

NOVEMBRE 2022 - N° 74

DEPENDANCES

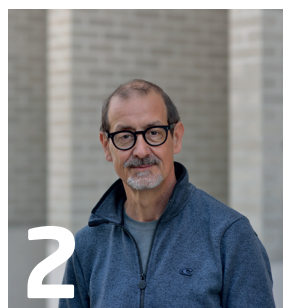


Collaboration

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA

SOMMAIRE

« COLLABORATION »



2

ÉDITORIAL

Frank Zobel



3

DÉPASSER LES FRONTIÈRES DISCIPLINAIRES, SURMONTER LES OBSTACLES LÉGAUX, DÉPASSER LES MURAILLES INSTITUTIONNELLES: QUELS RÔLES POUR LES PROFESSIONNELS?

Jean-Pierre Couteron

7

LA CONVENTION DE COLLABORATION: UN OUTIL AU SERVICE D'UNE CULTURE COMMUNE

Thomas Urben



11

PERSONNES ÂGÉES ET ADDICTIONS: COLLABORATIONS ET LIAISONS DANS LE CANTON DE FRIBOURG

*Nicolas Dietrich
et Dr Franco Masdea*

14

GESTION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET LIEUX DE VIE: RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE CHACUN

Dr Juan Lopez et Laetitia Baume



17

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON: CHOC DE CULTURES, CHOC DE LÉGISLATIONS

*Ludovic Lacroix
et Nicolas Peigné*

21

COORDINATION: LE TRAVAIL INVISIBLE

Mathias Waelli



24

FINANCER LE TRAVAIL DANS LES INTERSTICES DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE: UNE PRIORITÉ POUR LES ADDICTIONS?

Christophe Al Kurdi



28

COLLABORATION, SOIN ET ALLER-VERS

*Antonio Rotondo
et Benjamin Ravinet*

ÉDITORIAL



Hormis en temps de guerre, où il a très mauvaise réputation, le terme « collaboration » est généralement associé à un sentiment très positif, comme le sont aussi d'autres termes qui circulent abondamment en ce premier quart de XXI^{ème} siècle comme « coordination », « coopération » ou « participation ».

Mais de quoi parle-t-on et comment le fait-on, quand on collabore ? Un simple échange d'information ou, à l'autre extrême, des processus de partage et d'échange de savoirs, incluant directement celle ou celui (l'Autre) qui fait l'objet de cette collaboration ? Ce qui est sûr, c'est que les personnes qui ont été confrontées de manière prolongée aux services sociaux et/ou au système de santé, pour soi-même ou pour un proche, savent très bien à quel point la collaboration et la coordination sont généralement difficiles dans la réalité. Les logiques institutionnelles et professionnelles, les contraintes budgétaires et managériales, semblent se liguier pour fractionner les actions et les décisions, empêcher la circulation de l'information, multiplier les intervenants et intervenantes, etc. Comment y remédier ?

Comme à son habitude, la revue *Dépendances* vous convie à une exploration des enjeux de la collaboration à travers huit articles qui s'intéressent aux aspects théoriques et pratiques de celle-ci. Ce travail a pu s'appuyer sur une journée organisée par le GREA et

le CoRoMA intitulée « Médecine et addictions : comment favoriser l'interdisciplinarité ? » qui s'est tenue le 30 juin de cette année à Lausanne. Nous avons ensuite demandé à plusieurs intervenantes et intervenants qui ont participé à cet événement de prendre encore une fois la plume et de nous proposer leur vision des enjeux de la collaboration. La plupart de ces personnes ont accepté, qu'elles en soient ici remerciées.

Elles n'ont par contre aucune responsabilité dans le fait que ce numéro comprend une nouvelle fois une majorité d'articles écrits par des auteurs masculins. Un retour sur les derniers numéros aboutit au même constat : *Dépendances* c'est souvent 2/3 d'auteurs et un 1/3 d'auteures, avec quelques exceptions qui font presque un peu rougir, par exemple – forcément – le numéro sur les soins infirmiers.

L'équipe qui s'occupe de la rédaction et de l'édition de la revue a récemment été renouvelée. Le duo masculin des deux dernières années est devenu un quatuor. Camille Robert a repris la place de Jean-Félix Savary pour le GREA, alors que Marina Delgrande Jordan et Valentine Schmidhauser complètent l'équipe d'Addiction Suisse. L'une des premières questions qu'elles m'ont posées a été : c'est quoi les règles exactement pour le langage épïcène ? Bonne question. Dès le prochain numéro nous nous y mettons de manière plus systématique et nous allons regarder d'encore plus près cet équilibre

entre hommes et femmes dans les contenus de cette revue. La collaboration, c'est aussi ça : permettre à toutes et tous de trouver sa place et valoriser nos différences.

Frank Zobel

DÉPASSER LES FRONTIÈRES DISCIPLINAIRES, SURMONTER LES OBSTACLES LÉGAUX, DÉPASSER LES MURAILLES INSTITUTION- NELLES : QUELS RÔLES POUR LES PROFESSIONNELS ?

Jean-Pierre Couteron (CSAPA Le trait d'Union, Oppelia)

L'accompagnement dans le domaine des addictions se heurte à différents écueils, légaux et managériaux, mais aussi liés aux logiques professionnelles et institutionnelles. Comment les dépasser dans une collaboration transdisciplinaire dans laquelle l'Autre, celle ou celui qui est la cible de cette intervention, occupe un rôle central? (red.)

Deux caractéristiques des conduites addictives invitent, en ce début de XXI siècle aux multiples évolutions techniques, à dépasser frontières disciplinaires, obstacles légaux et murailles institutionnelles, et même à interroger celles séparant humain, nature et monde de l'artéfact¹, pour en penser des usages moins problématiques.

La première est leur dimension multifactorielle. Du modèle tri-varié d'Olievenstein aux stades du changement de Prochaska et Di Clemente en passant par le modèle bio-psycho-social de Cormier, cette multifactorialité impose l'étude de chacune des composantes puis de leur système d'interactions, le tout étant différent de la somme des parties. A cette richesse de la complexité, popularisée par Edgar Morin, qui se retrouve dans la phénoménologie, la cybernétique, la systémie et l'écologie, le philosophe des sciences, I. Hacking ajoute la dimension évolutive, en rangeant l'addiction parmi les « maladies transitoires », à l'image de comportements sociaux qui prolifèrent ou disparaissent lors de transitions culturelles accélérées.

La seconde concerne le « à la fois, à la fois »² des objets d'addiction : prendre une substance pour produire une modification de soi et/ou de son rapport à l'environnement n'a rien de pathologique. Mais les objets qui ont ce pouvoir ont aussi celui de dérégler le fonctionnement naturel. Il ne sert à rien de le leur reprocher ou de le reprocher à l'usager, mais il faut tenir compte de cet effet « à la fois remède, à la fois poison » qui répartit leurs conséquences dans un même espace/temps de transformation progressive, du bienfait au risque, qui les lie autant qu'il les distingue.

DÉPASSER LES FRONTIÈRES DES DISCIPLINES

Penser la conduite addictive implique donc de partir de la dimension multifactorielle de l'expérience d'usage et de l'évaluer dans les plans de l'objet, de l'individu et du contexte qui la composent autant que dans l'espace-temps commun de transformation des effets et risques. Les progrès des neurosciences ont éclairé le cycle de l'addiction, impliquant un trouble du contrôle de soi, la gestion du stress et la production de plaisir, qui se referme dans une

maladie chronique du cerveau. Ces travaux font espérer des avancées médicamenteuses. L'impact des facteurs génétiques et d'événements de vie, explique le passage plus ou moins rapide d'un usage impulsif à un usage compulsif, influant sur le repérage précoce. D'autres disciplines décrivent quatre versants d'une pente addictogène qui modèle l'usage.

Le premier, l'affaiblissement du lien social et l'individualisation, participe de l'étiollement du contrôle de soi et d'un trouble du sentiment d'appartenance aux effets anxigènes. L'usage de substance leurre l'anxiété autant par le sentiment d'appartenance qu'elle génère, boire, fumer comme et avec les autres, que par son effet pharmacologique. Le deuxième versant est une culture consumériste où intensité, rapidité et un incessant renouvellement favorisent l'excitation du désir, qu'exploitent marketing et publicité en vantant la capacité des objets d'addiction à produire, à la demande et en permanence, ces effets désirés. Là encore, les modes et rituels d'usage, en petit ou grand groupe, associés ou non à des fêtes et rassemblements, participent à ce ressenti. Le troisième versant est la recherche de la performance, dans un contexte de compétition qui, loin d'être réservé au sport, est lié aux transformations de notre rapport au travail. Il pousserait l'individu à se stimuler et à s'outiller pour se dépasser ou rester dans la course, activant la fonction dopante des objets d'addiction. Le dernier versant corréle la montée des inégalités et de la précarisation, encore plus dans une période de crise climatique et de guerres à une partie des usages de substances.

La même complexité se retrouve derrière l'illusoire simplicité du dernier verre, de la dernière cigarette, associés à une transformation quasi miraculeuse de soi, au risque de la rendre inaccessible, comme l'avait repéré Marc-Henry Soulet quand il distinguait « changer « de » vie et changer « sa » vie »³. Changer « de » vie, échapper à l'emprise du produit par la rupture avec son monde passé, dans un exercice de complète transformation identitaire, est souvent trop loin des ressources et besoins de l'usager, à l'inverse de changer « sa » vie, pas à pas, en la mettant en cohérence avec ce que l'on fait, éprouve et pense. D'où l'intérêt de l'approche motivationnelle, de la démarche de la Réduction des Risques et de l'accompagnement transdisciplinaire.

La problématique d'usage et ses métamorphoses, ses différents champs disciplinaires et son interaction avec les micros-contextes socio-culturels justifie l'approche intégrée qu'évoquait Louise Nadeau⁴ dès les années 2000. A ne regarder l'addiction que sous un seul angle disciplinaire, à n'intégrer que les savoirs scientifiques sans faire place aux savoirs profanes, nous réduisons notre potentiel d'action là où l'approche globale mobilise le pouvoir d'agir des personnes, sur elles-mêmes et sur (ou avec) leur environnement et la diversité de leurs capacités d'auto-changement⁵.

SURMONTER LES OBSTACLES LÉGAUX

Un premier obstacle est la place donnée à l'interdit pénal d'usage, la prohibition, au nom d'une illusoire fonction de protection, aux dépens de l'interdit éducatif, nécessaire dans la prévention. Revenir aux plans de l'expérience d'usage permet de constater combien la fonction protectrice de sa prohibition est peu opérante. Nous avons évoqué la capacité d'être « à la fois, à la fois » des objets d'addiction avec différents effets qui se situent dans un même espace-temps. L'interdit pénal veut effacer cette caractéristique, en séparant objets légaux et prohibés. A l'inverse, les interdits évolutifs de la prévention éducative, intégrant ce « à la fois », ajuste l'interdit d'usage à l'acquisition progressive des compétences permettant d'en évaluer et maîtriser les risques et dangers⁶. Sur le plan de l'individu, de ses vulnérabilités et facteurs de protection, et donc de sa demande, cet espace-temps progressif prend la forme d'un continuum de réponses pénales et non pénales, cherchant, au-delà du seul respect des limites réglementaires « d'usage », à augmenter les ressources de l'usager de son entourage et à atténuer leurs vulnérabilités.

L'approche globale mobilise le pouvoir d'agir des personnes

Au plan du contexte de l'offre, donc des marchés, les objets d'addiction sont des marchandises soumises aux lois économiques. Là aussi, la classification pénale, à l'opposé des données scientifiques, différencie le « stupéfiant » dont l'usage est prohibé, et l'alcool ou le tabac dont l'usage est autorisé, et donc un marché illégal né de la prohibition et les marchés de la mondialisation. Cette opposition est en partie illusoire, « l'impératif économique » étant commun aux deux, ainsi que le dévoilent les effets de vase communicants entre ces marchés, comme avec le tabac ou le cannabis. Illusion d'autant plus dommageable que les importants moyens consacrés à l'interdit s'appliquant aux « dangereux » stupéfiants contrastent avec le faible soutien des politiques éducatives et protectrices nécessaires aux publics les plus vulnérables. La soumission aux lobbies financiers contrôlant le marché des « moins dangereuses » substances légales contraste lui aussi avec l'autoritarisme ciblant les usagers de substances illicites. Ces discordances de traitement dévalorisent sur un plan cognitif autant que social, cette référence au **danger** qui se veut pourtant le socle de la prohibition.

Un autre obstacle attribuable au droit est la possible contradiction entre sa logique et celle du soin. En France, le législateur a ambitionné de lutter contre les fléaux sociaux, puis de lutter contre les maladies transmissibles avant de vouloir combattre les nuisances publiques. Pour lutter contre le fléau social, l'interdit pénal a voulu séparer l'usager et son produit « dangereux » du reste du corps social. Les chiffres produits par l'OFDT témoignent qu'il n'a pu contenir un phénomène qui est plus complexe qu'un simple danger. Lutter contre les maladies transmissibles a nécessité de s'intéresser aux



risques associés à la consommation avec la politique de Réduction des risques (accès aux seringues, traitements de substitution, salles de consommation à moindre risque). Ses succès ont été réels, mais limités au domaine sanitaire par la conception strictement médicale de la RDR imposée par la prohibition, donc moins efficace en contexte de précarité ou festif, ou avec les produits pour lesquels la substitution médicale n'existe pas (cannabis, ecstasy, crack) ou encore quand il s'agit de réguler l'espace public. L'actuelle lutte contre les nuisances publiques fait de l'usage un trouble social dans lequel l'utilisateur serait complice du trafiquant. Elle mise sur l'effet dissuasif de la loi, à coup de dépistage, stages « stupéfiants » et d'une nouvelle amende forfaitaire délictuelle qui n'aura pas plus de succès que les précédentes sanctions, le droit ayant peu d'influence sur la prévalence des consommations. Il a en revanche un impact important sur la situation sociale et économique de l'utilisateur : en le ciblant, en cherchant à l'affaiblir, la politique pénale prend l'exact contre-pied d'une politique de soin basée sur l'aller-vers de la RDR, la motivation et l'alliance thérapeutique. Le droit voulait « contraindre » au soin, il lui tourne le dos⁷.

