DÉCEMBRE 2021 - Nº 71

DEPENDANCES

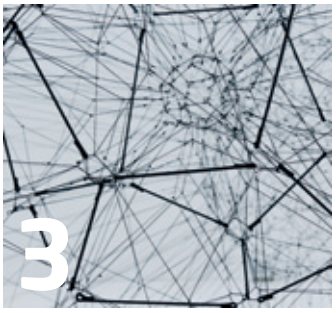
Soins infirmiers

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA

SOMMAIRE « SOINS INFIRMIERS »

2

ÉDITORIAL
Jean-Félix Savary



3

POLITIQUE DES ADDICTIONS : QUELLE PLACE POUR LES SOINS INFIRMIERS ?
Vanessa Vaucher

6

SOINS À DOMICILE ET ADDICTOLOGIE : UNE ARTICULATION NÉCESSAIRE
Frédéric Catala

9

LE CASE MANAGEMENT DE TRANSITION DANS LES SOINS PSYCHIATRIQUES AUX HUG
Bénédicte Virot

12

SOINS INFIRMIERS À ARGOS
Aline Iacoviello-Villard

16

INTERVIEW
De Jean-Christophe Mieville par Jean-Félix Savary

21

L'APPROCHE PSYCHO-DYNAMIQUE À L'ÉPREUVE DES ADDICTIONS
Nicolas Joost et Carine Maillard

24

LA RDR EN RÉSIDENTIEL : TRAVAILLEUR SOCIAL ET SOIGNANT, QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ?
Juliette François et Valentin Chatagny

28

LE PARTENARIAT DE SOINS DANS LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'HÉROÏNE
Loïc Menneret

ÉDITORIAL

Pour *Dépendances*, il n'est pas d'usage de consacrer un numéro à une profession. Il s'agit là d'une première. Notre revue aborde des thématiques de fond, dans une approche interdisciplinaire qui mélange les savoirs pratiques et théoriques. Elle privilégie un regard caléidoscopique sur les phénomènes liés aux dépendances. Ce principe nous est cher et nous continuerons à nous y tenir. Oui, mais cette fois c'est différent. Dans les systèmes de soins complexes que nous avons créés, une pièce maitresse a hérité du rôle central du lien avec les personnes dans les dispositifs sanitaires, celui du soin, du contact et de la continuité. Applaudi pendant la pandémie, le personnel de soins reste pourtant mal connu. Partout à l'œuvre, au front, dans l'action, cette profession n'a que rarement la parole. Pierre angulaire qui porte sur ses épaules un système en tension, les soins méritent d'être intégrés pleinement au débat. Alors une fois n'est pas coutume, *Dépendances* braque son projecteur sur une profession.

Dans notre domaine, les soins ont pris ces dernières décennies une importance tout à fait centrale. La médicalisation du traitement des addictions les rend incontournables dans la relation thérapeutique. La complexification des dispositifs et la rigidification de l'accès aux prestations leur confient un rôle de lien. La précarisation et la complexification des problématiques somatiques et psychiques les rendent indispensables partout. Nous devons nous émanciper des vielles lunes du XXème siècle et les oppositions d'antan, notamment entre le médical et le social, ou l'abstinence et la réduction des risques. Aujourd'hui, le débat est tout autre. Le XXIème siècle a enfanté des systèmes socio-sanitaires d'une complexité telle que plus personne n'arrive à en faire le tour. La question n'est plus de savoir qui détient l'expertise, qui a raison, ou qui sait mieux que les autres. Non. Aujourd'hui, la vraie question est celle du lien, de la relation, celle du *care*.

Tou·te·s les auteur·trice·s de ce numéro sont des praticien·ne·s des soins infirmiers. Elles et ils œuvrent au quotidien dans le faire, dans des contextes divers et variés. Par leurs pratiques décrites dans ce numéro, ce travail d'acrobate apparaît au grand jour et permet d'apprécier leurs contributions. Il met aussi en lumière les enjeux contemporains et les besoins de réforme. L'économie de la santé aura certainement permis des avancées, mais elle aura également asséché la relation entre soigné·e et soignant·e. Or, impossible d'avancer dans notre domaine sans cette chaleur qui nous caractérise, nous les humains. L'épaisseur et la qualité de la relation entre des personnes restent les meilleurs prédicteurs d'un accompagnement réussi. Sur ce plan-là, si nous sommes honnêtes, nous ne pouvons pas nous montrer satisfaits de la situation actuelle. Face aux travaux herculéens qui nous attendent, le regard des infirmier·ère·s nous aide à voir l'étendue des réformes nécessaires. Aux côtés des autres professions, ni plus ni moins, la vision des soins nous permettra d'avancer. Nous espérons que ce numéro saura y contribuer.

Jean-Félix Savary

POLITIQUE DES ADDICTIONS : QUELLE PLACE POUR LES SOINS INFIRMIERS ?

Vanessa Vaucher (Service d'addictologie, HUG)

Pourquoi les soins sont-ils devenus une profession centrale dans les addictions ? Quel impact sur le vieillissement ? Quel est le poids de l'histoire, de la philosophie de prise en charge ? Ces questions ont guidé l'auteure dans l'élaboration de cet article. Un vibrant plaidoyer en faveur du savoir-faire et du savoir-être infirmiers, mais aussi d'une nécessaire reconnaissance mutuelle des professions des soins. Et de l'interdisciplinarité.

Différentes représentations ont été associées au métier infirmier à travers les âges, depuis l'image de la bonne sœur, être docile et dévoué, cantonné à un rôle auxiliaire. Pourtant, ce métier a connu de nombreuses évolutions qu'il semble utile de rappeler avant d'explorer les questions qui traitent du rôle des soins infirmiers dans les politiques de santé, notre système de santé et le fonctionnement de nos institutions. Par ailleurs, le besoin en personnel soignant croît de façon vertigineuse avec le vieillissement des populations. L'être docile est devenu vecteur de transformations incontournables, particulièrement en addictologie.

Après avoir longtemps été un acte de charité, bénévole, au service des plus démuni·e·s et pris en charge par l'Église, le soin infirmier vit un premier tournant au XIXème siècle avec la laïcisation de la profession. Il s'agit d'une première émancipation de la soumission, celle à l'ordre religieux. Puis, d'un métier manuel au service des médecins, le personnel infirmier se place en première ligne au cours de la Première Guerre mondiale. L'image de l'héroïne engagée est scellée. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, l'infirmière se distingue du corps médical, accomplissant une série de gestes techniques qui deviennent sa spécificité. Dans les années 1960, l'émancipation de la femme conduira la profession à une nouvelle révolution, celle de se libérer de la soumission au corps médical patriarcal. Au début des années 1970, la profession infirmière défend un territoire propre qui privilégie l'approche globale de la prise en soins, en alternative à l'approche par organes de la médecine. Parallèlement, la profession revendique un savoir propre grâce au développement de la recherche en soins infirmiers, avec un développement de nouveaux concepts et de nouvelles théories de soins infirmiers[1]. Une valeur intransigible demeure à chaque révolution : les besoins des personnes soignées sont au centre des préoccupations des soins infirmiers.

Les besoins des personnes soignées sont au centre des préoccupations des soins infirmiers

DE LA COMPÉTENCE SOIGNANTE À CELLE D'INFLUENCE

« Il y a des médecins pour soigner le cœur, des médecins pour soigner les dents, des médecins pour soigner le foie, mais qui soigne le malade ? » demande Sacha Guitry. Il n'y a pas mieux qu'un dramaturge (un brin provocateur) pour marquer la spécificité infirmière auprès des personnes malades. Le corporatisme n'aura de place dans cet article ; il s'agit néanmoins de suggérer que seules les compétences diversifiées comptent dans la prise en soins globale d'une personne.

Les soins infirmiers se déclinent dans des espaces divers allant des écoles aux hôpitaux, en passant par le monde de l'entreprise et l'espace privé. Traversant les âges, les rôles infirmiers, liés aux contextes, sont multiples mais ils regroupent tous des compétences transversales au service des patient·e·s. De façon « méta », à la fois acteur et observateur, le personnel infirmier prend une posture analytique et entame le chemin vers une transformation. Au travers de sa vision globale, de son expertise clinique, naît le rôle de « leader », porte-parole du patient et d'une population.

Le soin est un changement en lui-même puisqu'il accompagne un déséquilibre vers un équilibre, même partiel, avec comme objectif une amélioration de la santé ou de la qualité de vie. Tous les jours quand nous soignons, nous transformons des situations. Le cheminement vers un statut de *leadership* est donc une suite logique, toutefois il nécessite des attributs qui détermineront sa légitimité et sa force d'influence.

Pour améliorer la qualité des soins, nous devons procéder à des changements et nous ne pouvons le faire en étant seul·e·s. Il est nécessaire de rallier à la cause les différent·e·s professionnel·le·s et de conduire à des idées innovantes et performantes qui tiennent comptes des besoins de toutes

et tous ; de donner envie de travailler ensemble, d'adopter un positionnement assuré et responsable, et pour finir, de faire preuve non seulement de capacités communicationnelles mais aussi d'un humour sans limites[2]. Le modèle du leadership transformationnel est probablement celui qui incarne le plus notre philosophie de soins infirmiers fait de valeurs humanistes où les besoins des individus sont au centre ; où le respect de la dignité, de la liberté ainsi que les attentes d'autrui sont le fil conducteur du soin comme du changement.

DE L'ACTION DE SOIN À L'ACTION POLITIQUE

Les changements nécessaires peuvent concerner le système de santé et nos institutions pour améliorer la santé, l'accès, la qualité et la sécurité des soins mais aussi les coûts de la santé. Ils requièrent alors une action politique, c'est-à-dire un choix d'intervention, une analyse de l'environnement politique et l'élaboration d'une stratégie et de différentes tactiques. Pour cela, les aptitudes infirmières doivent être solides au sens de la conscience du pouvoir d'influence de chacun·e. Les connaissances doivent être élargies, entre fonctionnement politique et repérage des partenaires d'influence. D'autres ingrédients sont nécessaires, tels que la visibilité et l'alliance avec d'autres forces professionnelles.

Le rôle infirmier en addictologie a une spécificité indéniable : la continuité

Ce rôle politique, dans les soins infirmiers, reste parfois encore dans l'ombre, comme un vieil héritage d'une longue soumission en transition. Et pourtant, dans certains domaines, l'engagement politique est utilisé depuis des décennies sans toutefois que ce soit toujours conscient.

L'addictologie est un domaine des soins qui a toujours eu une place hybride entre médecine somatique et médecine psychiatrique, entre santé communautaire et santé publique, entre idéologie et éthique. Les usagères et usagers de substances ont rapidement suscité des vocations militantes auprès du personnel soignant et du domaine social, toutes appellations confondues, tant l'accès aux soins a été un combat. Il a fallu transgresser les règles pour aider ; accompagner mais surtout signaler, dénoncer les injustices auprès des organes politiques et être force de proposition, pour voir émerger une première politique dite « des quatre piliers » en matière de drogue. Née au début des années 1990, son pragmatisme s'est imposé. Comme le disait l'ancienne Conseillère fédérale et Présidente de la Confédération en 1999, Ruth Dreifuss, dans une interview sur l'apport de ce changement de paradigme: « … on a fait toute une évolution politique […], on a su rallier […] l'opinion publique et on a su développer un climat de collaboration entre tous ceux qui agissent dans la politique en matière de drogues, que ce soient les policiers, les juges, les médecins, le personnel social, etc. »[3].

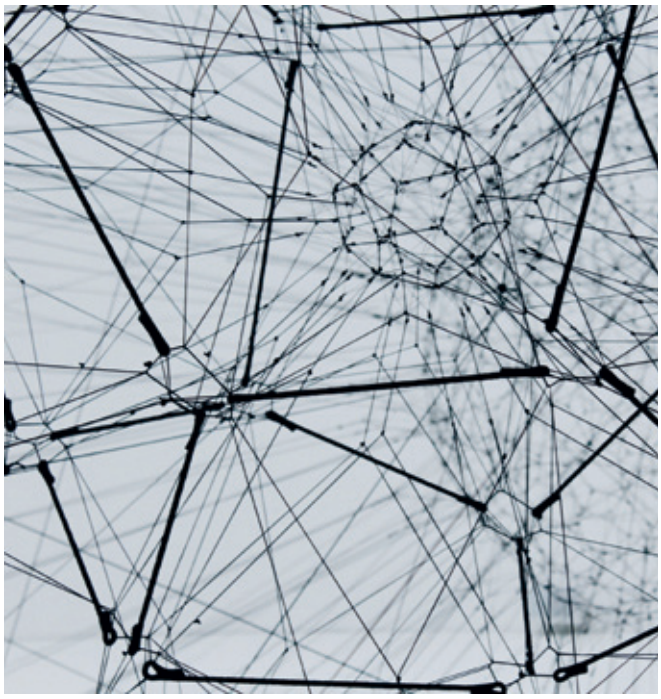
Dans les années 1990, le pouvoir d'influence du personnel infirmier n'était pas clairement défini, ni visible. Ce qui a changé aujourd'hui, c'est l'avènement de la pratique infirmière basée sur des preuves (*evidence based pratice*), les formations HES, la pratique avancée avec des formations de grade niveau master et des collaborations entre médecins et infirmier·ère·s déjà lors de leur formation respective (voir par exemple le Centre Interprofessionnel de simulation, fruit d'un partenariat entre la HES et la Faculté de médecine de l'Université de Genève depuis 2013). Ces nouvelles approches de la profession consolident son envergure.

LE RÔLE INFIRMIER EN ADDICTOLOGIE À LA POLITIQUE DES ADDICTIONS

Le rôle des soins infirmiers en addictologie a une spécificité indéniable : la continuité. Les troubles de l'usage de substances et leurs comorbidités nécessitent des soins de longue durée, ce sont des maladies chroniques. Notre système de santé et notre fonctionnement institutionnel, en l'état, font que les soins sont prodigués dans le temps par le personnel infirmier. Le rôle infirmier comprend un ensemble de fonctions comme la fonction thérapeutique, éducative et de réduction des risques.

Ce travail est avant tout un accompagnement. Dépassant la prise en charge, il part des ressources et des compétences de la personne pour aller vers son projet en établissant une relation basée sur le respect et l'empathie. L'infirmier·ère a alors un rôle de facilitateur qui tient compte de l'ensemble de la situation de la personne. Il ne s'agit plus seulement d'identifier les besoins et de mettre en place un soin ; ce changement de paradigme permet à la personne accompagnée de se déterminer face à la maladie dont « *l'empowerment* », ou autonomisation, en est un des résultats. Cette approche ne peut se faire sans l'inclusion des autres corps professionnels qui gravitent autour de la personne accompagnée, le projet dépassant le cadre du soin. De façon plus globale, comme le dit Jean-Pierre Couteron, psychologue clinicien et ancien Président de la Fédération Addictions France, une culture commune est alors indispensable, afin de travailler en partenariat et de répondre aux nombreux besoins des usagères et usagers qui ne peuvent être traités de façon isolée, tant la santé est un tout, un fragile équilibre[4]. Toutes ces approches ne sont pas réservées aux soins infirmiers. Cependant, face à la chronicité des addictions, à la médicalisation de leur prise en charge et à la pérennité des infirmier·ère·s dans les lieux de soins, le personnel infirmier est en première ligne pour établir cette relation privilégiée et constructive. Les soignant·e·s ont vite compris que dans le domaine des addictions, sans l'adhésion du patient, le soin ne peut exister. Pour qu'il existe il faut quelque chose de plus fort que la substance: le lien qui se construit avec le temps.

