

DÉCEMBRE 08 - NUMÉRO 36

DÉPENDANCES



Peut-on rationaliser
la prise en charge ?

Revue éditée par
le **GREA** et l'**ISPA**

SOMMAIRE

Peut-on rationaliser la prise en charge?

Editorial <i>Jean-Félix Savary</i>	p.1
Dispositif cantonal d'indication et de suivi alcoologique EVITA <i>Jean-Bernard Daepfen et Thierry Chollet</i>	p.3
Réflexion autour de la mise en place d'un dispositif d'indication <i>Pierre-Yves Bassin</i>	p.6
Le case management: quelles vertus lui prêter? <i>Pierre Gobet</i>	p.9
Les dispositifs d'indication du point de vue des patients <i>Par Jean-Félix Savary</i>	p.12
Le modèle de ressources d'Infodrog <i>Cristina Monterrubio Leu et Ueli Simmel</i>	p.15
PS: Prévenir le jeu excessif dans une société addictive ? <i>2e Symposium international des 19 et 20 juin 2008 à l'Université de Lausanne</i>	p.19

ÉDITORIAL

Pendant longtemps, l'Etat ne se préoccupait guère de ce qu'il se passait à l'intérieur des dispositifs de prise en charge des addictions. Dès les années 90, la crise de l'Etat providence, ainsi que les nouvelles répartitions des tâches entre Etat et assurances sociales d'une part et Cantons et Confédération d'autre part ont passablement changé la donne. Désormais, les autorités sanitaires et sociales cantonales suivent de beaucoup plus près le travail effectué dans notre domaine. De ces développements, on a surtout retenu une pression parfois insupportable sur le financement des institutions. Il serait cependant injuste de ne pas noter également une attention plus marquée à la professionnalisation, avec notamment des ressources engagées pour les processus qualité ou la formation.

Une autre demande focalise cependant l'attention depuis les années 2000. Celle de l'organisation des filières de prises en charge, connue sous le vocable d' «indication». Il s'agit de substituer à la pratique en réseau qui s'est construite peu à peu, une logique plus «objective» qui relie de manière efficace les besoins de la personne et l'offre à disposition dans le réseau. Ce défi, le «client-treatment matching», part d'un constat partagé par tous. Les personnes sont des êtres complexes aux besoins individualisés et il convient de trouver l'offre thérapeutique qui répond le mieux à ces besoins. La diversité des approches du côté de l'offre permet cette orientation individualisée. Ainsi, tout le monde en sort gagnant. Le «client», qui trouve ce qu'il recherche, et l'Etat qui économise de l'argent, dans la mesure où la personne mieux «indiquée» va rester moins longtemps dans la chaîne de soins.

Cependant, organiser des systèmes complexes selon une logique rationnelle n'est pas une chose simple. Les plans quinquennaux soviétiques ou ceux du FMI, exemples de cuisants échecs de rationalisation de processus humains, nous rappellent la nécessaire humilité quand on aborde ces questions. L'homme reste irrémédiablement un élément d'une complexité telle qu'il arrive à se jouer des systèmes les plus perfectionnés. La direction à suivre est légitime, mais ne sous-estimons surtout pas la tâche.

Comment devons-nous répondre à cela dans le champ des addictions? Sur le terrain, le débat est déjà engagé depuis plusieurs années. Dans chaque canton romand, des réflexions ou des projets plus avancés ont lieu actuellement. Il s'agit donc aujourd'hui de faire le point sur la question. Cibler les dangers, mais aussi identifier les réelles opportunités. C'est l'objectif de ce 36e numéro de «dépendances». Faire le point sur les efforts en cours, avec une volonté de débat, en proposant des regards croisés sur le même processus. Celui des concepteurs, celui des institutions et celui des personnes concernées.

Jean-Félix Savary
Secrétaire général du GREA

Les Droits humains au cœur de la pratique professionnelle en addictologie

Appliqués au domaine des addictions, les droits humains et le droit à la santé recouvrent une réalité ambiguë. Instruments de lutte contre les discriminations d'un côté, instruments prévoyant des régimes d'exception de l'autre. Que faire pour recadrer un projet de prévention paternaliste ou stigmatisant ? Sur quelle base critiquer et renégocier les processus d'admission ou de sortie de tel ou tel programme ? Comment s'orienter parmi les innombrables structures potentiellement concernées par la promotion des droits des personnes présentant des conduites addictives ?

Infos: Jeudi 8 janvier, le lundi 19 et mardi 20 janvier 2009
GREAA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
SFR 500.- (membre GREAA SFR 400.-)

Prévention des overdoses: une demi journée de rappel

Cette demi journée vise à remettre à niveau les connaissances en matière de réanimation ainsi que de permettre aux participants de travailler sur leurs expériences en matière de prévention des overdoses.

Infos: Mardi 13 janvier 2009, 13h15-16h45
GREAA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
SFR 100.- (membre GREAA SFR 70.-)

Approfondissement à l'Entretien motivationnel Niveau 2

Basé sur les travaux de S. Rollnick et de W.R. Miller, l'entretien motivationnel est un type d'approche centrée sur la personne. Son but est d'aider à explorer et à résoudre l'ambivalence qu'un usager peut éprouver face à sa consommation de produits psychotropes (légaux et illégaux). Ce module est un approfondissement de cette pratique.

Infos: Lundi 2 et mardi 3 février 2009
GREAA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
SFR 400.- (membre GREAA SFR 300.-)

Consommation contrôlée d'alcool. Formation à l'usage du programme Alcochoix+

« Alcochoix+ » est un programme permettant d'accompagner toute personne qui se sent en difficulté avec sa consommation d'alcool.

Infos: Lundi 2 et mardi 3 mars 2009
GREAA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
Sfr 400.- (membre GREAA Sfr 300.-)

La co-dépendance chez les professionnels: une addiction en miroir?

La co-dépendance concerne l'implication de l'entourage d'une personne dépendante dans sa problématique ; il s'agit le plus souvent du partenaire, de membres de la famille, d'amis mais aussi des professionnels. La codépendance se vit au travers d'une alliance, en général inconsciente, entre le dépendant et un « autre » qui devient partenaire de la maladie et contribue involontairement à sa prolongation.

Infos: Lundi 20 et mardi 21 avril 2009
GREAA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
SFR 400.- (membre GREAA SFR 300.-)

Travailler avec les émotions dans le suivi des usagers

Ce module permet d'acquérir des notions permettant de comprendre la fonction des émotions et faciliter leur clarification dans l'accompagnement de personnes dépendantes. La problématique de la dépendance sera abordée sous l'éclairage de la théorie de l'attachement et des concepts clefs de l'analyse transactionnelle pour illustrer le développement de la personne.

Infos: Lundi 8 juin 9h15-16h45; lundi 15 juin 13h15-16h45; lundi 29 juin 8h15- 11h45
GREAA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
Sfr 400.- (membre GREAA, Sfr 300.-)

DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI ALCOOLOGIQUE EVITA

Jean-Bernard Daepfen, Centre de Traitement en Alcoologie, CHUV, Lausanne et Thierry Chollet, Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme, Lausanne

Cet article présente les fondements, le fonctionnement et un premier bilan globalement positif du dispositif d'indication EVITA, qui représente cependant un changement radical dans le dispositif de soins traditionnellement résidentiel et socio-éducatif. En effet, désormais, les prestations sont prises en charge par l'Etat uniquement si les personnes passent par EVITA. Le dispositif met l'accent sur une approche coordonnée, médico-sociale, et privilégie dans un premier temps la prise en charge ambulatoire, ajustant l'intensité du traitement aux besoins du patient et à son stade de préparation au changement. (réd.)

L'objectif d'EVITA est d'offrir aux usagers une prise en charge et un suivi dans le réseau alcoologique spécialisé du canton de Vaud selon des critères explicites, équitables et scientifiquement fondés.

LES GRANDES LIGNES DU PROJET EVITA

En 2006, le chef du Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS), M. Pierre-Yves Maillard, décide de mettre en place une politique alcool pour le canton de Vaud: le Plan d'ACTion Alcool ou PACT Alcool 2007-2012. Celui-ci repose sur trois axes: planification, prévention et traitement. Le dernier axe prévoit la mise en place d'un réseau de soins en alcoologie comprenant un dispositif cantonal d'indication et de suivi (DCIS).

Suite à cette décision, le Service de la santé publique du canton de Vaud mandate la Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (FVA) et le Centre de Traitement en Alcoologie (CTA) du CHUV pour mettre en place le nouveau dispositif d'indication appelé EVITA pour Evaluation, Indication, Traitement, Accompagnement.

Fondé sur des structures existantes et leur expérience dans le domaine, ce dispositif doit permettre d'orienter les personnes dépendantes de l'alcool vers un traitement adapté, au bon moment et pour la bonne durée. Le principe n'est pas seulement de documenter l'indication, mais aussi d'inclure à l'évaluation effectuée une dimension thérapeutique, motivationnelle, puisque c'est le patient, informé des résultats du bilan effectué et des ressources de soins existantes, qui choisit le traitement qu'il entreprend. Néanmoins, le dispositif redéfinit l'accès au réseau de soins résidentiel spécialisé dans la mesure où les séjours ne seront, désormais, pris en charge par l'Etat que pour autant que les usagers soient passés par le dispositif d'indication.

Les objectifs du dispositif d'indication convergent avec un certain nombre de principes de bonne pratique clinique visant à une alcoologie basée sur les preuves. En ce sens, le dispositif d'indication :

- tend à une **harmonisation de la prise en charge** au niveau cantonal en mettant en place des outils standardisés et des instruments de mesure validés et reproductibles: dossier d'investigation, grille d'évaluation aboutissant à une indication, dossier de suivi;
- adopte des **critères d'indication** validés;
- propose un **appariement** entre l'évaluation des besoins du patient et le traitement proposé;
- développe une **approche par paliers**, favorisant d'abord une prise en charge ambulatoire pour réserver les institutions aux cas les plus lourds ou aux situations de crise;
- fait la promotion de la **diversité et de la qualité** des soins proposés;
- propose une prise en charge adaptée au bilan initial, tenant compte des co-morbidités médicales, psychiatriques et sociales, ainsi que du **stade de préparation au changement** ; cette approche favorise la **rétention des patients dans le réseau** de soins en améliorant le passage entre le traitement résidentiel et le suivi ambulatoire;
- fait la promotion des approches thérapeutiques qui sont reconnues comme bénéficiant du **meilleur niveau de preuve d'efficacité**. EVITA met à disposition des professionnels de la dépendance à l'alcool un guide combinant ces traitements: l'entretien motivationnel pour préparer le patient au changement, les thérapies cognitivo-comportementales pour accompagner ce changement et prévenir la rechute. A ces stratégies sont associés une participation active des proches, un encouragement à la fréquentation de groupes d'entraide et un traitement pharmacologique optimal;
- **réévalue les usagers** à intervalles réguliers pour:
 - procéder à une nouvelle indication,
 - recueillir des données pour évaluer la pertinence et l'efficacité du projet,
 - vérifier l'allocation optimale des ressources,
 - coordonner les prestations du réseau de soins - ambulatoire et résidentiel.

