by the researcher because it explored two subjects not yet addressed in the other video recorded clinical interviews: the exploration of past consumption habits and the exploration of change.

At the start of the sequence, the clinician (C2) explores the patient's alcohol consumption prior to his hospital stay. As the patient recounts his previous habits, C2 punctuates his patient's words by a simple "okay." This specific part of the first sequence will support the discussion on disgust further in the process.



P: Well, I used to start drinking at 6p.m.

C2: Okay. And this is a change in your consumption, that is to say before the hospital stay... that is to say that before the hospital stay you used to drink also during the day?

P: Ah yeah yeah! Before the hospital stay, I used to start the day with a whiskey shot. Because that was [P shows his throat with his hand], how can I say, what used to clear my throat the best.

C2: Okay.

P: So I used to start with a shot of whiskey and then after I used to drink my coffee and then after go shopping. At around 10a.m. I used to open my bottle of Rosé [wine]. And I used to open my bottle of Red [wine] at around 7p.m., there I used to eat, go to bed and that was it. And then it started again the next day.

### Step 2C: Simple SCI

As exposed above, no special attention to this part of the clinical interview is yet paid in simple SCI. While viewing the first sequence of own clinical interview, C2 does not react while watching himself listen and consent to the patient's past consumption habits. He goes on watching the sequence and stops the recording further to comment on his reaction when confronted with confused memories related to the patient's delirium tremens.

### Step 2D: Cross SCI

During cross SCI, C2's colleague (C1) watches and comments on the video montage of C2's clinical interview in the presence of C2. At the first sequence, C1 stops the recording when C2 acknowledges the patient's story with a simple "okay." She enhances C2's reaction, which she perceives as non-judgmental, and explains alternative reactions that C2 could have had while listening to the patient's story. This passage is a turning point and the dialogue starts from there.

C1: But even this "okay", I find it very good. Because when he says that... well, he says he starts the day with a... by drinking whiskey. And then this is something that, well, it might surprise, it might disgust, it might make you judge, it might lead to many reactions. Well, he drinks whiskey as soon as he opens his eyes and then he drinks his coffee. Well, at the same time you say that he was very sick and that he was in intensive care. So this shows... This "okay", it's just that you have no judgment. Okay, your life was like that, your habits, that world you lived in. It seems very soothing to me to hear you.

C2 listens attentively and nods, but doesn't speak. The dialogue could have ended here.

As if something was left aside in C1's first comment and C2's silence, the researcher relaunches the discussion by asking C1 about her own reaction during the viewing. Clinician 1 introduces the theme that will be at the heart of the following exchange by expressing her own reaction of disgust. Then she mentions again the specific moment where she interrupted the viewing and values once again her colleague's attitude and compares it to her own reaction.

Researcher: You talk about the reaction that these words could provoke. What was your own reaction?

C1: By hearing, by observing?

Researcher: Yes.

C1: I was disgusted. I had the image, well the taste of whiskey, I mean how it can be to have the taste of whiskey for, as he says, "clear your throat". I mean the words he uses can be very physical. Uh... at 7 a.m. Well it was really almost a physical disgust when I heard that. And then, hearing C2 just say "okay", well I think it must be very calming for someone who is used to suffer.

Again, C2 listens and nods but does not react spontaneously. The researcher uses C1's comment to get C2 to react on the way he handles this part of the clinical interview. Clinician 2 briefly evokes a similar reaction to C1, without explicitly naming disgust.

Researcher: What do you think about what C1 says? Does it mean anything to you?

C2: Yes. He is a patient...I understand that he can provoke this kind of reaction and I think that I... I had them [these reactions] myself. He's a very lonely patient, who is... who doesn't speak to anyone. At his place... I imagine it must be a little catastrophic in terms of hygiene. He is neglected, so this is it, I understand. That may provoke this [to be disgusted].

In order to carry on the discussion and focus on clinical practice, the researcher explored possible clinical responses to disgust. Clinician 2 and C1 present possible strategies.

Researcher: How do we cope with disgust? [Long break. C1 and C2 raise their eyebrows]

C2: We want to make it conscious, to know ... how to recognize it.

C1: [We want] to tolerate it, first of all.

C2: And this, in a context of... vulnerability, fragility. It is disgusting because it is the disease, it is the deformity, it is... the decline. And then to tolerate it, too. In my opinion, every time we see a patient, it's a

bit of a staging. We use our interpersonal skills and then we have to play a role of... to not play disgust. Yes, it is really as if we were actors but in the sense of... consenting to what the patient could... malleable tools, we are malleable for the patient.