Tout ceci fait écho à la Stratégie nationale Addictions (2017-2024). Dans le cadre de Santé2020, le Conseil Fédéral a mandaté l'OFSP et les différent·e·s professionnel·le·s du domaine pour élaborer une politique en continuité à celle des quatre piliers en matière de drogues, avec pour objectif d'augmenter la promotion de la santé et la prévention des maladies. Adoptée en 2015, celle-ci met au centre de ses préoccupations la personne et son autodétermination. Son plan de mesures vise « l'intervention précoce pour repérer le plus tôt possible les comportements à risque et les addictions ; la thérapie, le conseil et la réduction des risques axés sur les besoins pour que les personnes concernées reçoivent le meilleur soutien possible ; la coordination des différents fournisseurs de prestations pour



optimiser les interfaces entre les différentes offres de traitement »[5]. C'est dans cette optique que les soins infirmiers peuvent se démarquer, car ce sont des rôles et des fonctions que nous connaissons bien. Plus encore, un principe phare de cette stratégie est la création de synergies entre professionnel·le·s : toute une habilité infirmière.

DU MODÈLE CENTRALISÉ AU MODÈLE D'ACCOMPAGNEMENT IN SITU

Ce rôle du personnel infirmier spécialisé ne se joue pas que dans les lieux spécifiques. Fort de ses compétences transversales, il est amené à transmettre ses connaissances, son savoir-faire et son savoir-être à des professionnel·le·s non spécialisés. Avec le vieillissement de la population usagère de substances, les domaines comme l'oncologie, les soins palliatifs et les soins de longue durée vont devoir s'adapter et innover. Notre leadership clinique et transformationnel sera d'autant plus utile qu'il sera indispensable pour amener notre système de santé à ne plus penser le soin en addictologie de façon centralisée mais de façon transversale et mobilisable. L'avenir est une action coordonnée entre les différentes équipes de soins gravitant autour du projet de la personne dépendante et « polymorbide », quels que soient ses besoins en santé et où qu'elle se situe dans son parcours de vie.

Par ailleurs, le prochain enjeu pour notre système de santé sera de répondre à l'augmentation globale du nombre de maladies chroniques et des besoins en personnel soignant. Les derniers calculs de l'Observatoire de la santé indiquent qu'en 2030 la Suisse aura besoin de 65'000 soignant·e·s suplémentaires, dans le cadre d'une demande toujours plus élevée de maintien de l'autonomie[6]. Peut-on alors encore douter du rôle des soins infirmiers dans la politique des addictions et dans la politique de santé ? Non seulement nous sommes des acteurs de soins mais nous sommes surtout des moteurs incontournables d'évolution, forts d'une vision réelle des besoins de demain tout en garantissant la pérennité du système de soins.

Dans cet article, nous avons défendu un plaidoyer en faveur d'une profession engagée et autonome, qui tient un rôle souvent plus important qu'elle n'en a conscience. En explorant son passé, ses origines et ses fondements nous avons tenté de décrire sa force et sa spécificité pour ainsi provoquer des vocations mais surtout pour mieux travailler avec les autres professions. Ce dont a besoin la population usagère de substances, c'est d'une coopération optimale entre corps professionnels. Pour cela, chacun doit connaitre la plus-value de l'autre. C'est ainsi que nous saurons soutenir les besoins des personnes que nous accompagnons, en termes de santé physique, de santé psychique et de soutien social. Nous incarnons la politique des addictions dans notre mission auprès des usagères et usagers de substances et par notre pouvoir d'influence.

Contact : vanessa.vaucher@hcuge.ch

Références

1. Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). *Historique*. https://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-infirmier/historique/ (consulté le 02.09.2021).
2. Émission du CIUSSS sur Youtube. *Comment démystifier le leadership infirmier au quotidien ?* https://www.youtube.com/watch?v=SvrwDkVkaJw (consulté le 02.09.2021).
3. Ruth Dreifuss. La politique des quatre piliers. GREA-TV, https://www.grea.ch/publications/la-politique-des-4-piliers (consulté le 02.09.2021).
4. RESPADD en collaboration avec la Fédération Addiction. *L'infirmier(ère) face aux addictions*. Conférence du 05.12.2012. https://www.federation-addiction.fr/app/uploads/2013/02/actesconference_ide.pdf (consulté le 02.09.2021).
5. Confédération Suisse. *Stratégie nationale Addictions (2017-2024) et Plan de mesures (2021-2024)*. Berne : 2016.
6. Dutoit L., Pellegrini S. et Füglister-Dousse S. Soins de longue durée dans les cantons : Trois modèles-types d'organisation. *Obsan* Bulletin 13/2016, 08.11.2016. https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2016-soins-de-longue-duree-dans-les-cantons

SOINS À DOMICILE ET ADDICTOLOGIE : UNE ARTICULATION NÉCESSAIRE

Frédéric Catala (cabinet IAD)

Les interventions à domicile ont pris de l'ampleur ces dernières années, ce qui pose de nouveaux défis professionnels pour les soins. Au travers d'exemples concrets, l'auteur nous montre les enjeux qui se jouent sur le terrain et milite pour la prise en compte de la problématique des addictions dans ce vaste domaine (red.).

L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) permet aux infirmiers en psychiatrie de soigner les personnes atteintes de troubles de l'addiction à leur domicile. Cette activité complémentaire aux dispositifs ambulatoires des institutions spécialisées prend une place centrale dans le domaine des addictions, notamment pour atteindre des personnes peu ou pas en contact avec des prestations spécialisées dans ce domaine. À travers différentes situations de soins, nous verrons comment la complexité clinique impose l'articulation des compétences spécifiques des acteurs du réseau. Quels défis représentent la détection précoce ou la crise sanitaire actuelle pour l'accompagnement du patient dans son projet thérapeutique ? Une petite immersion s'impose.

L'infirmier en psychiatrie doit devenir le lien avec les différentes ressources au sein du réseau

L'EXEMPLE D'AXEL : CONSTRUIRE UNE RELATION « OUTREACH »

Il est 08h30, le téléphone d'Éric, infirmier en psychiatrie dans un centre de soins à domicile, sonne avec insistance. À l'autre bout du fil, la secrétaire du cabinet médical le sollicite vivement pour prendre en soins Axel, 35 ans, qui se plaint au cabinet, avec agitation, des conditions de délivrance de sa méthadone par sa pharmacie… Axel est également atteint d'un TDHA et d'un délire paranoïaque sévère qui l'a conduit en marge des soins requis pour sa santé. Son médecin traitant généraliste reste l'unique lien avec le milieu médical. Il finit par accepter l'intervention à son domicile de cet infirmier qui préservera l'anonymat de ses soins, en restant à bonne distance des spécialistes des troubles d'addiction.

Le lendemain matin avant 08h00, Éric est attendu en bas de l'immeuble par Axel, toujours très agité, alpaguant les passants à la recherche de son nouvel infirmier. « C'est vous Éric ? Vous êtes très en retard ! Montrez-moi une pièce d'identité, je ne vous ai pas vu venir ! ». L'entrée en relation débute de façon tendue. Éric doit rapidement faire appel à son analyse du comportement et ses connaissances en psychiatrie pour établir le contact et le conserver.

Mais les infirmiers en psychiatrie intervenant à domicile ne disposent pas toujours d'une expérience professionnelle ou d'une formation en addictologie. L'exercice auprès de ces patients souffre alors d'un manque de savoir-faire et de savoir-être spécifiques au champ de l'addiction. Ces conditions peuvent être préjudiciables et accroître encore l'éloignement des patients du milieu médical, les rendant particulièrement vulnérables aux risques associés aux troubles addictifs : risque de comportement dangereux sous l'effet de substances ; risques infectieux (HIV, hépatites, MST, coronavirus), risque d'isolement social et médical, précarité, etc.

Dans un tel contexte, le risque est grand d'aboutir à un épuisement des soignants, ainsi qu'à une décompensation

franche du patient conduisant à une nouvelle hospitalisation. Pour éviter cette possibilité, l'infirmier en psychiatrie doit devenir le lien avec les différentes ressources au sein du réseau. Car ce type de suivi à domicile ne peut s'affranchir du regard des spécialistes en addictologie. Leur approche psycho-comportementale ciblée, leurs connaissances des substances et de la pharmacologie de l'addictologie, leurs liens dans l'écosystème social et médical spécifique du patient vont baliser son projet thérapeutique. Cette conjugaison des compétences va ainsi promouvoir la dynamique du « aller vers », chère à l'addictologie. Elle va garantir le niveau adéquat de prévention, de réduction des risques, de repérage précoce et d'accessibilité aux soins, au domicile d'une population éloignée, voir hors d'atteinte des institutions spécialisées dans les addictions. Ainsi la co-construction d'un itinéraire clinique efficient et adapté pourrait sortir le soigné de l'isolement médical, mais également le soignant. Sans le transfert de ces compétences spécifiques de l'addictologie, l'infirmier en psychiatrie peut rendre inefficace l'accessibilité aux soins dont il est porteur à domicile.

À domicile, ces situations de fins de vie de personnes atteintes de troubles addictifs ne sont pas rares

L'EXEMPLE DE WILLIAM : REPÉRAGE ET ORIENTATION

William a de nouveau tout cassé dans sa chambre. À son arrivée au domicile parental, Tristan, son infirmier spécialisé en psychiatrie ne peut que constater les dégâts. Tout ça pour un malheureux briquet égaré et le troisième joint du matin qu'il n'a pas pu allumer. Ses parents, en procédure de divorce, sont épuisés, impuissants. Ils ont bien essayé d'instaurer un suivi par un psychiatre exerçant dans le canton voisin, pour ses compétences autant que pour la discrétion induite par l'éloignement. Mais rien n'y fait, les séances mensuelles ne suffisent plus. Les effets de l'imprégnation cannabique chronique et massive, environ une dizaine de joints par jour, ont eu raison de la stabilité mentale de William, de son sommeil, de son appétit, de son énergie vitale. Tristan va de nouveau essayer de le convaincre des bénéfices d'un suivi spécialisé de proximité. Il évoquera avec lui les différentes options lui permettant de s'inscrire dans un réseau de soins adapté. Mais il reste difficile d'expliquer à ce grand gaillard de 23 ans qu'une dizaine de cigarettes de cette drogue « douce » le transporte loin, très loin de son idéal jamaïcain et de son exotisme apaisant. William se coupe du monde réel, son comportement addictif s'étend aux jeux vidéo et à sa consommation d'alcool, qui selon lui l'aide à se calmer lorsque sa « plante sacrée » vient à manquer.

C'est sans doute cette étape d'orientation qui suit le repérage qui va poser le plus de difficultés à l'infirmier en psychiatrie à domicile. Il se retrouve directement confronté à la défiance et à la méfiance du patient à l'égard du corps médical. Sans son adhésion, il ne pourra pas établir les liens indispensables à la mise en place de son réseau de soins. La synergie de la psychiatrie et de l'addictologie n'aura pas lieu, pas plus que l'« *empowerment* » nécessaire à son évolution. Il faudra sans doute une approche systémique inclusive des proches de son environnement pour contribuer à son émancipation. Il faudra également définir une trajectoire et un langage commun. Le liant social et médical nécessaire à la construction de cet édifice personnalisé et soutenant marquera son entrée dans son parcours de soins. Et c'est là tout l'enjeu de cette rencontre à domicile. Évaluer, informer, motiver, éduquer, contenir, échanger et établir une relation de confiance indispensable à la prise de décision. À ce stade, une supervision spécialisée en addictologie au bénéfice du soignant serait un plus pour optimiser ses chances de réussite auprès du patient. En effet, un repérage précoce des troubles est vain s'il n'est pas suivi d'une prise en soins la plus adaptée aux problématiques de santé rencontrées. C'est une démarche qui s'inscrit dans le temps, pour une durée indéterminée selon la résistance du patient aux soins.

L'EXEMPLE DE PHILLIPE : COORDINATION ET CAS COMPLEXES

Philippe serre les dents. Ce matin, il n'a pris que la moitié de sa posologie de ketalgine® et n'a plus aucune réserve de morphine. Encouragé par sa femme, dont les convictions religieuses privilégient la guérison spirituelle aux traitements pharmacologiques, il attend un soulagement de ses souffrances, résigné, abattu. Une encéphalopathie d'origine hépatique affecte partiellement son discernement. Philippe est un ancien patient atteint de troubles addictifs âgé de 58 ans, actuellement en phase palliative. Sophie effectue sa visite quotidienne pour une évaluation somatique, thymique et cognitive avec remise du traitement. L'infirmière fait face aux réprimandes de sa femme qui s'approprie et gère la médication après son départ.

Dans ce contexte, le traitement de la douleur devient compliqué, voire impossible sans une coordination active avec l'équipe mobile des soins palliatifs, le médecin traitant, le psychiatre et le médecin addictologue. Chacun dans son périmètre de fonction apportera son éclairage, ses consignes, son ordonnance. Sophie tâchera du mieux qu'elle peut d'éviter la segmentation de la prise en soins en collectant, en archivant, en transmettant. Cette orchestration autant chronophage qu'indispensable est l'une des clés de voûte du plan d'intervention, et, in fine, du soulagement attendu par Philippe. Sophie n'est pas cheffe d'orchestre : son rôle n'est pas d'orienter ni de donner le cap de la prise en soins. Mais sans son intervention, le risque d'enlisement dans une spirale d'échecs et d'incompréhensions réciproques devient majeur. La complexité de la situation liée entre autres aux comorbidités du patient nécessite la désignation d'un médecin coordinateur garant de l'efficience et de

l'efficacité du projet clinique. À domicile, ces situations de fin de vie de personnes atteintes de troubles addictifs ne sont pas rares. Ces patients souhaitant finir leur vie chez eux se retrouvent alors submergés par les interventions, et paradoxalement, cette densité finit par isoler certaines de leurs problématiques de santé. Ces dernières sont d'une certaine façon reléguées au second plan sans le diapason d'une coordination à la mesure de la complexité rencontrée. Hauteur et perspective permettront l'ajustement et le maintien des prestations aux besoins requis tout comme la synergie des compétences spécifiques de cette situation intégrant addiction, douleur, psychiatrie et fin de vie.

COVID : DES CONTEXTES PARTICULIERS

La crise sanitaire que nous traversons a considérablement impacté le monde médical en général, et celui des soins de proximité en particulier. Les mesures de confinement liées à la lutte contre la COVID-19 ont temporairement limité le champ d'activité des intervenants à domicile. Il est actuellement difficile de mesurer les effets de cet éloignement soignant/soigné dans le domaine de l'addiction. Cependant, les spécialistes sont inquiets des fragilités psychologiques induites par la pandémie. En effet, elles peuvent exacerber les motifs de consommation (alcool, drogues, jeux vidéo) du fait de la solitude et de l'excès de stress.