De 2006 à 2008, les phases 1 et 2 du projet ont concerné toutes les demandes de prise en charge résidentielle du canton et toutes les demandes de prise en charge ambulatoire du Nord vaudois. La phase 3, à savoir la généralisation du projet EVITA, a pour objectif la mise en œuvre et l'évaluation du DCIS pour toutes les nouvelles demandes de prise en charge ambulatoire et/ou résidentielle, et ce dans tout le canton. Le DCIS est également chargé du suivi de l'indication et de l'orientation thérapeutique des personnes tout au long de leur parcours de soins, par le biais de bilans intermédiaires réguliers et de réorientations éventuelles. Enfin, le DCIS recueille des données sur les usagers et leur suivi, afin de garantir la visibilité de leur trajectoire dans le réseau de soins. Les données sont centralisées et valorisées par le DCIS. Elles permettent d'évaluer la pertinence et l'efficacité du dispositif et de le faire évoluer de manière à ce qu'il corresponde au mieux aux besoins des usagers.

OBJECTIFS ATTEINTS AUX PHASES 1 & 2

La phase 1 du projet a démarré le 1er octobre 2006 pour s'achever six mois plus tard. Durant cette phase, les outils du dispositif d'indication ont été élaborés:

- un dossier d'investigation standardisé permettant de poser un diagnostic et de dresser un profil de sévérité de la dépendance à l'alcool et de ses répercussions médico-psycho-sociales,
- une matrice d'indication EVI fixant les modalités thérapeutiques en fonction de la sévérité des problèmes sur plusieurs axes - alcoologique, social, somatique, psychiatrique - et de la motivation au changement,
- un dispositif de suivi permettant d'assurer, pour chaque usager rentrant dans le réseau, un relevé des données du bilan initial, des options thérapeutiques retenues, ainsi que des variables de suivi.
- un guide de traitement combiné (COMBINE),
- un dossier d'évaluation élaboré en collaboration avec l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Fonctionnement du dispositif

Le binôme médico-social, constitué d'un assistant social de la FVA et d'un médecin assistant du CTA, procède à une évaluation initiale standardisée. Au terme de cette évaluation, le binôme détermine un profil de sévérité de l'usager dans les différents domaines évalués: risque d'un sevrage compliqué, problèmes médicaux, co-morbidités psychiatriques, répercussions socio-professionnelles, motivation au changement, environnement familial. Ces éléments sont restitués à l'usager avec qui un travail de motivation est entrepris, afin d'optimiser son adhésion à un projet de soins.

D'entente entre le binôme, l'usager et l'institution de prise en charge, un projet spécifiant un lieu et une durée de traitement est établi, puis un délai pour une nouvelle évaluation est fixé. Le niveau de soins est ainsi adapté au profil de sévérité de l'usager et respecte une approche par paliers

(l'intensité du traitement augmentant au fil des paliers). En cas de décision d'admission dans un établissement résidentiel, un formulaire d'indication, nécessaire pour le remboursement du séjour par le Service de Prévoyance et d'Aide Sociales (SPAS) du canton de Vaud, est établi. Cette procédure est entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

Evaluation du projet

Parallèlement au bilan, une évaluation du projet a été mise en place par l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP). L'évaluation s'effectue dans le même temps que le suivi clinique, à l'aide de questionnaires complétés lors d'un entretien ou par téléphone, au temps 0, à 6 mois, 12 mois et 18 mois.



Photo : ininterfoto

GRANDES LIGNES DE L'EVALUATION DE LA PHASE 2

Une première série de données brutes ont été extraites le 4 juillet 2008. Elles portent sur une évaluation à l'entrée et, partiellement, 6 mois plus tard. S'il est trop tôt pour tirer des conclusions complètes, ces données permettent de dessiner les premières tendances:

- Sur les 282 usagers entrés dans le dispositif au 4 juillet, 275 ont accepté de participer à l'évaluation ;
- 90% des usagers ont pu être atteints lors de l'évaluation de suivi à 6 mois. Le taux de rétention est donc excellent ;
- Avec un score AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) moyen de 21.8 et un score ADS (Alcohol Dependence Scale) moyen de 13.9, on constate que les usagers présentent, en moyenne, un profil de sévérité de dépendance intermédiaire ;
- A l'entrée dans le dispositif, la répartition des scores médicaux sur la grille EVI indique que la majorité des usagers présente des pathologies lourdes (72% ont un score égal ou supérieur à 3 sur 5). La répartition des scores sociaux sur la grille EVI indique que la majorité des usagers présente une situation sociale difficile (77% ont un score égal à 3 sur 3). La répartition des scores de préparation au changement sur la grille EVI indique que la majorité des usagers est prête au changement (61% des cas) ;

- Lors du suivi après 6 mois dans le dispositif, on note une amélioration de l'état physique. Dans 84% des cas, l'objectif initial choisi par le patient est l'abstinence. Le nombre de jours d'abstinence passe de 15 à 24 jours (au cours des 30 derniers jours);
- La satisfaction des usagers relative au projet thérapeutique proposé est très bonne avec 83% des scores égaux ou supérieurs à 5 sur une échelle de 6. Cet indice de satisfaction est stable 6 mois plus tard ;
- Les usagers suivent à 98% les propositions faites par le binôme concernant le choix du traitement proposé.
- 87% des usagers orientés vers une prise en charge ambulatoire suivent effectivement cette prise en charge tel traitement par la suite et 85% des usagers orientés vers une prise en charge résidentielle suivent recourent effectivement à cette prise en charge.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Dans le canton de Vaud, le réseau de soins spécialisé en alcoologie est traditionnellement plutôt résidentiel et socio-éducatif. Le projet EVITA comprend plusieurs aspects qui bousculent la tradition: une alcoologie médico-sociale intégrée (l'assistant social et le médecin rencontrent ensemble le patient) qui privilégie d'abord des solutions thérapeutiques ambulatoires, plus faciles à accepter pour les usagers, et qui réserve les traitements résidentiels aux situations médico-sociales les plus lourdes ou aux cas d'échec des prises en charge ambulatoires. EVITA comprend également un mécanisme d'évaluation des coûts et une redéfinition de l'accès aux traitements résidentiels qui a été à l'origine d'une résistance initialement assez marquée de la part des professionnels de ces institutions.

Une des causes de difficultés rencontrées pourrait également être attribuée à une communication insuffisante entre des acteurs qui ont forcément des intérêts partiellement divergents. Le dispositif EVITA a fait l'objet d'un nombre important de présentations aux partenaires du réseau. La communication devra cependant encore être améliorée et mieux coordonnée. Le projet EVITA, dans sa phase 3, devra privilégier une communication ouverte: il s'agira de clarifier les zones d'ombre, d'être à l'écoute des besoins, de les valider, même lorsqu'il n'est pas possible d'y répondre dans le sens espéré.

ARGUMENTS POUR UNE GÉNÉRALISATION

Au départ du projet EVITA, il existait autant de portes d'entrée dans le dispositif alcoologique que d'institutions. Les personnes étaient généralement prises en charge par les institutions auxquelles elles s'adressaient. Il s'agit dorénavant d'offrir des prestations ajustées aux besoins.

Les deux premières phases du projet EVITA ont permis de mettre en place des outils standardisés d'indication, de traitement et de suivi pour toute demande de traitement résidentiel dans le canton, ainsi que pour toute demande de

traitement ambulatoire dans le Nord vaudois. Le dispositif mis en place a, jusqu'ici, permis de documenter de manière standardisée la situation médico-sociale de chaque usager entrant dans le dispositif de soins spécialisé en alcoologie. Il a également permis d'intensifier la collaboration entre le réseau résidentiel et le réseau ambulatoire. Le réseau résidentiel, initialement résistant, s'adapte progressivement en intégrant le projet EVITA dans son fonctionnement. Ce bilan positif motive la généralisation du dispositif dans le canton. L'évaluation du projet au cours de sa généralisation poursuivra les efforts entrepris pour démontrer l'efficacité du dispositif.

Sur décision du chef du Département de la Santé et de l'Action Sociale, M. P.-Y. Maillard, la phase 3 de généralisation a démarré le 1er octobre 2008.

POUR EN SAVOIR PLUS

Sur le plan clinique, EVITA souhaite favoriser une approche thérapeutique soutenue par des preuves scientifiques. Les fondements scientifiques des principes thérapeutiques promus sont présentés de manière approfondie dans: **Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective alternatives, Third edition. Hester & Miller, Ally & Bacon Eds, 2003.**

Un guide clinique, à paraître en janvier 2008, présente une combinaison des traitements qui bénéficient actuellement du meilleur niveau de preuve d'efficacité (entretien motivationnel + thérapies cognitivo-comportementales + approche communautaire + médicaments): **La dépendance à l'alcool : Guide de traitement combiné. Flammarion Médecine Sciences, 2009.**

Les critères d'indication proposés dans le dispositif EVITA ont été élaborés à partir de ceux développés par l'American Society on Addiction Medicine: **ASAM PPC-2R ASAM placement criteria for the treatment of substance-related disorders. ASAM, Chevy Chase, Maryland, 2001.**

Courriels:

Jean-Bernard.Daepfen@chuv.ch
thierry.chollet@chuv.ch

RÉFLEXION AUTOUR DE LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF D'INDICATION

Pierre-Yves Bassin, président ASVOVA

Les dispositifs d'indication qui fleurissent en Suisse ont pour but une meilleure gestion de la prise en charge. Mais jusqu'où peut-on rationaliser une démarche de traitement, où la relation patient-soignant est au cœur du processus de rétablissement? Les procédures ne rendent-elles pas plus difficile l'accès aux soins pour les personnes les plus fragilisées? Comment les institutions vont-elles gérer la demande générée par le dispositif? Ouverture du débat. (réd.)

Le Conseil d'Etat du canton de Vaud a récemment publié ses axes prioritaires en matière de prévention et de lutte contre la toxicodépendance pour la législature 2008-2012. Cinq axes prioritaires, dont un qui concerne l'indication. « Le Conseil d'Etat entend mettre l'accent sur le premier axe prioritaire, à savoir améliorer l'adéquation entre l'offre de prestations et les besoins des usagers en développant un réseau de soins coordonné dans le domaine des dépendances. (...) Il s'agit en outre de soutenir l'amélioration de la qualité des prestations, soutenir le développement des collaborations et du travail en réseau et mettre en œuvre le dispositif cantonal d'indication dans le domaine des toxicodépendances en collaboration avec les partenaires concernés. Ce dispositif est destiné à toute personne toxicodépendante pour laquelle est envisagée une prise en charge dans le réseau spécialisé des addictions. Il permettra, sur la base d'un bilan intégrant les dimensions somatique, psychique et sociale, de définir le type de prestations nécessaires pour les personnes toxicodépendantes et d'évaluer la situation pour de nouveaux consommateurs afin d'envisager une intervention précoce. »¹

La question de l'indication est dans l'air du temps depuis de nombreuses années déjà, et ce tant au niveau cantonal que fédéral. Aujourd'hui donc, rien de véritablement nouveau ni de surprenant. Le dispositif cantonal d'indication qui va se mettre en place s'inscrit dans le prolongement de la politique vaudoise en la matière, qui a déjà instauré une première ébauche de dispositif cantonal d'indication en 2004, sous la forme d'un document d'évaluation et d'orientation obligatoire pour le financement des séjours résidentiels pour les problèmes d'alcool et de drogues. Plus récemment, un véritable dispositif cantonal pour l'indication ambulatoire et résidentielle alcool (EVITA) a été mis en place dans le canton de Vaud.

PRENDRE EN COMPTE LES CONSIDÉRATIONS HUMAINES

Sur le terrain, les professionnels de la dépendance n'ont pas attendu qu'on le leur demande pour procéder à des évaluations visant à orienter de manière pertinente les personnes dépendantes, en prenant en compte à la fois les considérations personnelles, la demande, les ressources de

la personne, les prestations des institutions et les aspects économiques de la prise en charge de la dépendance. Après les années fastes durant lesquelles l'argent public coulait à flots, de nouvelles formes de gestion publique ont vu le jour. Le secteur des dépendances n'a pas échappé à cette tendance. Pour rappel, nous signalerons ici les systèmes de management de la qualité mis en place dans le secteur résidentiel et, plus récemment dans le secteur ambulatoire, la mise en conformité par rapport à la loi sur les subventions pour le canton de Vaud, les contrats de prestations, etc.