Then C1 chooses to progress in the viewing of the sequence and comments on the way C2 manages the patient's confused discourse related to his episode of delirium tremens. But her final comment returns to the beginning of the sequence and her own reaction of disgust, as if she needed to explore it a little more.

C1: Until now, I mean... only these two and a half minutes, it impresses me [to see] how much violence there is, after all. These are violent scenes, to walk among dying people, to believe that... to believe that he was dead. At the beginning also... I mean, all this disgust at the beginning. It's not easy, I imagine, to be in front of him.

Once again, the researcher uses C1's assumption to bring C2 back to the clinical interview and the initial activity. C2 goes further in recognizing his own disgust and acknowledges the difficulty in taking care of his patient. At that moment, C1 and C2 share a common clinical reality.

Researcher: What do you think about what C2 says: "It's not easy to be in front of him"?

C2: I didn't expect to be in front of him, in the sense that I had also said that I didn't expect him to come for consultation. When he accepted the [medical] follow-up, I said to myself: Well, he's not going to come. Was it also a desire that he didn't come? [C2 smiles] And then I chose this patient a bit by default, he was the first who accepted [to be video recorded in the context of the research]. I wouldn't have chosen him as a model patient or as a patient I wanted to show off. I also recognize this repulsive aspect that he can have in what he says, in how he presents himself. So, I agree [that] it's not easy.

C1 goes on and generalizes C2's comment to all psychiatric and substance use disorder patients. Then C1 tries to explain more about her own disgust and related clinical difficulty. At this point, discourse on disgust evolves and indirectly addresses its moral dimension.

C1: But I get the impression, when you said before, well... that this is the majority of our patients. Patients who don't really appeal to us, who disgust us or say very violent things to us or very... Who disgust us in the sense that there is a lot of violence in what they experience. Also in all that is very physical in

addiction... there are many things that are, in some ways, repulsive. Especially these patients that we meet... to get to intensive care it is necessary... that is to say they are also often in pronounced states of neglect.

One last time, the researcher brings C2's attention back to the initial clinical interview and makes him watch himself. By valuing his profession and more indirectly his work, C2 joins C1's initial valorization of his attitude, as if he realizes that he managed to overcome disgust. At this point, a transformation in the professional's perception of his activity happens.

Researcher: And if I go back to what you said about this clinical interview and this patient: you said that you did not necessarily expect him to come, and that you maybe also did not want him to come. [C1 nods]. And then, in the end, when you see yourself working with him...

C2: Especially with the sentence that he says at the end, it touches me and it... Hmm, it makes me think it's... noble [C2 smiles], there is a nobility in this work. In the sense that I feel like this patient has little opportunity in his life to chat with someone like that. And then being there for that... being used for this... it is already useful in my opinion. It's very humane, just the human contact. Therefore, being able to overcome and to be aware of that disgust and be there nevertheless, it is rewarding. What we do is noble, that's very romantic [C2 laughs].

After a brief silence, C1 restarts the video. Subsequent exchanges only concern other sequences.

### Step 3A: Group Interview

An initial analysis of the material collected highlighted disgust as one of eight emerging themes. This result was presented to the pair of professionals within a group interview in the form of a video montage which depicted the evolution of discourse as we have just presented it in this section. The aim of the session was to co-approve this theme as a significant research result and to further elaborate related clinical challenges and responses with the professionals.

After watching the montage, the pair validated the theme of disgust as a central difficulty in their clinical practice.

C1: I think it's [disgust] something that deserves to be in the central themes. Precisely because it is recurring, it is not just that patient.

A little further in the discussion, C1 evokes the trigger action in the clinical interview (i.e., "okay"). In this passage, we move away from disgust itself to identify more precisely the implied clinical challenges and required competences to deal with disgust: accepting disgust as part of clinical practice.

C1: And it's also, at the very beginning of the video sequence, it's also there... well we say it later too, how [can we] accept it all, how [can we] handle it all? Well, the fact that C2 says "okay", that's what we finally accept, working in these... that's the rules of the game after all, that it's gonna be disgusting, that it's gonna be violent. The question is how do we... live through as a therapist in front of... so that we can help them afterwards? [We must] already be able to say it, this "okay", without it being a lie. To really be able to say it honestly, that we are okay with that, it is already very demanding. And this is the prerequisite to be able to work afterwards, I think.