DÉPASSER LES MURAILLES INSTITUTIONNELLES

Une première muraille sépare les pratiques professionnelles, chacun pouvant penser sa pratique comme détenant la solution. Or, si les soins veulent s'adapter à la dimension multifactorielle de l'addiction et soutenir la démarche d'auto-affranchissement de l'utilisateur, ils ne peuvent se limiter aux « spécialités », qu'il s'agisse des techniques médicales ciblant l'étau biologique dans le cerveau ou des psychothérapies adaptées aux blessures psychiques personnelles. Nous avons évoqué comment les interactions des trois plans de l'expérience addictive nécessitent une approche **intégrative**, fondée sur la lecture « transdisciplinaire » de nos nouveaux modes d'existence, envahis d'objets sources de satisfactions et de plaisirs, mais aussi de vulnérabilités voire de souffrances.

Intégrer cette sociogenèse des addictions, souvent réduite aux questions sociales, augmente la capacité à agir, révélant une dimension groupale, interpersonnelle et sociale du soin, que le psychosociologue Yann Le Bossé a décrite⁸ et que la santé communautaire mobilise. L'accompagnement en addictologie⁹, associant l'éthique du récit de Ricoeur, les capacités de Sen et le care de Tronto, rappelle que l'intégration transdisciplinaire d'approches thérapeutiques est plus que leur juxtaposition pluridisciplinaire. Il promeut un parcours coconstruit avec l'utilisateur en s'intéressant au potentiel offert par la situation comme à un champ de ressources et d'opportunité à agencer pour soutenir ce qui fera rétablissement. Des programmes comme « un chez soi d'abord » ou « Tapaj » autant que les programmes de neuro médiation et rétablissement en situation de vie quotidienne, illustrent cette posture d'une intervention s'affranchissant de son isolement sectoriel¹⁰ pour faire « soin » et laissant à l'utilisateur le rôle « central ».

Les réponses intégrées passent aussi par un agencement adapté des différents dispositifs : la fonction soignante d'un hôpital, de par ses plateaux techniques et la prééminence d'un soin médical, n'est pas celle d'un médecin généraliste, d'un médecin du travail ou d'un dispositif médico-social. Un acteur de la réduction des risques en milieu festif, un intervenant d'une maraude ou un animateur de prévention ne sont pas confrontés aux mêmes versants des conduites addictives. Agencer les relations des dispositifs est donc un enjeu réel, chacun ayant tendance à se mettre au centre du partenariat. Critiquer les « filières » et autres « silos », en démonter des cloisons ou multiplier les plateformes et autres conférences de territoires « pour faire travailler ensemble avec le patient au centre... » n'y suffit souvent pas. L'identification des contraintes administratives ou techniques, celle des enjeux de pouvoir ou de carrières qui confisquent ou limitent certaines paroles, celles des règles managériales et hiérarchies militent en faveur d'une organisation plus coopérative et donc agile, adaptable pour sortir des mu-

*Le droit voulait « contraindre »
au soin, il lui tourne le dos*

railles et retrouver le subtil équilibre entre indiscipline, illégalité et respect des savoirs profanes qui a présidé au déploiement de la politique de réduction des risques. Et pourquoi pas, jusqu'à envisager l'intégration des usagers dans la gouvernance des organisations, établissements et

associations gestionnaires comme l'approche expérientielle les intègre aux parcours de soins, fidèle à la nécessité historique « de ne rien faire sans nous... »

Contact : couteronjp@wanadoo.fr



ADDICTION | SUISSE

Alcool, grossesse :

Ouvrons le dialogue!

Ressources et informations
pour les professionnel·le·s :



grossesse-sans-alcool.ch/espace-pro



Illustration: www.grosseille.ch

Références

1. Jarrige F., *Technocritiques*, Paris : La Découverte, 2016.
2. Jullien F., *La pensée chinoise*, Paris : Gallimard Folio, 2019.
3. Soulet M-H. (dir.), *Changer de vie. Un problème social*, Fribourg, Academic Press Fribourg, coll. « Res Socialis », 2011.
4. Nadeau L., « Le comportementalisme et la psychanalyse : les antagonistes et les avenues de solutions », *Alcoologie et addictologie*, 2000 ; 22 (4) : 287-294
5. Servigne P., Chappelle G., *L'entraide, l'autre loi de la jungle*. Paris : Les Liens qui Libèrent, 2017.
6. Chambon J., Morel A., « Drogues, plaisir et satisfaction »

- et « Drogues, dangers et complications in : Morel A., Couteron JP., *Aide-mémoire d'addictologie*, Paris : Dunod, 2019, pp 55-75
7. Bisiou Y., Couteron JP., Geoffard P.Y., Savary, JF., *En finir avec la guerre aux drogues*, L'Esprit frappeur, 2022
8. Le Bosse Y., *Soutenir sans prescrire. Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*, Québec : Éditions ARDIS, 2016.
9. <https://www.federationaddiction.fr/discours-douverture-du-president-jean-pierre-couteron-aux-31emes-journees-nationales-de-lanitea-juin-2010/>
10. Laville JL, Salmon A., *Pour un travail social indiscipliné*, Paris : Eres, 2022.

LA CONVENTION DE COLLABORATION : UN OUTIL AU SERVICE D'UNE CULTURE COMMUNE

Thomas Urben (Addiction Valais)

Si la collaboration est une démarche essentielle dans le champ des addictions, sa mise en pratique peut parfois être délicate. La convention de collaboration se présente alors comme un outil concret pour définir les compétences, les rôles et les champs d'action des différents acteurs dans l'accompagnement des personnes concernées (réd.).

Collaborer est indispensable dans le champ des addictions. Nous sommes toutes et tous convaincu-e-s de cette affirmation. La complexité de la problématique, intégrant des aspects somatiques, psychiques et sociaux, nécessite de travailler avec les personnes concernées, leur entourage proche et/ou leur réseau élargi. Mais comment bien collaborer pour être véritablement au service de la personne ? Les difficultés peuvent d'emblée apparaître dans un quotidien où interviennent les différents cadres administratifs et juridiques, les processus qualité et les indicateurs de performance. Le/la professionnel·le, peut-être par crainte de faire faux ou de desservir les intérêts des personnes suivies, peut également s'isoler dans les accompagnements, l'empêchant ainsi d'avoir une approche globale de la situation. Les conventions de collaboration entre les institutions constituent un outil permettant non seulement de réduire ce risque, mais aussi de poser un cadre cohérent et structurant qui clarifie les compétences, rôles et fonctions des différents acteurs et qui profite aux personnes accompagnées.

Les conventions de collaboration sont des instruments utilisés par Addiction Valais depuis de nombreuses années. Le présent article a pour but de faire part de l'expérience de notre institution, de montrer en quoi la convention de collaboration devient nécessaire dans certains contextes et d'évoquer les enjeux et défis associés.

UN CONTEXTE VALAISAN INCITANT À LA COLLABORATION

Avec 345'500 habitant·e-s, le Valais ne dispose pas de la masse critique pour développer des services spécialisés en addictologie. La superficie de notre canton représente 12.6% de celle de la Suisse, mais seulement 4% de la population y habite¹. La densité de population y est ainsi trois fois plus faible que la Suisse (67 habitants/km² contre 209). Sion, capitale et plus grande ville du canton, n'est peuplée que d'environ 34'000 habitant·e-s. Ces chiffres montrent l'absence de centre urbain et les difficultés d'assurer à chacun·e l'accès à un dispositif de spécialistes.

Partant de ce constat, Addiction Valais privilégie la posture de généraliste des addictions. Elle est, à nos yeux, la seule capable d'offrir des prestations à l'ensemble de la population – et ce, quelle que soit la conduite addictive concernée – et de répondre ainsi à la demande de notre mandant l'État du Valais. Le Canton soutient également cette position, en énonçant à l'article 4.1 de l'ordonnance sur les addictions du 30 mai 2012 : « La fondation collabore avec tous les établissements et institutions œuvrant dans ses secteurs d'intervention ».²

En invitant la fondation Addiction Valais à collaborer avec les services œuvrant dans ses secteurs d'intervention, cette ordonnance reconnaît ainsi que l'addiction se situe au carrefour de nombreux axes et que la mission

de la fondation ne peut être accomplie de façon isolée. Nos partenaires, qui peuvent être du domaine social, sanitaire (somatique et psychiatrique), judiciaire, éducatif et administratif, doivent être associés. Et c'est à ce stade que la convention de collaboration s'avère être un outil de travail précieux.

FAIRE VIVRE LA QUESTION DES ADDICTIONS ET RENFORCER LA CULTURE COMMUNE

Les professionnel·le·s des partenaires de notre réseau devraient, et ont besoin de, se renseigner sur les conduites addictives des personnes avec qui ils/elles sont en contact. Lorsque les conduites apparaissent à risque, ces professionnel·le·s devraient être en mesure de les prendre en compte et d'intégrer dans leurs prestations l'orientation des personnes vers des ressources et compétences appropriées. Il est donc de notre responsabilité de faire en sorte que nos partenaires puissent développer des compétences de repérage des conduites addictives. Une des missions d'Addiction Valais devient alors d'informer et de former les acteurs du réseau et de la société aux questions des conduites addictives, afin de favoriser pour chacun·e l'accès à un bon réseau de prestations. La convention de collaboration, en établissant des relations de travail efficaces entre les acteurs impliqués et en favorisant la compréhension des compétences, des rôles et des contraintes de chacun·e, devient garante d'une considération plus globale de la situation de la personne dans la réponse à ses besoins.

MODÉLISER LES TRAJECTOIRES D'ACCOMPAGNEMENT DANS UN CONTEXTE DE GÉNÉRALISTE

Un des enjeux importants pour notre institution est de répondre à des demandes provenant de sources de signalement multiples. En 2021, 1'472 personnes ont sollicité nos unités ambulatoires. Plus des deux-tiers des demandes (68%) n'émanaient pas de la personne directement concernée par la conduite addictive, comme par exemple un hôpital qui prend rendez-vous avec l'accord de son/sa patient·e pour démarrer un suivi à la sortie de l'hospitalisation. Dans une volonté d'intervention précoce, il est indispensable que notre institution soit présente pour les membres de chaque dispositif, qu'elle facilite l'accès aux prestations et qu'elle améliore la continuité et la qualité des accompagnements. Avec des personnes qui se situent souvent dans des comportements ambivalents, la trajectoire d'accompagnement se doit d'être la plus efficace possible. Notre rôle consiste à faciliter la création de ponts entre les différentes cultures institutionnelles et le renforcement de la confiance mutuelle.

L'autre objectif des conventions de collaboration est alors de modéliser les trajectoires d'accompagnement, c'est-à-dire d'identifier la contribution de chaque acteur dans le processus de rétablissement de la personne. Il s'agit aussi de favoriser l'expression du fonctionnement des acteurs en ce qui concerne leurs processus d'accueil, d'accompagnement et de décision, et d'explicitier leurs valeurs, représentations et pratiques afin de dégager une vision partagée. Face à une absence de certains spécialistes, les institutions et services sont aussi amenés à faire preuve de créativité, comme l'illustre l'adaptation en 2021 de la convention de collaboration entre l'Hôpital du Valais et Addiction Valais.

L'EXEMPLE DE LA CONVENTION AVEC L'HÔPITAL DU VALAIS

Addiction Valais est une institution non-médicalisée. Au vu des personnes que nous accompagnons, l'Hôpital du Valais, et ses différents services, est un partenaire indispensable pour la fondation. Durant le récent processus de renouvellement de la convention, toutes les discussions avec les partenaires de l'Hôpital du Valais ont mis le focus sur la modélisation de l'accompagnement, avec en fil rouge la question suivante : Comment viser un accompagnement efficace qui tienne compte d'une chaîne thérapeutique cohérente ?

Il est fondamental de mettre cette question au centre lorsqu'une convention de collaboration est discutée. Elle permet de définir les trajectoires d'accompagnement, d'aborder les questions autour de la liaison entre les institutions et services concernés, de débattre des enjeux associés aux notions d'interdisciplinarité et de thématiser l'association de compétences spécifiques dans l'accompagnement.

Plusieurs actions concrètes ont pu ainsi être intégrées et réalisées dans l'intérêt des personnes suivies, dont la création d'une unité de liaison sur le site hospitalier psychiatrique de Malévoz. Le but est d'intervenir précocement dans les situations où une personne hospitalisée rencontre des problématiques de conduites addictives. Cette unité constitue une ressource importante non seulement pour les patient·e·s, mais aussi pour les équipes qui bénéficient de contacts privilégiés avec nos intervenant·e·s sur leur site de travail, pour échanger et renforcer les transitions entre l'hôpital et le retour à domicile ou le transfert en institution. Une autre mesure a été de proposer les services d'un·e psychiatre au sein même de nos unités résidentielles. Contrairement à la pratique antérieure où la personne gardait son suivi en externe, la consultation sur site d'un·e psychiatre permet d'améliorer grandement l'efficacité des accompagnements dans une perspective de prise en charge intégrée.

Cet exemple illustre le fait que la convention de collaboration est un outil qui permet de tenir compte des

approches différenciées et adaptées selon les services. Elle permet également de se poser les bonnes questions, dans un contexte où les compétences humaines et les ressources financières diffèrent et peuvent parfois être limitées au sein de la même institution.

LES DÉFIS ET RISQUES ASSOCIÉS AUX CONVENTIONS DE COLLABORATION

Pour qu'une convention de collaboration apporte la plus-value attendue, elle doit pouvoir être au service des professionnel-le-s impliqué-e-s et favoriser l'expression de leurs compétences spécifiques. Faire vivre l'esprit et l'application des conventions de collaboration au quotidien, afin qu'elles ne se réduisent pas à un outil au service des directions mais soient profitables aux personnes accompagnées, est un défi permanent. Relever ce défi passe par un important travail de communication auprès des professionnel-le-s. La convention de collaboration montre en particulier sa grande utilité lorsqu'il y a des changements réguliers et importants de personnels dans des services, car elle sert de base à une meilleure connaissance des acteurs du dispositif et de leurs missions.