Dans ce débat qui prend en considération avant tout les impératifs économiques et de gestion publique à court terme, les professionnels du terrain médico-social que nous sommes ont la responsabilité de défendre les aspects sociaux, humains, et replacer l'individu au centre des enjeux. Dans le canton de Vaud, l'Association vaudoise des organismes offrant des prestations dans le domaine des addictions (réseaux alcool et drogues, ambulatoire et résidentiel confondus), a constitué un groupe de travail sur l'indication afin justement de défendre non pas des acquis institutionnels, mais bien la place de l'individu dans la prise en charge de la dépendance. Et c'est là que réside tout l'enjeu de ce dossier complexe: comment concilier les impératifs économiques et les considérations professionnelles, institutionnelles, humaines et thérapeutiques. Plusieurs paramètres doivent dès lors être pris en considération dans ce débat:

Placer l'individu au centre du processus

Nous savons l'importance déterminante que constitue l'engagement de la personne dans son traitement. La participation de la personne dépendante au choix de son traitement permet d'accroître sa motivation et son engagement dans un projet thérapeutique, et ainsi améliore le pronostic. Il est impératif de donner à l'individu sa part de responsabilité dans le choix du traitement et dans sa réussite. Qui n'a pas été un jour surpris de la réussite d'un traitement auquel il ne croyait a priori pas, sur lequel il n'aurait pas misé? De très nombreux usagers de nos centres viennent nous rapporter que si ça a marché, c'est bien plus parce qu'une rencontre s'est produite à un moment donné avec un médecin ou un travailleur social que parce que le programme thérapeutique était meilleur ou plus adapté que les autres.

Cette alchimie qui s'opère lors de la rencontre est souvent déterminante dans l'évolution du parcours de la personne et permet de consolider la motivation et l'engagement dans le programme. Elle va constituer une base solide du travail thérapeutique. Encore une fois, l'engagement et la motivation de la personne dépendante ne doivent pas être minimisés car c'est bien sur ces éléments que va se construire l'accompagnement thérapeutique et c'est dans ce contexte que l'individu va pouvoir évoluer positivement et trouver un espace d'expression et de réflexion propice, basé sur le respect et la confiance. Il s'agit de redonner à l'individu sa part de responsabilité dans le processus et dans les résultats.

Accessibilité des prestations: les plus fragilisés resteront-ils sur la touche?

Sans remettre en question la volonté de procéder à des évaluations des situations et d'améliorer l'orientation des personnes dépendantes, il convient de tenir compte de la réalité, des ressources et des difficultés de ces personnes, de leur situation de vie. Le parcours menant à une demande d'aide est souvent long, sinueux et truffé d'embûches. Les procédures d'admission dans les institutions résidentielles s'avèrent parfois insurmontables, d'autant plus pour des personnes particulièrement désinsérées et fragilisées. Entre la prise de contact et la pré-admission (parfois sur deux rendez-vous), les démarches administratives, la lettre de motivation, les délais d'attente, la pré-admission en sevrage, l'organisation du sevrage et l'attente, d'innombrables difficultés doivent être franchies par le demandeur. Si la plupart d'entre eux arrivent à les surmonter, quelques-uns se découragent en cours de route et des projets avortent malgré l'accompagnement motivationnel proposé par les intervenants du secteur ambulatoire et des centres d'accueil. L'instauration d'un dispositif d'indication vient ajouter une difficulté de plus à ce «chemin de croix». Des rendez-vous supplémentaires à tenir, un nouveau récit de son histoire de vie, des documents administratifs à remplir, etc.



Photo: interfoto

Pour une politique de soins basée sur le principe du «step care», de la graduation des mesures proposées, on ne peut que s'étonner du paradoxe. Ces mêmes programmes résidentiels que la nouvelle organisation du dispositif réserve

aux personnes les plus désinsérées et les plus fragilisées requièrent des ressources qu'elles n'ont justement pas. Le décalage entre le niveau d'exigence requis pour entrer en thérapie résidentielle et le niveau de ressources des clients en devient choquant.

Faute de pouvoir réunir les ressources nécessaires à mener à terme ce parcours du combattant, les personnes les plus fragilisées se verront contraintes de demeurer au «camp de base», de s'acclimater avant de pouvoir envisager l'ascension finale. Une occasion de plus de se poser en victime du système, de se décourager ou au contraire de poursuivre le travail motivationnel et thérapeutique en ambulatoire, d'avancer malgré tout et de prouver que, finalement, on n'a plus besoin du résidentiel, de tester ses capacités de résilience? Tout dépendra de la relation qui existe entre la personne et son entourage, du regard porteur qui sera posé sur elle.

Gestion des coûts ou transferts des coûts?

Dans ce contexte, certaines institutions non spécialisées dans le traitement de la dépendance y voient une opportunité de diversifier leur offre, d'accueillir une nouvelle clientèle sans proposer de réelle prise en charge de la dépendance. De nombreux établissements médico-sociaux accueillent déjà très largement cette clientèle. Intéressante opération pour elles ainsi que pour les finances publiques, dans la mesure où les coûts de ces séjours sont financés en partie par les assurances maladies. Tout à fait légitimement, nous pouvons dès lors nous poser la question du transfert des coûts. Ne sommes-nous pas en train d'assister à un transfert subtil des coûts du public vers le privé, sous couvert d'une politique de prise en charge de la dépendance qui vise à offrir à la personne dépendante le meilleur suivi, au meilleur endroit, au meilleur moment, pour la bonne durée et le meilleur rapport efficacité-coûts?

Des institutions condamnées à naviguer à vue

Au niveau des institutions, la mise en place de dispositifs d'indication ne va pas manquer de poser d'importants problèmes de gestion et de planification. Certaines institutions y sont du reste déjà confrontées. En effet, comment les Directions d'institutions peuvent-elles planifier de manière fiable le nombre de places et les ressources disponibles si elles n'ont plus aucun regard ni aucune maîtrise sur le «carnet de commandes»? C'est bien là que réside le principal danger pour les institutions, tant celles du secteur résidentiel que celles du secteur ambulatoire. Sans savoir qui va faire appel à ses services, ni pour quelle durée, ni dans quelle situation le demandeur se trouvera, les institutions risquent d'être amenées à naviguer à vue, à se trouver tour à tour en sous-occupation ou en sur-occupation, amenées à licencier du personnel puis de le réengager. Devrons-nous introduire du chômage partiel en fonction de la fluctuation des indications ou en fonction des relations que nous entretenons avec l'instance d'indication? Serons-nous contraints d'adapter les prestations, l'encadrement, la durée des

séjours, le programme thérapeutique au coup par coup en fonction de la demande de cette instance? Comment les institutions vont-elles accepter des placements décidés par une instance externe, débarquée dans la course à des fins d'évaluation et d'indication? Dans un tel contexte, gérer une institution risque de relever plus de la loterie que d'une réelle planification.

Le calcul du coût de la prise en charge des séjours résidentiels devra prendre en compte les fluctuations incontrôlables de la demande, qui les fera inmanquablement augmenter. Les économies effectuées par une priorisation de l'accompagnement ambulatoire seront dès lors annulées par l'augmentation du prix de séjour résidentiel pour ceux qui auront les ressources d'y arriver.

CONCLUSION

La mise en place d'un dispositif d'indication dans le secteur des dépendances ne doit pas être exclusivement dirigée par l'évidence scientifique et par des impératifs économiques et de gestion publique à court terme. Elle doit impérativement prendre en compte les considérations humaines et institutionnelles et se baser sur le réseau local en place, et ce dans une vision à long terme. Le lien qui s'est tissé entre le demandeur et son référent, ainsi que la connaissance qu'il a de la situation et des offres de prestations constituent des éléments de base pour la construction d'un projet thérapeutique pertinent.

Références:

¹ Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud : Axes prioritaires 2008-2012 en matière de prévention et de lutte contre la toxicodépendance

Courriel:

zonebleue@bluewin.ch



Formation
continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

Certificat en gestion d'équipe et conduite de projets (CAS HES-SO de 15 crédits ECTS)

Public cible : professionnels qui prennent des responsabilités et deviennent « cadres » dans les institutions, ou qui sont appelés à conduire des projets.

Objectif : acquérir les qualifications nécessaires pour occuper la fonction de responsable d'équipe ou diriger une petite institution.

Début de la formation : septembre 09

Diplôme en art-thérapie (DAS HES-SO de 40 crédits ECTS)

Public cible : personnes intéressées à la fois par l'art et par la thérapie et qui ont une expérience personnelle et/ou professionnelle dans les deux champs.

Objectif : établir la capacité d'exercer l'art-thérapie sur le terrain en tant que spécialiste et la capacité de modéliser sa pratique par une mobilisation et une (re)construction des savoirs.

Début de la formation : septembre 09

Travailler avec un groupe dans une perspective systémique (Module d'approfondissement de 6 crédits ECTS)

Objectif : ce module s'adresse à tout intervenant social ou médico-social formé à l'approche systémique (minimum 300 heures) et qui souhaite approfondir ses compétences dans le sens du travail avec un groupe.

Début de la formation : septembre 09

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet :

<http://ufc.eesp.ch>

ou

au secrétariat de l'Unité de formation continue

Tél. : +41 21 651 03 10

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

LE CASE MANAGEMENT: QUELLES VERTUS LUI PRÊTER?

Pierre Gobet, EESP

Le concept de case management permet de faire vivre des systèmes complexes. Sans pour autant être confondu avec des systèmes aux visées plus larges, cet outil répond en partie aux mêmes préoccupations que l'indication. C'est un concept souple, et par là-même redoutable, autant dans son efficacité que dans ses écueils potentiels. (réd.)

Le case management est un dispositif d'intervention susceptible d'être mis en œuvre dans des domaines aussi différents que l'action sociale, la santé, la formation ou encore les ressources humaines. Par ailleurs, la fonction de case manager peut être remplie par des professionnels de formation variées. Selon les contextes, ce seront tantôt des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmiers, des enseignants ou encore des médecins qui l'exerceront. En principe, le case management est ainsi marqué par une double indétermination, puisqu'il est à la fois largement indifférent à son champ d'application et neutre professionnellement. Cette indétermination assure précisément la flexibilité du modèle qui, comme une équation, ne prend sens que lorsque des valeurs concrètes sont données aux variables qui la compose. Dès lors, une appréciation toute théorique de l'instrument est d'utilité limitée. Pour juger de l'opportunité de l'introduction d'un case management dans le domaine des addictions, il est préférable de définir tout d'abord les indications possibles pour son application dans ce champ particulier, puis, dans un second temps, de s'assurer que la formule générale soutienne le développement de modèles d'application concrets qui satisfont à la fois l'intérêt général en la matière, les besoins de l'usager/er et la définition que donnent les professionnels de leur travail. Mais cermons plus précisément le concept avant d'aborder ces deux questions.