### Step 3C: Feedback Questionnaire

Clinician 2 directly alludes to the theme of disgust and the related discussion in the feedback questionnaire. In his comment, he demonstrates the impact of the general process in terms of reflexivity and highlights the discussion on disgust as one relevant moment. The notion of "transparency" suggests that the methodological setting has allowed the emergence of a usually unspoken theme.

C2: The feedback is positive. The experience was very rich. Getting a reflection of one's own clinical activity allows to examine daily practice subtleties that otherwise escape. These subtleties are of major importance because they are at the center of the relational issues that shape our practice. A particular moment: the discussion with [C1] when watching my patient's video, where we discussed disgust with great transparency and clinical interest. It is a unique moment in everyday practice.

### Step 3D: Research Group meeting

Reporting this specific result to the research group had two outcomes. First, the discussion made it possible to better describe the emergence of this theme and to highlight the underlying methodological process. Second, the discussion initiated secondary analyses. The interpretation of disgust as a moral challenge initiated the development of a final system for categorizing emerging themes, which included moral challenges, epistemic challenges, technical challenges, and institutional challenges as main categories.

## Discussion

### Challenges

As members of the hospital and the healthcare research community, we took advantage of facilitated access to clinical settings and a large institutional network to implement this design. This connection facilitated specific methodological

steps, such as recruitment of participants and anticipation of ethical issues specific to the use of highly confidential medical data. Further use and communication of results through the institution was also made easier. Despite these observations, applying CSC in a clinical surrounding was challenging.

First, researchers have to deal with a particularly labor-intensive, time-consuming, and complex methodological process. Coordinating the overall research, editing multiple video montages between steps, combining use of audiovisual and written material, and scheduling interviews and group meetings demands an inordinate amount of time and resources. Although we are used to working with qualitative material, we recognize that the volume of collected data for this project is impressive and out of step with the number of included participants. However, this challenge was partly related to a first use of CSC. Future application of the method will definitely be simplified.

Dealing with highly confidential material and medical data was a second challenge. Even though the patients were not the research participants, their formal consent was required, and patients' faces and voices have to be blurred for public presentations as for any research using medical data. Mostly, ethical considerations led us to select outpatient activities with a more confidential setting for video recording than inpatient activities (i.e., one patient per consultation room, closed consultation rooms, and no interference with daily hospital activity). Ethical considerations might restrict access to those portions of clinical activity involving patients and must be considered in future research projects in clinical surroundings.

Another challenge concerned the use of CSC for those unfamiliar with the process. In contrast to other interview types based on dialogue between a researcher and a participant, such as confrontational interviews and deliberative interviews (Berner-Rodoreda et al., 2020), CSC is based on a participant's dialogues with oneself and peers. Researchers must be able to partially withdraw. They must limit their interventions to creating dialogue instead of asking questions to understand the content of the dialogue. During simple SCI and cross SCI, participants choose when to stop a video, which footage to focus on, and what part of the activities they wish to discuss. And during results restitution, they are free to reshape and label results in their own way. Researchers have to put aside part of their own questions, observations, and interpretations. The leading researcher experienced feeling a loss of control during the first two simple SCIs; she was reviewing video recorded activities without being free to point to her own questions. She simply had to trust the process, and stick to a path that was foreign to her. Her experience demonstrates the need to be particularly well-prepared and confident about how CSC interviews can be productive. As for the research results, they support that this challenge has been successfully completed.

One final challenge and perhaps the strangest part of adapting CSC to a clinical setting was to analyze an inter-subjective activity between a professional and a patient by focusing on the professional's activity. In the approach proposed by the method, the clinician actively participates while the patient's complementary input and experience are ignored. The patient is not included in the process, even though the patient is the very condition of the activity. Applying CSC to a clinical encounter made it hard not to be tempted to choose an alternative design that allows cross SCI between a clinician and a patient based on their common activity, namely the clinical interview. But this development, which echoes Wyer's interesting use of video-reflexive ethnography (Wyer et al., 2017), would introduce a significant departure from the original method. The professional-oriented approach of CSC is actually a major contribution, since it makes possible an exploration on clinical practice in terms of difficulties, uncertainties, and moral challenges *among peers*.

### Limitations

Major limitations pertain to our adaptations from the original method as developed by the Activity Clinic framework. A main one is the composition of our research group.

The group met the prerequisite of "building a collective of professionals around the concerns of the profession" (Kostulski, 2010, p. 31), but it was not a collective of peers since hierarchical level and interdisciplinary standards were not representative of our clinician pairs. Our research included pairs of nurses and medical doctors. However, nurses were not included in the research group, which naturally limited interdisciplinary input and data discussion. We partially overcame this limitation by including nurses' input in the complementary data collection of the general study. However, future research should definitely pay attention to establishing an inclusive research group that is able to represent and express the interests of each.