Un risque dans l'application de conventions de collaboration est qu'elle peut amener certains acteurs, qui estimerait justement que l'existence d'un tel outil est suffisante, à se déresponsabiliser des questions d'addictions. À l'instar de certains États qui signent des conventions internationales sans les respecter, ni les appliquer, nous pouvons tomber dans ce type de logique si nous ne prenons pas le soin ni le temps de les faire vivre sur le terrain et de questionner régulièrement leur utilité et leur plus-value pour les personnes accompagnées.

La question des zones d'interface est également sensible. Elle nécessitera toujours de grandes discussions, à

conduire dans une confiance et un respect mutuel. Il est en outre important de rappeler que la convention de collaboration n'englobera jamais l'ensemble des situations qui se présenteront sur le terrain, ni leur complexité. Il y aura toujours des zones grises dans lesquelles des échanges et la prise de décisions partagées deviendront indispensables.

Finalement, la question de la circulation de l'information entre les acteurs impliqués restera toujours centrale. Chacun-e, dans un lien de confiance réciproque, doit en effet pouvoir entendre qu'il aura les informations pertinentes et nécessaires à la réalisation de son travail.

CONCLUSION

Addiction Valais utilise les conventions de collaboration avec ses principaux partenaires. La signature d'une convention de collaboration est une décision stratégique prise lorsque la nécessité de modéliser nos accompagnements avec des partenaires indispensables à notre fonctionnement et à la réalisation de notre mission se fait sentir. La base de réflexion et de décision est orientée vers l'établissement d'une répartition efficiente des compétences et la mise en place d'un fonctionnement transparent des interfaces communes aux parties. Afin que chaque partie y trouve des bénéfices, un esprit de consensus et de pragmatisme est nécessaire et chacun-e doit faire un pas vers l'autre. En tant que spécialistes du champ des addictions, nous devons revendiquer cette ouverture tout en affirmant nos valeurs d'accompagnement. Les conventions de collaboration représentent un excellent outil pour expliquer notre travail et nos actions et porter notre vision, dans l'intérêt des personnes que nous accompagnons.

Contact : thomas.urben@addiction-valais.ch

Références

1. Office fédéral de la statistique, Portrait des cantons, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/statistique-regions/portraits-regionaux-chiffres-cles/cantons.html> (date : 26 septembre 2022).

2. État du Valais, Ordonnance sur les addictions, https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/812.10 (date : 26 septembre 2022).



FORMATIONS ADDICTIONS

PRINTEMPS 2023

GREAA

GRUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	30, 31 janvier, 27, 28 mars, 22 et 23 mai
PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'OVERDOSES ET GESTES DE PREMIERS SECOURS	9 et 10 février
SANTÉ SEXUELLE ET ADDICTIONS	16 et 17 mars
PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE (MBRP) I ET II	2, 3, 4 et 5 mai
FORMATION DE BASE EN ADDICTIONS	5, 12, 26 mai, 2 et 9 juin
HANDICAPS ET ADDICTIONS	9, 10 et 11 mai
FORMATION EN RÉDUCTION DES RISQUES	8, 9, 22 et 23 mai
RECOVERY COLLEGE : « J'AI CRAQUÉ... ET APRÈS ? »	10 mars
RECOVERY COLLEGE : « PARLER À SES PROCHES : COMMENT DIRE, COMMENT ÉCOUTER ? »	28 avril

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

PERSONNES ÂGÉES ET ADDICTIONS: COLLABORATIONS ET LIAISONS DANS LE CANTON DE FRIBOURG

Nicolas Dietrich (Service du médecin cantonal, État de Fribourg) et Dr Franco Masdea (RFSM)

Comment identifier et prendre en charge les problèmes d'addiction au sein d'une population âgée de plus en plus nombreuse? C'est la question que s'est posé le canton de Fribourg qui a développé de nouvelles pratiques dans ce domaine qui, exemple à l'appui, peuvent avoir des résultats prometteurs (réd.).

Les addictions chez les personnes âgées constituent une problématique peu connue, complexe et encore largement taboue. Durant les quinze dernières années, la consommation d'alcool a baissé partout sauf chez les personnes âgées. Or, avec une population vieillissante se pose aussi la question d'une prise en charge appropriée, ce qui préoccupe aujourd'hui les établissements médico-sociaux (EMS) et les services d'aide et de soins à domicile (ASD), et nécessite une réflexion sur les modes d'interventions et de nouvelles collaborations.

Sur la base d'un état des lieux¹, le canton de Fribourg a mis sur pied un Plan d'action comprenant sept mesures pour répondre à ces enjeux. Plusieurs portent sur un renforcement des collaborations et des interfaces. Un exemple concret de liaison, assurée par le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) montre qu'une adaptation souple de la prise en charge (et pas forcément davantage de prestations) permet d'améliorer la qualité de vie des seniors souffrant d'une addiction.

LA SITUATION

Sur un total de 5'395 bénéficiaires de différents services (EMS, ASD, Service des curatelles, RFSM - ambulatoire et hospitalier, etc.) âgés de 55 ans et plus dans le canton de Fribourg, 11.3% ont été identifiés comme nécessitant un degré de soutien moyen à intense en lien avec une addiction. Ces situations concernaient surtout des personnes dans les catégories d'âge 65-74 et 75-84 ans. Les

addictions les plus fréquentes étaient liées à l'alcool, aux médicaments et au tabac. Les hommes étaient généralement davantage touchés que les femmes.

Les expert-e-s fribourgeois-es agissant sur le terrain relèvent quant à eux les difficultés suivantes en lien avec cette problématique: 1) la surcharge de prise en soins (notamment due aux manifestations comportementales de l'alcool), 2) le manque d'efficacité perçue (p. ex., un manque de formation en addictologie ou en psychiatrie, 3) les comorbidités physiques ou psychiatriques, ou encore la combinaison de difficultés bio-psycho-sociales, 4) le manque de définition des fondements éthiques et des postures des pratiques de soins en lien avec les addictions et 5) la nécessité d'une amélioration des collaborations au sein du réseau de santé.

LES RÉPONSES

Les sept mesures du plan d'action cantonal visant à répondre à cette situation sont:

1. Renforcer la détection et l'intervention précoce;
2. Informer la population et les proches des personnes âgées;
3. Renforcer les collaborations et travailler sur les interfaces entre le professionnel-le-s
4. Former les professionnel-le-s et assurer la liaison addictologique dans les prises en charge pour les personnes âgées;

5. Intégrer la problématique des addictions à la politique des personnes âgées
6. Soutenir les EMS dans le développement de concepts en lien avec les addictions axés sur les besoins
7. Mettre en place un lieu de vie spécialisé en addictologie avec un dispositif de soins.

ENJEUX EN MATIÈRE DE COLLABORATIONS

Le troisième et le quatrième âge apparaissent de plus en plus comme des phases de vie distinctes² avec des rôles nouveaux et des facteurs de risque spécifiques pouvant conduire au développement d'une addiction (*late onset*). Certaines personnes arrivent aussi à l'âge de la retraite avec une addiction développée antérieurement (*early onset*).

Les addictions représentent un défi majeur pour le personnel et les organisations de soins, car la prise en charge peut s'avérer très exigeante.

Il y a en effet peu de maladies qui ont autant de conséquences sociales, comportementales et sanitaires. Il est donc particulièrement important de renforcer les compétences spécifiques et les collaborations entre les professionnel·le·s qui prennent en charge les personnes âgées.

INTERFACES, TRANSITONS ET LIAISONS

Une fluidité dans les échanges d'information entre différents types d'institutions est essentielle, mais elle dépend fortement des collaborations déjà en place. Les échanges ne sont pas non plus aussi systématisés qu'ils pourraient l'être (par exemple sous forme de contrats ou de conventions de collaboration). Ils permettraient pourtant des prises en charge plus cohérentes autour d'objectifs communs pour le/la patient·e, tenant compte des problèmes addictologiques et psychogériatriques et d'un suivi dans la durée, par exemple entre l'hôpital (psychiatrique ou somatique), l'EMS, les ASD et les suivis ambulatoires lors de la sortie de l'hôpital

Les institutions perçues par les expert·e·s comme étant centrales dans ce contexte sont : les institutions spécialisées (en psychiatrie et dans les addictions), les services d'aide et soins à domicile, le service des curatelles et les médecins traitants.

Les médecins traitants généralistes sont d'ailleurs identifié·e·s comme les actrices et acteurs centraux qui sont le plus en contact avec les client·e·s des ASD. Beaucoup de personnes âgées qui souffrent d'addictions passent inaperçues et il importe de sensibiliser leurs médecins traitants à cela. Des outils de dépistage de problèmes d'addictions chez les personnes âgées et d'intervention précoce devraient également être mis à disposition de ces médecins³. De bonnes collaborations à ce niveau permettent une prise en charge plus complète et à intensifier la communication au sein du réseau de soins.

LIAISON ADDICTOLOGIQUE : UN EXEMPLE CONCRET

La psychiatrie de liaison, rattachée au RFSM, permet d'obtenir des supervisions pour le personnel et de suivre des situations problématiques d'un point de vue addictologique et psychogériatrique.

Cette liaison est en principe fournie pour tous les EMS du canton qui en ont fait la demande (actuellement 39 sur 42). Elle est constituée d'un médecin cadre du RFSM qui se déplace au sein même des institutions. Ceci aussi bien pour des cas d'addictologie que pour des cas de psychiatrie plus générale, à la demande soit du médecin traitant responsable de l'institution, soit de l'équipe soignante sur place.

Dans ce contexte, la situation de M. M est un exemple des difficultés rencontrées qui met aussi en lumière le travail de coordination et

de collaboration effectué par les différentes équipes qui gravitent autour de ce patient.

M. M est l'exemple même du patient qui mobilise un certain nombre de ressources offertes en lien avec la problématique de l'alcool. Si l'on suit son parcours, on constate qu'il a bénéficié d'un suivi ambulatoire pendant de nombreuses années, et ce aussi bien de la part de ses médecins (médecin de premier recours et psychiatre), que du RFSM avec des hospitalisations plutôt de type « décharge » en lien avec des consommations abusives d'alcool. La collaboration entre médecins, équipe hospitalière et soins à domicile, tous extrêmement impliqués dans la situation, lui ont permis d'éviter des alcoolisations aiguës récidivantes pouvant le mettre en danger. Les soins à domicile ont opéré comme vigiles de la situation, appréciant à chaque passage la pertinence d'une prise en charge plus intensive ou le maintien de prestations fournies au domicile. Le personnel infirmier des ASD a aussi pu fournir durant des années le soutien psychologique nécessaire pour ce type de patient·e.

Il y a moins de cinq ans, le problème d'alcool de M.M a franchi un palier supplémentaire avec notamment une atteinte cérébrale ayant des répercussions importantes sur ses activités de la vie quotidienne. Une hospitalisation en milieu psychiatrique a alors été nécessaire. Lors d'un bilan cognitif complet, une démence a été diagnostiquée et celle-ci explique les troubles du comportement et les manques constatés par l'équipe des soins à domicile et par le médecin traitant. Il s'agissait alors de l'orienter vers un nouveau lieu de vie, soit un projet de vie de type institutionnel, et ce avec l'accord tant du patient, qui constate de plus en plus ses pertes, que de sa famille soulagée de le savoir accompagné de façon beaucoup plus importante (il nécessite désormais une prise en charge quasi permanente).

La collaboration durant l'hospitalisation a été aussi cruciale que celle lors des années précédentes. L'équipe



médico-infirmière hospitalière a fait un travail sur le fond de la problématique conduisant ce patient vers un projet de vie institutionnel. Mais la collaboration ne s'est pas arrêtée là, car lors des différentes séances de réseaux en présence de la nouvelle équipe de l'EMS ainsi que de l'équipe soignante du RFSM, une prise en charge pluridisciplinaire a pu être mise sur pied dans l'idée de renforcer les stratégies de prévention à la rechute, mais aussi d'élaborer un nouveau cadre de vie lui permettant de poursuivre sa consommation d'alcool sous forme contrôlée sans se mettre en danger (l'abstinence n'étant pas un projet viable sur le long terme malgré ou à cause de l'aspect démentiel de ce patient).

Aujourd'hui, M. M est vu de façon régulière dans le cadre de la liaison alcool qui a été mise sur pied. Il ressort une prise en charge plus spécifique par l'équipe soignante de l'EMS, mais aussi des hospitalisations de plus en plus rares voire inexistantes ces six derniers mois et, surtout, une qualité de vie nettement améliorée.

Une collaboration dynamique des différents acteurs impliqués dans une telle prise en charge peut donc aboutir à un assouplissement du système (diminution des prestations des différents intervenants et surtout des hospitalisations) et à une amélioration notable de la qualité de vie.

CONCLUSION

Chaque partenaire en lien avec cette problématique addictologique peut, à son niveau, infléchir la courbe (rendre la problématique moins taboue, lui donner un regard différent), améliorer la prise en charge avec notamment plus de connaissances et de personnel expérimenté capable de les mener à bien.

La prise en charge de ce type de patient très demandeur et très demandant est certes difficile, mais elle est aussi représentative des bienfaits d'un accompagnement pluridisciplinaire qui permet de nous conforter dans ce qui constitue la priorité : le bien-être des personnes en souffrance.

Contacts : nicolas.dietrich@fr.ch ;
franco.masdea@r fsm.ch

Références et notes

1. Dessart G., Dietrich, N. *Etat des lieux : Problèmes d'addiction chez les personnes âgées dans le canton de Fribourg*, Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg, Fribourg, 2021.
2. Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. *La consommation d'alcool chez les personnes âgées : Une revue de la littérature*

dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA). Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREAA), 2018.

3. Le canton de Fribourg participe, en tant que canton pilote, au projet national PEPr, qui permet de renforcer l'intervention précoce en cabinet médical.

GESTION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET LIEUX DE VIE : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE CHACUN

Dr Juan Lopez (Fondation Le Levant) et Laetitia Baume (Addiction Jura)

La gestion des médicaments psychotropes implique des responsabilités et des risques pour les différents professionnels participant au processus. À travers des situations emblématiques, les auteurs explorent des solutions concrètes en lien avec les lieux de vie des bénéficiaires (réd.).