La qualité de la relation thérapeutique de soignant à soigné est interdépendante de celle de soignant à soignant

Les jeunes sont particulièrement vulnérables, tout comme les personnes atteintes de troubles de la santé mentale et/ou liés à l'addiction. Cette conjoncture invite à réfléchir sur la nature de l'activité infirmière à domicile dans ce domaine. Elle nécessite dans ce cas d'informer et d'expliquer au cas par cas la majoration des facteurs de risque, l'utilité des gestes barrières, la nécessité de la vaccination. Elle devra également évaluer l'intensité de l'angoisse, des comportements addictifs et prévenir sans culpabiliser, ni ajouter de la peur. Une telle activité, qui ne relève pas de l'urgence mais la prévient, est quasi impossible en télé-consultation. Or la restriction des déplacements en période de confinement péjore considérablement la qualité de la relation et les capacités d'évaluation in situ, deux composantes essentielles de l'intervention qui voit ainsi son efficacité notablement diminuée. Il s'agit d'un véritable paradoxe au regard des besoins cités précédemment. Aucun référentiel actuel ne décrit un protocole de crise pour les infirmiers en addictologie à domicile, car cette crise est sans précédent dans notre histoire contemporaine. Encore une fois, la réactivité et la capacité d'adaptation du réseau resteront un élément central d'endiguement du phénomène en ciblant les prestations prioritaires et en répartissant aux mieux sa capacité d'intervention. Mais il faudra du temps pour connaître la véritable ampleur des conséquences de la crise et les prestations spécifiques à mettre en place en cas de récidive. Il faudra également du temps pour intégrer les compétences de l'addictologie dans la pratique infirmière en soins à domicile, pour identifier les besoins du réseau dans ce contexte et mettre en place le dispositif de soutien en rapport, et aussi pour maintenir un lien de qualité avec les patients dans leur environnement. Mais nous pouvons aussi espérer que, quelle que soit la situation de crise, sanitaire, économique ou sociale, les défis à relever seront une occasion de consolider les liens de collaboration entre les soignants des institutions et ceux du domicile.

Ces situations de soins nous révèlent que la qualité de la relation thérapeutique de soignant à soigné est interdépendante de celle de soignant à soignant. Ce constat pose la question de savoir comment favoriser l'articulation de ces binômes en tenant compte des spécificités de l'addictologie à domicile. Comment harmoniser les compétences de l'infirmier en psychiatrie, du spécialiste des addictions et du patient dans son environnement au bénéfice de sa santé ? Comment élaborer des itinéraires cliniques efficaces pour lui et efficients pour le réseau de soins ? Il y a sans doute un organe, un rouage à inventer et à mettre en place, pour promouvoir les synergies et permettre aux soins en addictologie à domicile de répondre aux besoins et aux enjeux de ce domaine des addictions.

Contact : freddycat04@hotmail.fr

LE CASE MANAGEMENT DE TRANSITION DANS LES SOINS PSYCHIATRIQUES AUX HUG

Bénédicte Virot (Service d'addictologie, HUG)

Le case management de transition (CMT) soutient la personne soignée lors du passage entre l'hospitalisation et le retour dans son environnement naturel, période souvent à risque. Pour assurer les chances de transition, cette étape de prise en charge débute le plus tôt possible. Elle met au centre le patient avec qui est construit le projet de sortie et sert d'outil de communication pour les intervenants intra et extrahospitaliers. Le modèle, introduit en 2015 en addictologie aux HUG, a fait ses preuves. Aujourd'hui deux autres services l'ont adopté avec succès.

L'hospitalisation psychiatrique constitue une rupture dans l'expérience de vie du sujet et le retour à domicile est souvent décrit comme difficile par les personnes hospitalisées. Une revue de littérature montre que les semaines qui suivent immédiatement la sortie de l'hôpital psychiatrique constituent une période à risque de résurgence des troubles, de réadmission, voire de suicide et que la connexion aux soins ambulatoires est généralement faible[1]. Bien que la continuité des soins soit essentielle dans les périodes de transition, la discontinuité des lieux et des personnes rend difficile l'articulation entre les intervenants intra et extrahospitaliers. Le case management de transition (CMT) est le modèle le mieux reconnu pour accompagner les patients dans la transition entre le milieu hospitalier et la communauté[2]. C'est à la suite de ce constat que la première équipe de CMT du Département de Psychiatrie Adulte, en addictologie, a été créée en janvier 2015. Elle est composée de 3 infirmiers en psychiatrie, sous l'appellation de « *case managers* », pour un total de 270% de taux d'activité. Afin de proposer une disponibilité et une flexibilité essentielles à ce poste, chaque case manager prend en charge 1 patient pour un taux de 10% d'activité (soit une file active maximum de 10 patients pour un 100%).

OBJECTIFS

La mission du CMT est d'assurer la continuité des progrès cliniques expérimentés lors d'un séjour hospitalier afin qu'ils puissent être transposés dans la communauté. Il a également pour objectif de relier le travail des intervenants hospitaliers avec ceux de l'ambulatoire, de coordonner les interventions des différents référents de l'ambulatoire une fois le patient sorti de l'hôpital, de prévenir la rechute et l'aggravation des troubles, de soutenir le patient et son réseau (que ce soit de soins ou encore la famille ou les proches aidants), ainsi que de favoriser l'accroche au suivi ambulatoire.

MÉTHODES

Dans notre pratique, l'indication pour ce type de suivi s'adresse aux patients hospitalisés dans le service d'addictologie, répondant à des critères prédéfinis. Il est important de débuter l'épisode de CMT rapidement, afin de préparer au mieux la sortie. Pour ce faire, nous avons beaucoup communiqué avec l'équipe hospitalière afin que les critères d'inclusion soient mis en évidence dès les premiers jours, ce qui permet au médecin en charge de faire la demande de CMT à l'équipe de transition, et au *case manager* disponible de rencontrer le patient au plus vite pour débuter l'épisode autour de 3 outils spécifiques (échelle d'auto-évaluation, carte réseau et directives anticipées en cas de perte de contact avec les soins) qui permettront de co-construire le projet de sortie.

L'échelle d'auto-évaluation ELADEB permet de cerner les difficultés et les besoins d'aide de la personne hospitalisée. Elle a pour but de donner la parole au patient et de le mettre au centre de l'intervention. Cet outil clinique donne la possibilité au patient d'exprimer son point de vue, même lorsqu'il est bouleversé par une crise. Il aide également les soignants à se décentrer de leurs préoccupations (gérer les symptômes et les comportements, organiser les soins) pour considérer les besoins importants et

immédiats tels qu'ils sont perçus par le patient lui-même[2]. Sur la base de cette évaluation, un projet de vie sera en mesure d'émerger et englobera le projet thérapeutique avec une mise en évidence des points d'intervention qui apparaissent prioritaires aux yeux du patient. Le processus induit par cette évaluation fait ressortir les ressources motivationnelles de la personne et facilite leur expression. L'ELADEB est également un outil clinique qui soutient l'expression de la parole du patient et de l'institution, sans les déformer. C'est donc un instrument qui favorise l'appropriation du pouvoir par le patient ainsi que l'alliance thérapeutique.

La carte réseau établit une photographie du réseau au moment de la demande d'intervention. Elle favorise l'identification et l'utilisation des personnes-ressources, en lien avec les besoins évoqués dans l'ELADEB.

Les directives anticipées sont une marche à suivre pour le patient et le soignant en cas de perte de contact. La réflexion nécessaire à la rédaction de ces directives permet au patient d'identifier puis d'anticiper les facteurs favorisant l'apparition d'une crise, ainsi que les indicateurs précoces et propres à chacun de la manifestation de la crise. C'est ainsi le patient qui détermine ce que chacun peut faire, dès les premiers signes, afin d'endiguer la crise, et le cas échéant, qui contacter et dans quel délai, afin de raccrocher au plus vite aux soins et éviter une hospitalisation en urgence[3].

La fréquence et les modalités d'intervention du case manager à la sortie se discutent avec le patient selon ses besoins et ses attentes

Nous évaluons à 8 ou 10h heures le temps de préparation de l'épisode de CMT en intrahospitalier. Avant la sortie, nous contactons par e-mail l'ensemble du réseau ambulatoire afin de les aviser du suivi de transition, de favoriser une bonne coordination, et de leur transmettre les 3 outils du CMT, qui permettront une base commune de travail. Le *case manager* planifie le premier rendez-vous du patient en ambulatoire afin de pouvoir être présent lors de cet entretien et d'assurer la continuité des soins.

Après la sortie de l'hôpital, le CMT se poursuit pendant 4 à 6 semaines, période de grande vulnérabilité, comme décrite précédemment, et qui permet aussi une évaluation des interventions de chacun et de possibles réajustements nécessaires. La fréquence et les modalités d'intervention du *case manager* à la sortie se discutent avec le patient selon ses besoins et ses attentes. Certains auront besoin d'une intervention quotidienne quand d'autres ne nécessiteront qu'un contact hebdomadaire. Ce soutien peut se faire via des entretiens téléphoniques, mais aussi des visites à domicile, des rencontres en ville, des accompagnements divers (dans les lieux de soins, administratifs, associatifs, ou encore des visites de résidentiels, par exemple). À la demande du patient nous sommes parfois amenés à rencontrer sa famille (conjoint·e, enfant·s, etc.). Cela leur permet souvent une meilleure compréhension de la situation, de se sentir eux aussi soutenus et entendus, éventuellement d'être informés sur les dispositifs existants pour les proches aidants et de réinstaurer un dialogue mis à mal par l'addiction. Durant cette période de transition, nous communiquons régulièrement avec les référents de l'ambulatoire (mails, appels téléphoniques, réunions de réseau). Au bout de ces 4-6 semaines, nous nous réunissons une dernière fois avec le réseau et le patient afin de faire un bilan de fin de CMT.

CONCLUSION

Le suivi CMT assure une évaluation continue et un réajustement rapide et adapté aux besoins pour consolider les apprentissages pratiqués dans l'environnement naturel du patient. Les patients décrivent un haut degré de satisfaction de cette intervention et les soignants constatent une diminution des hospitalisations non programmées pour une majorité des patients concernés ainsi qu'une meilleure compliance avec les soins ambulatoires. Selon les retours de chacun, patient comme professionnel, le CMT permet une meilleure circulation de l'information et coordination des interventions. Selon des témoignages recueillis auprès de patients ayant bénéficié d'un CMT, ce suivi permet de « mieux préparer le retour à domicile, tout est moins angoissant, cela maintient dans un contexte post hospitaliser, une meilleure transition entre l'hôpital et la vraie vie, avec quelqu'un que l'on connait déjà. C'est sécurisant, bénéfique, réconfortant ».

Le premier accompagnement en ambulatoire est un élément très « rassurant » pour le patient. La transmission préalable des différents outils du CMT aux référents ambulatoires est un gain de temps et d'énergie pour le patient

qui craint souvent de « devoir raconter pour la millième fois la même chose ». Le fait d'être disponible et flexible permet une réponse et une intervention rapide si besoin, puis un accompagnement au fil des semaines vers une capacité à faire appel plus systématiquement aux référents ambulatoires. Toujours selon des témoignages de patients, les entretiens hors lieu de soins permettent une autre relation au soignant, une réappropriation de ses propres ressources, de son identité complète et « hors étiquette patient ». Le fait de se rencontrer à domicile est parfois plus « sécurisant », et peut permettre d'aborder des sujets à forte charge émotionnelle qui pourraient conduire à d'importantes envies de consommer, plus difficiles à gérer en sortie de consultation qu'en ayant le confort de rester chez soi. Cela peut être vécu « comme un soulagement de pouvoir faire cela à la maison, de se focaliser sur le ressenti et continuer à y penser après la séance, sans devoir croiser des gens dans la rue. Plus de facilités à parler de soi chez soi que dans un bureau formel »[4].

Depuis, nous avons pu partager notre expérience avec d'autres professionnels du département de psychiatrie qui se sont intéressés à ce modèle de soins et ses aspects bénéfiques, et au final deux autres équipe de CMT ont vu le jour : une équipe qui prend en charge la population adulte au sein du SPA (Service de Psychiatrie Adulte) et de ses différents secteurs, ainsi qu'une équipe dédiée à l'UPJA (Unité Psychiatrique pour Jeunes Adultes).

À ce jour et après 7 ans d'exercice, nous sommes tous trois très satisfaits de pouvoir travailler au sein du Service d'Addictologie avec ce modèle de soins et de mesurer au quotidien l'impact bénéfique que cela a sur les patients. Nous avons pu créer des liens solides avec l'ensemble du réseau, et il est très agréable de constater que l'articulation entre les différents intervenants se fait de mieux en mieux.

Remerciements : A. Machado.

Contact : benedicte.virot@hcuge.ch

Références

1. Macchi M-F. Case management : un accompagnement de transition entre l'hôpital et la maison. *Diagonales* 2010 ; 75.
2. Bonsack P. et al. *Le case management de transition: une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique*. Département de psychiatrie du CHUV, Service de psychiatrie communautaire : Prilly, 2013.
3. Penzenstadler. L. et al. Advance Statements to Prevent Treatment Disengagement in Substance Use Disorders. *The Canadian Journal of Addiction* 2019 ; 10(4) : 10-18.
4. Penzenstadler L., Machado A., Thorens G., Zullino D. et Khazaal Y. Effects of case management intervention for patients with substance use disorder : a systematic review. *Frontiers in psychiatry* 2017 ; 8 : 51.

SOINS INFIRMIERS À ARGOS

Aline Iacoviello-Villard (Argos)

L'association Argos a récemment intégré le travail infirmier à son personnel. L'article nous présente la coordination par les soins à Argos et les questionnements qui l'accompagnent : comment faire le lien entre le psychiatrique et le somatique ? Entre la santé et le social ? Entre le professionnel et le communautaire ? (red.)

Argos est une association socio-éducative qui a vu le jour en 1978 à Genève. Elle a pour but la création et la gestion de dispositifs destinés à la prise en charge de personnes souffrant d'addiction. Elle dispose de deux structures résidentielles, d'un centre de jour et d'un pôle ateliers. Au fil du temps, les traitements prescrits aux bénéficiaires ont nettement augmenté : alors qu'ils étaient quasi inexistants à la création de l'association, ceux-ci ont pris une place de plus en plus importante, notamment avec l'arrivée des traitements agonistes opioïdes (TAO) ou encore d'une prescription plus large des traitements psychotropes en général.

Si les traitements prescrits ont évolué, le profil des bénéficiaires aussi. La plupart d'entre eux sont aujourd'hui des poly-consommateurs et nous remarquons une augmentation notable des personnes présentant des comorbidités psychiatriques associées à leur problématique d'addiction. La population accueillie vieillit, notamment grâce à l'approche de réduction des risques et nous voyons apparaître chez nos bénéficiaires des problèmes somatiques en lien avec ce vieillissement : pathologies pulmonaires, cardiaques, douleurs chroniques, diabète, mobilité réduite, etc.