Due to the complexity of organization in a clinical setting (e.g., irregular work schedules, emergencies, and frequent turnovers) and to our interdisciplinary and multi-site perspective, we did not bring together the three pairs and the researchers in a single analysis group. Preliminary discussions and results restitutions were conducted separately within the research group and within each pair. The lead researcher was the liaison between the two groups. This particular departure from the original method relieved the system and facilitated the organization of meetings. But it represents the most evident adaptation compared to the original method. In our design the third phase of dialogue, that is, the group interview, is an extension of cross SCI rather than a new dialogical setting with a larger group of peers. This adaptation restricted the multiplicity of dialogical settings required by CSC and contributed to another limitation, that is, participants' partial elevation to co-researcher status. As other

contemporary methodological approaches that develop within a new politics of research participation and knowledge production (Cornwall & Jewkes, 1995; Smit et al., 2021), CSC claims a process of co-researching and associates researchers and professionals in a co-construction and co-analysis process (Clot et al., 2000; Kloetzer, 2018). Although the expected participation of clinicians was achieved during the first two phases, clinicians tended to be less involved when finalizing and approving results during group interviews. Sharing analyses with other pairs of professionals and returning results personally to the investigators may have improved distribution of the results and should be part of further use of CSC. As recommended by the original theoretical framework, CSC should also concentrate on areas where specific questioning is grounded and carried from the start by field professionals (Kostulski, 2010).

Overall, despite encountered challenges and limitations, applying CSC in a clinical context was very positive. Some strengths of the method and fields of application are presented below.

### Research Perspectives: The Emergence of Tacit Knowledge and Alternative Paths of Action

Through a specific reflective activity based on audiovisual and grounded in the field material, CSC allowed for an exploration of clinical difficulties experienced by nurses and medical doctors. The emergence of one theme, disgust, was given as an illustration of the methodological process. This specific clinical difficulty and its close connection with stigmatization and negative attitudes are demonstrated within specific nursing and medical contexts (Finnell, 2018; Kaiser et al., 2019; Reynolds 2013; Schnall et al., 2008). The intervention of moral judgments in the clinical relationship (Hill, 2010), and more specifically in the fields of psychiatry and addiction medicine (Howard & Chung, 2000; Shaw, 2004), is also documented. What we retain from this specific illustration is firstly that the opportunity to recognize disgust was created by the method, whereas it could have gone unnoticed. Secondly, we retain that an opportunity is created by CSC to reflect on own clinical difficulties. Results emerge through a technique reminiscent of Schön's reflective model (Schön, 1983) by acknowledging the interaction between tacit knowledge and actions, and by bringing to the surface new understandings that shape our actions. The methodological process not only allowed to identify a moral sentiment (Smith, 1759/2002) but it also made it possible to understand how a moral sentiment induces a judgment and becomes a difficulty for clinical practice. Clinicians' awareness of disgust made it possible to reflect on related clinical challenges (e.g., caring for a patient who disgusts us/that we judge); on own resources (e.g., recognition of own disgust/moral judgement and acceptance of disgust as part of clinical practice); and on alternative paths of action (e.g., "to say it, this *okay*, without it being a lie") that clinicians can

“embody in further actions” (Schön, 1983, p. 50). Thus, one strength of the method was not only to allow the emergence of tacit clinical difficulties but also to initiate a transformation of practice.

As expected, CSC probably provided access to information that would have escaped clinical interaction observations or the discourse on clinical practice, had it been a semi-structured interview. Most commonly used qualitative methods have great potentials in generating knowledge and stimulating uses of these have demonstrated, for example, the interest of participant observation for exploring clinical practice (Savage, 2000), the transformative potential of focus groups (Hyde et al., 2005) or the development of participant reflexivity through interview (Perera, 2020). However, our results support that CSC heightened the reflective potential of the research process. Discussing insecurities, recognizing areas of incompetence and disclosing errors is particularly confronting for actors of modern medicine (LaDonna et al., 2018; Rosenthal, 1995; Wu, 2000), whose core symbol is competence (DelVecchio Good, 1995). Voicing own counter-attitudes and moral challenges appears to be even more difficult (Kaiser et al., 2019; Martin et al., 2002) and requires adapted research or educational settings (Ballon & Skinner, 2008; Skinner et al., 2009). Our findings suggest that CSC is a one of them and that it is a good method to favor access to “this ‘hard to say’ with which we could maybe do something different than what we do” (Clot, 2005, p. 43).