A LA CONJONCTION DE TROIS NOTIONS

Le case management est souvent présenté comme un schème d'intervention de forme circulaire à même de structurer les épisodes de la prise en charge. Celui-ci compte habituellement – cela peut varier selon les sources – six étapes distinctes qui, dans l'ordre de leur déroulement sont appelées intake, assessment, planification, mise en œuvre/monitoring, évaluation et sortie/réassessment. Un tel agencement est connu de la/du travailleur social au travers du case work et de l'infirmière sous le nom de plan de soin. Le travail de réseau et, dans le domaine de la formation plus particulièrement, le coaching sont également perçus comme des méthodes d'intervention apparentées au case management. En conséquence, les professionnels ont souvent le sentiment de faire du case management un peu comme le bourgeois gentilhomme de la prose – sans

vraiment le savoir. Et ils n'y voient rien de bien nouveau. Si le case management devait être réduit à une simple procédure, on ne pourrait que leur donner raison. Mais le concept est à la fois plus riche et plus complexe. Pour en saisir adéquatement la portée tant théorique que pratique, il est nécessaire de compléter la notion de schème d'intervention par celles de programme et de modèle.

Tous les modèles de case management sont caractérisés par un suivi personnalisé

Par programme, il faut comprendre l'allocation réfléchie de ressources en soutien à une action ou un ensemble cohérent d'actions auxquels sont associés à la fois des objectifs précis et des résultats escomptés, déterminés en fonction de finalités d'intérêt général. C'est à ce niveau que s'exprime la volonté politique de faire quelque chose pour un groupe de personnes précisément circonscrits dans un but défini. Outre la motivation qui a conduit à sa mise sur pied, le public auquel il s'adresse, et les buts qu'il poursuit, le programme est spécifié par la théorie, souvent implicite, qui le sous-tend et par le plan de son organisation. La théorie du programme précise pourquoi l'action prévue devrait engendrer les changements souhaités qui, eux, devraient conduire aux effets recherchés, tandis que le plan présente les ressources (humaines, matérielles, financières) dont le programme est doté, les méthodes de suivi qu'il met en œuvre et les services qu'il fournit. Pour sa part, le modèle donne l'architecture générale de la méthode de suivi. Il est établi conformément au plan d'organisation du programme dans le souci de soutenir au mieux la vision dont celui-ci est porteur et les objectifs qui lui sont assignés.

Tous les modèles de case management sont caractérisés par un suivi personnalisé, un-e intervenant-e unique et une structuration méthodique du suivi basée sur le schème d'intervention discuté plus haut. En revanche, ils peuvent se distinguer notamment par les finalités qu'ils servent, la nature des effets qu'ils visent, leur ancrage institutionnel dans la chaîne de prise en charge, leur(s) attache(s) professionnelle(s) ou disciplinaire(s), le degré d'autonomie qu'ils accordent à la/au case manager ou encore les tâches qu'ils lui assignent.

Si certains modèles de case management visent prioritairement à l'endiguement des coûts (prior authorization model, gate keeper model, system-focused model), d'autres sont,

au contraire, conçus dans le but premier de faciliter l'accès aux services ou d'assurer la continuité de la prise en charge (brokerage model, advocacy model, client-focused model). Il est des modèles qui cherchent à maintenir les acquis dans une action stabilisatrice déployée sur le très long terme, alors que d'autres comme le «clinical model» ou le «rehabilitation model» soutiennent une action thérapeutique. Ils peuvent se distinguer ensuite par l'image de la personne qui sous-tend la relation de la/du case manager à l'utilisateur/er. Le «personal strength model» et l'«assertive community treatment» sont certainement les mieux connus. Leur application est courante dans le domaine de la psychiatrie. Dans le premier, la/le case manager s'attache à mettre en valeur les ressources et les compétences de la/du client-e, ainsi qu'à renforcer son autonomie, tandis que dans le second l'utilisateur/er se meut dans un cadre strictement défini qui peut être contraignant si nécessaire. Le case management est dit «community based» lorsque l'utilisateur/er réside à domicile. Mais un case management «intra-muros» est concevable également. Le modèle «hospital-based» de prise en charge en est un exemple. Même s'il est une préoccupation constante du case management de favoriser la coopération interinstitutionnelle, interprofessionnelle et interdisciplinaire, certains modèles se distinguent par le lien privilégié qu'ils entretiennent avec une profession ou une discipline particulière (nursing model, medical care model). Il arrive également que le modèle soit spécifié par les liens d'allégeance qui conditionnent la fonction de case manager. Dans le modèle «payer-paid», celle-/celui-ci est au service d'une institution de financement des prestations, alors que dans le modèle «provider-paid», c'est un fournisseur de prestations qui l'emploie (Huber, 2000). Pour terminer ce bref tour d'horizon, notons encore que le modèle peut se distinguer par les attributions du case manager. La fonction est dite «simple», lorsque la/le case manager est uniquement le gestionnaire du processus de prise en charge. Elle est «duale» quand elle/il est à la fois gestionnaire et fournisseur-e de prestations dans son domaine de compétences professionnelles propre (Long, 2004).

Si le case management est défini dans cette association d'un procédé structuré de prise en charge, d'un modèle et d'un programme, la/le case manager peut difficilement être un-e simple exécutant-e dont la fonction se limiterait à conduire un cas dans un parcours balisé rigidement par des étapes imposées. Même si celle-/celui-ci est d'abord une personne de terrain, son horizon n'est pas le cas. Sa fonction exige qu'elle/il ait une intelligence claire du modèle dans lequel se déploie son intervention de façon à pouvoir juger par elle/lui-même de la pertinence de celui-ci en regard à la fois de la mission qui, au travers du programme, lui est confiée et des normes de bonne pratique développées par la communauté professionnelle. Hormis cet intérêt marqué pour la personne accompagnée, qui est à la base de tout service à la personne, la fonction de case manager exige la maîtrise d'un appareil théorique et conceptuel permettant de saisir une réalité qui déborde considérablement le cadre immédiat de l'activité de suivi, la capacité d'identification et d'analyse des politiques globales mises en œuvre dans le

champ d'intervention concerné et une expérience professionnelle solide. La/le case manager est un-e cadre professionnel à laquelle/auquel l'institution doit reconnaître un pouvoir définitionnel, et ceci bien qu'elle/il n'exerce pas de responsabilités hiérarchiques.

Au vu de sa nature composite, il apparaît ensuite que le case management n'est pas un simple service qui viendrait diversifier l'offre de l'institution qui décide de l'ajouter à sa palette de prestations. Le case management est un vecteur d'innovation institutionnelle. Son introduction, doit-elle réussir, la contraint à repenser son organisation à différents niveaux simultanément. Une structure fortement hiérarchisée, une culture bureaucratique marquée et l'esprit rond-de-cuir sont peu propices à son implantation. Pour la/le case manager qui ne dispose pas de compétences et d'une latitude d'action élargies et qui ne se sait pas soutenu dans les initiatives qu'elle/il peut prendre, il est difficile de répondre aux attentes de ses mandant-e-s.

Enfin, par les degrés différents d'abstraction qu'il intègre, le case management peut être le point de cristallisation d'une vaste refonte du dispositif même de prise en charge. Dès lors, son introduction, si elle veut être plus qu'exercice de style ou que concession à l'esprit du temps, doit être pensée conjointement à un réaménagement important des modes de prise en charge en place. Voyons maintenant quelles en sont les indications dans le domaine des addictions.

INDICATIONS POUR UN CASE MANAGEMENT

Le case management est indiqué lorsqu'il s'agit de conduire un processus complexe, que ce soit par la pluralité des problèmes auxquels l'utilisateur/er est confronté-e ou par la densité de la structure de prise en charge et la diversité des services qui peuvent être mobilisés pour y répondre. Il permet ensuite d'accélérer les procédures de mise en place du suivi. Cette propriété explique le succès de la méthode dans le domaine de la réadaptation professionnelle post-accidentelle notamment, où un ajournement de l'intervention entraîne une augmentation pratiquement exponentielle des risques de pérennisation du syndrome. Troisièmement, le case management permet d'assurer la continuité de l'intervention. Par conséquent, il est mis en œuvre lorsqu'il est question d'organiser le suivi de long terme nécessité par les affections chroniques.

Les premières concrétisations du case management dans le domaine des addictions apparaissent aux États-Unis et au Canada au début des années 1980 et en Europe – Allemagne, Pays-Bas et Belgique notamment – dans la décade suivante. Elles reposent sur un constat qui relève aujourd'hui du sens commun, à savoir que l'abus de substance est, au-delà de sa dimension strictement médicale, généralement accompagné d'un large éventail de problèmes qui peuvent être avantageusement abordés dans une démarche individualisée à la fois globale, coordonnée et de longue haleine. Aux États-Unis, l'introduction du case management fut motivée par les difficultés d'accès aux services disponibles, le manque de qualité des prestations ou encore la volonté

d'endiguer les coûts. En Europe, on y voyait plutôt l'instrument d'une amélioration des conditions de vie des personnes en situation de dépendance et celui de l'intégration des prestations plutôt que l'outil de contrôle des dépenses. Alors qu'aux Etats-Unis la plupart des programmes visaient à promouvoir l'abstinence, l'objectif des programmes européens consistait prioritairement à réduire les nuisances de la dépendance (Vanderplasschen et al., 2004).



Photo: interfoto

On peut distinguer deux modes d'implantation de l'instrument dans le domaine des addictions. L'un mène à la mise en place d'un case management «intensif», le second à l'instauration d'un case management «standard» ou «généraliste» (Vanderplasschen et al., 2007). Le case management intensif répond aux exigences de la théorie à double titre au moins, puisqu'il est articulé sur un programme et se présente explicitement comme un complément aux méthodes de prise en charge traditionnelles réservé à un public restreint parmi les personnes en situation de dépendance. Les premières expériences de case management dans le domaine de l'addiction, même si elles pouvaient différer notamment par leurs objectifs et le modèle retenu, relèvent de ce type. Appelé, au contraire, à remplacer les méthodes habituelles de prise en charge, le case management «généraliste» est destiné à tous les cas de toxicodépendance traités par un service. Dans cette lecture sans doute hétérodoxe de l'idée de case management, celui-ci est ramené essentiellement au circuit d'intervention qui fait office autant de principe d'organisation du service concerné que de méthode générale et standardisée de suivi. Le programme est formulé implicitement et en toute généralité au travers des missions dont le service est chargé. En Suisse, une des premières mises en œuvre d'un case management dans le domaine des addictions relève de ce type (Stoop, Leber 2001). La réorganisation de la prise en charge basée sur un case management généraliste peut dépasser le cadre d'un service pour embrasser l'ensemble du système de prise en charge. La mise sur pied de guichets uniques ou le développement d'instances centrales d'indication relèvent de cette démarche qui trouve une de ses expressions les plus achevées dans le modèle de «soins intégrés pour les consommateurs de drogue» présenté par le gouvernement écossais (Scottish executive, 2002).

PERSPECTIVES

Le case management est un dispositif en principe très plastique qui peut servir des intentions fondamentalement opposées. Construit sur le modèle du gate keeping par exemple, il est l'outil d'un contrôle des coûts puissant. Mais, lorsqu'il vise à l'amélioration de l'accès aux prestations, il peut aussi légitimer l'attribution de ressources supplémentaires pour un groupe de population particulier que le mode de prise en charge habituel peine à soutenir adéquatement. Il se fait sans doute le relais efficace de l'Etat incitateur s'il évoque l'idée de responsabilité individuelle pour exiger la participation motivée et active de l'utilisateur/er. Mais, lorsqu'il en appelle à l'idée d'empowerment, il peut contribuer au renforcement de sa capacité d'autonomie et d'autodétermination. Réduit au circuit d'intervention, il est l'instrument d'une centralisation forte de la prise en charge et facilite la rationalisation de l'intervention professionnelle qui, précisément formatée, se prête mieux à la mesure et, partant, au contrôle. Mais, à l'inverse, le case management peut aussi favoriser une prise en charge résolument multifocale qui trouve dans chacun des cas affiliés au programme un principe organisateur particulier. Il apparaît alors comme l'instrument d'une intégration décentralisée de l'aide aux personnes toxicodépendantes.