Prescription, distribution, remise, évaluation : différents professionnels de la santé ou du domaine socio-éducatif participent au processus de la gestion des médicaments psychotropes. La répartition des tâches dépend des règles établies pour la collaboration et la remise du traitement, du processus d'amélioration de la qualité en cas d'erreur, de la formation et de la prise de risque acceptée par chacun. Le lieu de vie du bénéficiaire influence également les risques et les responsabilités pour chaque professionnel. La réflexion qui suit explore les solutions de la manière la plus ouverte possible, aucune n'étant applicable de manière universelle.

QUELLE INTERDISCIPLINARITÉ ?¹

L'interdisciplinarité se construit à partir d'une volonté de travailler ensemble, autour des besoins de l'utilisateur, dans des conditions de collaboration acceptables pour tous. Parmi les ingrédients souvent retenus pour la définir, citons :

- Construire une vision commune
- Partager un langage commun
- Définir les rôles spécifiques et responsabilités individuelles
- Communiquer dans le respect des valeurs de chacun
- Structurer et faire circuler l'information

Le contexte des interventions (ambulatoire ou résidentiel) occupe une place centrale, car il définit les responsabilités

de chacun, les risques pris selon le contexte, les modalités de l'interdisciplinarité et les formations nécessaires.

QUELS RISQUES ?

Quelques situations emblématiques illustrent les risques encourus.

Erreurs de remise de traitement en résidentiel

En résidentiel, la remise des traitements est une tâche à laquelle participent souvent les éducateurs. Modifier la médication, oublier de noter la remise d'une réserve, faire face à l'appétence des usagers pour certains médicaments et la pression qu'ils exercent lors de la remise des traitements constituent des situations classiques propices aux erreurs.

Une formation spécifique et un protocole de remise clair permettent de limiter ces risques : créneau horaire pour les remises, un usager à la fois, porte fermée, fiche individuelle de traitement actualisée disponible, double signature, etc.

Une procédure de gestion des erreurs de remise médicamenteuse est un outil très utile pour améliorer la qualité de cette tâche. Outre la date et les noms de l'utilisateur et du collaborateur qui a remis la médication, la fiche précisera les circonstances de l'incident, les mesures à prendre dans l'immédiat (informer telle personne, surveiller cliniquement) et une éventuelle proposition d'amélioration de la procédure de la remise des traitements.

Abus de médicaments prescrits en ambulatoire

Lorsque le traitement est remis pour plusieurs jours (boîtes entières ou semainier), une prise anarchique ne peut être exclue. En cas de sédation excessive, un intervenant du réseau (infirmier, éducateur, pharmacien) fait remonter l'information au médecin, en informant l'utilisateur de cette démarche. La fréquence de la remise est alors augmentée transitoirement.

En cas de demande de rallonges de médicaments, la réponse à donner dépendra du contexte de celle-ci (le chapitre « Quel cadre? Faut-il faire signer des contrats? » donne davantage de détails à ce sujet).

Usagers intoxiqués : risque d'overdose versus risque de discontinuité de certains traitements

La remise de traitements à des usagers intoxiqués comporte des risques spécifiques, dont voici deux exemples :

- En cas de remise du traitement : risque de surdosage en cas d'abus de substances sédatives dans les heures précédant la remise lors du retour en résidentiel (accumulation de substances sédatives comme l'héroïne et/ou l'alcool avec le traitement habituel de benzodiazépines).
- En cas de non remise du traitement : risque d'agressivité et de rupture de continuité des traitements antiviraux (VIH ou hépatite C : risque secondaire de résistance), antiépileptiques, ou à visée cardio-vasculaire si de tels traitements sont en cours.

Dès lors, où placer le curseur entre ces deux risques? Et questions corollaires : comment évaluer le degré d'intoxication? Un protocole général apporte-t-il une certaine sécurité? Afin d'y répondre, prenons l'exemple d'un usager présentant un abus d'alcool. La tolérance à l'alcool est très différente d'un usager à l'autre : certains sont somnolents dès que l'alcolest dépasse le 1‰, d'autres ressentent des symptômes de manque et deviennent agressifs lorsqu'ils passent en dessous de 1.5‰. Les éléments de réponse se trouvent par conséquent dans les expériences antérieures (valeur d'alcolest à partir de laquelle l'utilisateur est visiblement intoxiqué et/ou agressif), l'évaluation clinique au retour de sorties (l'utilisateur s'endort-il dès qu'il n'est plus stimulé? Titube-t-il? Peut-il avaler un verre d'eau sans faire de fausse route?) ainsi que dans la formalisation d'un protocole individualisé (exemple : si l'il n'y a pas de troubles de la déglutition, remettre systématiquement les traitements antiviraux, les traitements cardiovasculaires et les antiépileptiques ; si l'alcolest est inférieur ou égal à 1‰, remettre l'entier des benzodiazépines, entre 1‰ et 1.5‰, remettre la moitié du traitement, puis l'autre moitié lorsque l'alcoolémie aura baissé ; si l'alcolest dépasse le 1‰, patienter, hydrater, surveiller, voire hospitaliser transitoirement si l'utilisateur est trop somnolent).

Pour que tous les intervenants puissent adhérer au protocole individuel, il est préférable que les valeurs-seuil

soient définies pour chaque usager, après discussion en équipe, en tenant compte de la formation et de l'expérience de celle-ci. Le médecin doit noter ces valeurs dans le dossier de l'utilisateur.

Risque de décès : overdose aux opiacés

Les overdoses aux substances sédatives représentent une urgence vitale. On ne peut jamais exclure un mélange de ces substances (opiacés, alcool, benzodiazépines). L'appel des secours est la priorité absolue. En cas de suspicion d'abus de substances, la Gardé médicale peut valider l'utilisation de Nyxoid, un spray nasal prêt à l'emploi, contenant

1.8mg de naloxone-base. Dans plusieurs pays étrangers, cet antidote des opiacés peut facilement être administré par tout un chacun, voire être d'accès gratuit. En Suisse, l'utilisation étant limitée à toute personne capable de reconnaître une dépression respiratoire et un coma, une formation préalable est recommandée. Le Nyxoid permet de rétablir la respiration en 2 à 5 minutes, pour une durée de 20 à 90 minutes. Une amélioration de l'état de conscience est suffisante à la survie, en attendant les secours. Ce médicament n'a qu'une contre-indication très relative (l'hypersensibilité à l'un des composants) et aucun surdosage n'est à craindre. Trois risques sont néanmoins à surveiller : une amélioration insuffisante (répéter le spray après 5 minutes), une amélioration transitoire lorsque l'effet de l'opiacé dure plus longtemps que l'effet de la Naloxone (répéter le spray) et enfin un état de manque aigu lorsque la levée de la sédation est trop importante, avec agitation de l'utilisateur, fuite pour reconsommer et décès du fait de la durée d'action limitée de la naloxone. Une surveillance après l'administration est donc indispensable jusqu'à l'arrivée des secours.

Changements risqués de médication psychotrope - Sevrage d'un traitement de substitution

Arrêter un traitement antipsychotique, sevrer rapidement un traitement de substitution aux opiacés : répondre à ce type de demandes de la part des usagers constitue pour eux un risque de décompensation psychique ou d'overdose. Ne pas y répondre nourrit par contre chez l'utilisateur le sentiment de ne pas être écouté et/ou compris, plutôt qu'une prise de conscience du fait de prendre des risques inconsidérés. Derrière la demande, on retrouve souvent des représentations erronées (exemples : les symptômes négatifs de la schizophrénie sont attribués par certains usagers au traitement plutôt qu'à l'évolution de la psychose ; le traitement de substitution aux opiacés serait, selon d'autres, le problème plutôt qu'une partie de la solution pour permettre au projet de vie ou de soins d'avancer). Lorsqu'il ne s'agit pas d'une même demande identique avec une multiplication d'échecs, une troisième voie de type apprentissage expérientiel s'offre au médecin : informer des risques que comporte la demande, se positionner sincèrement sur ce qui semblerait une bonne

solution, accepter la demande de manière encadrée, en favorisant un apprentissage expérientiel (définir à l'avance ce que l'usager et les intervenants vont observer: effets positifs attendus, signes de péjoration qu'on ne souhaite pas voir apparaître), définir un plan B si les signes de péjoration apparaissent. Une fois un accord trouvé, le médecin le transmet à l'équipe éducative et l'infirmier qui va participer à l'observation. Dans certaines situations, un entretien à trois (intervenant, médecin, usager) peut également renforcer la collaboration et la compliance.

QUELLES OBLIGATIONS? QUELLES RESPONSABILITÉS?

Dans les situations complexes, chaque décision médicale et son contraire comportent un risque. Le patient doit être en mesure de prendre une décision éclairée: « Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement »².

De ce fait, lorsque l'usager a sa capacité de discernement pour les décisions concernant sa santé, la prise de risque est partagée entre les professionnels et l'usager. Selon le Code des obligations suisse (CO), la responsabilité civile médicale est engagée lorsqu'un patient a subi un préjudice, causé par la violation des règles de l'art médical. L'enjeu est l'indemnisation de la personne victime de ce préjudice. Dès lors que des actes médicaux sont délégués (exemple: remise de la médication)^{3,4}, un cadre clair doit être posé et l'impact de la collaboration entre les professionnels de la santé et du domaine socio-éducatif doit être anticipé.

Nous ne développerons pas ici en détails les différences entre les régimes du droit privé et celui du droit public, ni celles entre la responsabilité extracontractuelle (art. 41 CO) et la responsabilité contractuelle (art. 97 ss CO). En résumé, l'on peut toutefois retenir qu'en droit public, l'hôpital assume pour le médecin et ses auxiliaires, si les règles de l'art sont respectées. Tandis qu'en droit privé (pour les soins en dehors de l'hôpital), plus l'auxiliaire est indépendant, plus il assume sa propre responsabilité. Autrement dit, en droit privé chaque professionnel de la santé assume une responsabilité dans la mesure de « sa sphère d'influence ».

Dans les situations complexes, chaque décision médicale et son contraire comportent un risque

QUELLE FORMATION?

Dans le canton de Vaud, l'Association vaudoise des établissements médicaux sociaux (AVDEMS) organise un cours sur la distribution des médicaments, intégrant la notion de sécurité, qui répond aux attentes du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS).

QUEL CADRE? FAUT-IL FAIRE SIGNER UN CONTRAT?

Dans le domaine des prescriptions médicamenteuses, la notion de cadre fait référence à des règles imposées dont on doit expliquer le sens, centrées sur une base légale, la sécurité et/ou le respect des autres. Notre conseil est d'en poser le moins possible. Un contrat, quant à lui, exprime un engagement réciproque.

« J'ai perdu des doses de Méthadone », « J'ai vomi mon traitement ». Si vous travaillez dans le domaine des addictions, vous avez forcément été confronté à ces situations. Faut-il donner des « rallonges » de traitement et pourquoi? La Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances

psychotropes (LStup) pose le cadre légal quant à la prescription des stupéfiants. Elle détermine les obligations du médecin et du patient. Le médecin explique le cadre légal au patient et peut ensuite formaliser un contrat, anticipant les entorses prévisibles au cadre, souvent symptomatiques de l'addiction. À chaque entorse au cadre ou au contrat, le médecin, ou par délégation l'infirmier ou l'éducateur, explorera le contexte de la demande de rallonge, surtout si celle-ci se répète: l'usager est-il sous-dosé? Existe-t-il des facteurs de stress mal contrôlés, nécessitant de revoir le traitement sédatif? En cas de vomissements, la forme galénique est-elle adaptée (faut-il remplacer la méthadone liquide par des gélules)? La discussion favorisera la transparence. En ambulatoire, la fréquence de la remise de la médication sera augmentée transitoirement en cas de répétition des demandes de rallonge (passer à une remise par semaine; si nouveau problème dans le mois, passer à trois remises par semaine; si nouveau problème dans le mois, passer à cinq remises par semaine). À l'inverse, il faut penser à élargir progressivement le cadre de la distribution lorsque la compliance s'améliore.

Contacts: juan.lopez@levant.ch
laetitia.baume@addiction-jura.ch

Références

1. Françoise Porchet et al. (2018). « Travailler en interdisciplinarité au quotidien » – Palliative Flash – Numéro 7, mars 2018.
2. Information en santé publique - *L'essentiel sur les droits des patients* - page 6. Accédé le 10 octobre 2022 https://www.mfvaud.ch/wp-content/uploads/DDP_oct_20131.pdf
3. Pierre-Yves Maillard, Canton de Vaud, « Délégation des actes de soins et médico-techniques dans les établissements socio-

éducatifs (ESE) ». Accédé le 10 octobre 2022 https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/handicaps/fichiers_pdf/AMT_signé.pdf

4. Burgeat S., Guillod O. « Médecin accusé d'homicide par négligence acquitté par le Tribunal fédéral, Avis de droit, La responsabilité médicale au regard de la collaboration entre les professionnels de la santé », Bulletin des médecins suisses - Août 2015, Pages 8-35

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON: CHOC DE CULTURES, CHOC DE LÉGISLATIONS

Ludovic Lacroix et Nicolas Peigné (Service de médecine pénitentiaire, HUG)

En 1996, une initiative des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a permis d'implémenter un programme d'échange de matériel d'injection stérile en milieu carcéral. Dans un contexte où l'équivalence des soins est une nécessité, mais où la santé peine encore à trouver sa place, la question de la réduction des risques est encore confrontée à de nombreux défis (réd.).

Parler de réduction des risques en prison est assez dissociatif tant ces notions peuvent avoir un sens et une finalité différente auprès des professionnels de la santé et de la sécurité. Bien que le cadre légal en la matière soit imposant en Suisse, notamment grâce à la Loi sur les stupéfiants (LStup) en 2008 et plus récemment la Loi sur les épidémies (LEp) en 2012, il peut paraître incongru d'évoquer ce sujet.