The use of CSC appears to be particularly relevant for the field of addiction-related practice to explore lower regard for working with patients with substance use disorder and help nurses and other healthcare providers question their own relation to addiction. CSC may be of particular interest in clinical setting with patients perceived as “difficult patients” (Koekkoek et al., 2011), “dirty work patients” (Shaw, 2004) or “problem patients” (May & Kelly, 1982), to work on the professionals’ negative attitudes, stigmatizing reactions or any other avoidance mechanisms that directly affect quality of care and more indirectly, health equity. More generally, CSC has the potential to elicit the unspoken part of clinical activity and is of specific interest for any research project that aims to explore values, social representations, hidden assumptions, unconscious bias, moral feelings, or other implicit knowledge that underlies the experience of care.

Based on these considerations, CSC might be of specific interest for nurses. The ability to provide patient-centered care and to establish a trusting therapeutic relationship are key components of nursing expertise. Understanding and working on the numerous challenges that put these abilities at risk is central to improve care for patients as well as the experience of care for nurses. The reflective activity proposed by CSC and its capacity to address the mechanisms that encourages avoidance, such as moral issues or stigmatizing reactions to physical, behavioral or cultural difference, can definitely help develop and maintain a therapeutic alliance. Nursing contexts where the therapeutic relationship with

patient and family is particularly challenged, including mental health care (Valente, 2017), critical care (O’Connell, 2008) or palliative care (Wallace, 2001) could benefit from the method.

The methodology of CSC is an interesting tool for any institutions, clinical teams or professionals that wish to explore and develop their clinical practice, and improve care for patients accordingly. The applicability of this method in a diversity of international settings may raise some issues, though. Projected obstacles include poor access to video device and editing software or related additional equipment costs. In addition, a special attention has to be paid to cultural and institutional habits regarding use of audiovisual data and more generally to cultural or individual relationship to images.

### *Educational Perspectives: A Comparison With Clinical Supervision*

The results indirectly highlighted CSC’s potential as an interesting practice-based learning setting and initiated a comparison with clinical supervision settings. By proposing a group reflective activity based on clinical material, CSC echoes various modalities of clinical supervision, such as peer supervision (Owen & Shohet, 2013), Balint groups (Balint, 1957; Salinsky et al., 2006) or any other collaborative learning groups whose purpose is to discuss clinical challenges based on the assumption that clinical practice uncertainty deserves “considered reflection” (Laurer, 2015, p. 473). The resemblance is based on a common understanding of the activity as “one of the possible activities in all of those that could have been or could be accomplished” (Clot, 2006, p. 170), as well as a common intention to question daily activity and highlight alternative ways of practicing. Our experience of CSC confirmed these theoretical premises and helped clarify three distinctive features.

The first relates to *temporality*. Cross self-confrontation is based on a slow immersion consisting of distinct phases, distinct settings, change of protagonists, multiple viewings, and transition from video to written material. This differs from the more reactive temporality of clinical supervision. But mostly, while clinical supervision’s reflective process evolves over time through a variety of new material that is reported when new clinical experiences arise, CSC remains focused on a single material over the whole reflective process. This difference is partly linked to the primary focus of each approach. In CSC, material reported in the form of clinical activity is first and foremost a methodological means taking the form of reflective support in a context of research with extendable temporality, whereas clinical supervision depends on a time-bound framework that meets a training objective.

The second distinctive feature relates to *multiplicity*. Changes of protagonists and multiplicity of dialogues are central in CSC. Use of dialogue between professionals to stimulate participant’s inner dialogue (Kostulski & Kloetzer,



2014) echoes individual and group clinical supervision. Similarly, the analysis of a person's way of acting through the eyes of a peer that is proposed by cross SCI echoes group clinical supervision. However, there are some major differences; clinical supervision does not rely on a successive application of individual and group settings, whereas CSC takes advantage of crossing viewpoints. By diversifying settings and the recipients of dialogue, scrutiny on practice is renewed at each step. In our research, switching from the individual to the collective was the facilitator of the emergence of disgust and brought to the forefront what the clinician had initially kept silent.

The third distinctive feature relates to *expertise*. Cross self-confrontation interviews aim at reinforcing peer learning (Kloetzer et al., 2018) and differs from clinical supervision because of the absence of an expert or a facilitator relying on own professional experience in promoting reflective practice. In our research, the researcher was not invested as a representative of the clinical community and the profession's good practices; this probably favored a non-judgmental environment promoting dialogue regarding experience of care and related difficulties.