Au vu de cette évolution, Argos a décidé de diversifier les profils métiers en son sein afin de répondre de la manière la plus satisfaisante possible aux besoins des bénéficiaires. Pour ce faire, un poste d'infirmière de liaison a été créé en 2013 et deux postes infirmiers en résidentiel ont été créés en 2017.

LE TRAVAIL INFIRMIER À ARGOS

L'arrivée de personnel soignant au sein d'Argos n'a pas remis en question le caractère socio-éducatif de l'association qui n'a jamais eu le souhait de proposer une approche uniquement médicale mais bien de permettre à nos bénéficiaires d'évoluer dans un environnement communautaire avec une approche socio-éducative. De plus, le taux horaire des infirmières ne permettant pas d'assurer une présence médicale 24h sur 24 dans les résidentiels, ces structures demeurent principalement sociales et se différencient ainsi grandement d'une unité de soins hospitalière.

Le travail infirmier au sein d'Argos ne se décline donc pas dans la réalisation de gestes médicaux-délégués mais dans un accompagnement de la personne dans son processus de rétablissement sur le plan de sa santé et par un travail de coordination de ses soins. Il se conjugue avec celui du travailleur social, en binôme.

L'infirmière qui pratique dans une structure socio-éducative doit donc faire preuve d'adaptation. Évoluant au sein d'équipes majoritairement issues du monde social, elle devra d'abord apprivoiser le langage et les pratiques propres au monde du travail social. Le défi étant ici la rencontre de deux approches métiers qui, si elles se comprennent et se respectent, vont permettre de proposer un accompagnement de plus grande qualité. Au quotidien, elle est sollicitée par ses collègues sur toutes questions qui touchent à la santé de la personne accueillie. Ces questions peuvent être extrêmement variées, en allant de la demande d'avis sur une plaie ou une pathologie jusqu'au rendez-vous médical en passant par les comportements et les traitements de la personne concernée. En milieu socio-éducatif, elle n'a pas les mêmes ressources qu'en milieu médicalisé (médicaments, matériel de soins, avis direct d'un médecin). Elle a donc la responsabilité d'évaluer et d'analyser la situation afin d'esquisser la réponse la plus adaptée au problème qui se pose. Pour cela, elle peut recourir à ses collègues infirmières, au médecin répondant ou au réseau médical de la personne et assurer ensuite la coordination des soins qui en résulte. Elle devient, en quelque sorte, garante du suivi médical du bénéficiaire, en collaboration avec la personne elle-même, les équipes éducatives, le médecin répondant de l'association et le réseau de soins extérieur.

LE BÉNÉFICIAIRE AU CENTRE DE SON RÉSEAU DE SOINS

Lorsqu'une personne s'adresse à Argos, elle est accueillie par un membre de l'équipe du centre de jour qui prend connaissance de sa demande et de son besoin. L'infirmière intervient dans un second temps lors d'un entretien afin d'évaluer la situation médicale du bénéficiaire en se renseignant sur ses antécédents, son réseau de soins, son traitement mais aussi sur ses objectifs de rétablissement. Si son réseau médical est existant, l'infirmière joue alors ce rôle de liaison entre les différents intervenants (médecin somaticien, psychiatre, pharmacies, unités hospitalières et ambulatoires) afin que le projet puisse être connu et partagé par tous. Il s'agit parfois aussi de réactiver un réseau que le bénéficiaire a pu mettre à distance ou alors d'en créer un nouveau.

Si la personne souhaite entrer en résidentiel, l'infirmière évalue alors la faisabilité d'un séjour en milieu socio-éducatif sur le plan de la santé : les problèmes somatiques sont-ils gérables par un personnel essentiellement spécialisé en travail social ? La problématique d'addiction dans laquelle se trouve la personne au moment de la demande nécessite-elle une hospitalisation en vue d'un sevrage ou d'une stabilisation de son traitement ? Est-ce que les troubles psychiatriques associés sont compatibles avec une vie en communauté ? Telles sont quelques-unes des questions auxquelles l'infirmière va tenter de répondre, avec l'aide de ses collègues et du réseau médical, afin de définir la meilleure orientation possible et les modalités d'une admission en résidentiel si celle-ci s'avère judicieuse et pertinente.

Tout ce travail d'évaluation se fait en concertation avec le bénéficiaire qui reste bien évidemment au centre de sa problématique, qui en est l'expert. L'infirmière cherche surtout à soutenir la personne dans sa démarche en maintenant ou en créant du lien entre les différents acteurs qui gravitent autour d'elle et en coordonnant les aspects pratiques liés à une entrée en résidentiel. En effet, pour les traitements par exemple, il est nécessaire de s'assurer que la personne ait bien une assurance maladie et que les coordonnées de celle-ci soient transmises à la pharmacie partenaire afin qu'un dossier puisse être ouvert. Puis, un contact sera pris avec le ou les médecins prescripteurs pour que ceux-ci puissent fournir une ordonnance et que, in fine, le bénéficiaire puisse avoir accès à sa médication dès son entrée dans la structure. Il en est de même lors des sorties de résidentiel. L'infirmière s'assure du maintien du lien entre les différents professionnels qui gravitent autour de la personne et de la continuité des soins.

Les infirmières jouent un rôle important d'information et de vulgarisation pour permettre aux équipes de se sentir le plus à l'aise

SOUTENIR LES ÉQUIPES SOCIO-ÉDUCATIVES

Les compétences métiers enrichies au sein de l'association permettent un regard croisé sur nos pratiques. La complémentarité de nos approches est devenue essentielle dans l'accompagnement quotidien de nos bénéficiaires. Elle nous permet de faire face à cette évolution complexe et constante de la prise en soins des personnes souffrants d'addiction dont les besoins ne relèvent plus essentiellement de la sphère médicale mais également de la sphère sociale. Par une approche différenciée, nous mutualisons nos compétences que nous mettons à disposition du bénéficiaire. Nous faisons le pari de l'interdisciplinarité pour répondre à ses besoins bio-psycho-sociaux.

Cependant, l'arrivée du médical dans le monde du social a demandé et nécessite encore un effort d'adaptation constant des équipes éducatives : il s'agit d'accepter les nouveaux traitements, d'en comprendre les effets mais aussi leurs utilités. Les infirmières jouent un rôle important d'information et de vulgarisation pour permettre aux équipes de se sentir le plus à l'aise possible face à

cette évolution. Elles se font aussi les traductrices d'un langage médical parfois complexe pour qui n'y a pas été initié. Le staff infirmier met également un accent sur la sensibilisation et la formation des équipes éducatives au champ de la santé et des traitements, tout en préservant l'identité professionnelle de celles-ci. L'objectif est de permettre au personnel sans formation médicale de travailler avec des personnes qui peuvent avoir des traitements conséquents ou présenter un état de santé altéré. Pour ce faire, les infirmières développent des outils spécifiques et une organisation propre de son « team santé ». Plusieurs exemples peuvent illustrer ceci : mise à jour hebdomadaire des feuilles de suivi de traitements permettant une bonne visibilité de la compliance à la prise de la médication, réalisation d'un document définissant la marche à suivre pour la surveillance d'une personne sous psychotropes en institution destiné au personnel non médical, dispensation du cours de réanimation de base (BLS-AED) pour tout le personnel, informations ciblées sur différentes pathologies en fonction des besoins (diabète, troubles psychiatriques), etc. De plus, le « team santé » s'est organisé pour être disponible et joignable tous les jours de la semaine afin de pouvoir répondre à des situations d'urgence. Finalement, et bien que travaillant dans des lieux différents, les infirmières assurent une transversalité des informations médicales pour chacun des bénéficiaires grâce à une réunion hebdomadaire et au recours d'outils informatiques.

LE BÉNÉFICIAIRE, SON TRAITEMENT, SES SOINS

Le séjour résidentiel s'inscrit très souvent à la suite d'une crise que traverse la personne : conflit avec les proches, perte de contrôle des consommations, précarisation de sa situation, perte de lien avec le réseau médico-social ou encore isolement social. Le résidentiel, par son aspect contenant et sécuritaire, permet au bénéficiaire une sortie de cette crise. Il va pouvoir se reposer, reprendre un rythme de vie satisfaisant, expérimenter un quotidien dans la communauté et porter son regard sur ses besoins liés à son rétablissement.

Il n'est pas rare que le résident présente une péjoration de sa santé tant psychique que physique à ce moment-là. Les rendez-vous extérieurs ne sont parfois plus honorés (psychiatres, médecins traitants…), certains soins sont remis à plus tard, tels que les soins dentaires ou le suivi gynécologique. Le corps est mis à mal par la crise dans laquelle se trouve la personne. Un immense travail pour recouvrer la santé est alors à entreprendre. L'infirmière peut définir avec le résident ses priorités, l'aider dans la prise de certains rendez-vous, l'accompagner à certaines consultations si cela semble nécessaire. Elle a la tâche, tout au long du séjour, d'évaluer la compliance aux traitements ainsi que les effets de ceux-ci et peut, grâce à une observation quotidienne du bénéficiaire que permet le contexte résidentiel, en rendre compte au médecin prescripteur. Son travail permet ainsi d'assurer la fluidité des informations entre le bénéficiaire, l'équipe socio-éducative et le réseau médical.

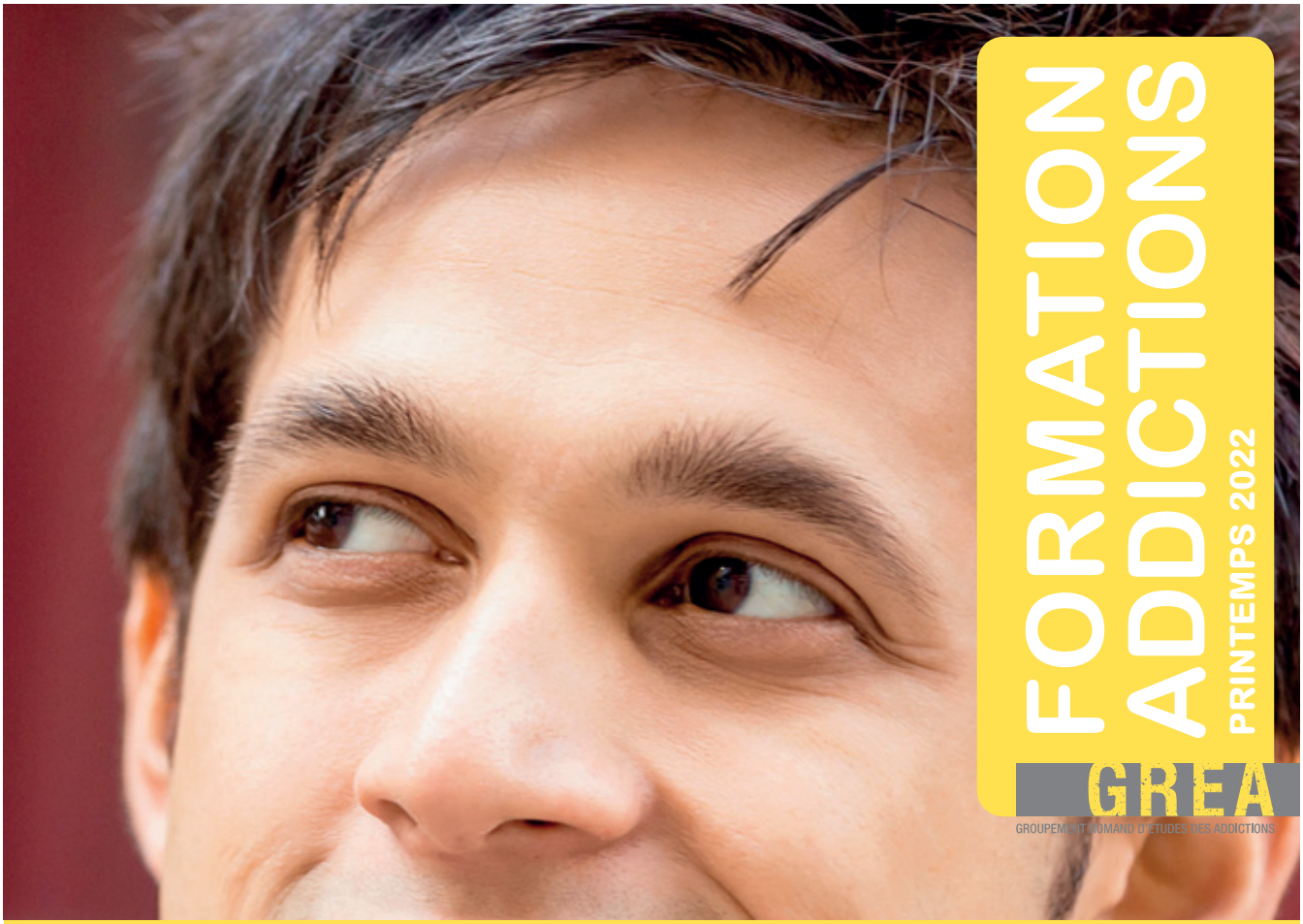
Le double regard croisé médical et social permet un ajustement rapide et efficient de certains traitements dans le processus de rétablissement et d'intégration sociale de la personne. Cette approche mixte vise un objectif, celui de permettre au bénéficiaire de prendre conscience de sa capacité à s'approprier son processus de soins global. Les compétences sociales qu'il recouvre lui redonnent le pouvoir d'appréhender son existence au plus près de ses besoins et de ses désirs, tout en diminuant le soutien d'une équipe médico-sociale jusqu'alors nécessaire.

CONCLUSION

Comme nous venons de le voir, le travail infirmier au sein d'une structure socio-éducative se situe au carrefour des différents champs de compétences nécessaires à la prise en charge d'une personne présentant des problèmes d'addiction. Il s'agit véritablement d'un travail de coordination et de mise en lien des différents acteurs.

C'est un travail qui demande une grande connaissance du réseau de soins, des compétences d'évaluation, d'analyse et d'écoute. Il est question d'être présent sans être au centre, d'accompagner, d'observer et de rendre compte, de soutenir, d'informer et de tisser des liens. Par son intervention, l'infirmière vise finalement un objectif : celui de faciliter et de rendre plus fluide le parcours de rétablissement de la personne pour lui permettre de retrouver confiance en sa capacité à prendre soin d'elle-même… sans nous.

Contact : aline.iacoviello@argos.ch



ENTRETIEN MOTIVATIONNEL NIVEAU I	24, 25, 26 janvier
PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE (MBRP)	16, 17, 18, 19 mars
INTRODUCTION À L'IGT/ASI	5 avril
ENTRETIEN MOTIVATIONNEL NIVEAU II	5, 6 mai
SANTÉ SEXUELLE ET ADDICTIONS	9 mai
FORMATION DE BASE EN ADDICTIONS	13, 20 mai et 3, 10, 17 juin
HISTOIRE DE VIE : UN OUTIL D'ÉVOLUTION DE LA PERSONNE EN SITUATION D'ADDICTION	13 juin

Info et inscriptions | **www.grea.ch** | 024 426 34 34

INTERVIEW

Interview de Jean-Christophe Mieville par Jean-Félix Savary (GREA)

Jean-Christophe Mieville est Infirmier Chef et Adjoint à la Direction des Soins du Département de Psychiatrie du CHUV.