Si la réduction des risques a tout son sens d'un point de vue sanitaire, en regard de la population carcérale, dont la prévalence des usagers de substances psychoactives est très haute par rapport à la population générale, la santé a parfois du mal à se glisser dans une institution carcérale autoritaire, hiérarchisée et d'ordinaire peu encline à la souplesse¹. Le service de médecine pénitentiaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), dont l'indépendance est une force, a proposé dès 1996 et sur sa propre initiative un programme d'échange de seringues à destination des usagers de drogues par injection ; programme qui a été revu en 2004 conjointement avec l'administration pénitentiaire. Dès lors, ce programme, pensé et adapté pour répondre aux exigences de chacun à destination unique de ces usagers, est devenu un commun ; une ressource partagée par toutes les parties prenantes², et souvent cité en modèle. Il n'est toutefois qu'un exemple de bonnes pratiques qui devraient être

légion dans ces environnements complexes où l'équivalence des soins, un des principes fondamentaux de la médecine en milieu carcéral, ne doit pas être vaine. Un choc des cultures, très certainement ; mais aussi une ode à l'acculturation mutuelle, pour une pensée plus large de la question sanitaire et de la prévention des risques.

LA RÉDUCTION DES RISQUES DANS LES PRISONS GENEVOISES, CHOC DES LÉGISLATIONS

Le cadre légal qui entoure l'échange de matériel d'injection est clair. Il découle de la LStup, qui s'appuie sur l'idée qu'une forme de guerre contre la drogue est vaine et perdue. Il est bon de rappeler que cette loi est issue de l'expérience des personnes de terrain qui ont pris le parti d'aller vers les usagers des drogues et d'évaluer leurs besoins, de ne pas leur proposer uniquement l'abstinence.

En 1995, le canton de Genève a entériné une motion permettant l'accès au matériel stérile aux détenus et patients hospitalisés. Le programme d'échange de seringues a été mis en place au sein de l'établissement de détention genevois Champ-Dollon l'année suivante, à l'initiative du service médical de l'époque et de manière unilatérale. En 2000 est publié un arrêté relatif à la santé et aux soins en milieu carcéral dans le canton de Genève, les personnes privées de liberté pouvant dès lors bénéficier des mesures

La santé a parfois du mal à se glisser dans une institution carcérale autoritaire, hiérarchisée et d'ordinaire peu encline à la souplesse

préventives et des soins médicaux équivalents à ceux mis en place pour la population générale. Enfin, l'Ordonnance sur les épidémies (OEp) de 2015 inscrit au niveau fédéral l'échange de seringues, la prescription de traitements agonistes opiacés et la possibilité pour tout détenu de bénéficier d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles dans l'ensemble des établissements de détention du pays.

UN ACCÈS QUI N'EST PAS ENCORE UNIVERSEL

Une des particularités helvétiques est de laisser aux cantons une souplesse dans l'application des lois sanitaires en fonction des besoins, des moyens humains et des priorités politiques ; tout comme l'exécution des mesures de privation de liberté revient à ces mêmes cantons. L'accès au matériel d'injection stérile, aux préservatifs, ou tout autre élément s'apparentant à une démarche de réduction des risques en détention subit dès lors un développement très hétérogène, qui reflète souvent la volonté des acteurs de les mettre en place ou non.

LE PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES DANS LES PRISONS GENEVOISES

Le programme d'échange de seringues, tel que pratiqué aujourd'hui dans les prisons genevoises, est le fruit d'une collaboration et d'un partenariat entre l'administration pénitentiaire et le service médical du département de médecine de premier recours des HUG. À l'image de la politique dite des quatre piliers, il comprend un volet sanitaire, préventif, de réduction des risques et répressif, dans la mesure où une sanction est possible en cas de non-respect des règles.

Ce programme est accessible à toute personne qui en fait la demande. Lors de l'entrée en détention, un bilan infirmier standard est réalisé dans le but d'évaluer les besoins en santé de la personne nouvellement détenue. Lors de cette anamnèse, les questions de consommation de substances, de traitements et d'antécédents de maladies virales sont abordées. Le programme est proposé aux usagers de drogues par injection. Leur inclusion à celui-ci n'est pas immédiate, et se fait à distance de l'admission au cours d'un entretien qui permettra d'évaluer les besoins, les connaissances dans la pratique de l'injection, des produits et des principes de réduction des risques. En fonction des données recueillies ainsi que des compétences et connaissances du patient en matière d'injection sécurisée, des messages de bonnes pratiques et d'éducation à la santé sont prodigués. Le patient reçoit aussi les règles de base qui encadrent la remise du matériel d'injection, un impératif en lien avec l'aspect

La santé a parfois du mal à se glisser dans une institution carcérale autoritaire, hiérarchisée et d'ordinaire peu encline à la souplesse

sécuritaire de la procédure. Le matériel à disposition est montré, à savoir le kit de base présent dans les boîtes confectionnées par l'Association Première Ligne et le tube transparent pour récupérer les seringues usagées. Les seringues devront se trouver soit dans la boîte d'origine, soit dans le tube et toujours placées dans l'espace privatif du détenu. Il est interdit de sortir de la cellule avec du matériel d'injection. Ces « contraintes » d'organisation sont aussi un impératif pour assurer la protection des agents de détention lors des fouilles et garantir la pérennisation ce programme.

Comme il s'agit d'un programme d'échange, le matériel est remis à la porte de la cellule exclusivement lors de la récupération du matériel usagé, à l'exception de la première fois. S'il n'y a pas de limite formelle concernant le nombre de seringues, il y en a une au niveau de la fréquence des

passages des soignants dans les unités, qui ne dépasse pas deux fois par jour. Un tel programme n'est possible que s'il est fondé sur la confiance entre tous les partenaires, et peut amener dans de rares cas et de manière ultime, à une interruption de celui-ci si l'utilisateur n'est pas en capacité de gérer son matériel ou se met en danger.

La littérature en la matière relève qu'aucun accident n'est à déplorer, tant à Genève que dans les autres lieux du canton où le programme est implanté. Les études, malgré certaines faiblesses, vont d'ailleurs dans le sens d'une augmentation de la sécurité sanitaire³.

Enfin, il y a lieu d'ajouter que ce genre de programme ne concerne que peu de personnes et que le nombre de seringues distribuées n'est pas révélateur du nombre de bénéficiaires.

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN DÉTENTION, CHOC DES CULTURES

Chaque fois qu'un programme d'échange de seringues est implanté dans un établissement pénitentiaire, il devient assez rapidement un non-événement malgré tous les débats qu'il suscite en amont. À contrario, mettre simplement à disposition des préservatifs au sein du service médical suscite encore des critiques. Qu'imagine un agent de détention lorsqu'il fouille une personne détenue en partant du service médical et que ce dernier a des préservatifs dans ses poches ; quelle peut être la gêne ressentie ?

Un tel programme n'est possible que s'il est fondé sur la confiance entre tous les partenaires

Les préjugés ont la vie dure. Tout d'abord auprès des soignants qui participent à la mise en place de ce programme, parfois uniquement parce que c'est une tâche qui leur est allouée sans grande conviction. Tous connaissent les résultats positifs en matière de réduction des risques de tels programmes et pourquoi ils ont été mis en place,



mais cela n'empêche pas que certains jugements et des biais idéologiques persistent. Ceci d'autant plus si le patient n'a pas de produit illicite à s'injecter et s'apprête à injecter ses médicaments ou ceux des autres achetés à la promenade, ou encore de l'eau. Ses gestes sont alors épiés, la suspicion s'installe et le lien se brise à la seule initiative du soignant. L'image de l'utilisateur de drogues reste trop souvent encore celle d'un manipulateur dont son seul but est sa satisfaction personnelle. Les sobriquets de *tox* ou *toxicos* ne sont pas rares durant les colloques ou dans certaines conversations.

Chez les agents de détention, un tel programme est toléré parce qu'imposé par voie hiérarchique, mais n'est pas toujours compris car le discours punitif reste le courant de pensée majoritaire. Le milieu de la détention est un milieu hostile dans lequel le soignant est, encore trop souvent, seulement toléré. Il est par ailleurs difficile d'admettre pour les professionnels de la détention que des stupéfiants circulent dans leur établissement. Il est donc paradoxal pour cette filière de coexister avec une situation qui ne devrait pas, à leurs yeux, avoir le sort que nous lui connaissons. Nous ne pouvons faire des généralités, mais le discours du personnel pénitentiaire est souvent majoritairement axé sur la répression.

De nombreuses études s'accordent néanmoins sur la surreprésentation de conduites addictives parmi la population pénitentiaire⁴. Si, en 1995, la Motion M997 avait pour objectif de ne plus condamner la consommation de substances illicites, aujourd'hui - et d'autant plus avec l'arrivée du crack à Genève -, les sanctions s'abattent sur les usagers, les conduisant irrémédiablement vers la case prison. La police leur rend la vie dure. Dans ce « jeu », il

est important de préciser que la population de consommateurs de substances à Genève est très hétérogène. Ces personnes viennent de différents horizons, elles n'ont pas toujours de situations régulières ou ne sont plus à jour dans leurs démarches administratives et n'ont souvent plus de logement. Leur point commun est une précarisation croissante. Le passage en détention ne fait bien souvent qu'aggraver ces situations, qu'actuellement aucun programme ni service ne permet de résoudre, alors même qu'elles nécessiteraient à minima une prise en charge bas-seuil de réduction des risques. Nous faisons face à des situations qui se dégradent avec les années, au fur et à mesure des récidives.

CONCLUSION

Le programme d'échange de seringues en détention fonctionne et reste une réussite en matière de réduction des risques. C'est le cas à Genève comme partout où il est implanté, dès l'instant qu'il résulte d'un partenariat entre le service médical et l'administration pénitentiaire. Ce genre de programme ne doit toutefois pas être érigé en totem, car beaucoup reste encore à faire. Toutes les alternatives à la consommation par injection sont bénéfiques pour la santé et peuvent être prônées par la mise à disposition de pailles, d'aluminium et de bicarbonate⁵. Elles devraient faire partie du panel d'offres à disposition. Si des résistances persistent, la détermination permet toutefois de faire progresser la réduction des risques en milieu privatif de liberté, trop souvent encore persuadé qu'il n'y a pas de problème, ni de drogue en prison.

La priorité est de remettre le patient, le détenu, au centre de notre action, qu'elle soit en lien avec l'aspect sani-

De nombreuses études s'accordent néanmoins sur la surreprésentation de conduites addictives parmi la population pénitentiaire

taire ou sécuritaire, en ayant pour objectif son rétablissement. Sachant que les secteurs de la santé et de la justice doivent travailler de concert, l'enjeu est de parvenir à un « développement humain durable », tant du point de vue de l'individu lui-même que de celui de la société⁶.

La réduction des risques en prison est probablement une des premières pierres à l'édifice.

Contacts : ludovic.lacroix@hcuge.ch ;
nicolas.peigne@hcuge.ch

DRY JANUARY[®]
CH

**UN MOIS JUSTE
POUR TON FOIE!**

Sceptique ? Voici quelques faits...

 69% ... des participants se sentent plus en forme.	 70% ... des participants ont un meilleur sommeil.	 72% ... des participants réduisent durablement leur consommation d'alcool.
--	---	--

WWW.DRYJANUARY.CH ET REJOINS-NOUS SUR LES RÉSEAUX :    

Références

1. Wolff H., Gétaz L., Bodenmann P. & Delessert D. Soins en milieu pénitentiaire. In : Bodenmann P, Jackson Y, Vu F and Wolff H (eds). *Vulnérabilités, diversités et équité en santé*. Chêne-Bourg : RMS Éditions, 2022 : pp. 309-316.
2. Hess C & Ostrom E. *Understanding Knowledge as a commons: From Theory to Practice*. Cambridge : The MIT Press, 2007.
3. Constanty L. Réduction des risques en prison : perceptions médicales et sécuritaires. *Infoprison* 2020 ; 28 : 1-3.
4. Bozinova M, Peigné N et Gottignies G. L'interdisciplinarité dans la prise en charge des conduites addictives en milieu péni-

5. Favro-Counes T., Ritter C., Broers B., Nguyen-Toan T. Prise en charge des usagers de substances psychoactives en milieu carcéral. In : H. Wolff & G. Niveau (eds). *Santé en prison*. Chêne-Bourg : RMS Editions, 2019 : pp.345-366..
6. Andries, J.-B. Enjeux de coopération et implications systémiques [Conference session]. 3e sommet international des fédérations francophones belges, canadienne, française, luxembourgeoise et suisse du secteur assuétudes. Bruxelles, Belgique : 27 septembre 2022. <https://drugsandsociety.be/mardi-27-septembre-2022/>

COORDINATION: LE TRAVAIL INVISIBLE

Mathias Waelli (MAS en santé publique, UNIGE)

Si on ne collabore pas forcément ensemble il faut quand même se coordonner. Or, dans ce domaine aussi les lacunes dans les secteurs de la santé et des services sociaux sont associés un coût énorme, pour les bénéficiaires et pour la société. Les tentatives d'amélioration ne sont par ailleurs pas toujours efficaces. Le développement de compétences et un meilleur partage des outils de communication pourraient contribuer à améliorer la situation (réd.).

« Un patient entre aux urgences pour une jambe cassée, on se rend compte qu'il fait du diabète, il va en médecine pour la diabétologie, et là, on se rend compte qu'il a un problème d'addictions... Quand le patient change de service, il change de médecin, il change d'infirmière, il change de consultant, même le consultant de psychiatrie change selon les unités. Alors si on [l'addictologie] met en place quelque chose à une étape du process, on n'est pas du tout sûr que l'équipe qui suivra continuera à appliquer le protocole... ».

L'expérience de cette infirmière spécialisée en addictologie dans un grand hôpital suisse romand fait écho aux autres témoignages recueillis lors d'une enquête auprès d'anciens étudiants du master de formation continue en santé Publique à l'Université de Genève. Dans un contexte où la population vieillit, et où la prévalence des maladies chroniques augmente, le transfert des patients vers l'ambulatorio complexifie les prises en charge et engage un nombre croissant de professionnels du social et de la santé autour d'un bénéficiaire. La coordination de leurs interventions constitue un enjeu majeur pour nos organisations.