Observations of CSC as an educational tool in clinical settings suggest that CSC is an interesting method to question practice and to improve self-reflection, which differs from clinical supervision in its various forms. Although it is difficult to document, the assumption is that CSC's temporality but mostly its multiplicity of dialogical settings will result in deeper self-reflection. And we believe that the absence of clinical expertise in discussions of clinical practice may lead to discussing issues that are not normally shared with clinical facilitators. However, the long term effectiveness of CSC compared to traditional clinical supervision settings has to be tested and the levels of reflection induced by the two processes have to be compared. Specific target audiences, particular fields of clinical practice and potential required adaptations so that it can be used easily in a learning context must also be defined, including formal evaluation of CSC as a teaching vehicle for nursing practice specifically.

## Concluding discussion

The intention of this article was to present and discuss a novel application of CSC in a clinical setting. Through a specific process of co-analyzing video recorded clinical interviews, CSC made possible an exploration of addiction-related clinical difficulties experienced by hospital-based staff and stimulated self-reflection among nurses and medical doctors. We posit two major strengths: the method's capacity to question professionals both individually and collectively; and the capacity to elicit tacit knowledge of daily clinical practice. We believe the use of CSC is an opportunity for developing grounded, collaborative and performative research projects in clinical and hospital settings. We encourage further use of

CSC in nursing and medical contexts, as well as the formal evaluation of CSC in a nursing educational context.

## Acknowledgments

The authors wish to deeply thank the clinicians and the patients who took part in the research for their time and involvement in the study.

## Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Funding

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

## Author Note

We conducted the interviews and clinical interviews in French. We translated the verbatim transcripts in English. Whenever necessary, we applied minor changes to ensure anonymity.

## ORCID iDs

Sophie Paroz  <https://orcid.org/0000-0002-4351-228X>

Michael Saraga  <https://orcid.org/0000-0003-2836-3770>

## References

- Balint, M (1957). *The doctor, his patient and the illness*. International Universities Press.
- Ballon, B. C., & Skinner, W. (2008). "Attitude is a little thing that makes a big difference": Reflection techniques for addiction psychiatry training. *Academic Psychiatry*, 32(3), 218–224. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.3.218>
- Barry, C. A. (2002). Multiple realities in a study of medical consultations. *Qualitative Health Research*, 12(8), 1093–1111. <https://doi.org/10.1177/104973202129120467>
- Berner-Rodoreda, A., Bärmighausen, T., Kennedy, C., Brinkmann, S., Sarker, M., Wikler, D., Eyal, N., & McMahan, S. A. (2020). From doxastic to epistemic: A typology and critique of qualitative interview styles. *Qualitative Inquiry*, 26(3–4), 291–305. <https://doi.org/10.1177/1077800418810724>
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail* [Psychological function of work]. Presses universitaires de France.
- Clot, Y. (2005). L'autoconfrontation croisée en analyse du travail: L'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue [Cross self-confrontation in the analysis of activity: The contribution of the Bakhtinian theory of dialogue]. In L. Filliettaz, & J. Bronckart (Eds.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail: Concepts, méthodes et applications* (pp. 37–55). Peeters.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité [Clinic of work and clinic of activity]. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1(1), 165–177. <https://doi.org/10.3917/nrp.001.0165>
- Clot, Y. (2009). Clinic of Activity: The dialogue as instrument. In A. Sannino, H. Daniels, & K. Gutierrez (Eds.), *Learning and*