Jean-Félix Savary : Quels sont les différents métiers en addictologie ?

Jean-Christophe Mieville : Actuellement il existe deux types de soignants qui s'inscrivent soit dans une approche plutôt spécialisée, soit dans une approche plus universelle. Dans le domaine des soignants spécialisés, les intervenants socio-éducatifs sont à la pointe de la spécialisation avec un accompagnement, des réponses sociales et éducatives. Les infirmiers ont, de mon point de vue, un regard plus large, plus universel car ils traitent de problématiques somatiques, psychiatriques et de dépendances. C'est surtout le cas en addictologie. Le champ d'action des infirmiers regroupe ces trois composants, ce qui crée une position de « *case manager* », avec un regard transversal : cela signifie que l'infirmier va contacter les spécialistes tels que des assistants sociaux, éducatrices et éducateurs, diététiciens, dermatologues, etc., pour des besoins spécifiques du patient. Le rôle d'un infirmier en addictologie est avant tout celui de liant, d'intégrateur et évidemment de collaborer avec le corps médical.

Les capacités d'empathie et d'accompagnement sont primordiales

On peut imager la situation suivante qui arrive fréquemment : le médecin prescrit une médication à un patient, or il s'avère que la personne la plus à même de suivre le patient à ce niveau reste l'infirmier car c'est ce dernier qui sera le mieux placé pour vérifier que les effets sont adéquats et qu'il n'y ait pas des contre-indications. L'infirmier est donc responsable d'une vision globale du soin et des répercussions que le patient pourrait avoir en termes de soins sanitaires. Ceci est d'autant plus vrai dans le domaine de l'addictologie où la prise en compte de l'environnement communautaire du patient est encore plus importante. En effet, il est nécessaire d'intégrer l'environnement du patient lorsqu'un soin lui est prodigué : un patient SDF ne sera pas abordé de la même manière qu'un patient qui peut se déplacer dans une polyclinique. C'est pourquoi il est important que la personne soit mise en condition pour accepter un soin. Les paramètres de sécurité (et inversement d'insécurité), de nourriture et de logement sont des besoins essentiels pour le patient : sans cela le soin ne peut avoir lieu ou être accepté.

Très souvent, il s'agira de mettre en place un accrochage : celui-ci peut différer avec chaque patient et peut requérir plusieurs mois avant de fonctionner. Il peut se réaliser par le biais d'autres relations que le soin au sens général du terme, comme aider la personne à trouver une place pour dormir dans une structure d'accueil de nuit pour les personnes sans abris ou à déménager. Ce sont ces types d'action qui fournissent un accrochage et qui permettent ensuite d'amener la sécurité nécessaire pour la mise en place de soins avec le patient. Le nombre de patients précarisés ayant significativement augmenté depuis quarante ans, notre profession a donc dû évoluer avec ce nouveau paradigme afin d'accueillir le patient dans sa réalité temporelle et spatiale.

Jean-Félix Savary : Quelles seraient les compétences spécifiques et nécessaires aux autres professions traitant de l'addictologie ?

Jean-Christophe Mieville : La capacité d'accueil non jugeante, la connaissance du réseau socio-sanitaire, les capacités d'empathie et d'accompagnement sont primordiales, aussi bien dans la psychiatrie, le soin communautaire, ou le soin en addictologie. L'autonomie du professionnel est une autre spécificité de ce domaine.

Jean-Félix Savary : Quel est le parcours pour devenir infirmier spécialisé dans les addictions ?

Jean-Christophe Mieville : La formation d'infirmier est généraliste et dure quatre ans. Cependant, une fois sur le marché du travail, la personne nouvellement diplômée se retrouve relativement démunie. Afin de pallier cette situation, des formations sont alors très souvent effectuées à l'interne. En effet, le savoir-être dans des situations particulières, comment se comporter avec l'autre, créer une relation avec le patient, ces différents points ne sont pas ou trop peu enseignés par les hautes écoles. A l'inverse, les formations spécialisées tels que les CAS en addictologie amènent une réelle plus-value théorique. Il est néanmoins évident que le manque d'expérience doit être compensé à travers le travail effectué avec les patients, les paires et les supervisions.

De nos jours, nous vivons plutôt une taylorisation du système de santé

À mon humble avis, les collègues qui se spécialisent plutôt en addictologie ou en santé communautaire sont intéressés par le défi de prendre en charge des patients généralement rejetés et stigmatisés, même par le système médical. De ce fait, ces soignants doivent se forger une identité professionnelle au contact de leur patient. Cette réalité professionnelle signifie également que les risques d'épuisement peuvent être conséquents pour celles et ceux qui se spécialisent auprès de ces populations.

Jean-Félix Savary : Quelles sont les futures compétences à acquérir ? Ne pourrait-il pas s'agir de réapprendre celles du passé ?

Jean-Christophe Mieville : Effectivement ! Mais pour ce faire il faut également permettre aux espaces tiers d'être nettement plus utilisés afin de pouvoir « récupérer ». Il faut avoir la capacité et la possibilité de remettre en question ce qu'on fait, d'accepter ses faiblesses et ses doutes. Ceci n'est pas évident car ces questionnements et ces erreurs ne répondent pas à la dynamique de la performance de la société actuelle. Sans oublier que l'échec dans la construction relationnelle avec le patient peut arriver, il faut pouvoir en discuter et bénéficier d'un regard tiers, d'une personne de confiance afin de pouvoir avancer et ne pas reproduire les mêmes erreurs. De nos jours, nous vivons plutôt une taylorisation du système de santé qui n'investit que peu la réflexion sur la relation entre soignant et soigné.

Jean-Félix Savary : Qu'en est-il du cursus de formation en addiction pour les infirmiers et infirmières ?

Jean-Christophe Mieville : Malheureusement le sujet de l'addiction, ainsi que celui des soins communautaires, sont encore très peu présents dans la formation de base des soins infirmiers. Ceci concerne un peu moins les éducateurs qui se déplacent régulièrement dans les foyers et qui peuvent plus discuter ces sujets.

Indéniablement, il existe une stigmatisation qui entoure cette thématique. Si l'on prend un patient « addict » en charge, on s'attend à ce que, durant une certaine période, on ait l'impression d'aller d'échec en échec. Cependant, ce qui pourrait être vécu comme tel peut également être interprété comme une phase de l'histoire du patient. La réalité en addictologie signifie souvent que les patients soient suivis pendant plusieurs années. Les résultats recherchés sont multiples, comme permettre d'emménager dans un logement ou accompagner la personne dans une consommation plus contrôlée et, par ce biais, faciliter ses relations sociales. Cette approche de réduction des risques est importante pour cette population de patients et ne correspond pas nécessairement au cursus de formation des nouveaux diplômés qui ont appris à soigner pour aller mieux au plus vite.

Le fait que l'addictologie et la psychiatrie soient souvent reliées répond à cette même logique. Si on parle de pathologies assez lourdes, comme la schizophrénie, l'évolution peut être perçue comme lente et épuiser plus rapidement les soignants.

Jean-Félix Savary : Quelle serait la spécificité du travail du soignant dans les addictions ?

Jean-Christophe Mieville : En premier lieu, l'infirmier a un rôle de liant au niveau du dispositif de soins grâce aux connaissances importantes des acteurs professionnels et des possibilités d'accompagnement, ainsi que cette capacité d'être en interaction avec d'autres acteurs qui peuvent être des personnes ressources pour les patients. L'infirmier peut, toujours avec l'accord du patient, interagir avec un proche qui n'est pas forcément de la famille mais identifié comme ressource, un voisin par exemple, et l'intégrer comme acteur du réseau. La même approche peut être réalisée avec une personne côtoyée régulièrement au café. Cette externalisation des soins oblige la création de liens avec la communauté. Cette manière de faire se retrouve aussi souvent dans le travail social.

Actuellement de nombreuses connaissances sont requises autant dans le domaine social (par exemple en ce qui concerne les assurances sociales qui fluctuent régulièrement) que dans le domaine infirmier (par exemple les nouveaux médicaments et les indications de posologie qui changent). En fin de compte, l'interdisciplinarité fait la richesse d'une intervention auprès d'un patient, avec d'une part les actions des spécialistes et d'autre part

la capacité de se mettre d'accord sur un projet commun. Travailler à plusieurs, échanger des manières de faire et de comprendre une situation, se demander si la priorité n'est pas plutôt au somatique, au psychiatrique ou au social… tout ceci permet de s'adapter à l'évolution du patient.

Jean-Félix Savary : Dans certaines structures, on peut observer des infirmiers réaliser un travail social. Comment cette profession interagit avec les autres métiers ?

Jean-Christophe Mieville : En effet, l'infirmier est un peu à la croisée des chemins avec son rôle de *case manager*. Dans tous les domaines de la santé, en plus de développer des compétences métiers, les soignants sont amenés à s'enrichir professionnellement en développant des approches spécifiques. En addictologie, les formations prisées sont souvent celles du Nada (auriculothérapie), l'approche centrée sur la personne, la relaxation, le mindfullness, les massages, etc. Par contre il faut faire attention à ne pas se surspécialiser au détriment de sa formation de base au risque d'en oublier le cahier des charges pour lequel on a été engagé ! Et cela surtout dans des structures très interdisciplinaires où la frontière entre les professions est perméable. Cela a même amené des situations ubuesques confrontant des institutions a faire appel à des CSR car leur assistant social n'avait plus les compétences métier requises, ce qui n'a aucun sens pour les soins et les coûts de la santé.

Cette externalisation des soins oblige la création de liens avec la communauté

Jean-Félix Savary : Quelles sont les relations avec les autres membres du corps médical que sont les psychologues et les médecins ?

Jean-Christophe Mieville : En ce qui concerne les psychologues, on peut différencier ceux qui œuvrent dans la recherche et les cliniciens. Pour ces derniers avec qui nous collaborons quotidiennement, leurs compétences s'exercent au niveau de l'approche psychothérapeutique en fonction de diverses écoles (systémique, analytique, cognitivo-comportementaliste) dans une dynamique individuelle ou de groupe mais aussi de travail sur la réduction des risques ou de l'approche motivationnelle. La collaboration avec le médecin est primordiale, car ce dernier a la responsabilité légale du patient. Ce n'est pas anodin car il s'agit de l'un des éléments qui modalise les relations entre les soignants et le corps médical et qui est déterminé par la direction des institutions. Si on prend l'exemple d'une structure uniquement médicale, cette dernière laisse, en général, peu d'autonomie aux soignants. Ce n'est pas le cas dans nos institutions actuelles où il y a trois pôles représentés dans les directions (médical, soignant et administratif) ce qui non seulement permet d'amener une plus-value sur le regard croisé du soin mais permet également de considérer chaque profession de manière horizontale.

Je connais des structures qui sont des institutions de formation qui comportent un nombre important de jeunes docteurs assistants. Les frictions peuvent exister à ce niveau car il y a des médecins, même des chefs de clinique, qui de facto étant en formation ont moins de compétences et d'expérience que des soignants qui sont à leurs postes depuis des années. Ces deux types de métier ont des statuts différents : le médecin est toujours en formation mais responsable légal de la prise en charge alors que le soignant est considéré comme formé. La direction des institutions doit être plus attentive sur les interactions entre les différents corps de métier.

Jean-Félix Savary : Y aurait-il d'autres exemples d'interdisciplinarité, entre autres à l'intérieur de l'hôpital ?

Jean-Christophe Mieville : Les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens sont aussi confrontés à ces patients, mais, comme pour beaucoup de monde, le peu de temps consacré à cette problématique dans les cursus HES peut les mettre en difficulté.

Jean-Félix Savary : Quels sont les défis auxquels s'attendre les prochaines années ?

Jean-Christophe Mieville : Actuellement nous sommes encore trop dans l'expectative que le patient vienne à nous. Premièrement, il s'agira d'amener les soins relatifs aux addictions dans la communauté, le travail de rue ainsi que chez le patient. On peut citer l'exemple du programme DAM (diacétylmorphine), qui avec l'arrivée du Covid a nécessité une réflexion sur la délivrance de ce traitement. En effet, lors de la première vague Covid, avec le semi-confinement, ce soin n'était dans la majorité des cas plus délivrable au sein de la policlinique, à cause du risque pour les patients de se déplacer en transport public car fragilisés somatiquement. Cette situation a nécessité une adaptation pour pouvoir le délivrer directement dans le lieu de vie de nos patients. Cette démarche a été très bien vécue par tous les acteurs et a passablement interrogé et bousculé les représentations des uns et des autres.

Le deuxième défi est d'impliquer la communauté professionnelle dans le soin. On peut prendre l'exemple du travail auprès des pharmacies afin de dédiaboliser les addictions et d'en faire des partenaires de soins. C'est aussi un travail pour les éducateurs, les assistants sociaux et les infirmiers d'accompagner les patients et de leur montrer que certains de leurs comportements peuvent être mal vécus et conduire à un rejet social. Il faut proposer un cadre où les acteurs de la communauté, considérés comme des partenaires, peuvent nous interpeller plus facilement. Tout cela sans oublier d'arriver à intéresser le monde au travail soignant, de revaloriser ces professions au risque que d'ici quelques années, notre système de soins soit en sous-effectif et complètement surchargé.

Jean-Félix Savary : Est-ce que cette profession est sujette à des défis d'élargissement des compétences ou aux coûts de prestation ?

Jean-Christophe Mieville : Pour répondre à cette question, je dirais que malheureusement les structures actuelles ne sont pas bien utilisées. L'itinéraire du patient n'est pas suivi adéquatement autant sur la durée que sur le nombre d'intervenants. Avec la superspécialisation de chaque intervenant, chacun ne s'occupe que d'une petite partie du patient. A mon avis, nous sommes confrontés à un problème de riche… Lorsqu'un médecin déclare qu'il ne s'occupe pas des problématiques d'addictologie, on peut se demander comment son patient peut se sentir compris ou tout du moins entendu. Le travail de liaison sert à répondre à ce type de défi en permettant aux soignants ou aux spécialistes de l'addictologie d'agir en tant que personnes ressources pour d'autres professions, afin de développer d'autres compétences.

Les patients addicts subissent encore souvent une certaine stigmatisation, car assimilés à des SDF, repris de justice, etc., ce qui peut être très remuant dans le cadre d'identification projective. Ce n'est donc pas un type de patient attrayant pour le médecin généraliste qui s'installe. C'est pourquoi il est nécessaire de soutenir ces partenaires professionnels à travers une intervention bifocale qui se compose, par exemple, d'un infirmier spécialiste en addictologie qui, en permettant de stabiliser la consommation du patient, soutient temporairement le médecin dans la prise en charge. Cependant la tendance actuelle est plutôt de s'engager rapidement avant de faire un bilan de la situation, ce qui court-circuite les autres dispositifs qui seraient probablement mieux adaptés.

Les patients addicts subissent encore souvent une certaine stigmatisation

Jean-Félix Savary : Quel serait le rôle de la profession d'infirmier dans la politique addiction ?