DIAGNOSTIC

Le manque de coordination coûte cher aux assurés et aux contribuables. Des études aux USA et en France indiquent que jusqu'à 30% des coûts de la santé seraient évitables et pourraient être attribués directement à des lacunes

de coordination (multiplication des examens parallèles, rendez-vous manqués, etc.)¹. Il n'y a aucune raison de penser qu'en Suisse le problème ne se pose pas dans les mêmes proportions.

Le manque de coordination affecte aussi la sécurité des bénéficiaires et la qualité des prestations. L'analyse des événements indésirables dans les établissements de santé montre que leur origine se situe principalement dans l'organisation du travail: mauvaise transmission d'informations, conditions de travail peu propices au développement d'échanges interprofessionnels, etc. Ces conditions menacent la qualité et la sécurité des soins, voire parfois la vie des patients, et les exposent à des situations de fortes tensions (attentes non annoncées, douleurs non-prises en charge, difficulté d'articuler des contraintes liées à la vie personnelle avec celle de l'hospitalisation, manque d'écoute etc.).

Ces conditions sont aussi une cause non négligeable d'épuisement chez les professionnels. Les prestataires de soins et de services sociaux souffrent du travail supplémentaire généré par des défauts de coordination et des tensions (avec les bénéficiaires, les familles, les autres professionnels) générées par les lacunes de qualité et de coordination des prestations offertes.

Ces éléments commencent à être bien documentés. Le diagnostic fait consensus, du moins dans la communauté des chercheurs sur les systèmes de santé. Par contre, les

Le manque de coordination affecte aussi la sécurité des bénéficiaires

remèdes à appliquer sont toujours en débat. La première raison pour laquelle on peine à trouver des réponses pertinentes est le manque de connaissances concernant la nature même de l'activité de coordination. Paradoxalement, c'est un objet à la fois omniprésent et invisible.

OBSTACLES

Dans la vie de tous les jours, le partage des tâches domestiques entre les membres du foyer et des tiers délégués (garde d'enfants, entreprise de ménage, gestion budgétaire) implique de plus en plus de personnes et génère des forts besoins de coordination. Ces activités semblent désormais aller de soi. Même les dispositifs de recueil de données élaborés pour rendre visible, formaliser et faire reconnaître le travail réalisé dans l'ombre du foyer ont échoué à cette tâche. Les enquêtes de l'INSEE sur l'emploi du temps en France ne prévoient par exemple pas d'items pour la coordination. Il ne reste alors que la mesure de la « charge mentale » qui est corrélée à l'activité de coordination mais ne dit rien de son contenu.

Dans le monde du travail, et celui de la santé en particulier, le développement de l'activité de coordination souffre encore plus du manque de visibilité. Les professionnels tendent à valoriser les actes techniques et relationnels réalisés au chevet des patients mais ceux-ci ne constituent qu'une partie du travail nécessaire à la prise en charge des bénéficiaires, comme l'ont montré des investigations ethnographiques à l'hôpital. Les infirmiers et les médecins consacrent plus de 60% de leur activité à réaliser des tâches qualifiées d'activités d'organisation². Celles-ci concernent principalement la coordination des parcours. Elles sont nécessaires mais souffriraient souvent d'être déléguées à l'administration. En oncologie, par exemple, elles requièrent aussi une bonne connaissance des effets secondaires des traitements et des interactions médicamenteuses. La principale conséquence du manque de reconnaissance de ces activités est qu'elles sont mal intégrées et mal enseignées. L'organisation du travail et la formation n'y attribuent pas suffisamment de ressources.

Un troisième élément concourt encore au manque d'intégration des pratiques de coordination dans l'organisation : l'approche corporatiste. En effet, la recherche consacrée à la coordination dans les secteurs de la santé et des services sociaux est principalement réalisée par les professionnels pour leur propre profession. Il existe ainsi un corpus très important consacré à la coordination des soins qui s'adresse directement aux soignants à partir d'une perspective clinique. Ces résultats sont importants et permettent de former des professionnels aux enjeux cliniques de la coordination et à la variété des besoins des bénéficiaires. Cependant, ces travaux n'interrogent pas, ou seulement à la marge, l'organisation du travail. On s'empêche alors de penser aux ressources nécessaires au bon développement des activités. Il est donc urgent de développer des recherches sur l'activité de coordina-

tion à partir d'une perspective organisationnelle. Cela permettrait de développer des guidelines à destination des managers et des décideurs chargés de concevoir et de mettre en place des réponses aux lacunes de coordination.

Le terrain a d'ailleurs précédé la recherche. Depuis une vingtaine d'années dans certains pays précurseurs et depuis une dizaine d'années en Suisse, des choix ont été faits en l'absence de connaissances scientifiques : plutôt que de mieux intégrer les compétences de coordination déjà existantes dans les équipes intervenant sur les parcours socio-sanitaires, on a mis en place des dispositifs transversaux supplémentaires. Ceux-ci reposent souvent sur des nouvelles fonctions dédiées à la coordination. La grande variété des termes utilisés pour les nommer (*case managers*, infirmiers de liaison, *patient navigator*, *nurse navigator*, infirmiers de coordination, infirmiers pivots...) témoigne de la diversité des contenus et des missions qu'on leur a attribués. La mise en place de ces métiers a d'ailleurs souvent été le fruit d'initiatives locales, pas forcément institutionnelles, adaptées à des enjeux spécifiques qui ne relèvent pas toujours de la coordination. Cela a aussi permis d'investiguer et de mesurer le

travail réalisé par les professionnels de la coordination³. En oncologie, ils peuvent ainsi passer entre 10% et 50% de leur temps à réaliser des activités en dehors de la coordination. L'invisibilité et la non-reconnaissance de celle-ci les invitent en effet souvent à venir en appui des collègues ou cadres sur des activités cliniques, administratives ou managériales, afin de légitimer leurs interventions auprès des équipes. Or, même si ces activités sont utiles, elles ne contribuent pas à améliorer la coordination, en particulier externe, des parcours de santé.

PISTES DE SOLUTION

Pour analyser les enjeux de coordination des parcours personnalisés dans le domaine social et sanitaire, nous avons proposé un cadre théorique⁴. Ce cadre repose sur une revue des connaissances concernant l'organisation des secteurs d'activité, y compris la santé et le social. Cette perspective intersectorielle avait mis l'accent sur six facteurs clés d'implantation propres à l'organisation du travail qui sont au cœur des enjeux rencontrés par les acteurs de la coordination. Trois d'entre eux ont particulièrement retenu notre attention.

Le premier facteur est financier. Nous l'avons vu, la recherche a montré que l'absence de coordination était lié à un enjeu budgétaire colossal. Des évaluations locales ont montré que la mise en place de dispositifs de coordination ont permis de dégager des économies, par exemple en optimisant l'usage d'un plateau technique d'endoscopie digestive. Mais, ce qui freine la mise en place de ces dispositifs peut aussi être d'ordre financier. Ici encore, l'invisibilité de la coordination se reflète dans les modes de financement. L'exemple du projet pilote MOCCA est significatif. Développé par une équipe d'Unisanté, le

L'invisibilité de la coordination se reflète dans les modes de financement

projet a permis d'évaluer l'engagement d'infirmiers (IMF) dans les cabinets de médecine familiale. La recherche a montré la valeur ajoutée de cette activité mais aussi souligné un frein à son implantation : l'absence de reconnaissance financière d'une part importante des actes infirmiers (notamment les actes de coordination)⁵.

Le deuxième facteur est le développement des technologies de l'information. La coordination consiste surtout à transmettre des informations concernant un cas à des professionnels provenant de contextes organisationnels variés. Son développement à grande échelle a largement été favorisé par la mise en place de systèmes d'informations performants. Or, les technologies pour partager ces données entre les institutions concernées par des parcours complexes en santé sont disponibles depuis longtemps et les volontés de mieux les utiliser existent aussi depuis plus de 20 ans. L'implémentation butte cependant encore sur la résistance des utilisateurs face à des enjeux de confidentialité (quelles professions peuvent avoir accès aux dossiers des patients) renforcés par des questions d'accès aux données qui ne sont pas toujours résolues dans le droit suisse.

Le troisième facteur est le développement des compétences nécessaires à une meilleure coordination des parcours personnalisés. L'une de ces compétences relationnelles est partagée avec les services marchands (écoute, accueil, anticipation des besoins...). Dans les secteurs socio-sanitaires elle vise à favoriser le repérage de besoins de natures très variées et à des temps de parcours différents. Dans la santé en particulier, les professionnels habitués à privilégier les besoins bio-médicaux devraient pouvoir intégrer des besoins psycho-sociaux et des demandes de service, comme nous avons pu le montrer par une étude des demandes en oncologie (waelli et al. 2021). Par ailleurs la coordination de tous les acteurs impliqués dans les parcours des bénéficiaires exige une connaissance de l'ensemble des ressources disponibles sur un territoire donné ainsi qu'une expérience relationnelle avec l'ensemble de leurs représentants.

Enfin, le phénomène de complexification des parcours engendre la nécessité de développer l'agilité des organisations. Cette agilité repose sur la capacité de chacun à embrasser des problèmes nouveaux. Elle exige le développement d'une approche très globale des problèmes sociaux et de santé ainsi que d'une expertise fine de chaque phénomène permettant d'ajuster les pratiques. Ces ajustements augmentent néanmoins les risques et engagent sans cesse la responsabilité individuelle des professionnels. Dans ce contexte, les équipes interdisciplinaires constituent le meilleur mode de régulation collectif vis-à-vis des incertitudes. Il est donc essentiel de développer des compétences de collaboration dans les équipes interdisciplinaires.

LE RÔLE DE LA FORMATION

Comme acteurs de la formation continue en suisse romande, nous avons la responsabilité d'accompagner les professionnels dans ces changements. L'évaluation de l'expérience des étudiants et des alumni reflète bien l'alignement des contenus de nos programmes avec leurs attentes. Elle souligne a posteriori la valeur ajoutée de formations interdisciplinaires et généralistes en santé publique pour affronter les défis de coordination dans les secteurs socio-sanitaires. Cependant elle montre aussi le décalage avec les représentations des responsables institutionnels (en particulier dans les soins) qui continuent de privilégier l'accès aux formations par profession qui reproduisent les principes de l'organisation en tuyaux d'orgue. En l'absence d'une connaissance claire du contenu de l'activité et des compétences à développer, les responsables institutionnels se tournent vers les formations connues et qu'ils ont eux-mêmes déjà suivies. Or, notre rôle pédagogique ne doit pas s'arrêter aux bancs de l'université. Il nous appartient d'éclairer ces acteurs sur la nature des transformations organisationnelles et sur le contenu de nos formations.

Contact : Simon.Waelli@unige.ch

Références

1. Minvielle, É. (2018). *Le patient et le système : en quête d'une organisation sur-mesure : approches innovantes du parcours de santé*. Seli Arslan.
2. Allen, D. (2014). *The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
3. Acero, M-X. Minvielle & E. Waelli, M. (2022) Les coordinateurs font-ils vraiment de la coordination : étude de cas en oncologie, Colloque ARAMOS, Genève
4. Minvielle, E., Waelli, M., Sicotte, C., & Kimberly, J. R. (2014). Managing customization in health care: a framework derived from the services sector literature. *Health Policy*, 117(2), 216-227.
5. Schütz, M., Senn, N., & Cohidon, C. (2020). Le projet pilote MOCCA: une nouvelle organisation des cabinets de médecine de famille dans le canton de Vaud, Suisse. *Revue française des affaires sociales*, (1), 337-350.

FINANCER LE TRAVAIL DANS LES INTERSTICES DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE: UNE PRIORITÉ POUR LES ADDICTIONS?

Christophe Al Kurdi (GREAA)

La prise en charge des addictions se caractérise par des besoins élevés en matière de coordination. Or, l'auteur démontre combien les règles du jeu du financement des prestations résidentielles et ambulatoires sont peu compatibles avec la continuité des soins (rééd.).

En raison des multimorbidités et de la complexité des problèmes affectant les personnes en situation d'addiction, une prise en charge idoine requiert l'implication de très nombreux professionnels issus de domaines différents. Très logiquement, en comparaison avec d'autres patients, le parcours de santé des personnes souffrant d'addiction se caractérise par un nombre plus important de transitions, une plus grande interprofessionnalité et interdisciplinarité, tout comme des besoins plus élevés en matière de coordination.

Dans bien des cas toutefois, la mise en œuvre de cette division du travail, qui se voudrait holistique, se heurte à la réalité de systèmes de financement propres à chaque prestataire spécialisé impliqué. Ceci est vrai au sein du système de santé, pour les « prestations médicales » (facturables à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie ; LAMal), comme à l'extérieur de celui-ci, pour les « prestations sociales » (non facturables à la LAMal), financées de manière aussi diverses qu'il y a de cantons. Évidemment, cela s'applique également aux situations qui concernent ces deux types de prestations à la fois.

Dans les chapitres qui suivent, nous présentons les principales modalités de financement dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, puis résidentielle, et discutons brièvement des principaux problèmes y relatifs.

SOINS AMBULATOIRES

Introduit en 2004 dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), puis retouché à deux reprises par le Conseil fédéral, le TARMEC est le système de rémunération tarifaire qui s'applique aux prestations médicales ambulatoires en Suisse. Il concerne aussi bien les cabinets des médecins de premier recours que les soins ambulatoires délivrés dans un hôpital. Il comprend plus de 4'600 positions, censées embrasser l'ensemble des prestations médicales ambulatoires, auxquelles il attribue des points tarifaires ; points dont la valeur monétaire est renégociée par la suite dans chaque canton entre chaque prestataire et groupe d'assureurs.

Outre sa complexité dénoncée de longue date par l'ensemble des prestataires de soins, les principales critiques à son égard concernent ses limitations des prestations facturables en l'absence du patient, sa prise en

compte insuffisante des prestations de nature psychosociale et son incapacité à rémunérer suffisamment le travail entrepris dans le cadre de structures intermédiaires comme les cliniques de jour ou les services mobiles et/ou de liaison.