- expanding with activity theory (pp. 286–302). Cambridge University Press.
- Clot, Y. (2011). Théorie en clinique de l'activité [Theory in Activity Clinic]. In B. Maggi (Ed.), *Interpréter l'agir: un défi théorique* (pp. 17–39). Presses Universitaires de France.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en auto-confrontation croisée: Une méthode en clinique de l'activité [Cross self-confrontation interviews: A method in Activity Clinic]. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.4000/pistes.3833>
- Clot, Y., & Kostulski, K. (2011). Intervening for transforming: From activity to institution, an horizon of action in clinic of activity approach. *Theory and Psychology*, 21(5), 681–696. <https://doi.org/10.1177/0959354311419253>
- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science and Medicine*, 41(12), 1667–1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-s)
- DelVecchio Good, M.-J (1995). *American medicine: The quest for competence*. University of California Press.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: The state of the art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030–1041. <https://doi.org/10.1002/jclp.22124>
- Finnell, D. S. (2018). A call to action: Managing the neural pathway of disgust, bias, prejudice, and discrimination that fuels stigma. *Substance Abuse*, 39(4), 399–403. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1576091>
- Fox, R. C. (1957). Training for uncertainty. In R. K. Merton, G. Reader, & P.L. Kendall (Eds.), *The Student Physician* (pp. 207–241). Harvard University Press.
- Hill, T. E. (2010). How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: Implications of the evidence for relationships and research. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 5(11), 11. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-5-11>
- Howard, M. O., & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward substance misusers. I. Surveys. *Substance Use & Misuse*, 35(3), 347–365. <https://doi.org/10.3109/10826080009147701>
- Hyde, A., Howlett, E., Brady, D., & Drennan, J. (2005). The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. *Social Science and Medicine*, 61(12), 2588–2599. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.040>
- Kaiser, M., Kohlen, H., & Caine, V. (2019). Explorations of disgust: A narrative inquiry into the experiences of nurses working in palliative care. *Nursing Inquiry*, 26(3), e12290. <https://doi.org/10.1111/nin.12290>
- Kloetzer, L. (2013). Development of professional concept through work analysis: Tech diving under the loupe of activity clinic. *Mind, Culture, and Activity*, 20(4), 318–337. DOI:10.1080/10749039.2012.688087.
- Kloetzer, L. (2018). Doing research upside down: Action and research in cross self-confrontations. *International Journal of Action Research*, 14(2/3), 202–218. <https://doi.org/10.3224/ljar.v14i2-3.09>
- Kloetzer, L., Clot, Y., & Quillerou-Grivot, E. (2018). Stimulating dialogue at work: The activity clinic approach to learning and development. In *Francophone perspectives of learning through work* (pp. 49–70). Springer International Publishing.
- Kloetzer, L., & Henry, M. (2010). Quand les instruments de métier deviennent objets de discours: Une condition de l'analyse du travail en autoconfrontation croisée ? [Turning work tools into objects of discourse: a condition for the analysis of activity using cross self-confrontation?]. *Activités*, 7(2), 44–62. <https://doi.org/10.4000/activites.2406>.
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B., & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science and Medicine*, 72(4), 504–512. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.036>
- Kostulski, K. (2010). Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ? Une contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique du travail [What knowledge for action in work clinic ? A contribution to the issue of the relationship between transformation actions and knowledge production in work clinic]. In Y. Clot, & D. Lhuillier (Eds.), *Agir en clinique du travail* (pp. 27–38). ERES.
- Kostulski, K., & Kloetzer, L. (2014). Controversy as a development tool in cross self-confrontation analysis. *Outlines-Critical Practice Studies*, 15(2), 54–73. <https://tidsskrift.dk/outlines/article/view/16831>
- LaDonna, K. A., Ginsburg, S., & Watling, C. (2018). "Rising to the level of your incompetence": What physicians' self-assessment of their performance reveals about the imposter syndrome in medicine. *Academic Medicine*, 93(5), 763–768. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002046>
- Launer, J. (2015). Collaborative learning groups. *Postgraduate Medical Journal*, 91(1078), 473–474. <https://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133611>
- Litim, M. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 45–54. DOI:10.3917/nrp.001.54.
- Mackintosh, N., & Armstrong, N. (2020). Understanding and managing uncertainty in health care: Revisiting and advancing sociological contributions. *Sociology of Health and Illness*, 42(S1), 1–20. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13160>
- Martin, J., Lloyd, M., & Singh, S. (2002). Professional attitudes: Can they be taught and assessed in medical education? *Clinical Medicine Journal*, 2(3), 217–223. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-3-217>
- May, D., & Kelly, M. P. (1982). Chancers, pests and poor wee souls: Problems of legitimation in psychiatric nursing. *Sociology of Health and Illness*, 4(3), 279–301. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10487972>
- Morse, J. M. (2003). Principles of mixed and multi-method research design. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 189–208). Sage.
- O'Connor, P. G., Sokol, R. J., & D'Onofrio, G. (2014). Addiction medicine: The birth of a new discipline. *JAMA Internal Medicine*, 174(11), 1717–1718. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.4211>