Jean-Christophe Mieville : Mon espoir est que les infirmiers puissent développer leurs compétences dans les soins communautaires, sortir de nos murs, mettre en place des partenariats avec des médecins et des psychiatres installés ainsi qu'avec d'autres institutions par un travail de liaison. Les infirmiers accompagnent et soutiennent les patients lors de transitions dans leur parcours. Il peut s'agir de fournir de l'aide à la sortie de l'hôpital et de permettre un retour réussi au domicile. Cela signifie surtout de créer des liens avec d'autres structures mais également avec d'autres partenaires tels que la pharmacie, les services sociaux, la police, etc. Le suivi des soins en dehors des institutions me semble également primordial.

Il s'agit également de sécuriser les collaboratrices et collaborateurs lorsque leurs patients sont désinhibés, de réaliser des diagnostics différentiels, d'avoir la capacité

de comprendre les éventuelles interactions médicamenteuses, de donner des renseignements permettant de sécuriser au mieux l'intervention, etc.

En ce qui concerne les écueils, ils sont surtout d'ordre économique. L'infirmier indépendant, qui n'est donc pas salarié d'une institution, aura beaucoup de difficultés à œuvrer dans cette dynamique. Un changement de mentalité est toujours nécessaire pour intégrer ce nouvel acteur dans le champ du soin communautaire.

Un autre aspect est celui de la prévention dans la communauté. L'infirmier, comme les autres soignants, doit non seulement avoir une action de soin préventif auprès des patients (échange de matériel, hygiène, sensibilisation aux méthodes contraceptives, etc.) mais également faire de l'éducation dans la société au travers d'interventions sur les lieux de formation, les écoles, etc.

Enfin, un autre défi consiste à défendre le paradigme concernant certains médicaments prescrits, tel que la diacétylmorphine qui est un outil thérapeutique, un médicament comme n'importe quel autre pour autant qu'il soit utilisé dans un cadre de prise en charge. Cela permettra aussi d'aider à la compréhension que derrière un patient dépendant, il y a une personne avec une maladie, qui comme avec n'importe quelle autre maladie, vit des contraintes et des difficultés. Mais que cette personne a également des ressources, une vie sociale, professionnelle, amicale, amoureuse : à nous de travailler avec la complexité de l'ensemble de ces facteurs.

Jean-Félix Savary : Merci infiniment.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössische Zollverwaltung EZV
Administration fédérale des douanes AFD
Amministrazione federale delle dogane AFD
Federal Customs Administration FCA

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

CDK S

Enjeux et défis de la prévention comportementale

Rencontre intercantonale latine (RIL)

Le 5 avril 2022 de 13h15 à 17h00
Hôtel Alpha-Palmiers Lausanne

La manifestation est gratuite, sur inscription. Plus d'infos dès janvier 2022 sur le site du GREA, www.grea.ch.

L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE À L'ÉPREUVE DES ADDICTIONS

Nicolas Joost et Carine Maillard (Fondation de Nant)

Le modèle psychodynamique de la fondation de Nant offre un univers thérapeutique spécifique qui donne une place prépondérante à la personne et à son histoire. Les soins y occupent une place centrale, dont les différents aspects sont discutés ci-dessous.

L'histoire de la Fondation de Nant débute dans les années 40. Une famille de la Riviera vaudoise, qui faisait partie des assemblées dissidentes de l'Église réformée, a œuvré dans l'accueil des personnes atteintes dans leur santé mentale en leur offrant gîte, nourriture et soins. Ce mouvement allait totalement à l'encontre de ce qui existait en Europe à cette époque où la « folie » et la précarité étaient plutôt mises à l'écart de la société d'une manière ou d'une autre. « Être un interlocuteur » pour ces malades fut le point de départ de cette aventure humaine.

L'approche psychodynamique, découlant de cette histoire institutionnelle, permet aux soignants de mieux appréhender le lien qu'ils peuvent créer avec leurs patients, de manière bienveillante, en étant présents à leur côté, ni trop, ni trop peu. Un lien significatif qui peut leur permettre souvent de s'inscrire durablement sur le chemin du rétablissement psychique et addictologique. Cette conception du soin nous aide également à prendre du recul sur les événements et les comportements qui jalonnent une prise en charge. Les infirmiers doivent « survivre » au lien qui peut parfois être mis à mal par cette destructivité habitant ces personnes souvent hantées par de lointains traumatismes.

> « Un des écueils de la prise en charge des patients addictés est la crainte de s'engager dans une relation transférentielle, dont ils sentent bien qu'ils pourraient devenir dépendants. Contrairement à une idée rependue, ces patients ne recherchent pas la dépendance mais au contraire, ils la fuient comme un danger, l'autre étant soit susceptible d'abandonner tôt ou tard, soit potentiellement empiétant »[1].

VIGNETTE CLINIQUE

Septembre 2012, je rencontre pour la première fois Océane, lors de sa première hospitalisation en milieu psychiatrique. A cette époque la patiente se trouve dans une grande souffrance psychique, ses consommations se limitent à du THC pris occasionnellement. Elle est admise pour son état dépressif et des angoisses importantes, avec des scarifications, idées suicidaires, impulsivité. Par la suite, Océane va sombrer dans la consommation de cocaïne, héroïne et drogues de synthèse. Il faudra quelques années chaotiques marquées par plusieurs hospitalisations en urgence et de longues traversées du désert avant qu'Océane adhère à un traitement psychiatrique puis addictologique. Désespérée, Océane n'a dès lors que la substance qui est assez puissante pour calmer sa souffrance et ses angoisses. Elle se met fortement en danger avec les injections et de multiples tentatives de suicide. Elle se montre peu compliante au suivi médical et ne fait confiance qu'à un infirmier qui assure une fragile continuité des soins entre les hospitalisations. La confiance s'installant, ce dernier parvient à l'amener en soin à l'unité de traitement des addictions. C'est à ce moment que je retrouve Océane en suivi infirmier, trois ans après notre première rencontre. Toujours peu compliante au suivi médical, les soins sont maintenus par les infirmiers, probablement moins menaçants pour elle. Le temps aidant, la confiance s'installe et l'alliance thérapeutique se consolide. Elle n'est pas réhospitalisée et parvient à maintenir une abstinence. Nous sommes deux infirmiers à assurer son suivi, se composant d'entretiens et d'approches corporelles. Océane commence à prendre plaisir à parler et surtout à prendre soin d'elle. Elle se montre moins réfractaire à rencontrer nos collègues médecins et la prise en charge s'étoffe avec des

entretiens médico-infirmiers. Septembre 2021, les années sombres sont derrière et la destructivité a fait place à plus de sérénité et de confiance en la vie. Océane est stable et se reconstruit pas à pas. Neufs ans après cette première rencontre l'aventure se poursuit et le lien est toujours aussi fort.

LA RENCONTRE

Selon Dr Olivenstein, « la toxicomanie est la rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment culturel »[2]. L'enjeu, certes fragile, est de créer une nouvelle rencontre. Une rencontre entre deux personnes qui vont construire un lien significatif. La qualité de cette relation va permettre au patient de trouver un contrepoids au produit.

Le premier contact est déterminant pour initier ce lien de confiance. L'infirmière qui a accueilli Océane à l'UTA avait été sa référente trois années auparavant lors de son hospitalisation à Nant. Ce lien ainsi retrouvé a ouvert le chemin pour le reste de sa prise en charge. Océane a senti que nous étions désireux d'initier cette nouvelle rencontre et de lui offrir un accompagnement personnalisé.

Au travers de multiples balades accompagnées, d'entretiens infirmiers, d'échanges informels et des massages, nous avons pris le temps d'apprendre à la connaitre et comprendre son histoire. Il s'agissait de voir la personne entière avec ses ressources. Océane a senti que nous étions là pour elle, peu importe sa souffrance, son attitude, sa destructivité, elle pouvait s'appuyer sur nous.

Dans les moments de crise et de décompensation, il s'agit pour le soignant d'être suffisamment tranquille afin d'accompagner au mieux le patient. Nous nous appuyons alors sur les fonctions du milieu[3] afin de prodiguer des soins adaptés et avoir une posture rassurante et contenante pour le patient. « Une souffrance est comprise quand elle est contenue », écrit Gunderson en 1978[4]. Les patients expriment souvent leur mal-être au travers de leurs actes (violence, frustration, colère, menaces suicidaires). Face à ces mouvements de destructivité, le soignant doit savoir contenir et souvent se contenir. Il est nécessaire de ne pas répondre en miroir aux patients qui n'ont pas cette capacité de contenance. Il faut sortir de « l'action-réaction » en évitant de multiplier les changements de médication, de cadre, de prestations sociales etc. pour « soigner » nos propres sentiments d'inquiétude et d'impuissance que ces patients réveillent si facilement en nous.

Pour Océane, il a été nécessaire de poser un cadre et de mettre des limites pour lui offrir un environnement de soin rassurant et faire l'expérience d'une relation sécurisante. Malgré de nombreux rendez-vous manqués, des retards, des moments d'agressivité, nous sommes restés disponibles. Nous étions là pour elle, nous ne l'avons pas abandonnée. Nous l'avons accueillie sans jugement, de manière bienveillante et là où elle en était dans son histoire et dans son processus de soin. Mais le soin s'est aussi fait au travers d'une posture cadrante : savoir dire non, oser se fâcher, mettre les limites face à ses mouvements autodestructifs, etc.

Lorsque les angoisses, la tristesse, la colère, la frustration étaient trop présentes, que le dialogue n'était plus possible, nous avons également approché Océane par le corps. Des massages une fois par semaine l'ont aidée à se mobiliser et à se structurer mais aussi à se sentir validée et soutenue dans ses périodes de mal-être. La confiance s'en est alors encore renforcée. Il s'agissait d'être là pour elle quoiqu'il se passe, qu'elle sente qu'elle pouvait s'appuyer sur nous. Une simple présence, un regard bienveillant, une main rassurante, un sourire sincère et empathique ; le holding. Cet accompagnement fiable et structuré est très souvent une expérience nouvelle pour ces patients que la vie n'a pas épargnés. Océane a pu vivre cette expérience avec nous. Cette attitude, cette posture soignante, se basant sur l'approche psychanalytique, a permis la création de l'alliance thérapeutique et la réussite de cette prise en charge. L'approche psychanalytique demande aux soignants cette implication émotionnelle mais qui est ô combien nécessaire pour favoriser l'accroche en soins.

> « Même s'ils ne guérissent pas, ils nous sont reconnaissants de les voir tels qu'ils sont, ce qui nous procure une profonde satisfaction »[5].

À l'UTA, chaque patient a un infirmier et un thérapeute référent, qu'il soit médecin psychiatre ou psychologue. Le rôle de l'infirmier est essentiel puisque c'est lui qui accompagnera le patient tout au long de sa prise en charge ; en effet, les médecins suivent leur cursus de formation et ne restent en place qu'une année, deux dans le meilleur des cas.

Le soin psychique n'est pas qu'une question de relation directe avec le patient. Il est bien évident que c'est à travers ce lien que va pouvoir se créer une alliance thérapeutique, mais cette dernière ne justifiera pas le soin à elle seule. Dans notre unité, les prises en charge peuvent être très différentes les unes des autres avec des temporalités diverses, allant de quelques semaines à plusieurs années. Des patients sont en traitement depuis l'année de l'ouverture de l'unité soit 1998. Il convient donc aux soignants de s'adapter à la réalité et aux besoins des patients pour rester thérapeutiques. Les soignants sont le fil rouge, les garants du projet de soins. Aux infirmiers d'être autonomes, créatifs, innovants dans les prestations qu'ils ont à proposer.

En tenant compte du contexte et de la fragilité psychique des patients, plusieurs approches de soins existent : entretiens individuels, massages, relaxation, acupuncture auriculaire, balades, cafés thérapeutiques, visites à domicile ou encore soins somatiques. Tous ces soins

proposés permettent aux soignants de rencontrer leurs patients dans des espaces différents et peuvent ainsi renforcer le lien thérapeutique.

> « L'adaptation du soignant aux besoins du patient doit suivre pas à pas ses transformations psychiques »[6].

Le manque de confiance en eux mais également en ceux qui les entourent sont des éléments qui se retrouvent dans bon nombre d'histoire de vie. Le soignant doit avoir la capacité d'aller à la rencontre du patient, de son histoire singulière quelle qu'elle soit. Il doit faire preuve d'empathie tout en prenant un certain recul sur les événements pour ne pas être envahi par la problématique du patient.

Dans une prise en charge d'une certaine durée, le risque existe que patient et soignant s'enlisent dans une relation où le sens thérapeutique se perd s'il n'est pas régulièrement questionné. Le travail de réflexion, d'élaboration garantit la pertinence du projet thérapeutique et du soin. Les espaces de colloques, de synthèses, de supervisions sont des outils importants pour essayer de prendre du recul sur ces situations, de mieux comprendre les écueils de la relation et mettre du sens sur la place que peut prendre le produit dans l'économie psychique des patients.

LE « FAIRE-ENSEMBLE »

A l'UTA, nous croyons fort au modèle de soins ancré dans notre institution depuis sa création ; un modèle humaniste, basé sur l'autonomie de la fonction infirmière que ce soit dans sa réflexivité ou dans la réalisation des soins. La clinique addictologique où pulsion de vie et pulsion de mort se côtoient, est tellement complexe qu'il est important de mettre du sens sur ce que nous faisons, de mettre du sens sur nos actes et nos mots.

> « Ce que cherche avant tout la personne addictée c'est, consciemment, la quête du plaisir et non pas le désir de se faire du mal »[7].

Dans un premier temps en tout cas, le plus important dans l'accompagnement de ces personnes fragilisées par leur histoire c'est de prendre plaisir à les accueillir et les écouter et d'être à leur côté à un instant de leur existence où elles prennent la décision d'entrer en soins et de se laisser aider. Dans un cadre thérapeutique « ferme et bienveillant à la fois »[8], nous devons adapter nos propositions thérapeutiques au rythme de nos patients. Ce qui compte, c'est d'être là, avec eux, le temps qu'il faut à l'atteinte de leur objectif, au gré des pérégrinations de la prise en charge.

Toutes les approches thérapeutiques actuelles ont le même but qui est celui d'offrir une palette d'offres la plus complète et la mieux adaptée possible. Nous nous nourrissons de ces différences, de ces choix multiples qui s'offrent à nos patients et à nous-mêmes. A nous d'en faire quelque chose et d'être suffisamment créatifs et innovants.

Contact : nicolas.joost@nant.ch ;
carine.maillard@nant.ch

Références

1. Audibert C. Préface. In : Ferenczi S. (ed). *Sur les addictions*. Paris : Petite Bibliothèque de Payot, 2008.
2. Olivenstein C. *La drogue ou la vie*. Paris : Robert Laffont, 1983, p. 265-273.
3. Gunderson J. Defining the therapeutic process in psychiatric milieu. *Psychiatry* 1978; 41: 327-335.
4. Bion W. *Aux sources de l'expérience*. Paris : puf, 1979.
5. Winnicott DW. *Jeu et réalité*. Paris : Éditions Gallimard, 1975.
6. Ferenczi S. *Sur les addictions*. Paris : Petite Bibliothèque de Payot, 2008.
7. McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse* 2004 ; 68 : 511-527.
8. Racamier P-C. *L'esprit des soins. Le cadre*. Paris : Éditions du Collège, 2002.