Avec la dernière révision de la structure tarifaire TARMEC (1.09) au 1er janvier 2018, la possibilité de facturer des prestations en l'absence du patient est passée de 60 minutes par trimestre et par patient, à 30 minutes. Dix minutes par mois, c'est évidemment trop peu pour

Dix minutes par mois, c'est évidemment trop peu pour discuter et prendre en charge des situations complexes



discuter et prendre en charge des situations complexes : celles-ci requièrent une prise de contact avec de multiples acteurs, la participation à des réseaux autour des patients, l'échange d'information lors de colloque d'équipe, voire de « boards » interdisciplinaires et interprofessionnels (dans le cas des hôpitaux universitaires), etc. De manière plus générale, cette limitation remet en cause la possibilité même d'effectuer une prise en charge coordonnée, ce qui constitue, selon la Conférences des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), « un désavantage en particulier pour les patients polymorbides et les patients atteints de maladies chroniques »¹; autrement dit, pour de nombreuses personnes souffrant à la fois d'addiction, de troubles psychiatriques et somatiques (p.ex. cyphose, VHC, VIH).

Depuis la disparition du concept de traitement « semi-hospitalier » de la LAMal, en 2009, les prestations fournies dans le cadre des structures intermédiaires sont assimilées à des prestations ambulatoires (art. 5 OCP) et facturées comme telles². De ce fait, les prestations suivantes ne sont pas suffisamment, voire pas du tout prises en compte dans le TARMED : « les prestations de base fixes (p. ex. permanence, déplacements), indispensables pour assurer les interventions de crise ; les prestations de soins après la quatrième heure (le TARMED ne prévoit que quatre heures de soins médicaux ou infirmiers par semaine) ; la thérapie sociale ou thérapie de milieu, ainsi que d'autres formes de thérapies usuelles dans le domaine de la psychiatrie sociale ; les frais de coordination entre

Dans les faits, les refus de garantie de prise en charge sont fréquents

les médecins et le personnel soignant ; les prestations de professionnels qui ne font pas partie du personnel médical ou soignant, telles que les prestations de mise en réseau, les prestations ambulatoires du service social, les prestations de mise en réseau des conseillers en orientation professionnelle et des case managers (gestion de cas) ; les prestations de conseil aux proches »^{3, p. 36}.

La conséquence directe des lacunes énumérées ci-dessus, est que les structures intermédiaires sont insuffisamment rémunérées par l'AOS et, de ce fait, leur survie repose entièrement sur un financement résiduel de la part des cantons – sous la forme de prestations d'intérêt général (PIG). Or, en raison de l'austérité financière en vigueur dans la plupart des cantons, le cofinancement de ces structures via des PIG est particulièrement fragile : Plusieurs d'entre elles ont dû cesser leur activité, d'autres vivent dans une insécurité permanente, suspendues aux décisions budgétaires de leur parlement cantonal, et certaines n'ont jamais vu le jour. Comme si cela n'était pas suffisant, les PIG sont attaquées par les milieux économiques qui ne voient en elles que des subventions cachées qui biaiserait la concurrence entre hôpitaux et entraveraient ainsi les adaptations structurelles voulues par le législateur lors de la réforme de la LAMal de 2012 relative au financement hospitalier⁴.

SOINS RÉSIDENTIELS

Lorsqu'une personne s'engage dans une thérapie délivrée par une structure figurant sur la liste des hôpitaux de son canton (il s'agit alors principalement d'une clinique psychiatrique ou d'un centre spécialisé en alcoologie), la quasi-totalité des coûts est assumée conjointement par le canton et les caisses-maladie.

En revanche, lorsqu'une personne désire prendre part à un programme thérapeutique délivré par une institution ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux (typiquement un centre résidentiel sociothérapeutique ou un foyer d'hébergement spécialisé), celle-ci devra payer de sa poche la totalité des coûts inhérents à son séjour, lesquels peuvent s'élever à plusieurs centaines de francs par jour. Si cette personne est au bénéfice d'une rente invalidité (l'accès à une telle rente pour une personne souffrant d'addiction n'étant absolument pas garanti)^{5, 6}, elle pourra l'affecter à son accompagnement et, ayant prouvé qu'elle n'avait pas d'économie, compléter cet apport de base par des prestations complémentaires. Si, par contre, cette personne n'est pas au bénéfice d'une rente AI et ne dispose pas d'une fortune personnelle lui permettant de s'offrir un séjour si onéreux, elle pourra se tourner vers l'aide sociale pour quémander une garantie de prise en charge des frais (GPCF). Dans ce dernier cas de figure, qui est le plus courant, cette garantie peut, bien entendu, lui être refusée. Acceptée, elle peut, dans certains cantons, être assortie d'un devoir de remboursement du requérant,

voire de sa parenté. Dans les faits, les refus de garantie de prise en charge sont fréquents, surtout de la part de petites communes alémaniques qui, selon les dispositions en vigueur dans leur canton, doivent assumer seules les coûts de la prise en charge prévue (p. ex. Soleure, Bâle-Ville, Schwyz, Grisons)⁷.

Sans s'attarder ici sur cette situation inique pour la personne concernée, on comprend qu'avec un accès soumis à de telles conditions administratives, qui ne saurait être garanti et peut s'avérer particulièrement chronophage, l'inscription d'une démarche sociothérapeutique dans un parcours de soins n'a rien d'évident pour les partenaires qui se situeraient en amont de celui-ci. Cela s'avère particulièrement vrai pour des acteurs hospitaliers soumis à des « forfaits par cas » (SwissDRG) ou à des « forfaits journaliers (dégressifs) liés à la prestation » (TARPSY). En effet, que ce soit dans le domaine des soins stationnaires aigus (SwissDRG) ou celui de la psychiatrie stationnaire (TARPSY), un séjour trop long (c'est-à-dire plus long que la norme) est de nature à préjudicier la rentabilité de l'accueil, voire à générer une perte financière pour l'institution concernée.

Par voie de conséquence, en matière de prise en charge résidentielle, on se retrouve actuellement avec deux systèmes figés qui, bien que complémentaires, peinent à travailler ensemble autour des besoins de la personne. À ce propos, la Coordination politique des addictions (CPA-NAS) évoque, avec un certain euphémisme, « une tendance qui divise en deux l'encadrement et le traitement des problèmes et maladies liées à l'addiction : les problèmes aigus d'addiction sont pris en charge médica-

lement, alors que les problèmes chroniques sont déplacés vers les offres de l'aide sociale »⁸.

EN GUISE DE CONCLUSION

Aussi longtemps que l'accès à une prise en charge résidentielle sociothérapeutique sera conditionné à l'obtention d'une rente AI, d'une aide sociale, voire à la commission d'un crime ou d'un délit (l'ensemble des coûts étant alors à la charge du canton en vertu de l'art.380 al. 1 CP), il semblera inapproprié d'évoquer des problèmes de financement « aux interstices » de l'offre en cas d'addictions.

En la matière, c'est un gouffre béant qu'il s'agit de combler entre d'une part, des offres dont l'accès est basé sur le droit, et d'autre part, des offres dont l'accès est basé sur l'assistance, autrement dit sur le bon vouloir.

Si l'on s'en tient au seul domaine médical, la situation n'est pas non plus idéale. En raison de la coexistence de quatre systèmes de rémunération tarifaire distincts (TARMED/SwissDRG/TARPSY/ST Reha), obéissant chacun à sa propre logique, les solutions à une meilleure continuité des soins sont difficiles à trouver dans le cadre de la seule LAMal. Aussi, les cantons ne semblent pas pouvoir échapper à leur responsabilité en matière de santé et doivent financer, par le biais de l'impôt, des structures intermédiaires et des prestations de coordination (case management) qui, lorsqu'elles leur sont destinées, profitent aux personnes souffrant d'addiction.

Peut-être que le projet de « financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires » (EFAS), qui se fait attendre depuis 2009, simplifiera un peu les règles du jeu, s'il voit le jour. En attendant cette réforme, on peut

L'inscription d'une démarche sociothérapeutique dans un parcours de soins n'a rien d'évident



continuer à s'intéresser au projet « soins coordonnés » de l'OFSP et à son analogue, « soins intégrés », de la CDS. Enfin, on peut toujours espérer que l'introduction prochaine de l'art 59b AP-LAMal⁹, qui autorise des pro-

jets pilotes dans le cadre de la LAMal, débouche sur de nouvelles formes de financement plus compatibles avec une continuité des soins.

Contact : c.kurdi@grea.ch

Références

1. CDS, « Prise de position relative à la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (révision TARMED / physiothérapie) ». 8 mai 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/sn-gdk_tarmed_eingriff_br_20170518_f.pdf
2. Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Critères de réussite des services psychiatriques mobiles. Rapport final*. Berne: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
3. Conseil fédéral, « Avenir de la psychiatrie en Suisse. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255) », Confédération suisse, Berne, mars 2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2010/20103255/Bericht%20BR%20F.pdf>
4. economiesuisse, « Pour un financement hospitalier efficace », Fédération des entreprises suisses, Genève, #2 / 2017, mars 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.economiesuisse.ch/fr/entityprint/node/45385>
5. V. Junod *et al.*, « Rente AI et addiction: du mieux? », *Bull.*

Médecins Suisses, vol. 101, no 2930, p. 913-915, juill. 2020, doi: 10.4414/bms.2020.18670.

6. R. Bach, « Assurance invalidité et addictions : contexte général et perspectives spécifiques », *Dépendances*, no 69, p. 6-8, févr. 2021
7. Künzi K., Liesch R. & Jäggi J. (2019). « Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz. » Berne: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
8. NAS-CPA, « Synthèse sur le financement de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse », Coordination politique des addictions, Zofingen, mars 2017. [En ligne]. Disponible sur: http://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/2017_Financement_de_1%E2%80%99aide_aux_personnes_d%C3%A9pendantes.pdf
9. Conseil fédéral, « Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet) », *FF 2019 5765*, p. 104, août 2019, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2019/2216/fr>

COLLABORATION, SOINS ET ALLER-VERS

Antonio Rotondo et Benjamin Ravinet (Association itinéraires)

Repenser le soin et l'accès au soin en allant vers l'Autre, centrer ce soin sur la personne plutôt que sur les pathologies et favoriser la transdisciplinarité plutôt que les seules spécialisations peuvent renforcer l'accessibilité du soin. Cela peut permettre de mieux répondre aux besoins et aux souffrances individuelles mais aussi de réduire les coûts de la santé. Une équipe mobile de l'association itinéraires va prochainement conduire un projet pilote pour transposer les principes de « l'aller vers » dans la réalité (réd.).

L'*aller vers* n'est pas une notion nouvelle mais elle revêt un intérêt particulier en raison des questions posées par le fonctionnement actuel des différents systèmes sanitaires. On observe par exemple que les addictions et/ou les troubles psychiques compliquent significativement l'accès au soin pour les personnes concernées. Elles peuvent souffrir d'isolement, d'exclusion, de stigmatisation et porter le poids de leurs conditions d'existence. Des publications récentes mettent en lumière ces enjeux^{1,2} et les inégalités que nous observons depuis des années sur le terrain.

Différentes logiques institutionnelles à l'œuvre depuis des années peuvent malheureusement conduire les professionnels à passer « plus de temps à gérer la complexité bureaucratique qu'à être avec les autres »³. En termes d'accessibilité au soin et au soignant, le risque de se diriger vers une logique de guichet est grand. À l'inverse, l'aller vers reflète une volonté d'aller à la rencontre de l'autre sur son territoire mais aussi une posture permettant, dans les bureaux ou en dehors, une authentique rencontre avec l'Autre.

ALLER VERS

Pour Roland Janvier, chercheur en sciences sociales et président du comité régional du travail social en Bretagne, il est désormais nécessaire de « remettre en cause le temps

des institutions » pour « aller vers une société plus juste, plus équitable, plus bienveillante »³. Nous ne pourrions atteindre l'égalité des chances en termes de santé si nous ne prenons pas en compte l'accessibilité, non seulement des lieux d'accueil ou de traitement mais aussi au soin à part entière.

L'accompagnement se veut alors mobile et flexible, mais pas uniquement. Il implique aussi et surtout une attitude vis-à-vis de la personne, une posture éthique faisant appel à la responsabilité. *Aller vers* nous engage à adopter une pensée et une pratique réflexive, critique, assidue, dynamique et engagée : « Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une

demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique dite « pro-active », pour entrer en relation avec ces publics »⁴.

Cette réflexivité peut apparaître difficile dans une période où elle n'est pas promue, où les interventions doivent être pensées en prestations, où les conditions cadres vont dans le sens d'une simplification. Il est moins risqué de se replier sur son territoire, déjà conquis. Ce besoin de sécurité doit être pris en compte dans la construction de passerelles pour renforcer l'approche collaborative comme le dialogue. Le soin intégré n'existe qu'à ces conditions.

*L'ouverture fondamentale
à l'aller vers s'ancre ainsi
dans l'attitude (un état
d'esprit) et le réel*

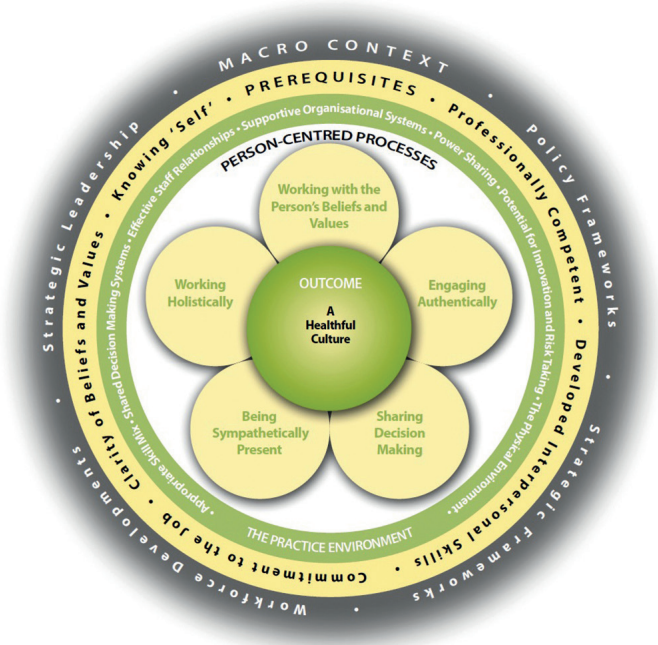
C'est en prenant cette responsabilité et en la mettant en avant que nous cultivons la rencontre mais aussi l'interface, un espace entre le dehors et le dedans, un interstice, un espace de transition, un lieu d'échange.