Le case management porte le thème de la complexité de la prise en charge et ceux, corollaires, de la fragmentation et de l'incohérence des suivis au centre du débat social et sanitaire. En ceci, il permet d'appréhender un problème réel qui, à terme, ne peut rester sans réponse. Il peut être au principe de solutions largement non bureaucratiques qui tablent sur le décloisonnement institutionnel et le rapprochement des professions. Si, du point de vue du travail social, comme du travail soignant, il n'y a pas d'objection essentielle à sa mise en œuvre, ces exemples montrent que les réalisations dont il est l'objet peuvent être très contestables. C'est donc sur pièce que le case management doit être jugé. L'introduction d'un case management intensif contribuerait sans doute à soutenir la qualité de la réponse institutionnelle aux problèmes de dépendance. On pourrait s'imaginer la mise sur pied de deux programmes visant, chacun à sa façon, à améliorer l'accès aux services de prise en charge. L'un serait destiné à un public vivant dans des conditions particulièrement précaires dans le but premier d'améliorer ses conditions de vie. La démarche pourrait être réitérée, les objectifs visés étant de plus en plus ambitieux. Le second s'adresserait aux personnes susceptibles de sortir de la dépendance. Le suivi serait dessiné de façon à pouvoir accompagner un progrès non linéaire à travers un traitement de plusieurs années. Resterait encore alors à spécifier les autres paramètres de chacun des deux modèles.

Références:

Les références sont à disposition au GREA ou à l'ISPA sur demande.

Courriel:

pgobet@eesp.ch

LES DISPOSITIFS D'INDICATION DU POINT DE VUE DES PATIENTS

par Jean-Félix Savary

Aborder la question de la rationalisation de la prise en charge, c'est d'abord s'occuper de personnes qui utilisent les services proposés. Comment peuvent-ils réagir aux changements actuels ? Dépendance tente ici recueillir l'avis des personnes qui bénéficient (ou qui ont bénéficié) des dispositifs de prise en charge. Ainsi, nous avons posé cinq questions à des personnes abstinentes des drogues (fréquentant les Narcotiques anonymes) et des usagers en consommation active (fréquentant la fondation ABS à Lausanne). Nous avons complété ces points de vue avec celui de Maria Cañata-Zufferey (MCZ), auteur d'une thèse remarquée sur les sorties de la toxicomanie. (réd.)

1. Selon vous, quelle est la part de la subjectivité et du libre choix dans le succès d'une offre thérapeutique?

Anciens usagers (AU): Les croyances sont très importantes. Il y a beaucoup de peurs et de pré-conçus par rapport à la démarche que l'on envisage. Les choix que l'on peut faire quand on est sevré ou quand on ne l'est pas est tout à fait différent. Le sevrage fait souvent très peur et donc il faut différencier le moment où on parle. La peur du «manque» prend une place immense. Quand on est dans la compulsivité de la consommation, on a tendance à avoir une vision très restreinte. Mais des envies ou des aspirations peuvent également apparaître pendant le traitement. Il s'agit vraiment d'une évolution.

Le libre-choix est fondamental. Avoir le choix est quelque chose de très important. En tant que consommateur actif, la confiance est très faible dans l'entourage, notamment sur le cadre. Faire le choix soi-même permet de reprendre confiance en nous, mais aussi dans l'offre thérapeutique. C'est un premier pas indispensable, car la perte de confiance est totale. Le choix est la meilleure manière de commencer ce travail de reprise de confiance en nous et en le milieu institutionnel.

Le plus important est la confiance que l'on a dans le professionnel qui peut nous conseiller. Sans confiance, on est toujours dans le cynisme. Le rapport humain est primordial.

Usagers actifs (UA): Le choix de l'utilisateur est primordial – l'avis des experts doit être en fonction de ce choix avant tout. Le DCI doit orienter sans imposer et être véritablement un lieu où l'on écoute le consommateur. Ses besoins doivent être respectés.

MCZ: C'est une question difficile. Immédiatement, je dirai que le libre choix est une dimension essentielle. On ne peut pas obliger une personne à adhérer à une offre thérapeutique si elle n'en veut pas. La participation de la personne

est donc nécessaire à sa prise en charge. D'autre part, dans mes recherches j'ai constaté que l'adhésion à un programme thérapeutique se fait parfois dans un deuxième temps. La personne commence un traitement car elle y a été obligée, mais par la suite elle « y trouve son compte » et elle finit par y adhérer et y participer activement. Je crois donc que la subjectivité, à un moment ou à un autre, doit entrer en ligne de compte. La question à se poser, donc,

est : qu'est-ce qui fait qu'une personne adhère à un programme thérapeutique? Dans mes recherches un aspect fondamental qui émerge est le fait d'être rentré en relation avec quelqu'un qui a su offrir une prospective de vie nouvelle. Il faut que dans le cadre d'une offre thérapeutique la personne dépendante puisse rencontrer une proposition de vie différente et quelqu'un qui accepte de l'accompagner vers ce but. Il faut que la personne puisse faire l'expérience d'une autre manière de fonctionner, d'une autre manière d'être au monde.

Le plus important est la confiance que l'on a dans le professionnel qui nous conseille

2. Comment ressentez-vous l'émergence de système d'indication, qui vise à orienter l'utilisateur dans le dispositif de soins selon des critères scientifiques?

AU: Nous ne croyons pas à un choix basé sur des critères uniquement scientifiques. L'expérience personnelle du professionnel est plus importante. Pour conseiller dans le traitement, il faut beaucoup de sensibilité et une certaine expérience humaine.

Nous sommes nombreux à avoir des parcours atypiques et il faut prendre garde aux généralisations. Il y a un très grand risque d'enfermement dans des catégories. Il y a une très grande part d'évolution possible, même si on croit qu'il n'y a pas d'espoir.

On ne peut jamais présager du destin des personnes toxicomanes. Beaucoup des choses peuvent se passer, qui sont de nature à changer complètement la donne. Selon nous, le professionnel doit créer le souhait du traitement, plutôt que de trouver le bon traitement. Cette dernière décision revient à la personne, qui la prend petit à petit.

UA: Plutôt positivement, mais à la condition que les personnes soient ouvertes au dialogue. La grille de gravité (scientifique) nous inspire un regard négatif, un peu moins si le processus inclut un suivi et l'établissement d'une relation de confiance. Il est important aussi que le système permette d'aller au bout des propositions et que l'utilisateur soit entendu. Si le DCI signifie un libre accès pour orienter, conseiller, aider, c'est une mesure très positive. Si en revanche, il s'agit d'un aspect contraignant pour accéder au réseau, dans le type souhaité de prise en charge, cela conduira à l'échec. Les critères scientifiques doivent avoir un but de recherche et non de prise en charge.

MCZ: C'est alléchant et dangereux en même temps. Alléchant car on désire avoir des indications thérapeutiques claires, transparentes qui orientent dans une direction ou dans l'autre, de manière efficace. Un peu comme dans la Evidence Based Medicine. Cela aurait aussi un effet rassurant pour les soignants. Dangereux car les critères qui devraient permettre d'orienter les personnes sont difficiles à établir scientifiquement, et par conséquent ils risquent d'être arbitraires. J'ai rencontré des personnes qui ont repris en main leur vie après 20 ans de toxicomanie, alors que personne ne les croyait plus en mesure de le faire de la manière dont elles l'ont fait. Si on avait dû orienter ces personnes selon des critères standard préétablis, elles ne seraient pas atterries là où elles sont atterries. Je pense que dans le cas de la dépendance c'est difficile d'identifier des critères objectifs, prédictibles de succès d'un traitement. Traiter une personne dépendante est différent que soigner une maladie du corps. La dépendance n'est pas qu'une maladie du corps. Dans le traitement de la dépendance, il y a une dimension relationnelle irréductible. Au contraire, l'utilisation de critères standardisés risque de réduire la personne à un dossier, à un cas. Or, il vaut mieux toujours laisser ouverte la catégorie de la possibilité, c'est-à-dire d'admettre que la personne est plus que ce que je vois, et que, à l'intérieur d'une relation thérapeutique, les choses pourraient se passer différemment de ce qu'on aurait imaginé.

3. Pensez-vous que les organismes de santé publique puissent aider les personnes dépendantes à mieux utiliser l'offre en vigueur?

AU: Oui, et c'est même nécessaire. Nous sommes nombreux à avoir ressenti le besoin d'une aide pour prendre les bonnes décisions. Certains ont été très bien conseillés, mais d'autres pas du tout. C'est un point à améliorer, car sans réponses claires à nos questions, cela participe à la perte de confiance que l'on peut avoir dans les possibilités de soins.

Il y a des informations qui doivent être mieux relayées. Par exemple sur les groupes d'entraide. On peut dire qu'il existe aujourd'hui une lacune importante en information sur les offres qui sont proposées. Souvent les institutions sont focalisées sur leur travail, sans voir ce qui se passe à côté, alors que c'est très important.

Quand une offre ne convient pas à une personne, il faut lui proposer de manière neutre des autres possibilités, sans la stigmatiser. Nous sommes nombreux à avoir eu des expériences douloureuses à cet égard, où un échec nous était reproché, alors que le traitement ne nous convenait simplement pas.

UA: Oui, si on prend en compte l'évolution et les remises en questions du consommateur. Le DCI peut aider dans certains cas, notamment pour la centralisation de l'information. Mais le DCI a aussi ses limites, dans la mesure où ce dispositif s'arrête aux frontières du canton. Également si cela se limite aux prises en charge institutionnelles.

MCZ: Si l'aide est celle de l'établissement de critères scientifiques dont on a parlé tout à l'heure, je considère que cette aide s'accompagne de beaucoup de risques.



Photo: interfoto

4. Comment ressentez-vous l'accent mis aujourd'hui sur les thérapies ambulatoires?

AU: Pour certains, ces thérapies ambulatoires peuvent être très efficaces. Elles peuvent nous guider progressivement dans le système de soins. Mais surtout, elles permettent de garder la tête hors de l'eau (hygiène, social, etc). Pour d'autres, c'est très important de pouvoir bénéficier d'une offre résidentielle. Si on est vraiment marginalisé et mal en point aux niveaux psychiques et physiques, il faut un cadre de ce type pour re-approprier une vie normale, pour retrouver certains repères et une estime de soi.

Pour nous, il faut absolument que ces deux types d'offres soient maintenues (ambulatoire et résidentiel). Elles correspondent à des situations différentes. Chacun a son état d'esprit et ses ressources propres, ce qui influe sur ses besoins. Même la prison peut avoir des aspects positifs. Mais avec un produit de substitution, il est essentiel d'avoir un suivi psycho-social pour en tirer profit.

UA: Les avis sont partagés: pour les uns, cela est positif, même si on constaté que les offres ambulatoires sont de plus en plus présentes mais aussi surchargées, avec un manque de moyens et de personnel. Pour les autres, l'accent mis sur l'ambulatoire est trop important, alors que d'autres prestations existent même si elles coûtent. Le risque est d'orienter trop facilement vers un autre enfer.

MCZ: Elles sont avantageuses surtout pour les personnes qui ont encore des responsabilités dans la société, qui sont pères, mères, travailleurs. Si une personne dépendante a un quelconque engagement positif dans sa vie, il vaut mieux de le préserver, de le valoriser. Les thérapies ambulatoires sont utiles en ce sens, car elles ne sortent pas la personne de son contexte. En même temps, elles devraient mettre en place une prise en charge suffisamment pointue pour aider la personne à s'éloigner de son contexte «problématique».