LA RDR EN RÉSIDENTIEL : TRAVAILLEUR SOCIAL ET SOIGNANT, QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ?

Juliette François et Valentin Chatagny (Le Tremplin)

Les soins en résidentiel s'intègrent dans des équipes multidisciplinaires, souvent à domination sociale. Les soignants du Parcours horizon, qui s'inscrit dans la philosophie du rétablissement, nous livrent ici leur perspective sur l'hybridation de leur métier, au contact de leurs collègues (red.).

La fondation Le Tremplin est une institution fribourgeoise de réinsertion socioprofessionnelle pour personnes en situation d'addictions, de difficultés psychiques et/ou en grande précarité sociale. Le Parcours Horizon, qui est le centre résidentiel de la Fondation Le Tremplin, accueille douze personnes à Pensier dans la campagne fribourgeoise. Il offre également trois places dites externes dans différents appartements situés à Fribourg et Pensier même. La fonction de ses logements est de permettre une réinsertion progressive.

Depuis 2016, le modèle d'accompagnement proposé au Parcours Horizon s'est transformé en vue d'être mieux adapté aux besoins des personnes accueillies. Les préceptes et le cadre thérapeutique s'avérant pour trop rigides, un nouveau modèle a été développé, basé sur le concept de rétablissement. Cette philosophie d'intervention porte une attention toute particulière à des valeurs telles que la citoyenneté, l'espoir, la responsabilité, l'équité, avec la volonté d'offrir un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins[1]. La question de l'abstinence n'est plus au cœur de l'accompagnement. L'accent est dès lors mis avec la même intensité sur l'accompagnement et le sens de la consommation, la réinsertion socioprofessionnelle, le renforcement des liens avec leurs proches et la gestion du temps libre. La quête du sens et de la responsabilité engagée en vue de l'amélioration de la qualité de vie devient ainsi élémentaire. Dès lors, le Parcours Horizon vit un changement de paradigme. La personne accueillie est l'initiatrice du processus de rétablissement et l'accompagnant est un facilitateur de la transformation[2].

La présence infirmière au sein de l'équipe du Parcours Horizon a permis une amélioration de la communucation avec le secteur médical

En parallèle, l'équipe a observé l'émergence de situations présentant une complexité de plus en plus importante. En effet, les personnes accueillies nécessitent un accompagnement orienté vers la santé physique, la santé mentale et une amélioration de la situation sociale. Dans les faits, cela se manifeste par l'émergence de diagnostics psychiatriques, une complexification de la médication et une approche plus systémique de la situation sociale des personnes accueillies.

QUELS APPORTS ?

Pour faire face à ces situations, l'équipe dirigeante a recruté un premier infirmier à l'automne 2016 avant l'engagement d'une deuxième infirmière en juin 2021. À ce jour, l'équipe est actuellement constituée de 2 infirmier·ère·s, de 4 éducateurs·trices et 3 maîtres·ses socio-professionnel·le·s. Les compétences spécifiques de soignant ont amené une plus-value à l'accompagnement proposé aux résidants du Parcours Horizon. La présence infirmière au sein de l'équipe du Parcours Horizon a permis une amélioration de la communication avec le secteur médical. Ce dernier trouvait dès lors un interlocuteur ayant un langage commun et des compétences professionnelles assurant une plus grande crédibilité et une meilleure écoute de la part des autres professionnels de la santé. Pour illustrer ce propos, nous prendrons l'exemple d'une hospitalisation en urgence suite à une consommation excessive de

psychotropes. La présence de personnel infirmer s'est avérée être un réel facilitateur dans la prise en soins de l'intéressé aux urgences. Il a pu ainsi accompagner le résident dans sa requête de soins, par sa position de porte-parole en transmettant des informations issues d'observations, de surveillances et d'actes pour lesquels il a été spécifiquement formé. Sa présence permet également de diminuer, voire éviter la stigmatisation à laquelle les personnes en situation d'addictions font encore malheureusement trop souvent face.

De plus, les connaissances de la symptomatologie des pathologies psychiatriques ainsi que de la pharmacopée se sont avérées être un plus pour une vision plus complète de la situation. En effet, il nous semble primordial d'envisager la personne comme un ensemble et non uniquement à travers le prisme de l'addiction. Certains symptômes ou traitements peuvent empêcher momentanément la personne concernée d'atteindre ses buts. La prise en compte de tous ces facteurs permet une élaboration plus adaptée de ses objectifs. La présence d'infirmier au sein d'une structure résidentielle permet également de prodiguer des soins plus techniques, tels que des injections, lorsque la situation le requiert (traitement dépôt de neuroleptique, par exemple), et ceci dans une volonté de respecter les besoins de la personne accueillie. Enfin, l'évaluation du potentiel suicidaire fait partie de la formation des infirmiers et permet, si l'occasion devait se présenter, de soutenir les personnes accueillies, au moyen d'outils spécifiques et adaptés à la situation afin de garantir sa propre sécurité.

L'anticipation d'une péjoration de l'état psychique et la mise à disposition d'outils permettant d'atténuer voire éviter une crise future fait partie des concepts du rétablissement

Un autre aspect à souligner, en évitant d'éventuels clichés opposants le monde médical à celui du travail social, implique la question de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Là où le soignant anticipe une éventuelle consommation par exemple, le travailleur social tend à valoriser l'état de santé actuel et pourrait sembler occulter une péjoration de la symptomatologie psychiatrique. De ce fait, le soignant pourrait passer pour quelqu'un de pessimiste en étant attentif au risque réel, lié à la pathologie psychiatrique. Alors que dans le même temps, le travailleur social valorise, renforce la notion de santé actuelle et encourage ainsi son maintien. Ce point semble, à nos yeux, l'expression même d'un accompagnement complémentaire pluridisciplinaire. Il faut noter que l'anticipation d'une péjoration de l'état psychique et la mise à disposition d'outils permettant d'atténuer voire éviter une crise future fait partie des concepts du rétablissement. Ainsi, l'élaboration récente du plan de crise conjoint, un outil fréquemment utilisé par les soignants, permet aux personnes accueillies au sein du Parcours Horizon de faire valoir leur droit à l'autodétermination[3]. Cet outil est à la fois un moyen d'*empowerment* et un facilitateur de la communication avec le réseau des bénéficiaires et en particulier les réseaux médicaux du canton. Soulignons que les regards experts des travailleurs sociaux permettent de ne pas tomber dans le piège de la psychiatrisation de la relation. Le dialogue qui s'installe entre les travailleurs sociaux et les infirmiers permet de maintenir la personne accueillie au centre de la réflexion et de la valoriser pleinement et dans toute son intégrité.

Enfin, la présence d'infirmiers au sein du Parcours Horizon permet également l'accueil d'étudiants en soins infirmiers. Ce point permet à notre établissement de participer activement à la formation des futurs soignants et d'inscrire notre modèle d'accompagnement comme faisant intégralement partie de la politique mise en place dans le domaine des addictions en Suisse. De notre point de vue, familiariser les futurs professionnels à l'approche de la réduction des risques en résidentiel, comme au modèle de rétablissement, ne peut que faciliter l'accompagnement des personnes en situation d'addiction, dont les situations sont particulières et complexes, et ainsi réduire les potentiels stigmatisations des personnes concernées.

RÉDUCTION DES RISQUES : OÙ EST LE SOIN ?

Le fait de proposer un accompagnement adapté aux besoins de chaque personne accueillie implique de l'accompagner dans ses consommations de psychotropes en assumant le risque avec elle. Au lieu que la personne cache ses consommations dans sa chambre ou à l'extérieur, l'équipe accepte la personne dans son entier et

accueille ce qui fait partie de ses difficultés avec bienveillance. Le phénomène de drop-out a pratiquement disparu. Les consommations diminuent, voire cessent. Il ne s'agit pas d'être laxiste, mais bien d'appréhender ensemble et sans hypocrisie les composantes de la situation de la personne. Afin de réduire au maximum les risques, l'équipe dans son ensemble offre un cadre sécurisé en proposant du matériel stérile de consommation, un regard critique et constructif sur les pratiques de l'intéressé ainsi qu'une assistance à personne potentiellement en danger. Cet aspect du travail peut, chez l'infirmier, créer une forme de tension entre deux concepts fondamentaux dans les soins, qui sont le respect de l'autonomie et des besoins de la personne et le devoir de protéger la vie. Cette dimension du travail demande au soignant de questionner sa posture et de clarifier la notion de responsabilité qui l'engage, qui est différente et complémentaire à la responsabilité engagée par la personne accueillie.

L'idée même d'accompagner une personne dans la prise de psychotropes peut perturber les représentations premières de la profession d'infirmier. La notion initiale du mot *care* telle qu'enseignée peut sembler malmenée. Toutefois, l'expérience faite au sein du Parcours Horizon nous a montré que la réduction des risques offre un cadre sécurisé. Plus encore, il aide à instaurer la confiance, la parole et l'échange. La notion de citoyenneté entre en ligne de compte et permet de prendre soin de manière extrêmement concrète sans abandonner la notion de santé, tout en s'adaptant précisément aux difficultés et aux ressources de la personne. L'équipe assume et reconnaît ainsi l'expertise des bénéficiaires.

La présence de personnel soignant en milieu résidentiel offre donc un regard aiguisé sur les aspects concrets de la consommation, tels que les risques somatiques (abcès, surdose, interactions médicamenteuses, etc.) ainsi que les risques psychiatriques. De ce fait, des mesures préventives ont pu être mises en place, ce qui permet de minimiser les risques et offrir un espace d'apprentissage pour chacun.

À BAS LA BLOUSE !

Afin d'accompagner au plus proche une personne dans sa consommation de psychotropes, une posture professionnelle adaptée est nécessaire, afin d'offrir un accompagnement exempt de jugement et un accueil inconditionnel. Nos expériences professionnelles antérieures nous amenaient à nous positionner de manière asymétrique face à la personne accueillie. Les patients attendaient monts et merveilles du personnel soignant ; ce qui avait parfois l'effet non désiré de nous mettre en position supérieure. L'approche mise en place au Parcours Horizon a impliqué une révision totale de ces préceptes académiques. L'arrêt du port de la blouse, l'absence de processus standardisé pour chacun·e, d'anamnèse systématique à l'admission et d'entretiens uniquement formels et planifiés sont autant de changements qui peuvent perturber et paraître inconfortables après une expérience professionnelle dans le milieu hospitalier, mais qui offrent maintes possibilités, dont une capacité d'embrasser l'imprévu et un climat d'équité et de confiance. Ces changements permettent aussi à l'infirmier de se distancer de son rôle de garant du savoir concernant le concept de santé et de se positionner en tant que facilitateur du processus de rétablissement engagé par la personne accueillie. Cette dynamique implique en effet chez le soignant de repenser son rôle et de questionner sa façon d'accompagner une personne en assurant sa sécurité, tout en respectant son libre arbitre. La relation se construit de manière horizontale. Cette étape peut être déstabilisante pour le soignant qui est issu d'une culture professionnelle dans laquelle la distribution des rôles, de la hiérarchie, des responsabilités ainsi que les protocoles de soins sont souvent très clairement définis.

À la question de savoir si le travailleur social et le soignant mènent un travail similaire, nous serions tentés de répondre par oui et non. Oui ! Cette formule, jugée gagnante par l'institution, enrichit au quotidien les différentes identités professionnelles. Il y a de nombreuses compétences transverses partagées par les travailleurs sociaux et les soignants au sein du Parcours Horizon. Et non, s'il s'agit bien d'un même engagement, les compétences ne sont pas les mêmes. Le soignant conserve ainsi une activité spécifique, qui s'apparente au rôle de médiologue, concept mis en avant par M. Nadot[4] et qui situe le travail infirmier à l'intersection entre la personne soignée, l'institution (considérée comme environnement et partenaire au sein de réseaux) et le corps médical. Travailler en tant qu'infirmier au Parcours Horizon permet justement d'investir cette place toute spécifique et créative.

Contacts : jfrancois@tremplin.ch
vchatagny@tremplin.ch

Références

1. Huguelet P. Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2007 : 158.
2. Deegan P. Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation, 2001, p. 7.
3. Pro Mente Sana. Recovery – Vers le rétablissement. Maladies psychiques. Genève, 2011, p.4.
4. Nadot, M. Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline. In : Perspective soignante (13). Paris : Seli Arslan, 2002 : 29-86.

ADDICTION | SUISSE

PROCHE D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE?

Nouvelle plateforme multilingue pour les proches avec conseils pratiques, vidéos explicatives et informations sur les offres régionales.

Demandez et trouvez de l'aide

PROCHES-ET-ADDICTION.CH

LE PARTENARIAT DE SOINS DANS LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'HÉROÏNE

Loïc Menneret (Service de médecine des addictions, CHUV)

La prescription médicale d'héroïne – diacétylmorphine (DAM) – peut parfois susciter de nombreuses interrogations, fausses croyanes ou inquiétudes. Dans ce cadre, un partenariat fort entre le soigné et les soignants est à co-construire. En partant de l'exemple du poète et artiste français Jean Cocteau, l'auteur nous invite à explorer l'utilité d'un traitement DAM ainsi que les différents paramètres du partanariat qui se crée dans ce cadre.

En 1927, Jean Cocteau est condamné en France pour « infraction aux lois sur les substances vénéneuses ». Il entrera à la clinique Saint-Cloud, près de Paris, pour entamer un long sevrage. C'est durant cette cure qu'il écrit et dessine sa vie en désintoxication. Publié sous le titre d'*Opium*, son livre révèle ses pensées et ses réflexions autour de la substance, de la cure, des médecins et des soignants qui l'accompagnent dans ce sevrage. Loin d'être un pamphlet anti-drogue, Cocteau y amène, subtilement et avec l'agilité intellectuelle qui est la sienne, une réflexion profonde sur ce qu'il vit en tant qu'opiophile et à travers lui ce que vivent certains patients qui ne « souffrent pas d'addiction », mais d'une cure qui ne leur correspond pas. Pour tous ceux qui auraient du mal à comprendre à qui et à quoi peut servir un programme de prescription de la diacétylmorphine (DAM, forme pharmaceutique de l'héroïne), lire cet ouvrage est éclairant aujourd'hui encore. Son livre commence ainsi :

> « J'écris ces lignes après douze jours et douze nuits sans sommeil. Je laisse au dessin la besogne d'exprimer les tortures que l'impuissance médicale inflige à ceux qui chassent un remède en train de devenir despote. »[1]

C'est le premier point dont il convient de parler. À quoi sert un programme de prescription de la DAM ? Il ne s'agit pas de refaire tout l'historique ni de reprendre tout l'argumentaire scientifique facilement accessible, mais plutôt de se pencher sur son utilité pour les patients qui en bénéficient. Si on se réfère au rapport d'Addiction Suisse sur les traitement de diacétylmorphine[2], on observe un nombre assez constant – entre 1500 et 1700 – de personnes au bénéfice d'une prescription de DAM en Suisse. La stabilité de ces traitements est en moyenne de 5 à 6 ans et demeure constante depuis plusieurs années. Ce rapport démontre également que la fin du traitement est majoritairement prévue, que ce soit dans le cadre d'un transfert vers une autre thérapie, une autre institution, ou non. Cela induit qu'un travail de partenariat soit instauré au fur et à mesure de la prise en charge. Il est vrai que par son suivi intensif et son cadre, l'alliance entre soignant et soigné est l'une des pierres angulaires du succès de cette prise en charge. C'est sous cet angle que je souhaite aborder le travail des soignants et explorer la question de leur rôle essentiel dans ce processus, en utilisant le cas Jean Cocteau comme illustration.