Selon Maela Paul, « En ne sachant pas, [le soignant] privilégie l'intelligence qui naît des échanges, du dialogue avec l'autre, et non des théories en *surplan*. Il soutient un questionnement plutôt que l'affirmation. [...] La compétence du professionnel ne consiste plus à énoncer des compréhensions, des explications, des interprétations mais à s'ouvrir aux savoirs et vérités construits sur les échanges et les dialogues, en situation »⁵.

L'ouverture fondamentale à l'aller vers s'ancre ainsi dans l'attitude (un état d'esprit) et le réel. Face au motto *le patient au centre*, nous nous positionnons aussi à ses côtés dans un mouvement dynamique, une mobilité dans ce cheminement que représente pour nous la notion d'accompagnement. Le soin centré sur la personne nous apparaît comme une inspiration et une invitation congruente.

LE SOIN CENTRÉ SUR LA PERSONNE

Cette approche du soin centré sur la personne, se présente sous la forme d'un schéma circulaire à trois niveaux, développé par deux chercheurs infirmiers de l'université de l'Uster (et qui n'existe malheureusement qu'en anglais jusqu'ici)^{6,7}.



Il y a d'abord un ensemble de prérequis, sans hiérarchie, essentiels à la création d'une culture soignante : « être professionnellement compétent, avoir développé des habiletés interpersonnelles, être engagé dans le travail, être capable de démontrer la clarté de ses croyances et de ses valeurs, et se connaître soi-même ». Ensuite, « l'approche holistique fournit une vision pragmatique

de la compétence (...) en tant que capacité à combiner vos connaissances et expériences pour répondre à un besoin en soin ». L'environnement de soin est ensuite questionné, notamment la combinaison de compétences appropriées, l'existence des systèmes facilitant la prise de décision partagée, le partage du pouvoir, les systèmes organisationnels de soutien, le potentiel d'innovation et la prise de risques.

Ces éléments nous semblent pertinents pour penser des repères communs de qualité pour un « travailler ensemble », quel que soit le nombre des personnes engagées (bénéficiaire, professionnels, entourage ...). Chaque membre du système étant un partenaire essentiel dans l'analyse et la prise de décisions.

Le dernier item est celui du processus de soin et des effets qui déterminent son résultat. Le processus de soin centré sur la personne appelle à l'engagement, à l'authenticité, aux prises de décisions partagées et aux soins holistiques. Quant au résultat, il s'appuie sur l'évaluation, entre autres, de la satisfaction et l'implication de l'expérience de soins, de l'environnement thérapeutique favorisant la prise de décisions, des relations collaboratives entre les différents acteurs et de pratiques novatrices.

A notre sens et selon notre expérience, ces composants peuvent servir de balises ou de structure réflexive à une posture propre à un *aller vers*.

UNE ILLUSTRATION : LA QUESTION DE L'HÉPATITE C

Aujourd'hui les limites d'accès au traitement de l'hépatite C ne sont plus administratives mais pratiques. Nous avons en effet les moyens d'éradiquer le VHC comme le souhaite l'OFSP⁸. Cependant, nous rencontrons régulièrement des personnes pour qui le dépistage prend des mois, voire des années, pour qui les analyses doivent être répétées puis qui, confrontées au résultat, manifestent des émotions complexes et des réactions diverses (angoisse, fuite, peur, banalisation, diabolisation, impuissance...). Des difficultés sociales peuvent encore s'ajouter à ces aspects émotionnels.

En même temps l'hépatite se développe, les symptômes se multiplient, altérant toujours plus la qualité de vie de la personne. Au plan individuel les atteintes sont plus sévères et au plan collectif les coûts sont énormes. Une intervention plus précoce, un accompagnement au sens propre et figuré (jusqu'au cabinet du médecin) permettent une augmentation du dépistage, un meilleur accès au traitement, une réduction des coûts et une augmentation des compétences en santé de la personne.

CRÉER ET MAINTENIR LE LIEN

Pour nous, l'intervention doit être transversale et s'adapter aux situations qu'elles soient somatiques, de santé mentale et/ou psycho-sociales. Les troubles psychiques, les réactions cognitives, la chronicisation et les comporte-



ments de dépendance peuvent être à l'origine de ruptures dans le parcours de soins. Par exemple, la réalité des médecins conduit parfois à des consultations succinctes durant lesquelles il est difficile pour l'Autre d'être acteur à part entière du processus de soins.

Dans ce contexte, notre travail peut être de la traduction, de la médiation, du témoignage, de la répétition, de l'encouragement. Parfois, un des enjeux peut simplement être celui d'atteindre les personnes concernées, de savoir comment et où les contacter. Le lien est central dans le soin malgré la tendance à la technicité, et c'est ce lien significatif que nous tissons qui ouvre à la démarche participative et augmente la responsabilité réciproque et partagée.

Les maladies non transmissibles, les maladies psychiques et les addictions sont associés à plus de 80% des coûts directs de la santé⁹. Ce constat n'est pas une fatalité, que ce soit pour les personnes à risques, touchées ou déjà « malades ». Il faut que l'action tout au long de la chaîne « thérapeutique » soit une préoccupation et une intention majeure.

Ancrer sa pratique d'aller vers, dans les soins holistiques ainsi que dans le parcours de soin, signifie vouloir prévenir l'aggravation de la situation, favoriser une intervention plus précoce, faciliter l'accès aux soins, réduire la gravité des atteintes et de leurs impacts. Nous avons à cultiver là encore un pragmatisme assumé en œuvrant dans les possibles et ne s'arrêtant pas aux limitations institution-

nelles. La collaboration de type transdisciplinaire offre un cadre à l'identification, à l'acquisition et au renforcement des ressources nécessaires.

DE LA TRANSDISCIPLINARITÉ

La transdisciplinarité implique une organisation dans laquelle les personnes de différentes disciplines communiquent, s'enrichissent et se complètent. Il n'est plus question de morceler la personne en fonction des spécialisations mais de reconnaître et multiplier les regards spécifiques afin d'affiner les perceptions de chacun sur la réalité de la personne concernée, dans toutes ses dimensions.

Selon la charte de la transdisciplinarité cette modalité « fait émerger de la confrontation des disciplines de nouvelles données qui les articulent entre elles (...). La transdisciplinarité ne recherche pas la maîtrise de plusieurs disciplines, mais l'ouverture de toutes les disciplines à ce qui les traverse et les dépasse. (...) Rigueur, ouverture et tolérance sont les caractéristiques fondamentales de l'attitude et de la vision transdisciplinaires ». Fondamentalement, « l'éthique transdisciplinaire récuse toute attitude qui refuse le dialogue et la discussion, quelle que soit son origine (...) »¹⁰.

CONCLUSION

Il nous appartient de nous saisir de la complexité des situations vécues par les personnes et de composer avec. Ce travail est relationnel, définitivement, et collaboratif, évidemment. Il nécessite du temps, de la disponibilité, de la réactivité, au-delà de ce qui est facturable dans les systèmes de soins actuels. Il s'agit alors d'une perspective dynamique, la même que souligne la salutogenèse, où la notion de qualité de vie est centrale. Se poser la question des moyens nécessaires à ce travail est aussi notre responsabilité.

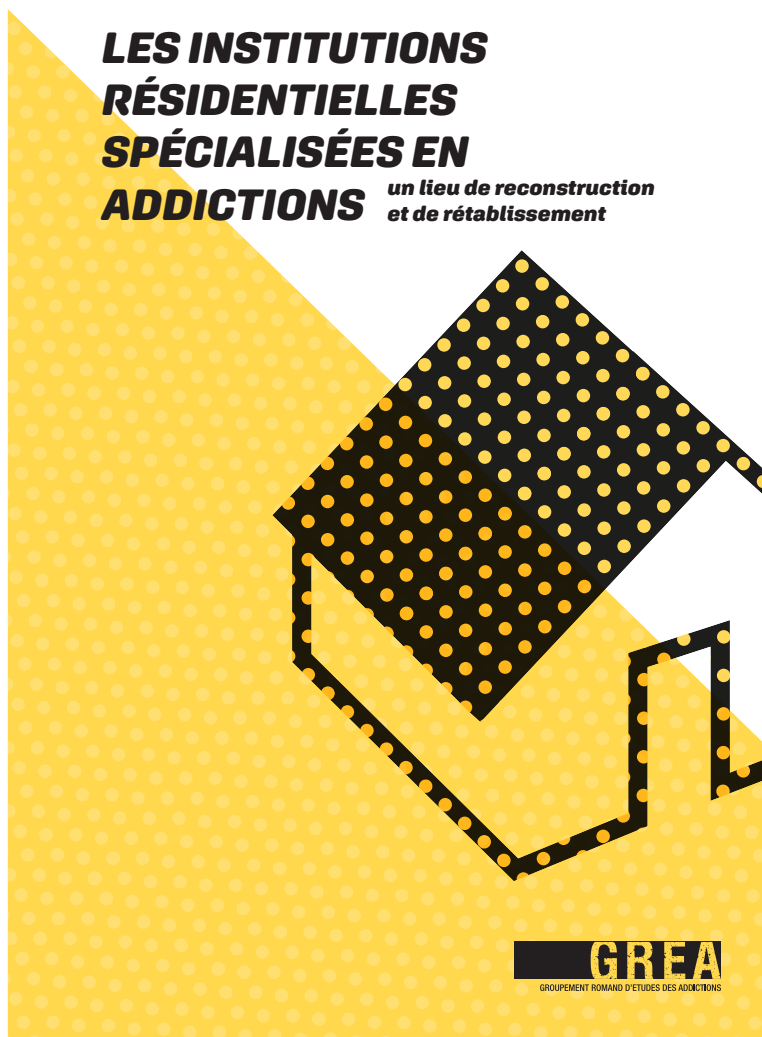
Cela nous a amené à la création d'une équipe mobile dédiée à l'articulation des parcours de soin et au travail d'interface. L'association itinéraires dont les buts sont l'équité dans les soins et dans l'accès au soin conduit ce projet-pilote d'aller vers qui débutera en 2023. Il est soutenu par Pro-

motion Santé Suisse dans le cadre de la prévention dans le domaine des soins. Il se veut une occasion de penser une intervention transdisciplinaire, aussi précoce que possible, comme contribution à une meilleure qualité de vie, une santé améliorée durablement et in fine la réduction des coûts de santé à long terme. Nous nous inscrivons dans une authentique vision de santé publique. La santé est un bien commun dont nous avons tous à prendre soin, ensemble !

Contact : comite@itinéraires-sante.ch

Il n'est plus question de morceler la personne en fonction des spécialisations mais de reconnaître et multiplier les regards spécifiques

LES INSTITUTIONS RÉSIDENTIELLES SPÉCIALISÉES EN ADDICTIONS un lieu de reconstruction et de rétablissement



La brochure sur les prestations des institutions résidentielles spécialisées en addictions présente à un large public les objectifs et les principes du résidentiel, tant sur les plans individuel que collectif. La brochure peut être commandée gratuitement auprès du GREAA à info@grea.ch

Références

1. Office Fédéral de la Statistique (OFS), pauvreté et privation matérielle 2007-2014 ; Recherche sur l'égalité des chances en matière de santé ; *Équité en santé : projets de recherche en cours 2021* ; Berner Fachhochschule & Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften 2021
2. Labhart F, Maffli E., & Notari L. Santé des bénéficiaires de l'aide sociale, (2021). *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction: Conception d'un système d'indicateurs pour le Monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM)*. Rapport de recherche n°131. Addiction Suisse, Lausanne, Suisse
3. Bouttier N., *La petite révolution du "aller vers"*, <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/la-petite-revolution-du-allers-vers>, 17.08.2022
4. Warin P, *Ecrire Pour et sur le Travail Social*, <https://dubasque.org/allers-vers-2-une-tentative-de-definition/>, 10.09.2022
5. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient,

Recherche en soins infirmiers 2012/3 (N° 110), p. 15. DOI 10.3917/rsi.110.0013

6. Chavey F. et Scuderi L. Développer une culture thérapeutique dans un univers stressant : idéal ou possibilité ?, *Travail de Bachelor présenté à la Haute Ecole de la Santé La Source*, Lausanne : 2014, p.5
7. McCormack, B. and McCance, T. (2010). Front Matter. In *Person-Centred Nursing* (eds B. McCormack and T. McCance). <https://doi.org/10.1002/9781444390506.fmatter> p42 p59
8. OFSP. L'hépatite C chez les usagers de drogue, Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte, https://www.infodrog.ch/files/content/hepc_fr/richtlinien-hepatitis-c-drogen-fr-2019.pdf, 12.09.2019
9. Promotion Santé Suisse, Soutien de projets Prévention dans le domaine des soins <https://promotionsante.ch/pds/cycle-de-soutien-actuel.html>, 4.07.2022
10. Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires (CIRET), Charte de la transdisciplinarité, <http://www.ciret-transdisciplinarity.org/chart.php> 4.09.2022

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse

Ruchonnet 14, CP 870, 1003 Lausanne

Groupement Romand d'Études des Addictions GREA

Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction en chef

Frank Zobel, Addiction Suisse - **Camille Robert**, GREA

Comité de rédaction

Barbara Broers, HUG - **Marina Delgrande**, Addiction Suisse - **Camille Robert**, GREA - **Ann Tharin**, HES-SO - **Valentine Schmidhauser**, Addiction Suisse - **Marc Wittwer**, OFSP - **Frank Zobel**, Addiction Suisse.

Abonnements

Addiction Suisse, CP 870, 1003 Lausanne, T. 021 321 29 85, F 021 321 20 40, medias@addictionsuisse.ch

Site : <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/15-periodiques>

Parution

3 fois par an

Abonnement

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

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Mise en page

Camille Robert, GREA

Images

Photos Unsplash: p. 5 Damien Cornu ; p. 13 Wolfgang Hasselmann ; p. 19 Annie Spratt ; p. 25 Markus Spiske ; p. 26 Laura Agusti ; p. 30 Karsten Würth.

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

ISSN 1422-3368



GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

 **ADDICTION | SUISSE**