5. Un système d'indication demande la récolte, la transmission et le traitement de données personnelles. Qu'en pensez-vous?

AU: C'est un problème très sensible et nous sommes très réticents. Il faut que tout cela soit très strictement contrôlé. Suivant la tournure des événements, cela peut se retourner contre vous. La plupart des personnes toxicomanes sont récalcitrants à la transmission de données. Cela peut avoir des conséquences négatives, par exemple en décourageant les gens à se faire aider, ou alors à transmettre de fausses informations.

Dans notre vie, nous constatons déjà que les informations circulent largement, par exemple lors d'un contrat d'assurance ou de l'achat d'une maison. Si on ne trouve pas des garanties, cela casse toute la confiance et devient totalement contre-productif en éloignant les personnes dépendantes des systèmes de soins.

UA: Cela exige un minimum de garanties sur la protection des données transmises. Si les différents secteurs jouent le jeu de la confidentialité et respectent les règles éthiques, pas de problèmes. Mais il est difficile de répondre à des tiers sans relation de confiance: s'il n'y a pas de suivi et donc une méconnaissance des individus, le risque est grand que les personnes mentent pour obtenir ce qu'elles veulent, sans oublier la peur pour certains que les informations personnelles soient transmises avec les conséquences éventuelles.

MCZ: Si cela servait réellement à la personne, on pourrait considérer de payer le prix de la privacy. Mais la privacy n'est pas, à mon sens, le problème principal. Le risque véritable, encore une fois, est que l'expérience de la personne et ses désirs soient réduits à des indicateurs standardisés. Le risque est de traiter un dossier et de ne pas entrer en relation avec une personne.

LE MODÈLE DE RESSOURCES D'INFODROG

Cristina Monterrubio Leu, collaboratrice scientifique, Infodrog, Berne et Ueli Simmel, directeur, Infodrog, Berne

Comment apporter une réponse adéquate standardisée à la demande de prise en charge d'un individu? Sans questionner le bien-fondé d'un tel défi, Infodrog a mis au point un modèle de ressources, actuellement testé par plusieurs institutions, qui se modifie et se construit au fil de son utilisation. Explications. (réd.)

RACINES DU MODÈLE PROPOSÉ

La prise en charge des personnes toxicodépendantes en Suisse propose une large variété d'offres, très diversement stratifiées. Chacune de ces offres possède ses propres caractéristiques, qu'il s'agisse de l'orientation de la prise en charge (abstinence, sevrage, etc.), de la durée (court, moyen ou long terme) ou encore de l'intensité des prestations (mesures accompagnatrices, complémentaires ou substitutives). Tout cela tient compte et répond, bien évidemment, à la grande diversité des groupes cibles et de leurs demandes. Dans ce cadre, il apparaît primordial que, pour définir la prestation la plus adéquate thérapeutiquement parlant pour une personne, il faut avoir à disposition un «instrument d'évaluation du client» dont la légitimité n'est pas à prouver.

Partant de ces constats de base, Infodrog la Centrale de coordination nationale pour les addictions, en collaboration avec l'Office fédéral de santé publique (OFSP) a mis au point un nouvel outil. Le but de ce dernier est de permettre, dans un court laps de temps et par le biais d'un ou plusieurs entretiens, de dresser un tableau des ressources de l'individu qu'il s'agit d'orienter vers un processus thérapeutique. Cet outil, appelé modèle de ressources, vise donc une adéquation entre la demande de la personne liée à son état du moment et l'offre des diverses institutions.

(En ce qui concerne les offres des institutions, un modèle correspondant avait déjà été développé, il y a quelques années, dans le cadre de FiDé, Le Système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances, afin de différencier l'éventail des offres existantes.)

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Toute personne traverse, de son enfance à l'âge adulte, un processus de socialisation. Dans le cadre des addictions, ce processus de conduite relativement autonome et autodéterminé de sa vie par un individu ne peut se faire qu'avec l'aide de produits psychotropes. La personne perd donc une partie plus ou moins importante de son autonomie. Cette idée de la perte de l'autonomie à pallier, fait aujourd'hui l'unanimité au sein d'un éventail thérapeutique diversifié.

Pour pouvoir obtenir une image des ressources (et donc également des lacunes dans ces ressources) de l'individu, nous avons défini une systématique de travail. Cette dernière appliquée à l'évaluation des ressources individuelles

et à la planification des prestations adéquates, se rapporte à trois éléments : les champs de socialisation, les niveaux de socialisation et les ressources-clés de l'individu. Les champs de socialisation permettant de définir les ressources-clés de l'individu.

Afin de situer la clientèle dans sa réalité concrète, nous avons retenu pour notre modèle d'orientation les quatre champs de socialisation utilisés dans le descriptif des prestations Fidé. Il s'agit: **du groupe primaire, de la formation, du travail et des loisirs**. Nous les détaillerons un peu plus loin dans le texte.

En ce qui concerne les niveaux de socialisation liés aux niveaux des ressources, nous retiendrons cinq constellations sociales. Cependant, nous ne travaillerons que sur les trois inférieurs; en effet les deux premières ne sont pas (ou de manière négligeable) accessibles à l'intervention des services publics. Ces couches ont été définies de la manière suivante : 1. couche supérieure internationale à très haut niveau de ressources, 2. niveau élevé de ressources (ancienne classe supérieure), 3. **niveau moyen de ressources** (classe moyenne), 4. **faible niveau de ressources** (classe sociale inférieure), 5. **très faible niveau de ressources** (désintégration sociale et marginalisation).

Le lien entre ces niveaux de socialisation et l'attitude des individus face aux situations imprévues et à leur gestion sera repris dans la suite de notre argumentation.

DESCRIPTIF DE NOTRE MODÈLE DE RESSOURCES

En préambule, il est essentiel de préciser que notre outil d'indication ne remplace pas les autres outils existants. Il les complète en les systématisant et en permettant d'adopter un langage commun et neutre entre les individus. En effet, il ne s'agit pas de vouloir remplir un nouveau document ou de poser un diagnostic médical personnel. L'idée de base consiste à réaliser une photographie instantanée de la personne et de ses ressources à un moment donné. Ce qui permet alors de fournir aux professionnels, des indications objectives sur l'état actuel des ressources mobilisables pour cet individu. La recherche et la pratique nous indiquent en effet que le fait de disposer de suffisamment de ces ressources-clés contribue de manière déterminante à rendre possible une conduite satisfaisante de la vie quotidienne de toute personne.

Reprenons un peu plus en détail les quatre champs de socialisation. Chacun d'eux se partage à son tour en quatre dimensions distinctes.

- Tout d'abord le **groupe primaire**. Il se subdivise de la manière suivante : *rapport à soi, capacité relationnelle et gestion des conflits, capacité à habiter un logement, gestion administrative* :

- Le rapport à soi se rapporte aux capacités de la personne à réagir de manière adéquate à ses besoins physiques de base (alimentation, santé, hygiène, etc.).
- La capacité relationnelle et la gestion des conflits comprennent la capacité à entrer de manière adéquate en interaction avec les autres.
- La capacité à habiter un logement signifie la gestion cohérente de ce qui se rapporte à un « chez-soi ».
- Finalement la gestion administrative évalue la capacité à gérer sa vie quotidienne dans les tâches administratives concrètes.

- Le deuxième champ de socialisation concerne la **formation**. Ses quatre dimensions sont : *la scolarité et la formation de base, le post-grade ou la formation continue, les capacités d'apprentissage et les capacités à élaborer une pensée théorique et pratique* :

- La première dimension concerne la formation reconnue formellement et sa situation actuelle (une attention particulière est portée aux interruptions, répétitions et difficultés diverses).
- La deuxième concerne les formations effectuées à titre privé ainsi que celles effectuées de façon continue dans le cadre professionnel.
- La troisième évalue dans quelle mesure l'individu est capable d'assimiler de nouveaux éléments et peut les utiliser (curiosité intellectuelle).
- La dernière regroupe la capacité de l'individu à créer son propre jugement de valeur et développer un esprit critique.

- Le troisième champ explore le **travail**. *L'activité professionnelle, les revenus et la fortune, l'aptitude et la capacité à tenir un rôle ainsi que le statut social, sont ses quatre dimensions* :

- Dans un premier temps, il s'agit de recenser le parcours professionnel, les durées des engagements, le degré d'intégration, l'aptitude actuelle.
- La deuxième dimension s'intéresse aux revenus effectifs obtenus à travers une activité professionnelle et les économies possibles.

- L'attitude et la capacité à tenir un rôle englobent quant à elles le rôle professionnel, la position adéquate. Il s'agit d'évaluer si la personne est capable d'apporter une réponse appropriée aux exigences et tâches quotidiennes qu'elle doit exécuter.
- Finalement, le statut social évalue les ressources socialement et culturellement reconnues comme la réputation, la reconnaissance, le prestige social.

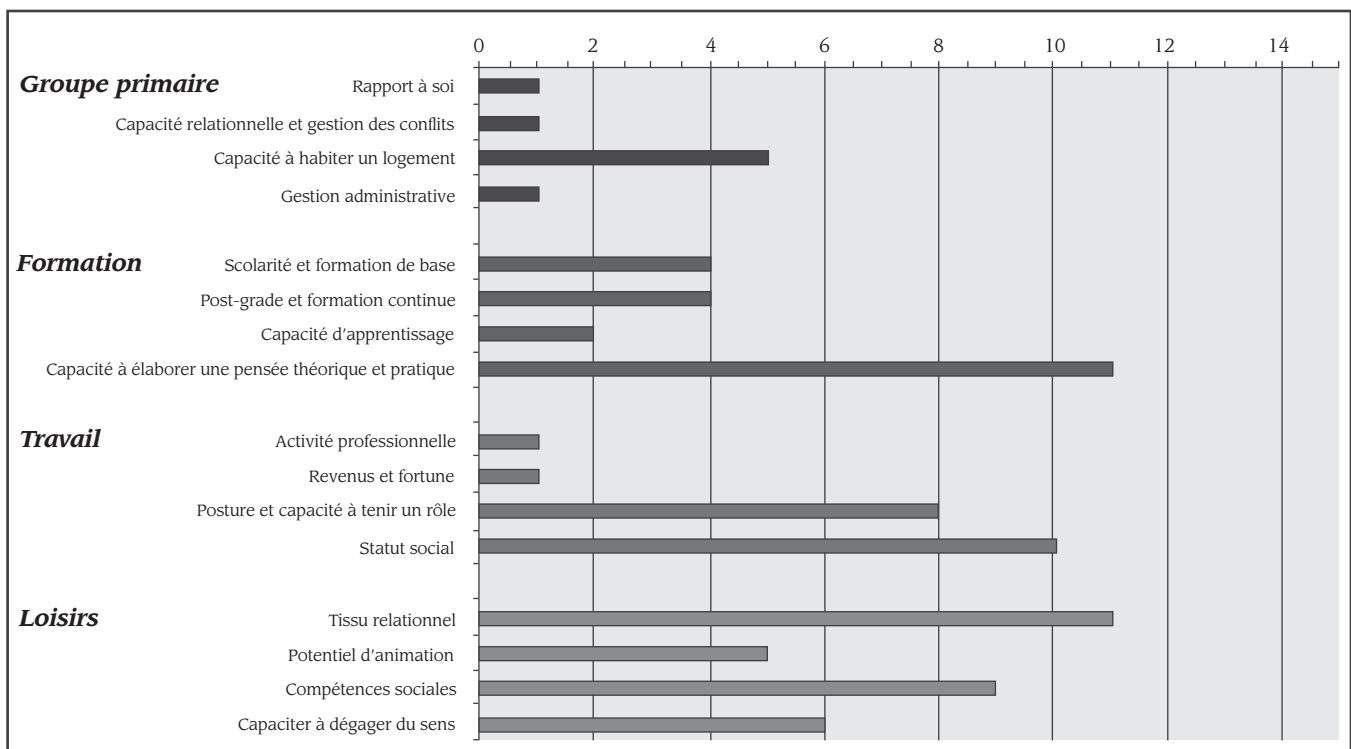
- Le champ des **loisirs** termine notre aperçu. Il est subdivisé de la manière suivante, *le tissu relationnel, le potentiel d'animation, les compétences sociales et la capacité à dégager du sens* :

- Sont évaluées ici les relations sociales encourageant les liens relationnels (relations libres, stables, intéressantes, etc.).
- Le potentiel d'animation considère dans quelle mesure l'individu est capable de s'enthousiasmer et se motiver pour une chose. Est-il actif dans ses activités de loisirs ?
- Les compétences sociales complètent ce tableau par la capacité de la personne à entrer en contact avec les autres de manière adéquate.
- La dernière dimension reprend la notion de capacité à dégager du sens, c'est-à-dire : la personne se sent-elle intégrée ou isolée dans ses activités récréatives ?