> « Naturellement l'opium reste unique et son euphorie supérieure à celle de la santé. Je lui dois mes heures parfaites. Il est dommage qu'au lieu de perfectionner la désintoxication, la médecine n'essaye pas de rendre l'opium inoffensif. »[3]

LA THÉRAPIE DAM, UN PARTENARIAT SOIGNANT-SOIGNÉ

Pourquoi indiquer un patient vers une thérapie par traitement de diacétylmorphine ? Cocteau le résume assez bien dans sa phrase. Parfois ce qui convient le mieux au patient n'est pas de se défaire de la substance, mais de pouvoir bénéficier de ses bienfaits en toute sécurité. La diacétylmorphine (DAM), pharmakon par excellence, a cette double vocation de poison et de remède. C'est ce

qui rend ce traitement si polémique. Toutefois le pragmatisme porte sur l'efficacité du traitement et preuve en est aujourd'hui que ces traitements correspondent bien à un besoin. Dès lors, lorsqu'un patient entre dans un programme de prescription de la DAM, c'est que la plupart des autres thérapies proposées n'ont pas répondu à ses besoins. De cette insatisfaction se manifeste la poursuite des comportements à risque et le mal-être du patient. Cependant, penser que seule la prescription suffit est souvent illusoire. Un programme comme celui-ci engage soignés et soignants dans un partenariat qui concoure à l'efficacité de programme. Intégrer un programme DAM est un processus qui se fait en plusieurs étapes et qui demande aux soignants et aux soignés de poser les jalons d'une relation qui se veut thérapeutique. La DAM n'est pas un programme d'urgence et peut se construire dans ou en dehors de la crise. Le temps de réflexion et de maturation pour le patient qui va s'y engager est nécessaire à la compréhension des enjeux.

Parfois ce qui convient le mieux au patient n'est pas de se défaire de la substance, mais de pouvoir bénéficier de ses bienfaits en toute sécurité

Le duo devra passer par cinq étapes distinctes :

1. L'accueil
2. La préparation du projet de soin
3. La concrétisation et la mise en œuvre
4. La régulation et les ajustements
5. La sortie et la fin du programme

Tout commence par l'accueil. Il y a une demande des soignants ou une proposition des thérapeutes. La discussion porte à la fois sur des éléments objectifs en faveur ou en défaveur d'une thérapie DAM, mais aussi sur des aspects subjectifs. C'est une phase d'étude de la demande. La rencontre avec le soigné est aussi la première pierre du partenariat dans le cadre du suivi DAM. Cette première rencontre est importante, car elle laisse une impression durable chez le soigné et le soignant. C'est aussi l'étape où le programme doit être démystifié. On ne doit pas le « vendre » au risque de créer de fortes désillusions et d'instiller une pensée magique, ni laisser les idées reçues empêcher un patient d'y adhérer. Il s'agit de permettre à celui-ci de pouvoir se positionner en toute objectivité sur l'adéquation de cette proposition à ses besoins. L'information se doit d'être mesurée, argumentée et éclairante.

Au fur et à mesure, une routine va s'installer et le soigné et le soignant vont ensemble faire évoluer leur relation

La seconde phase intervient lorsque le patient a donné son accord. C'est alors un travail de projection qui se met en place. Ce temps de mise en place est aussi pour lui un moment nécessaire à son organisation. Pour l'équipe soignante, un travail d'organisation, de coordination et logistique s'opère afin que tout soit prêt pour le jour J. Le partenariat est déjà bien amorcé entre le soignant et le soigné. Celui-ci aura des rendez-vous durant lesquels il pourra définir son cadre de passage, ses horaires, et pour les patients en traitement intraveineux un moment d'évaluation et d'apprentissage aux gestes est proposé. Tout est fait pour rassurer le patient pour son premier jour de traitement.

Guider le patient étape par étape

C'est l'instant T, tout est prêt, c'est la phase où tout ce qui a été préparé en amont se concrétise. Le premier jour est souvent source de stress. Les équipes soignantes sont là pour accueillir le patient et le guider étape par étape. Après la bienvenue, un premier contrôle est effectué. Un simple questionnaire s'assurant que le soigné peut, sans risque, bénéficier de son traitement est rempli. Par la suite, un soignant recueillera les impressions du patient et le suivra tout au long du processus d'introduction. Au fur et à mesure, une routine va s'installer et le soigné et le soignant vont ensemble faire évoluer leur relation. Les besoins vont se clarifier et permettre la mise en place de la quatrième phase qui est celle du suivi. Il s'agit de faire un point régulier sur l'évolution du projet de soin et de mettre en place des mesures adaptatives. C'est durant cette phase que sont discutés la régularité et l'implication du soigné, son comportement ou d'éventuels troubles qui peuvent apparaître (irritation, colère, conflit avec les membres de l'équipe soignante ou d'autres patients, retard, plages manquées, etc.). C'est aussi durant cette phase que l'équipe se coordonne, se mobilise, échange autour des difficultés rencontrées ou des réussites. Le patient, le soignant et le médecin vont aussi établir les projets de vie en dehors du programme DAM. Le patient peut parfois être en difficulté à gérer son mieux-être, le temps et l'argent qu'il retrouve. Chacun doit être attentif aux différents changements, même les plus infimes. C'est une phase de réadaptation qui peut induire une crise. Ce n'est pas pour autant négatif mais un processus d'adaptation doit contenir et rassurer. Le partenariat se consolide durant cette phase et devient la pierre angulaire de la relation soignant/soigné. Après quelques jours, semaines, mois ou années, le patient souhaitera peut-être arrêter le programme et s'orienter vers une autre thérapie. C'est la dernière phase, le processus de fin et de sortie du programme. Il ne saurait y avoir de rétention forcée, et l'interruption du traitement par l'équipe médico-soignante en cas de grave manquement aux règles reste rare, ce qui montre quand même un grand engagement de part et d'autre. La grande majorité des sorties sont discutées et convenues. Les raisons sont multiples : les plus souvent évoquées sont soit un mieux-être (le patient n'ayant plus besoin de ce

programme et souhaitant un retour à un cadre de soins plus en adéquation avec sa vie), soit le programme ne correspond pas aux attentes et il est vite abandonné, souvent dans les premiers jours. Pour certains, le DAM est une transition, pour d'autres un passage d'un cycle auquel ils reviendront. Il ne s'agit pas d'un échec. Les motifs d'aller et retour peuvent être variés, mais ils sont toujours l'occasion de recommencer un nouveau cycle et de redéfinir les besoins.

Les clés d'un partenariat réussi

Réussir un partenariat demande un positionnement qui aplanit le rapport soignant/soigné. Pour cela, les soignants réalisent un travail de prospection important. Un soin comme le programme de prescription de la DAM est vecteur de conflits de valeurs pouvant induire une réaction de repli défensif chez le soignant. Un programme de prescription DAM convoque facilement une relation d'interdépendance. Le patient peut se laisser porter par l'équipe soignante et se faire assister tout au long de son parcours dans le cadre du programme. Quant au soignant, il est très valorisant de sentir utile et parfois moins compliqué d'être dans un rapport ou l'on a le sentiment de garder le contrôle et le pouvoir. Le piège est d'amener le patient à stagner, sans l'aider à s'approprier l'autonomie dont il peut bénéficier pour prendre en main ses soins.

C'est une compétence forte dans un programme comme celui-ci d'avoir des soignants qui ont cette capacité à susciter chez le patient l'envie d'aller de l'avant. C'est une compétence forte que de pouvoir induire un sentiment de confiance et de sécurité. C'est une compétence forte que celle de pouvoir apaiser et contenir un patient frustré qui laisse éclater sa colère. Au quotidien, les soignants doivent gérer les groupes de patients, les ordres médicaux, la collaboration professionnelle, leur stress et celui des autres. C'est une endurance rare et un travail important que s'impose chaque soignant pour permettre à ce partenariat d'exister. Lorsque se pose la question de savoir en quoi ce métier est indispensable, il faut aller chercher la réponse dans la capacité que les soignants ont de s'adapter à chaque situation. C'est un métier analytique du traitement de l'information. C'est ce qui permet cette adaptabilité.

C'est une endurance rare et un travail important que s'impose chaque soignant pour permettre à ce partenariat d'exister

Cependant, chacun a ses limites. Les soignants sont fortement exposés au risque de surcharge. Les conditions de travail, les difficultés relationnelles, soit avec les patients soit avec les collègues (l'addictologie est pourvoyeuse de triangulation et source de conflit, ça fait partie du métier), une organisation sans cesse mouvante qui déséquilibre la balance vie professionnelle – vie personnelle, sont autant de facteurs de risque d'un mal pernicieux et souvent invisible de forte charge mentale. Pernicieuse car l'impacté met du temps à réaliser qu'il est à bout de souffle et lorsqu'il s'en rend compte, c'est

souvent que la fatigue est déjà bien installée. Les soignants sont formés, ils ont des ressources, l'équipe est un support formidable si on la laisse exister. Les soignants ont souvent besoin de reconnaissance. Pas par narcissisme ou besoin de valorisation, mais parce que le doute est souvent présent, même chez les plus aguerris. Personne ne prescrit l'aptitude relationnelle et il y a le besoin de se conforter que les décisions sont bonnes, mais aussi que l'on peut se tromper, expérimenter sans porter préjudice aux soignés et sans jugement. Les soignants sont des professionnels créatifs et peuvent être force de proposition. C'est un métier rigoureux, qui demande une formation exigeante, à la hauteur des responsabilités qui sont les leurs. Dans un programme DAM, ce professionnalisme est essentiel. Les patients sont reconnaissants envers leurs soignants.

LE PARTENARIAT À L'ÉPREUVE DE L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS

Les études montrent généralement un bon taux d'adhésion, les équipes de soins y contribuent fortement. C'est aussi durant cette pandémie que le partenariat soignant/soigné a pu démontrer de belles expériences. Les patients ont pu tester d'autres cadres thérapeutiques, notamment le soin à domicile. Leurs retours sont particulièrement éclairants sur l'évolution possible de ce type de soin. Une grande majorité d'entre eux ont été touchés de pouvoir bénéficier au moins une fois par jour de la DAM à domicile. Ils ont été particulièrement reconnaissants envers les équipes de soins. Mais les soignants ont été aussi reconnaissants de voir leurs patients s'impliquer et, à l'inverse de ce qui est coutume

tour accueillis chez eux. Ce sont des expériences gratifiantes et qui laissent transparaître une forte reconnaissance de leur travail. Il faut aller plus loin.

Cela soulève en filigrane la question de l'accessibilité et de l'équité des soins. Le soin est essentiellement centripète. C'est au patient de venir au centre de soins. Toutefois, depuis les diverses expériences menées par des centres qui délivrent les traitements de substitution (HeGeBe), plusieurs initiatives ont permis d'ouvrir une évolution possible du cadre de soin. La créativité des soignants s'est mise au service d'une situation inédite pour répondre au besoin des patients. Cela a changé un paradigme important d'une magnétisation du patient vers les pôles HeGeBe : le soin devient centrifuge. Pour les équipes soignantes, c'est aussi une perspective intéressante. C'est aller sur le terrain du patient et non plus être seulement l'accueillant mais l'accueilli. Lors de l'expérience du soin à domicile, grand nombre de soignants ont fait part de leur étonnement en découvrant les lieux de vie du patient ainsi que du bon accueil que ceux-ci leur réservaient. Le soin, grâce à la logistique et au concours de soignants, est aussi sécurisant à domicile qu'en centre spécialisé. L'expérience menée montre que c'est un soin réaliste et réalisable sans déployer de grands moyens. C'est l'occasion de consolider des partenariats avec des acteurs du soin à domicile et le cumul des compétences permettra de faire un pas de plus vers la déstigmatisation.

Bien d'autres patients ont le bénéfice du soin à domicile pour des actes visant à retrouver plus d'autonomie ou de confort. L'addictologie, mais plus encore la société et avec elle son œil politique, doit aussi s'ouvrir à cela. Cette perspective interroge la considération du statut du patient. L'autonomie n'est-elle pas une des réponses à la dépendance ? Il est temps qu'une réforme à plusieurs niveaux puisse s'enclencher. Le soin à domicile existe pour de nombreuses prestations, le soin en addictologie a les moyens de le proposer, aussi pour le DAM. Bien sûr, il ne suffit pas de foncer tête baissée : ça se prépare, mais c'est un grand pas vers l'équité et l'accessibilité de nos soins. Les soignants ont un rôle important à jouer dans ce processus. Bien souvent en première ligne, ils portent avec les patients une part de la voix.

Contact : loic.menneret@chuv.ch

Références

1. Cocteau J. Opium (journal d'une désintoxication). *La nouvelle revue française* 1930 : 49.
2. Gmel G., Labhart F., Maffli E. *Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse. Résultats de l'enquête 2019*. Lausanne, Addiction Suisse : 10-14.
3. Cocteau J. *op. cit.* : 103.

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs
Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1003 Lausanne
Groupement Romand d'Études des Addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction en chef
Frank Zobel, Addiction Suisse - **Jean-Félix Savary,** GREA

Secrétariat de rédaction
Camille Robert, GREA

Comité de rédaction
Barbara Broers, HUG - **Annette Fahr**, OFSP - **Jean-Felix Savary,** GREA - **Ann Tharin,** HES-SO - **Frank Zobel,** Addiction Suisse.

Invité·e·s au Comité de rédaction
Carine Maillard, Nant - **Aline Iacoviello**, Argos - **Jean-Christophe Mieville**, CHUV.

Abonnements
Claude Saunier, Addiction Suisse, CP 870, 1003 Lausanne, T. 021 321 29 85, F 021 321 20 40, csaunier@addictionsuisse.ch
Site : https://shop.addictionsuisse.ch/fr/15-periodiques

Parution
3 fois par an

Abonnement
Suisse : Fr. 45.- par an - **Étranger :** Fr. 57.- par an

Graphisme
SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Mise en page
Camille Robert, GREA

Images
Photos Unsplash: p. 5 Alina Grubnyak ; p. 10 Pawel Czerwinski ; p. 13 Jan Tinneberg ; p. 18 Nickolas Nikolic ; p. 19 Julian Mora ; p. 25 Sung Jin Cho ; p. 30 Orfeas Green.

Les articles signés n'engagent que leur auteur. La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

ISSN 1422-3368

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

ADDICTION | SUISSE