- O'Connell, E. (2008). Therapeutic relationships in critical care nursing: A reflection on practice. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 138–143. <https://doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00273.x>
- Owen, D., & Shohet, R. (2013). *Clinical supervision in the medical profession: Structured reflective practice*. Open University Press.
- Perera, K. (2020). The interview as an opportunity for participant reflexivity. *Qualitative Research*, 20(2), 143–159. <https://doi.org/10.1177%2F1468794119830539>
- Pires Jorge, J (2016). Technique et soin en radiologie médicale. Quand la professionnalité est empêchée [Technique and care in medical radiology. When professionalism is prevented]. *Carnets de recherche sur la formation*. <https://crf.hypotheses.org/34>
- Quillerou-Grivot, E., & Clot, Y. (2013). Trois conditions pour une clinique de l'activité en psychologie du travail: Le cas d'une intervention dans une entreprise de logistique automobile [Three conditions in clinic of activity in work psychology: An intervention in an automobile logistics company]. *Activités*, 10(2), 229–248. <https://doi.org/10.4000/activites.842>
- Reynolds, L. M., Consedine, N. S., Pizarro, D. A., & Bissett, I. P. (2013). Disgust and behavioral avoidance in colorectal cancer screening and treatment: a systematic review and research agenda. *Cancer Nursing*, 36(2), 122–130. <https://doi:10.1097/NCC.0b013e31826a4b1b>
- Rosenthal, M. M. (1995). *The incompetent doctor: Behind closed doors*. Open University Press.
- Salinsky, J., Samuel, O., & Suckling, S. (2006). *Talking about my patient: The Balint approach in GP education*. Royal College of General Practitioners.
- Savage, J. (2000). Participative observation: Standing in the shoes of others? *Qualitative Health Research*, 10(3), 324–339. <https://doi:10.1177/104973200129118471>
- Schnall, S., Haidt, J., Clore, G. L., & Jordan, A. H. (2008). Disgust as embodied moral judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(8), 1096–1109. <https://doi:10.1177/0146167208317771>
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basics Books.
- Seppänen, L., Kloetzer, L., & Riikonen, J. (2017). Encourager la réflexion en chirurgie robotique: L'autoconfrontation croisée comme instrument de développement du travail interprétatif dans un environnement technologique complexe [Enhancing productive reflection in robotic surgery: Cross self-confrontation as a developmental method for learning interpretativeness in a digitalized era work]. *Psychologie du travail et des organisations*, 23(2), 117–136. <https://doi.org/10.1016/J.PTO.2017.01.008>
- Shaw, I. (2004). Doctors, “dirty work” patients, and “revolving doors”. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1032–1045. <https://doi:10.1177/1049732304265928>.
- Skinner, N., Roche, A. M., Freeman, T., & Mckinnon, A. (2009). Health professionals' attitudes towards AOD related work: Moving the traditional focus from education and training to organizational culture. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16(3), 232–249. <https://doi.org/10.1080/09687630902876338>.
- Smith, A. (2002). *The theory of moral sentiments*. Cambridge University Press (Original work published 1769).
- Smit, A., Swartz, L., Bantjes, J., Roomaney, R., & Coetzee, B. (2021). Moving beyond text-and-talk in qualitative health research: Methodological considerations of using multiple media for data collection. *Qualitative Health Research*, 31(3), 600–614. <https://doi:10.1177/1049732320976556>.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of grounded theory methods: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage.
- Valente, S. M. (2017). Managing professional and nurse-patient relationship boundaries in mental health. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(1), 45–51. <https://doi:10.3928/02793695-20170119-09>
- Vygotski, L. (2010). *La signification historique de la crise en psychologie*. [The historical meaning of the crisis in psychology]. La Dispute (original work published 1926).
- Wallace, P. R. (2001). Improving palliative care through effective communication. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(2), 86–90. <https://doi:10.12968/ijpn.2001.7.2.8919>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*, 320(7237), 726–727. <https://doi:10.1136/bmj.320.7237.726>
- Wyer, M., Iedema, R., Hor, S.-Y., Jorm, C., Hooker, C., & Gilbert, G. L. (2017). Patient involvement can affect clinicians' perspectives and practices of infection prevention and control: A “post-qualitative” study using video-reflexive ethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/1609406917690171>

### Author Biographies

**Sophie Paroz**, MA is a senior research fellow in the Service of Addictions Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland

**Jean-Bernard Daeppen**, MD is a professor in the Service of Addictions Medicine, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland

**Martine Monnat**, MD is a former physician in the Service of Community Psychiatry, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, and a former deputy cantonal medical officer at Public Health Service of Canton de Vaud, Department of Health and Social Action, Canton of Vaud, Switzerland

**Michael Saraga**, MD, PhD is a physician in the Service of General Psychiatry, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland

**Francesco Panese**, MA, PhD is a professor at the Institute of Social Sciences, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, and at the Institute of Humanities in Medicine, University of Lausanne, Canton of Vaud, Switzerland