A l'aide de ces quatre champs de socialisation, nous obtenons une image des ressources-clés actuelles que l'individu possède et qu'il peut mobiliser dans un processus thérapeutique.

EXEMPLE DE PROFIL D'UN INDIVIDU



DESCRIPTION DE L'OUTIL

Nous avons créé un outil informatique comme support technique aux entretiens que mène habituellement un professionnel sollicité dans le cadre d'un processus d'indication. Ce support permet pour chaque dimension de chaque champ de socialisation de positionner la personne en fonction de ses réponses sur une échelle de 15 à 1. Ces quinze types de réponses possibles forment trois catégories d'attitude : *acceptation*, *refoulement* et *refus*. Ces trois attitudes nous ramènent à nos trois niveaux des ressources décrites plus haut. En effet :

- les personnes ayant une situation de ressources dans la couche moyenne font face à des exigences imprévues avec une *attitude acceptante*. Les ressources nécessaires sont là et vont permettre de réagir avec succès.
- Les personnes se trouvant en situation de pauvreté ont plus de difficulté à faire face à ces mêmes exigences et ce, à cause de leurs maigres ressources à disposition. Ils trouveront plutôt la solution dans une *attitude de refoulement* du problème concret.
- Les personnes se trouvant en situation de marginalité/désinsertion avec plusieurs problématiques auront plutôt une *attitude de refus* face aux exigences auxquelles elles sont confrontées. Elles n'ont pas les ressources pour y faire face. En refusant, elles cherchent à se protéger de nouveaux échecs.

Cet outil informatique permet également de donner une représentation visuelle de la situation concrète des ressources, les informations pouvant être visualisées sous forme de tableau. Il fournit alors des indications qui ont une légitimité professionnelle sur une base objective.

Il ne s'agit pas d'un questionnaire à faire passer de A à Z à son client. Mais il donne des pistes sur les questions à poser ou les thèmes à aborder afin d'obtenir les informations nécessaires pour compléter le document.

PROJET PILOTE ACTUEL

Actuellement, quatre institutions en Suisse allemande et trois en Suisse romande participent à la phase test de notre projet. A ce jour, nous avons à disposition plus de 250 questionnaires remplis qui nous donnent déjà une bonne base de travail. Les résultats sont en cours d'analyse. Les remarques et commentaires que nous font nos partenaires au fur à mesure de l'utilisation nous permettent d'affiner l'outil, de le compléter voir de le corriger.

Il ressort des échanges fructueux que nous avons régulièrement avec les institutions participantes des éléments que nous n'avions pas envisagés dans un premier temps. En effet, une institution nous a confié utiliser les tableaux comme base de discussion pour les supervisions de cas cliniques. Une autre trouve l'outil intéressant pour le transfert des informations d'un client, d'une unité à une autre au sein de l'institution.

L'unanimité se fait, une fois la phase d'appropriation passée, autour de cet outil, qui s'avère d'une utilisation assez aisée et apporte une bonne somme d'informations à un moment précis sur un individu. Il peut alors être utilisé ultérieurement pour voir et discuter des modifications du profil des ressources-clés de la personne.

DÉVELOPPEMENT ET FUTUR

Nous allons poursuivre le développement de cet outil ces prochains mois. À un moyen terme, nous souhaitons parvenir à un modèle simple d'utilisation, qui fournisse rapidement un profil clair des ressources-clés de l'individu. Ce profil pouvant alors être introduit dans une base de données des profils des institutions suisses. Le résultat proposera alors diverses offres d'institutions correspondant à cet individu. Visant ainsi un processus d'indication utilisable par les professionnels et fournissant des données systématisées.

Il va de soi que les parts subjective et objective seront toujours étroitement mêlées. Il ne s'agit pas de «robotiser» les échanges avec les clients qui apportent les informations essentielles à tout processus d'indication. Mais plutôt, plus humblement, de soutenir ce processus complexe et difficile en le rendant accessible.

Références:

Remarque : cet outil ayant été élaboré en premier lieu en langue allemande et traduit par la suite, la plupart des références sont en allemand.

- (1) Burkhard P. et al. dans : COSTE, Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (Ed.): « Le Système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances. » COSTE, Berne, 2003.
- (2) Frick U., Rössler W. : « Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive ». Suchttherapie 2003; 4:18-24. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York.
- (3) Hurrelmann, Klaus : « Soziologie der Erziehung. » Beltz Studienbuch, Beltz, Weinheim, Basel 1974.
- (4) Korte, Hermann : « Einführung in die Geschichte der Soziologie » (6. Aufl.). Leske & Budrich, Opladen, 2000.
- (5) Korte, Hermann (Hrsg.) : « Einführung in Praxisfelder der Soziologie » (2. Aufl.). Leske & Budrich. Opladen, 1997.

Courriel:

cristina.monterrubio@infodrog.ch

ueli.simmel@infodrog.ch

POST-SCRIPTUM

PRÉVENIR LE JEU EXCESSIF DANS UNE SOCIÉTÉ ADDICTIVE ? 2E SYMPOSIUM INTERNATIONAL DES 19 ET 20 JUIN 2008 À L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

Notre société est-elle «addictive»? Entre libéralisation et interdits, intérêts économiques et jugements moraux, en matière de jeux d'argent, le monde socio-sanitaire est pris à parti. Réunir l'ensemble des acteurs de la prévention dans une perspective interdisciplinaire, tel était le défi lancé par les organisateurs de la rencontre, sous l'impulsion des principales institutions actives dans le domaine du jeu en Suisse, en partenariat avec différents services de Belgique, de France et d'Italie¹. Intervenants dans le domaine médical et social, chercheurs, intervenants des professions juridiques et économiques, responsables politiques, quelques 250 participants de 12 pays ont pris part aux débats répartis en une quinzaine de sessions².

Les principaux axes dégagés lors des échanges peuvent être articulés autour de quatre questionnements: le concept d'«addiction» est-il pertinent pour les jeux d'argent, voire pour d'autres comportements problématiques n'impliquant pas l'usage d'une substance? En quoi les jeux d'argent représentent-ils un enjeu de société plus actuel qu'un autre? Quels sont les défis prioritaires du point de vue de la santé publique? Et, finalement, quelles sont les réponses existantes au niveau des programmes de traitement et de prévention, mais aussi de leur financement?

UNE CONCEPTUALISATION DE L'ADDICTION TENANT COMPTE DES DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

Alors que le terme anglais «pathological gambling» fait explicitement référence aux jeux d'argent, sa traduction française «jeu pathologique» est source de confusion. À cet égard, les préoccupations, mais aussi les intérêts des différents acteurs divergent. Aucune définition médicale consensuelle n'existe à ce jour pour le terme d'addiction, alors même que son utilisation tend à définir une nouvelle discipline: l'«addictologie». Les spécialistes du domaine ont évoqué les ressorts neuro-biologiques communs aux différentes conduites addictives. Les impacts socio-environnementaux ont été abordés. Le caractère plus ou moins «addictif» des jeux d'argent repose sur des propriétés liées à la structure même des jeux qui demeurent très peu étudiées. Ce manque de données s'avère être un facteur limitant important de la réflexion relative aux actions de prévention

menées sur les lieux de jeu. Il faut relever en outre l'importance d'investiguer plus avant les différents mécanismes psychologiques impliqués dans le jeu et leurs interactions.

L'extension de la notion d'addiction, ou plus prudemment formulée, de conduites addictives «sans substances», a fait l'objet de nombreux échanges. Les connaissances en matière de jeux d'argent se sont considérablement accrues ces trois dernières années. En revanche, celles relatives aux jeux vidéo rendent à ce jour l'analogie aux jeux d'argent très spéculative. Compte tenu des observations cliniques impossibles à situer dans une perspective épidémiologique, une grande prudence est de mise.

ENJEUX DE SOCIÉTÉ: ÉTHIQUE ET DÉVELOPPEMENT DURABLE AU CŒUR DES DÉBATS

Les études historiques sont quasiment absentes du domaine des addictions, qu'il s'agisse des problématiques liées aux substances psychoactives ou des «nouvelles» conduites addictives dites également «comportementales». Les perspectives ethnologiques et sociologiques ont été croisées. Le lien entre éthique, interdisciplinarité et développement durable, tout comme les risques d'un réductionnisme lié à une collusion entre intérêts économiques et intérêts de la recherche bio-médicale ont été développés. Il est à noter que d'autres formes de jeu sont potentiellement aussi problématiques que les jeux d'argent. Tel est le cas des jeux vidéo dits «massivement multijoueurs».

DÉFIS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE: ÉVALUER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION EN SE PRÉSERVANT DES CONFLITS D'INTÉRÊT

Les enjeux de la prévention structurelle, avec l'élaboration de mesures législatives claires, ont été développés par plusieurs intervenants. Ce débat a également reçu l'attention des différents représentants des organes de régulation des jeux et des représentants du monde politique. À cet égard, les limites du concept dit de «jeu responsable» et la nécessité d'un organe de régulation indépendant ont été largement soulignées. Dans le champ des jeux d'argent, les conflits d'intérêts liés à la recherche et à la prévention gagnent à être encadrés par des directives précises.

Les récentes données épidémiologiques, et plus particulièrement une comparaison approfondie des observations effectuées avant et après l'ouverture des casinos en Suisse ont montré que le lien entre l'offre de jeu et la prévalence du jeu pathologique est complexe et ne décrit pas une corrélation linéaire comme il est parfois suggéré. Les données de prévalence devraient être complétées par des données sur l'incidence, mais aussi par des données plus fines, dont celles relatives aux co-morbidités.

Un domaine largement inexploré est celui de l'évaluation des coûts sociaux, alors que des méthodologies fiables ont été développées à ce sujet dans le champ du tabac ou de l'alcool. Une série de données néo-zélandaises relatives aux déterminants socio-économiques du jeu excessif a été présentée.

L'absence d'évaluation des programmes de prévention secondaire ou tertiaire n'est pas un problème spécifique aux jeux d'argent ou aux addictions, mais un problème plus général. Les programmes de prévention devraient également pouvoir intégrer plus spécifiquement les aspects de co-morbidité dépressive et de suicidalité. Un projet d'Observatoire romand du jeu excessif qui, moyennant un financement adéquat, pourrait constituer un élément de réponse a été évoqué.

TRAITEMENTS ET PROGRAMMES DE PRÉVENTION: LES DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS

Il a été montré combien la réussite des interventions thérapeutiques relevait d'une dialectique subtile entre hyper-spécificité de certaines interventions et transversalité d'autres techniques provenant de l'expérience clinique acquise pour les dépendances aux substances psychoactives. Divers intervenants ont décrit cette dualité dans leurs contextes cliniques respectifs. Les chiffres de consultation très faibles au regard du nombre de personnes touchées incitent au développement d'offres thérapeutiques alternatives à la thérapie individuelle ou groupale traditionnelle. A l'heure du développement des casinos virtuels et des paris en ligne, l'apport d'Internet en tant que nouveau support pour l'accompagnement des joueurs a été fortement souligné. Un programme destiné aux joueurs visant le contrôle du comportement de jeu plutôt que l'abstinence a été présenté. En filigrane, des questionnements similaires à ceux soulevés dans le champ de l'alcoologie où ce type de programme a pu être expérimenté avec succès.

Une réflexion importante concerne les programmes de désendettement. Le paradoxe est que cet aspect déterminant de la prise en charge n'a pour ainsi dire pas retenu l'attention des chercheurs jusqu'ici. Ces programmes ont été détaillés par différents intervenants.

Les programmes de prévention spécifique développés dans le cadre des casinos en Suisse ont été présentés. Ceux éla-

borés dans le cadre des loteries ont été quant à eux abordés sous l'angle des régulateurs. A cet égard, la question de l'évaluation de ces programmes a été abordée. L'importance d'améliorer considérablement la qualité de l'interface entre l'abord des joueurs dans les lieux de jeux, les programmes d'auto-exclusion et les structures d'accompagnement spécialisé a été illustré. Cet aspect ressort également des données d'évaluation du programme de sensibilisation des cafetiers-restaurateurs dépositaires de terminaux de loterie électronique. La prévention secondaire passe également par des dépistages validés dans les différentes langues, ainsi que par la mise en place de hotlines, à l'exemple du nouveau numéro vert romand.

Pour les chercheurs, il reste très difficile d'accéder aux lieux de jeu

INTERPELLER LES POUVOIRS PUBLICS SUR LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

Une table ronde a réuni les régulateurs suisses, belge et autrichien, et un représentant de l'Association européenne de promotion de la santé. La question des conflits d'intérêts entre les différents acteurs impliqués par les jeux d'argent et la timidité des recherches entreprises sur les sujets sensibles ont été au centre des discussions. Pour les chercheurs, il reste très difficile d'accéder aux lieux de jeu que ce soit pour investiguer le potentiel addictif comparé des jeux ou encore pour évaluer l'efficacité des actions de prévention. En ce qui concerne le financement de la recherche et de la prévention, l'exemple suisse d'une taxe sur le revenu des jeux de loterie à hauteur de 0,5% est un modèle qui a suscité un grand intérêt. Mais comment déterminer le montant exact d'un tel effort en l'absence d'études relatives aux coûts sociaux? Faut-il tripler, voire quadrupler cette taxe, à l'exemple de certaines juridictions canadiennes? Seul un effort accru pourra contribuer à une politique publique des jeux d'argent satisfaisante du point de vue du droit de chacun à jouir du meilleur état de santé possible.

Courriel:
Cje@chuv.ch

¹ La liste de l'ensemble des partenaires organisateurs est consultable sur le site web de la conférence (<http://www.jeu-excessif.ch/symposium08/fr>).

² La plupart des diaporamas des présentations sont à disposition via le site web de la conférence et un ouvrage collectif reprenant leurs contenus est en préparation pour le début de l'année 2009. Rendez-vous a été pris pour une nouvelle rencontre dans le courant de l'année 2011.

COMMENT CLASSER LES INTERVENTIONS VISANT LA PRÉVENTION?

Dans le champ de la santé, il est habituel de classer les interventions de prévention en fonction des publics-cible ou en fonction de leur nature.

On distingue ainsi un premier niveau avec les efforts visant à éduquer le public en modifiant les connaissances, attitudes, croyances et compétences en rapport avec le jeu excessif. Un second niveau réunit des interventions politiques, via le contrôle de l'environnement du joueur et en particulier la disponibilité de l'offre de jeu. On parle alors de prévention «structurelle» (Williams, West, & Simpson, 2007).

Les interventions «éducationnelles» comportent des interventions psycho-éducatives généralistes portant sur l'individu et son entourage, les campagnes attirant l'attention sur les spécificités liées aux jeux d'argent, l'intervention en milieu scolaire, l'intervention auprès des joueurs sur les lieux de jeu.

Les interventions au niveau politique comportent des limitations portant sur la disponibilité de jeux: le nombre d'opérateurs ou de lieux de jeu, les types de jeux jugés plus dangereux, la localisation et les horaires d'ouverture des points de ventes. D'autres restrictions peuvent concerner les personnes, comme l'interdiction aux mineurs, aux non-résidents (ou au contraire aux résidents), aux joueurs problématiques eux-mêmes, en particulier via les programmes d'auto-exclusion. Les mesures structurelles concernent aussi l'obligation pour les intervenants de l'industrie du jeu de repérer les joueurs problématiques, ou encore de modérer le jeu, par exemple, en ralentissant la vitesse du jeu, en diminuant l'amplitude des gains, en présentant des messages de type «pop-up» ou encore en intervenant sur les modes de paiement (jetons, cartes pré-payées). Enfin, il y a lieu de considérer des stratégies portant sur l'accès à l'argent (bancomats), l'interdiction de consommation de tabac ou d'alcool pendant le jeu, la réglementation en matière de publicité. L'ensemble de ces interventions dépend bien évidemment de la structure des organes de régulation, traditionnellement plus proches des services économiques et des services judiciaires que des services de santé.

Peut-on classer les interventions en fonction de leur efficacité? Selon Williams et al. (2007), nonobstant le peu de publications dans le domaine, il semble que ce soit les interventions portant sur le renforcement des compétences à l'échelle communautaire, les restrictions envers les offres les plus addictives et les restrictions sur la consommation associée de tabac et d'alcool qui soient les plus convaincantes. La psycho-éducation ciblée, via l'école ou les joueurs, donnent des résultats ambigus. Les modifications mesurables rapportées semblent viser les connaissances plutôt que les comportements problématiques eux-mêmes. Les campagnes de prévention de masses et les programmes d'auto-exclusions sont jugés décevants. Les interventions visant à modérer le jeu apparaissent d'une efficacité limitée si elles ne sont pas encadrées par des organes de régulation offrant les garanties d'indépendance ad hoc. Le constat des chercheurs est que les mesures les plus efficaces sont aussi les moins répandues. Aucune stratégie n'est efficace à elle seule et la coordination des efforts de prévention s'inscrit dans le très long terme, à l'instar des progrès lents mais réels enregistrés dans le champ des conduites addictives impliquant les substances psychoactives.

Williams, R.J., West, B.L., & Simpson, R.I. (2007). Prevention of Problem Gambling. In G. Smith, D. C. Hodgins, & R. J. Williams (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 399-436). London, UK: Academic Press.

VERS UNE ADDICTOLOGIE COMPARÉE DES DIFFÉRENTES OFFRES DE JEUX

Les montants en jeu, la probabilité de gain, la structure des prix gagnés, les effets sonores et graphiques des logiciels, la fréquence des événements et la familiarité du design sont autant de caractéristiques dites «structurelles» des jeux d'argent influant considérablement le comportement des joueurs. Ces caractéristiques agissent en tant que renforçateurs des comportements de jeu et représentent un facteur important dans l'acquisition, le développement et le maintien des habitudes de jeu (Park & Griffiths, 2007).

Les auteurs proposent de distinguer un facteur dit de «jouabilité» qui définit le caractère agréable, interactif et incitateur des jeux. L'objectif est de renforcer l'attractivité du jeu en développant certains de ses aspects comme l'illusion de contrôle sur le jeu de la part du joueur ou la perception du «quasi-gain», ou «near-miss» dans sa version anglaise. Les modalités de paiement caractérisent un deuxième facteur. En effet, l'utilisation de jetons, par exemple, contribue à masquer et minimiser la valeur réelle de la somme mise en lui substituant une représentation virtuelle. Il est aussi possible d'influencer le comportement de jeu en manipulant les caractéristiques des gains, comme leur probabilité ou leur valeur, que l'on augmente afin d'attirer les joueurs. La fréquence des événements de jeu (comme le nombre de tirages par exemple) et des paris, ainsi que leur durée opèrent sur la motivation des joueurs. Les effets sonores et d'éclairage utilisés, et ce particulièrement dans les dispositifs de jeux électroniques, jouent eux aussi un rôle incitateur. Alors que les caractéristiques précitées définissent des moyens susceptibles d'augmenter ou maintenir les comportements de jeu, certains autres aspects tendent à limiter les risques occasionnés. Il s'agit de structures dites «éducatives» intégrées dans le dispositif servant à informer le joueur quant au temps qu'il passe à jouer et aux dépenses qu'il fait.

Une meilleure compréhension de ces structures addictives des jeux permettrait aux cliniciens d'identifier précisément quels éléments sont susceptibles de provoquer le plus de biais cognitifs et de croyances irrationnelles chez les joueurs ainsi que de savoir ce qui les motive dans les différents types de jeux. Du point de vue des joueurs, une telle démarche permettra de les rendre attentifs aux jeux à risque ainsi qu'à leurs caractéristiques addictives et de leur suggérer une manière responsable de jouer. Cette analyse spécifique des caractéristiques des jeux pourrait également servir de base de réflexion pour initier et diriger les mesures de politiques publiques et privées dans leur tentative de réduction des effets négatifs liés au jeu.

Parke, J. & Griffiths, M.D. (2007). The Role of Structural Characteristics in Gambling. In G. Smith, D. C. Hodgins, & R. J. Williams (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 217-249). London, UK: Academic Press.

CARREFOUR) (PREVENTION®

J'  sans fumée


CIPRET
PRÉVENTION TABAGISME
G E N E V E

 Bourré de talent,
pas d'alcool.

fegpa
prévention alcoolisme


Fourchette
verte

**MAÎTRISE
STRESS**

CENTRE DE PRÉVENTION
DES PROBLÈMES DE JEÛ EXCESSIF
**RIEN
NE VA
PLUS**

Antenne des diététiciens genevois
ADiGe

Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567 - CH-1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch • www.prevention.ch

AVEC LE SOUTIEN DE:



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi - jeudi 9.00 - 12.00 13.00 - 17.00
Vendredi 9.00 - 12.00

Tél. 022 321 00 11 • Fax 022 329 11 27

Les mardis du CIPRET de 12h30 à 14h : permanence gratuite sur le tabagisme par une tabacologue diplômée.

Les mercredis de 17h à 19h : permanence de l'ADiGe, animée par une diététicienne diplômée.

(sauf vacances scolaires)

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres
toxicomanies, ISPA
Ruchonnet 14, c.p. 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions, GREA,
Pêcheurs 8, c.p. 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:

Corine Kibora, ISPA
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
Directeur Infor-Jeunes, Genève
Cédric Fazan
Directeur A.C.T, Montreux
Michel Graf
Directeur ISPA, Lausanne
Etienne Maffli
Psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
Socio-anthropologue, Genève
Viviane Prats
Enseignante EESP, Lausanne
Gérald Progin, responsable
Espace Prévention, Aigle

Administration et abonnements:

ISPA, c.p. 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@sfa-isp.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

CH: Frs. 45.- par an
Etrangers: Frs. 57.- par an

Résiliation

Délai au 30 novembre pour le 31 décembre

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

Ligne graphique

Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368



sfa / ispa 

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie

