



Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP  
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN

# Evaluation de l'Unité de traitements des addictions Nord (UTAd). Période janvier-mars 2015

Sanda Samitca, Pierre Simon-Vermot, Jean-Pierre Gervasoni

RAISONS DE SANTÉ 268 – LAUSANNE

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne



## Raisons de santé 268

**Étude financée par :** Le canton de Vaud, Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS), selon décision du Conseil d'État du 11 décembre 1996.

**Citation suggérée :** Samitca S, Simon-Vermot P, Gervasoni J.-P. Evaluation de l'Unité de traitement des addictions Nord (UTAd). Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016 (Raisons de santé 268).

<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/268>

**Remerciements :** A toutes les personnes qui ont participé à l'évaluation.

**Date d'édition :** Janvier 2017

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
1.1	Le mandat .....	9
1.2	Contexte et mise en œuvre du projet.....	9
1.3	Approche d'évaluation proposée.....	11
1.4	Structure du rapport.....	11
<b>2</b>	<b>Méthode .....</b>	<b>13</b>
2.1	Analyse des données de monitoring .....	15
2.2	Entretiens : déroulement et calendrier .....	16
2.2.1	Entretiens avec les professionnels de l'UTAd.....	16
2.2.2	Entretiens avec les membres du COPIL de l'UTAd .....	17
2.2.3	Entretiens avec les membres du réseau.....	17
<b>3</b>	<b>Données de monitoring .....</b>	<b>19</b>
3.1	Profil des patients .....	21
3.1.1	Nombre de patients pris en soins.....	21
3.1.2	Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	22
3.1.3	Complexité des situations personnelles .....	23
3.1.4	Types de prise en soins.....	26
3.1.5	Fermeture de dossiers.....	28
3.1.6	Synthèse.....	28
<b>4</b>	<b>Gouvernance et direction.....</b>	<b>29</b>
4.1	Organisation .....	31
4.2	Comité de pilotage .....	32
4.2.1	Mise en œuvre et implantation du projet .....	32
4.2.2	Pérennisation du projet.....	32
4.3	Direction .....	32
4.3.1	Direction opérationnelle et stratégique .....	32
4.3.2	Besoins en termes de direction .....	33
4.4	Convention .....	33
4.5	Synthèse et enjeux .....	34
<b>5</b>	<b>Objectifs et prestations de l'UTAd .....</b>	<b>35</b>
5.1	Objectifs et prestations .....	37
5.1.1	La prise en charge .....	37
5.1.2	Le travail avec le réseau .....	39
5.1.3	La formation et la relève médicale.....	40
5.2	Synthèse.....	41
<b>6</b>	<b>L'interdisciplinarité au sein de l'UTAd .....</b>	<b>43</b>
6.1	Quelques définitions .....	45
6.2	Interdisciplinarité : le point de vue du COPIL.....	46
6.2.1	Difficultés et enjeux .....	47
6.3	Interdisciplinarité : le point de vue des intervenants de l'UTAd.....	47
6.3.1	Mise en place d'une prise en charge interdisciplinaire .....	48
6.3.2	Difficultés et enjeux .....	48

6.4 Synthèse.....	49
<b>7 Le point de vue du réseau socio-sanitaire.....</b>	<b>51</b>
7.1 Apports de l'UTAd pour le réseau et son utilisation.....	53
7.1.1 Les pharmacies.....	53
7.1.2 Les médecins installés.....	54
7.1.3 Le service d'urgences de l'eHNV.....	55
7.1.4 Le réseau socio-éducatif.....	55
7.2 Synthèse.....	55
<b>8 Conclusions et recommandations .....</b>	<b>57</b>
<b>9 Références .....</b>	<b>63</b>
<b>10 Annexes .....</b>	<b>67</b>
10.1 Questionnaire RAP.....	69
10.2 Tableaux et graphiques.....	71

## Liste des tableaux

Tableau 1	Variables analysées dans le cadre de ce rapport.....	15
Tableau 2	Professionnels de l'UTAd interrogés .....	16
Tableau 3	Membres du COPIL interrogés.....	17
Tableau 4	Membres du réseau interrogés .....	18
Tableau 5	Personnes de ressource des patients .....	22
Tableau 6	Nombre de personnes de ressource dans l'entourage des patients.....	23
Tableau 7	Types de prise en soin des patients par l'UTAd, période janvier 2013-décembre 2014 .....	27
Tableau 8	Dossiers de patients fermés et adressés à autrui, période 1.11.2013 - 30.11.2014 .....	28
Tableau 9	Liens de corrélation entre les scores des cinq dimensions du RAP .....	71

## Liste des figures

Figure 1	Nombre d'ouvertures de dossiers, par trimestre (N=171).....	21
Figure 2	Nombre de patients par score sur les cinq dimensions du RAP, période janvier 2013-décembre 2014 (n=166) .....	24
Figure 3	Scores RAP totaux des patients UTAd par trimestre, période janvier 2013-décembre 2014 .....	25
Figure 4	Nombre de traitements de substitution prescrits par l'UTAd en cours, nombre de nouveaux traitements et nombre d'arrêts de traitement par trimestre .....	27

## Liste des abréviations

AFPT	Association en faveur des personnes touchées par la toxicomanie
AMENOV	Association des médecins extrahospitaliers du Nord vaudois
COFIL	Comité de pilotage
CSM	Centre Saint-Martin (Lausanne)
eHNV	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois
EVAM	Etablissement vaudois d'accueil des migrants
ForOm NV	Formation des médecins omnipraticiens du Nord Vaudois
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
ORP	Offices régionaux de placement
RAP	Rapid Addiction Profile
RSNB	Réseau de Santé Nord-Broye
SPN	Secteur de Psychiatrie Nord
SSP	Service de la Santé publique
UAS	Unité ambulatoire spécialisée (Montreux)
UTAd	Unité de traitement des addictions (Nord vaudois, Yverdon)
ZB	Zone Bleue

# 1

# Introduction





# 1 Introduction

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation de l'Unité de traitement des addictions (UTAd) au terme de sa phase pilote. L'évaluation a examiné, d'une part, la clientèle de l'UTAd et les prestations dont elle bénéficie et, d'autre part, les aspects de fonctionnement et d'organisation de l'Unité, ses missions et objectifs, ainsi que son intégration dans le réseau socio-sanitaire de la région Nord. Ce premier chapitre présente le mandat et les aspects méthodologiques de l'évaluation, ainsi que le contexte dans lequel s'inscrit la nouvelle structure qui est évaluée.

## 1.1 Le mandat

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne a été chargé de l'évaluation de l'Unité de traitement des addictions (UTAd) sur mandat du Service de la Santé publique (SSP) au terme de sa phase pilote et en vue de sa pérennisation.

L'évaluation porte sur les questions suivantes :

- Comment s'est déroulé la mise en œuvre du projet ?
- Quelles sont les prestations effectivement délivrées par l'UTAd ?
- Quel est le profil des usagers ?
- En matière de gestion, quelles sont les ressources pour la bonne gouvernance dont il faudrait tenir compte en vue de la pérennisation de l'UTAd ?
- Comment l'interdisciplinarité est-elle mise en place au sein de l'UTAd et quel est son fonctionnement ?
- Dans quelle mesure l'UTAd travaille-t-elle avec le réseau ?
- Dans quelle mesure l'UTAd favorise-t-elle la continuité des soins dans le réseau de prestations socio-sanitaires du Nord vaudois ?

## 1.2 Contexte et mise en œuvre du projet<sup>a</sup>

Pour cette partie nous nous appuyons sur le rapport de la cheffe de projet sur la période de mise en place du projet.

Jusqu'à l'ouverture de l'UTAd, fin novembre 2013, le réseau médical et social de prise en charge des addictions dans la région du Nord Vaudois reposait essentiellement sur les médecins installés

---

<sup>a</sup> Source : Panchaud, C. (avril 2014). Unité de traitement des addictions (UTAd) : Rapport pour la période de mise en place. Bilan et implications en vue de la pérennisation de l'Unité.

en cabinet privé et sur le Secteur Psychiatrique Nord (SPN) pour ce qui concerne le volet médical, ainsi que sur les diverses institutions socio-éducatives ambulatoires et résidentielles de la région (Zone Bleue, Bartimée, etc.) pour l'aspect social. Ceux-ci sont réunis dans la « plateforme addictions Nord », dans le cadre du Réseau Nord Broye (RNB). Ce dernier regroupe la plupart des fournisseurs de soins de la région de la Broye (fribourgeoise et vaudoise) et du Nord vaudois reconnu d'intérêt public ; il vise entre autres à assurer la coordination des soins et l'orientation de l'utilisateur dans le réseau. Si la diversité des intervenants est une richesse de par la multiplicité des approches, un certain nombre de problèmes et de lacunes sont apparues dans la prise en charge des addictions. Trois constats se sont imposés au réseau :

- Premièrement, la région souffrait « d'un manque d'une relève suffisante du côté des médecins généralistes pour la prise en charge des personnes toxicodépendantes ».
- Deuxièmement, les intervenants du réseau ont constaté « un manque de solutions pour la prise en charge des comorbidités psychiatriques et pour répondre aux crises addictologiques ».
- Enfin, « la région ne disposait pas de centre spécialisé, contrairement à la région Centre avec le Centre Saint-Martin (CSM) et à la région Est avec l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS) ».

Face à ces constats, les partenaires du réseau - médecins, psychiatres et intervenants socio-éducatifs - ont initié une réflexion conjointe. Fin 2010, un comité de pilotage a été mis sur pied dans le but de mener cette réflexion sur les besoins et les réponses à mettre en place dans cette région. Les acteurs dans le domaine de la dépendance de la région, ainsi que le SSP y étaient représentés. Une étude de faisabilité financée par le SSP, suivie et validée par le Comité de pilotage (COPIL), a été menée entre mars et août 2011, afin de réaliser un état des lieux systématique des besoins et des ressources en matière d'addictions et d'élaborer une réponse aux problèmes identifiés. Celle-ci a débouché sur la constitution de l'Unité proprement dite avec un premier financement pour une phase pilote d'une durée de deux ans (1er janvier 2013 au 31 décembre 2014).

A fin 2013, des locaux équipés sont ouverts dans le centre-ville d'Yverdon, en dehors de l'Hôpital psychiatrique où se trouvait auparavant la consultation addiction et à proximité de Zone Bleue.

L'équipe multidisciplinaire, dirigée par une médecin cadre psychiatre (60%), se compose d'une médecin somaticienne (35%) depuis avril 2014, d'une cheffe de clinique en psychiatrie (50% puis 100% depuis décembre 2014), d'une équipe infirmière (2x 50%), d'une assistante sociale (60%), ainsi que d'une éducatrice (80%) pour l'équipe des intervenants. Tous travaillent à temps partiel pour 6.05 EPT au 1<sup>er</sup> avril 2014. Une secrétaire à 50% complète l'équipe et assure notamment la permanence téléphonique. Lorsqu'elle n'est pas là, la permanence téléphonique est assurée par les intervenants, ce qui ne va pas sans poser des difficultés. En effet, cela signifie que pendant ce temps le répondant ne peut se consacrer à de la clinique et ne peut réaliser que des tâches qui se font en l'absence du patient. En 2015, le poste de secrétariat va passer à 80%.

L'activité de l'UTAd, telle qu'elle est définie dans l'organigramme, est assurée de façon transversale par un pôle médical (somatique et psychiatrique), un pôle infirmier et un pôle socio-éducatif ; elle repose sur trois piliers :

- La prise en charge de 1<sup>ère</sup> ligne de certains patients (case management)
- le soutien au réseau, et
- le travail de liaison addictologique.

En avril 2014, un premier rapport d'activité a été établi par la cheffe de projet de l'UTAd, traçant dans le détail le bilan et les implications de la phase-pilote de l'Unité. Une seconde version mise à jour de ce rapport est rendue en mars 2015.

## 1.3 Approche d'évaluation proposée

Les résultats attendus suite à l'ouverture de l'UTAd et tels que définis dans le projet concernent trois niveaux, à savoir : une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge médicale ; un renforcement du réseau en développant ou en améliorant les synergies au sein de celui-ci et, finalement, une meilleure efficacité du système de prise en charge.

Nous avons proposé une approche d'évaluation combinant une approche quantitative et qualitative. Pour l'approche quantitative, nous avons réalisé une analyse secondaire des données de monitoring de l'UTAd. Il s'agit d'une analyse depuis l'ouverture de l'UTAd du nombre de personnes prises en charge, du profil de la clientèle (notamment les aspects sociodémographiques, la complexité des situations personnelles, les diagnostics) et des types de prise en charge décidés.

L'approche qualitative permet d'aborder à travers des entretiens réalisés avec des membres du COPIL, des collaborateurs de l'UTAd, ainsi qu'avec un certain nombre de partenaires du réseau les questions d'évaluation portant sur les activités de l'UTAd, sur l'interdisciplinarité, et sur les liens avec le réseau.

## 1.4 Structure du rapport

Le rapport est structuré autour des principales questions d'évaluation. Après le chapitre 1 qui présente le mandat d'évaluation, le contexte et le déroulement de la mise en œuvre de l'UTAd, ainsi que l'approche d'évaluation proposée, le chapitre 2 porte sur la présentation de la méthode. Le chapitre 3 traite des données du monitoring. Dans le chapitre 4, il est question de l'organisation et de la gestion de l'UTAd. Les prestations font l'objet du chapitre 5, où sont présentés les objectifs et le travail actuel, tant au niveau de la prise en charge, que du travail avec le réseau. Le chapitre 6 aborde la question de l'interdisciplinarité et de sa mise en pratique au sein de l'UTAd. Le chapitre 7 présente le point de vue des partenaires du réseau sur l'UTAd et ses

activités. Enfin, dans le chapitre 8 nous présentons une synthèse générale, avant d'aborder dans le chapitre 9 les conclusions et recommandations.

# 2

# Méthode



## 2 Méthode

Ce chapitre présente les deux approches retenues pour l'évaluation. La première est une approche quantitative qui comprend l'analyse des données de monitoring relevées dans le cadre de l'activité de l'UTAd. La seconde est une approche qualitative basée sur des entretiens semi-structurés qui permettent d'accéder à la perception et aux expériences des acteurs concernés par le travail de l'UTAd. Cela inclut des personnes impliquées dans l'élaboration du projet, dans son fonctionnement, ainsi que dans le réseau de la région Nord dont l'UTAd fait désormais partie.

### 2.1 Analyse des données de monitoring

Les données de monitoring internes à la structure nous ont été fournies par la cheffe de projet le 11 mars 2015. Celles-ci comprennent notamment les variables suivantes (Tableau 1), qui ont été analysées dans le présent rapport.

**Tableau 1** Variables analysées dans le cadre de ce rapport

Variables	Modalités
Evolution du nombre de patients pris en soin	--
Âge des patients	--
Sexe des patients	--
Lieu de vie des patients	Vit seul ; lieu de vie stable ; lieu de vie précaire ; SDF.
Personnes de ressource dans l'entourage du patient	Conjoint ; Parents (père/mère) ; Autre famille ; Amis.
Score au questionnaire « Rapid Addiction Profile » (RAP)	Questionnaire subdivisé en 5 dimensions : somatique, psychiatrique, motivationnelle, crise, ressources. Le score pour chacune de ces dimensions varie entre 1 (peu complexe) à 4 (très complexe) <sup>b</sup>
Nombre de traitements de substitution prescrits par l'UTAd	--
Types de prise en soin par l'UTAd	--
Nombre de fermetures de dossier	--
Institution à laquelle le patient a été adressé lors de la fermeture de son dossier	--

<sup>b</sup> Pour une vue détaillée du questionnaire, voir annexe p. 59

## 2.2 Entretiens : déroulement et calendrier

Les entretiens semi-structurés, d'une durée d'environ une heure, ont eu lieu entre février et mars 2015. Pour mener ces entretiens, des grilles d'entretiens ont été élaborées, respectivement pour les professionnels de l'UTAd, pour les membres du COPIL et pour les partenaires du réseau. Ces grilles ont été soumises au SSP, ainsi qu'à la cheffe de projet en charge du développement de l'UTAd pour propositions de rajouts ou modifications.

La grille d'entretien était envoyée aux personnes rencontrées quelques jours avant l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des personnes concernées et ont fait l'objet d'une synthèse. Par la suite, une analyse transversale des différents entretiens a été réalisée, ce qui permet de mettre en lumière, thème par thème, les avis et perceptions de nos interlocuteurs.

### 2.2.1 Entretiens avec les professionnels de l'UTAd

#### Personnes interrogées

L'IUMSP a rencontré les intervenants de l'UTAd en étant attentif à ce que chaque métier soit représenté (Tableau 2).

Tableau 2 Professionnels de l'UTAd interrogés

Personnes interrogées	Fonction
Dre Christine Meylan	Directrice, psychiatre, cheffe de clinique
Dre Laurianne Mer	Médecin somaticienne et membre de la direction
M. Yannick Nicod	Infirmier en psychiatrie
Mme Mélanie Placi	Intervenante socio-éducative
Mme Claudia Alves	Assistante sociale

Ces entretiens ont été menés en face à face dans les locaux de l'UTAd.

#### Thèmes abordés

La grille d'entretien utilisée pour les professionnels de l'UTAd comportait les thèmes suivants :

- Description des activités de l'UTAd du point de vue du professionnel
- Modalités de prise en charge des patients
- Organisation interne, en particulier la mise en application de l'interdisciplinarité
- Activités avec le réseau
- Défis pour l'avenir.



## 2.2.2 Entretiens avec les membres du COPIL de l'UTAd

Nous avons également rencontré des membres du COPIL, qui sont aussi des partenaires du Réseau, ainsi que des personnes concernées par la toxicomanie et collaborant ou non avec l'UTAd (Tableau 3).

**Tableau 3** Membres du COPIL interrogés

Personnes interrogées	Fonction
Dre Françoise Menu	Présidente du COPIL, Directrice du SPN
M. Yves Kühne	Vice président du COPIL, secrétaire général du Réseau de Santé Nord-Broye
* Dr. Jean-Pierre Voegeli	Médecin généraliste, Président AFPT Zone Bleue
* Dr. Julien Ombelli	Médecin chef des urgences aux eHNV
* M. Bruno Boudier	Directeur de la Fondation Bartimée
Mme Christiane Panchaud	Cheffe de projet UTAd
* M. Pierre-Yves Bassin	Directeur de Zone Bleue, co-directeur stratégique UTAd

\* sont également membres du Réseau

La plupart de ces entretiens ont été réalisés en face à face, parfois en présence de deux personnes de l'IUMSP. Trois entretiens ont été effectués par téléphone, pour des questions d'agenda.

### Thèmes abordés

Les entretiens ont porté sur les thématiques suivantes :

- La mise en place de l'UTAd
- La gouvernance et la direction
- Les apports de l'UTAd dans le réseau
- Le futur et les enjeux pour la suite.

## 2.2.3 Entretiens avec les membres du réseau

Nous nous sommes également entretenus avec certains partenaires du réseau qui sont amenés à suivre ou à prendre en charge des personnes toxicodépendantes dans la région Nord (Tableau 4). Ce sont par conséquent des personnes ou institutions auxquelles s'adresse directement l'UTAd dans sa mission de soutien. Comme convenu dans le protocole, la liste des personnes retenues a été soumise et validée par notre mandant au Service de la Santé publique, ainsi que par la cheffe de projet UTAd. Ces entretiens ont été réalisés par téléphone.

**Tableau 4** Membres du réseau interrogés

Personnes interrogées	Fonction
Dr. Julien Ombelli	Membre du COPIL, Médecin chef des urgences des eHNV
Dr. Jean-Pierre Voegeli	Membre du COPIL, Médecin généraliste installé
Bruno Boudier	Membre du COPIL, directeur de la Fondation Bartimée
Pierre-Yves Bassin	Membre du Collège de direction stratégique UTAd, directeur de Zone Bleue
M. Remy Schmitt	Responsable de la pharmacie BENU à Sainte-Croix
M. Régis Petitjean	Responsable de la pharmacie Bel-Air, Yverdon-les-Bains
M. Jean-Paul Bettiga	Pharmacie de Grandson
M. Pierre Bossert	Pharmacie de la Gare, Yverdon-les-Bains
Dre Christine Carnal	Médecin généraliste, présidente AMENOV
M. Diego Contalbrigo	Office des curatelles et des tutelles Lausanne
Dr. Michel Hosner	Médecin généraliste, prescripteur de produits de substitution

Initialement, la liste des partenaires du réseau établie était plus étoffée, mais cinq personnes n'ont pas pu être interrogées : deux d'entre elles n'étaient pas disponibles, l'une pour des motifs d'agenda, l'autre en raison de son congé maternité. Deux autres n'ont pas souhaité s'exprimer, estimant que leur relation avec l'UTAd n'était pas suffisante pour avoir la légitimité de le faire, et une autre n'a pas répondu malgré nos sollicitations répétées, par téléphone, par courriel, puis finalement par courrier postal.

### Thèmes abordés

Les entretiens ont porté sur les thématiques suivantes, avec différents points forts selon les interlocuteurs :

- Besoins et attentes vis-à-vis de l'UTAd
- Nature de la collaboration avec l'UTAd, plus-value de cette collaboration
- Avenir de la collaboration, ajustements nécessaires.

Nous avons par ailleurs réalisé un entretien avec la Dre Martine Monnat, médecin cantonale adjoint pour les populations vulnérables en raison de son expertise dans le domaine de la prise en charge des personnes toxicodépendantes et de son expérience en tant que médecin au Centre St-Martin à Lausanne. L'objectif était de mieux comprendre les enjeux liés à l'ouverture et au fonctionnement d'un centre de traitement.

# 3

## Données de monitoring



## 3 Données de monitoring

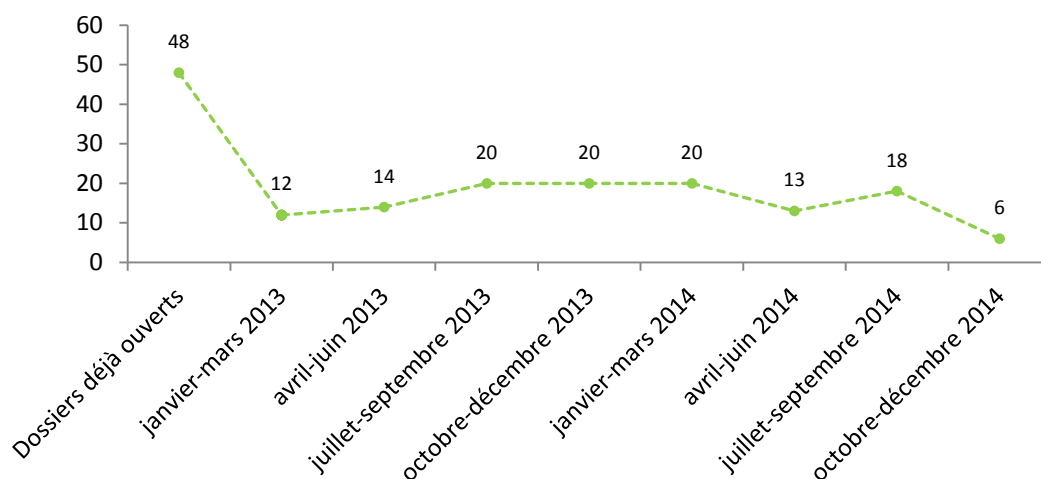
Ce chapitre se base sur une analyse secondaire des données de monitoring relevées par l'équipe de l'UTAd durant les deux premières années de fonctionnement. Il examine le nombre, le profil et les besoins des patients de l'Unité, ainsi que les prestations dont ils bénéficient.

### 3.1 Profil des patients

#### 3.1.1 Nombre de patients pris en soins

Entre janvier 2013 et décembre 2014, 171 patients ont été pris en soins par l'UTAd. Parmi ceux-ci, 48 étaient déjà suivis par la directrice de l'UTAD (médecin cadre psychiatre SPN – DP CHUV) avant janvier 2013 (Figure 1). Le nombre d'ouvertures de dossier par trimestre se situe entre 12 et 20 entre janvier 2013 et septembre 2014, et a connu une baisse lors du dernier trimestre octobre-décembre 2014, seuls six nouveaux dossiers ayant été ouverts durant cette période.

Figure 1 Nombre d'ouvertures de dossiers, par trimestre (N=171)



### 3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des patients

#### Âge des patients

L'âge médian des nouveaux patients est resté relativement stable au cours de cette période, oscillant entre 34 et 42 ans. Globalement, l'âge moyen et médian de la patientèle de l'UTAd est de 36 ans.

#### Sexe des patients

Les patients soignés à l'UTAd sont majoritairement de sexe masculin : on compte 128 hommes, pour 43 femmes (soit 25.2% de femmes).

#### Lieu de vie des patients

Les données de monitoring de l'UTAd indiquent que 122 patients (71.4%) ont un lieu de vie stable, et 37 (21.6%) ont un lieu de vie précaire. Aucune information concernant le degré de stabilité du lieu de vie n'était indiqué pour 12 patients (7%). Il était tout de même indiqué que 6 d'entre eux vivaient seuls.

Parmi les 122 patients ayant un lieu de vie stable, 30 (soit 24.6% d'entre eux) vivent seuls.

Parmi les 37 patients dont le lieu de vie est précaire, 9 vivent seules (24.3%), 7 ne vivent pas seules mais sont SDF (18.9%) et 3 vivent seules et sont SDF (8.1%).

#### Personnes de ressource

Plus de la moitié des patients sont au moins soutenus par leurs parents (56.7% d'entre eux, Tableau 5), près de 40% sont au moins soutenus par d'autres membres de leur famille, 31% par leur conjoint et 35% par leurs amis.

**Tableau 5** Personnes de ressource des patients

Personne de ressource	N	%
<b>Effectif (n)</b>	<b>171</b>	
Conjoint	53	31.0
Parents (père/mère)	97	56.7
Autre famille	68	39.8
Amis	60	35.1

Plus du quart des patients (27.5%) dispose d'au moins une ressource (par exemple uniquement les parents) dans leur entourage (Tableau 6), alors que 23.4% des patients disposent de deux ressources (par exemple les parents mais aussi les amis). Il est également à noter que près d'un patient sur cinq de l'UTAd (19.9%) ne dispose d'aucune ressource dans son entourage.

**Tableau 6** Nombre de personnes de ressource dans l'entourage des patients

Nb de personne de ressource	N	%
<b>Effectif (n)</b>	<b>171</b>	
Aucune personne ressource	34	19.9
Une ressource	47	27.5
Deux ressources	40	23.4
Trois ressources	35	20.5
Quatre ressources	15	8.8

### 3.1.3 Complexité des situations personnelles

#### Score RAP

La situation des patients suivis à l'UTAd est systématiquement évaluée au cours des premiers entretiens cliniques à l'aide du questionnaire RAP (Rapid Addiction Profile). Le questionnaire RAP, administrable également par des non spécialistes des addictions, « comporte cinq dimensions pertinentes pour l'évaluation des situations de patients, avec des scores de 1 à 4 selon la sévérité du cas pour chaque dimension »<sup>1,2</sup>. Les dimensions sont les suivantes :

- La dimension « somatique ». Le score 1 désigne un « bon état général, sérologies négatives (HIV, hépatites B, C). Le score 4 correspond à « SIDA (maladie), endocardite, pancréatite, atteinte neurologique sévère ».
- La dimension « psychiatrique ». Le score 1 correspond à « pas de diagnostic autre que abus et dépendance selon CIM 10, DSM IV ». Le score 4 équivaut à « plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants ».
- La dimension « motivationnelle » se réfère au degré de motivation du patient à suivre son traitement. Un score 1 correspond à un « patient collaborant, conscience du problème, motivé pour le traitement », alors qu'un score 4 correspond à un « patient oppositionnel, sous contrainte, déni du problème, ne voyant pas l'intérêt d'un traitement ».
- La dimension « crise » correspond à la situation du milieu dans lequel le patient vit. Le score 1 désigne une situation avec « conjoint soutenant, famille mettant des limites claires, employeur ferme et compréhensif », alors que le score 4 correspond à des « violences conjugales et familiales, crise aiguë dans le milieu du patient ».

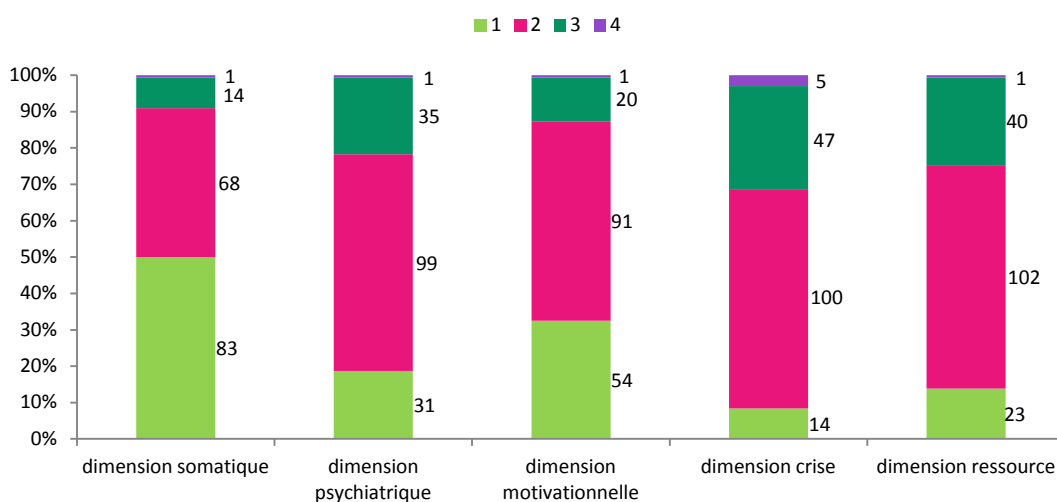
- Enfin, la dimension « ressources » désigne la quantité de ressources matérielles et sociales dont le patient dispose. Un score de 1 équivaut à un « salaire, logement, pas de problème judiciaire, vie sociale active ». Un score de 4 correspond à « SDF, marginalisation totale, délinquance violente ».

Ainsi, plus le score RAP total d'un patient est élevé (avec un minimum de 5 et un maximum de 20) plus sa situation est complexe. Le score RAP total des patients accueillis à l'UTAd depuis son ouverture se situe en grande majorité entre 8 et 10 (94 patients, soit 55%). Dix-huit patients ont un score RAP situé entre 5 et 7 (10.5% du total), 51 dont le score est situé entre 11 et 14 (29.8%). Trois patients (1.8%) ont un score de 15 et plus. Pour 5 patients (2.9%), le score RAP n'était pas indiqué.

Il s'agit donc, la plupart du temps, de situations relativement complexes (entre 8 et 10 points RAP) à très complexes (11 et plus).

Les données montrent en effet qu'à l'exception de la dimension somatique, les scores RAP des patients de l'UTAd sur les dimensions psychiatrique, motivationnelle, crise et ressource sont majoritairement de 2 ou plus (Figure 2). La dimension sur laquelle la situation des patients est la plus critique est la dimension « crise » : en effet, 31% des patients ont un score de 3 et plus sur celle-ci. La deuxième dimension la plus critique est la dimension « ressources », 25% de patients ayant un score égal ou supérieur à 3. Vingt-deux pourcent des patients ont un tel score sur la dimension psychiatrique. Ils sont 13% à avoir un score de 3 à plus sur la dimension motivationnelle, et 9% sur la dimension somatique.

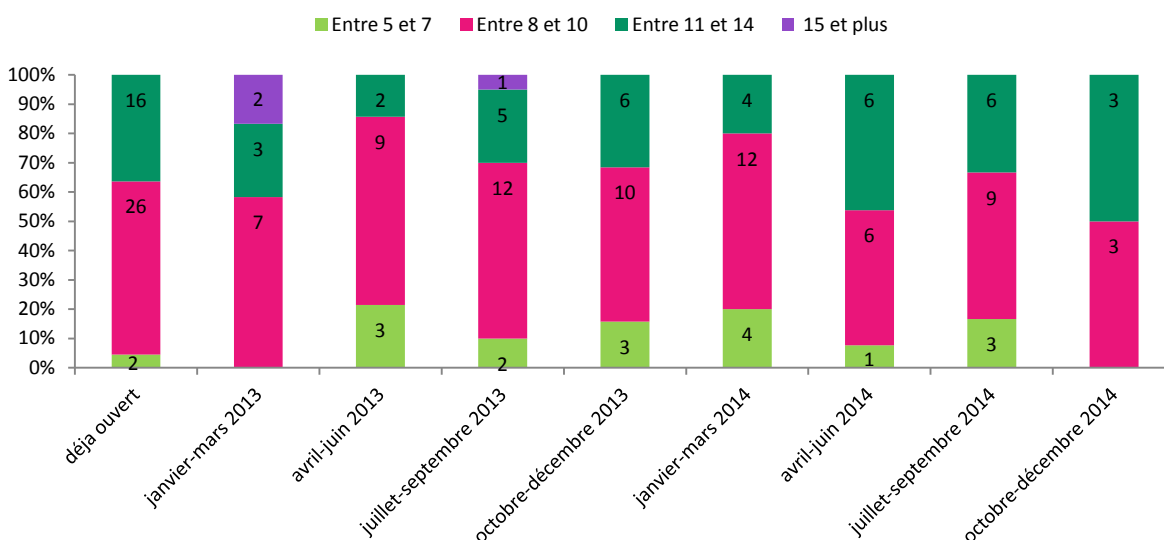
**Figure 2** Nombre de patients par score sur les cinq dimensions du RAP, période janvier 2013-décembre 2014 (n=166)





Une analyse de l'évolution des scores RAP des nouveaux patients durant la période étudiée (Figure 3) indique par ailleurs que les situations des nouveaux patients de l'UTAd sont en grande majorité complexes à très complexes, ce qui correspond à l'objectif de l'Unité, qui est de prendre avant tout en charge ce type de situations (voir chapitre 5.1.1, p. 37), les cas plus simples (score RAP entre 5 et 7) devant en principe être prioritairement suivis par des médecins installés.

**Figure 3** Scores RAP totaux des patients UTAd par trimestre, période janvier 2013-décembre 2014



Selon la cheffe de projet UTAd, « la pratique clinique montre que les difficultés décelées pour chaque dimension font plus que se cumuler ; elles se combinent la plupart du temps et rendent les prises en soin difficiles »<sup>c</sup>.

Le Tableau 9 en annexe (voir chapitre 10.2 p. 71) présente les résultats d'une analyse de corrélation bivariée entre les différentes dimensions du RAP. Plus le score de corrélation de Pearson est élevé et positif, plus le lien de corrélation entre les deux dimensions est fort et positif. Les astérisques indiquent que le lien de corrélation entre chaque dimension est statistiquement significatif (voir note au bas du tableau).

Les résultats de l'analyse tendent à confirmer l'observation faite par la cheffe de projet de l'UTAd : La dimension psychiatrique est positivement corrélée avec les quatre autres dimensions. Ainsi, plus la situation psychiatrique d'un patient est complexe, plus elle l'est également sur le plan somatique, motivationnel, ressources et crise.

<sup>c</sup> C. Panchaud (2015). « Unité de traitement des addictions – UTAd – Rapport final ».

Il en va de même pour la dimension motivationnelle : plus son score RAP sur la dimension motivationnelle (autrement dit, plus sa motivation à suivre son traitement est faible), plus son score RAP est élevé sur les plans psychiatrique, somatique, ressource et crise.

En revanche, il n'existe pas de lien de corrélation significatif entre les dimensions somatique et crise : Une personne présentant une situation somatique complexe tendra donc à avoir également un score RAP élevé sur les plans psychiatrique, motivationnel et ressources, mais pas forcément sur la dimension crise.

De même, une personne ayant un score RAP élevé sur la dimension crise tendra également à avoir un score élevé sur les dimensions psychiatrique, motivationnelle et ressource, mais pas forcément sur la dimension somatique.

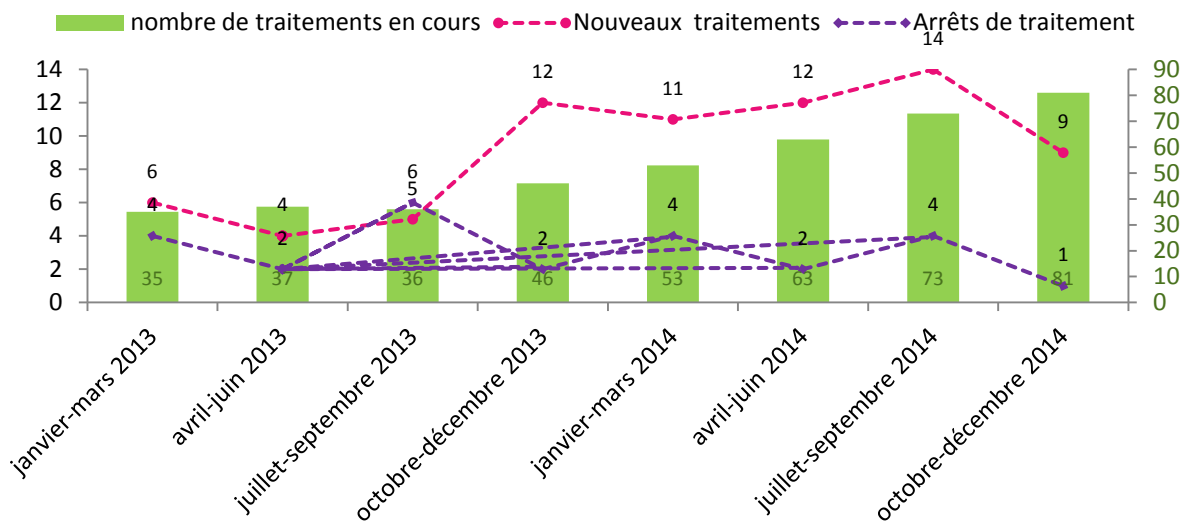
### 3.1.4 Types de prise en soins

#### Traitements de substitution

Les données fournies par la Cheffe de projet de l'UTAd indiquent qu'au total, 86 nouveaux traitements de substitution ont été prescrits par l'Unité. Trente-trois patients étaient déjà en traitement de substitution avant janvier 2013. Vingt-cinq patients de l'UTAd ont arrêté leur traitement durant la période allant de janvier 2013 à décembre 2014.

Le nombre de nouveaux traitements prescrits (Figure 4) a connu une forte croissance durant le dernier trimestre 2013, passant de 5 à 12. Ce nombre de nouveaux traitements s'est globalement maintenu jusqu'en septembre 2014, avant de connaître une légère baisse durant le dernier trimestre de 2014. Le nombre de patients en cours de traitement suivis par l'UTAd est néanmoins en croissance constante, puisqu'il est passé de 35 patients en janvier 2013 à 81 en décembre 2014. Ainsi, d'octobre 2013 à décembre 2014, environ 10 patients supplémentaires, chaque trimestre, suivent un traitement de substitution prescrit par l'UTAd.

**Figure 4** Nombre de traitements de substitution prescrits par l'UTAd en cours, nombre de nouveaux traitements et nombre d'arrêts de traitement par trimestre



### Prises en soin par l'UTAd

Le Tableau 7 présente les différents types de prise en soins des patients par l'UTAd entre janvier 2013 et décembre 2014. En moyenne, 1.4 types de prise en soin sont mobilisés par l'Unité. Les prises en soin les plus fréquentes sont le traitement psycho-médical (31% de la patientèle), le suivi psychiatrique infirmier (21.1%) et le suivi socio-éducatif (14.6%). Par ailleurs, plus de la moitié des patients de l'UTAd est prise en soins conjointement par l'UTAd et par le réseau (50.6%). Notons que ce qui est considéré ici comme une prise en soin conjointe inclut, au minimum, un échange d'information réciproque entre intervenants.

**Tableau 7** Types de prise en soin des patients par l'UTAd, période janvier 2013-décembre 2014

Type de prise en soin	N	%
<b>Effectif (N)</b>	<b>171</b>	
Traitement psycho-médical	53	31.0
Suivi psy infirmier	36	21.1
Suivi socio-éducatif	25	14.6
Suivi administratif	6	3.5
Suivi somatique	5	2.9
Evaluation psy ponctuelle	29	17.0
Autre suivi et donnée manquante	9	5.3
Réponse UTAd + réseau	87	50.9

### 3.1.5 Fermeture de dossiers

Du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 30 novembre 2014, un total de 56 dossiers de patients ont été fermés (Tableau 8). Notons que pour plus de la moitié des cas, le patient a été adressé à un médecin généraliste ou à un autre médecin d'institution non référencé dans le formulaire SPN.

**Tableau 8 Dossiers de patients fermés et adressés à autrui, période 1.11.2013 - 30.11.2014**

Adressé à	N	%
<b>Effectif (N)</b>	<b>56</b>	
Valeurs manquantes	7	12.5
Inconnu	6	10.7
De lui-même/sans traitement psychiatrique	5	8.9
Généraliste	11	19.6
Médecin d'EMS	1	1.8
Autre médecin d'institution non référencé*	18	32.1
Hospitalisation autres somatiques	1	1.8
Psychiatrie ambulatoire (sans précision)	2	3.6
Psychiatrie pénitentiaire	1	1.8
Psychiatrie ambulatoire Nord	2	3.6
Hospitalisation psychiatrique Nord	1	1.8
Autres hospitalisations psychiatriques	1	1.8

Source : Base de données ADISSA, patients AZBY (N=147)

\* « Médecins exerçant dans le cadre d'une institution non psy non référencés dans le formulaire SPN (par exemple, établissement résidentiel de traitement des addictions, foyers, EMS, etc.) »<sup>d</sup>

### 3.1.6 Synthèse

Entre 12 et 20 nouveaux dossiers sont ouverts par trimestre entre janvier 2013 et septembre 2014. Ce nombre a baissé à partir du dernier trimestre 2014, période durant laquelle seuls 6 nouveaux dossiers ont été ouverts.

L'âge moyen et médian des patients est de 36 ans. Les plus jeunes ont 18 ans, alors que le plus âgé a 66 ans. Il s'agit dans trois-quarts des cas de patients de sexe masculin. 22% des patients ont un lieu de vie précaire. 20% n'ont aucune personne de ressource dans leur entourage.

La majorité des patients (55%) ont un score total RAP situé entre 8 et 10, soit des situations relativement complexes. Pour 30% des patients le score RAP est égal ou supérieur à 11, soit des situations très complexes. L'ensemble des dimensions du RAP sont positivement corrélées entre elles, sauf la dimension « crise » et la dimension « somatique » dont le lien de corrélation s'est révélé non significatif : ainsi, par exemple, plus le score RAP d'un patient sur la dimension « psychiatrique » est élevé, plus il est élevé sur les autres dimensions du RAP également.

Enfin, la moitié des patients UTAd est prise en charge en concertation avec le réseau.

<sup>d</sup> C. Panchaud (2014). « Unité de traitement des addictions – UTAd – Rapport pour la période de mise en place. Bilan et implications en vue de la pérennisation de l'Unité ».

# 4

# Gouvernance et direction



# 4 Gouvernance et direction

La gouvernance peut être comprise comme « (...) l'ensemble des mesures, règles, organes de décisions, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement d'une institution »<sup>e</sup>. L'examen de la gouvernance de l'UTAd aborde notamment les rôles du COPIL, de la direction opérationnelle et de la direction stratégique, ainsi que la convention établie entre le SSP – Zone Bleue<sup>f</sup> – et le CHUV qui formalise les modalités de gestion de l'unité. Cette analyse s'appuie essentiellement sur des entretiens réalisés avec les membres du COPIL.

## 4.1 Organisation

Le projet de l'unité de traitement est le résultat du constat commun des professionnels de la région nord, de la raréfaction des médecins acceptant de suivre des personnes toxicodépendantes. Cette situation est d'autant plus critique dans un contexte de pénurie de médecins généralistes installés et alors qu'un des médecins qui suit un nombre élevé de patients de la région part à la retraite.

L'organisation de l'UTAd intègre les deux structures, qui sont les acteurs majeurs engagés dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes. D'un côté Zone Bleue, une association qui travaille avec des personnes toxicodépendantes depuis 1997 à Yverdon dans le réseau bas-seuil et, de l'autre, le service de psychiatrie rattaché au CHUV.

Ce montage associatif ou communautaire d'une part et hospitalier de l'autre doté d'une gouvernance double, Zone-Bleue et CHUV est perçu par nos interlocuteurs du COPIL comme une force du projet ; ce montage peut aussi se révéler source de tensions, dans la mesure où ces deux institutions n'ont pas les mêmes rythmes et modalités de travail, ni les mêmes processus décisionnels, ce qui peut entraîner des difficultés en termes de gestion du projet, laissant apparaître des tensions entre les partenaires. Lors de son implantation, et durant la phase pilote, l'UTAd a bénéficié d'une certaine capacité à réagir rapidement, notamment en pouvant mobiliser les liquidités de Zone Bleue. Une fois l'unité pérennisée l'ensemble de son financement va passer par le CHUV, entraînant une certaine lourdeur dans le fonctionnement et une perte de réactivité, notamment dans les prises de décisions ou la négociation des budgets. Certains membres du COPIL regrettent la perte de cette flexibilité susceptible de constituer un frein aux changements et aux ajustements, par ailleurs fréquents dans la phase d'implantation d'un nouveau programme.

En effet, la marge de manœuvre au niveau administratif d'une association financée par un fonds n'est pas la même que celle d'un département du CHUV, où toute décision notamment budgétaire suit une procédure établie et souvent longue.

---

<sup>e</sup> <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Gouvernance.htm>

<sup>f</sup> Zone Bleue est une structure d'accueil à bas-seuil dépendant de l'Association en faveur des personnes touchées par la toxicomanie (AFPT)

Pour d'autres membres du COPIL, ce rattachement au CHUV est perçu davantage comme une forme d'assurance d'un bon fonctionnement.

## 4.2 Comité de pilotage

### 4.2.1 Mise en œuvre et implantation du projet

Pour accompagner l'implantation du projet, un Comité de pilotage (COPIL) s'est constitué autour des principaux partenaires du réseau du Nord vaudois qui travaillent avec les personnes toxicodépendantes : le service de psychiatrie, le réseau socio-sanitaire nord vaudois (RSNB), la Fondation Bartimée, les eHNV. Le directeur de Zone Bleue, la directrice opérationnelle de l'UTAd, ainsi que la cheffe de projet ont par ailleurs une voix consultative.

Un des aspects décisifs du projet, et de l'unité, est de réunir des médecins somaticiens, des psychiatres, des intervenants socio-éducatifs et de trouver un terrain d'entente.

Les difficultés à travailler ensemble ne se posent pas seulement entre le domaine médical et social, mais également au sein du domaine médical entre les approches somatique et psychiatrique, avec dans les deux cas des questions de conceptualisation des pratiques et des enjeux de pouvoir comme l'ont souligné plusieurs intervenants.

### 4.2.2 Pérennisation du projet

Dans la mesure où l'UTAd est pérennisée, le COPIL sous sa forme actuelle n'a plus de raison d'être ; il n'a toutefois pas encore été dissout. Ses membres réfléchissent à la constitution d'une instance d'accompagnement (la dénomination n'a pas encore été arrêtée par ses membres) de l'unité qui leur permettra ainsi de poursuivre leur réflexion commune et les échanges initiés au sein du COPIL. La constitution d'un tel groupe répond aussi à la volonté de donner une voix aux membres du réseau afin de rendre compte des préoccupations, besoins et attentes provenant des acteurs du terrain.

La constitution d'un tel groupe, encore dans une phase d'élaboration, est également souhaitée par la direction. L'enjeu est de maintenir un aspect de partenariat malgré l'intégration au DP CHUV.

## 4.3 Direction

### 4.3.1 Direction opérationnelle et stratégique

L'UTAd bénéficie d'une double direction. La direction opérationnelle assurée par le médecin cadre psychiatre SPN – DP CHUV (à 60%) concerne la gestion de l'équipe et de l'unité, ainsi que la responsabilité médicale.



Cette direction opérationnelle est soutenue par une direction stratégique assurée par un collège de direction tripartite composé du médecin cadre, du chef de clinique somaticien (à partir d'avril 2014) et, pour le pôle socio-éducatif, du directeur de Zone Bleue. Le rôle de ce dernier concerne plus spécifiquement les questions de définition des axes et des modalités d'intervention.

Le constat principal après ces deux premières années de fonctionnement, et au vu de ce qui nous a été dit dans les entretiens, est celui de l'ampleur et de la complexité du poste de direction. Des tâches et des responsabilités multiples incombent à la personne au poste de direction opérationnelle ; ces tâches vont de la clinique, à la gestion de l'équipe composée de neuf personnes et de quatre métiers différents, en passant par la mise sur pied de l'unité et sa gestion pour ce qui est de cette première phase de l'UTAd.

### 4.3.2 Besoins en termes de direction

Il ressort des entretiens que pour assurer la direction d'une unité spécialisée telle que l'UTAd, qui regroupe des professions différentes, avec une dimension médicale, mais également socio-éducative, certaines compétences sont indispensables. Tout d'abord une bonne connaissance de la problématique des addictions et de la prise en charge des personnes toxicodépendantes est nécessaire; la capacité à rassembler et à dynamiser l'équipe autour d'objectifs et d'une ligne d'intervention claire est également centrale. Enfin, un intérêt marqué et une volonté de développer la dimension interdisciplinaire est une autre qualité requise.

La personne qui occupe le poste de direction opérationnelle doit concilier des fonctions cliniques, de gestion d'équipe et de leadership. Pour l'équipe et le bon fonctionnement de l'Unité, il importe par conséquent que cette personne ait une présence soutenue dans l'équipe. Cette présence suffisante du médecin cadre est un aspect qui a été souligné à plusieurs reprises comme nécessaire, alors que durant ces deux premières années cela n'a pas pu être réalisé.

Le premier projet d'Unité présentait un budget plus élevé, qui a dû être revu à la baisse, avec des coupures notamment au niveau des postes de médecins. Ceci s'est ressenti durant ces deux premières années. Or, l'importance d'avoir une présence médicale continue sur la semaine, ainsi que des postes de formation (médecin assistant) nécessitent une présence du médecin cadre plus soutenue. Des ajustements ont dès lors été introduits en cours d'année afin de renforcer l'équipe médicale.

## 4.4 Convention

Pour formaliser le fonctionnement de cette double gouvernance, une convention entre le SPN (CHUV) et Zone Bleue est en cours d'élaboration. Elle doit permettre de poser clairement les voies de recours en cas de conflit et surtout de s'assurer que la bonne collaboration ne dépend pas du bon vouloir des personnes, mais repose sur des accords établis. C'est aussi un moyen de s'assurer que les deux partenaires, bien que de tailles différentes, conservent une position équivalente en matière de gouvernance.

## 4.5 Synthèse et enjeux

Avec une double direction Zone-Bleue – CHUV, l'Unité est confrontée à deux modèles de travail et d'organisation qui nécessitent de part et d'autre des ajustements. L'élaboration d'une convention ZB-SPN (en cours) permettra de formaliser les modalités d'interventions et de prises de décisions.

Le COPIL a apprécié la collaboration multidisciplinaire qui s'est construite durant son mandat et souhaite poursuivre cette forme d'échanges. La proposition est de constituer un groupe d'accompagnement qui permette à la direction, et selon son souhait, de rester en contact avec le réseau et de pouvoir également s'ajuster aux besoins des partenaires.

Des difficultés ont été mises en évidence au niveau du pôle médical qui, suite à une révision du budget à la baisse entre la première version du projet et celle acceptée, s'est trouvé en sous-dotation, alors qu'en phase d'implantation une présence continue aurait été nécessaire et bienvenue.

Les changements annoncés au niveau de la Direction sont l'occasion de réfléchir de façon plus spécifique, et en tenant compte de l'expérience des deux premières années de fonctionnement, à l'adéquation entre la définition du poste et les ressources imparties, que ce soit en termes de taux d'activité ou de soutien concret.

# 5

## Objectifs et prestations de l'UTAd



# 5 Objectifs et prestations de l'UTAd

L'UTAd a pour principal objectif de faciliter l'accès au traitement des personnes toxicodépendantes et de répondre à la pénurie de médecins traitants acceptant de suivre ce type de patients. Elle propose pour cela une prise en charge de 1<sup>ère</sup> ligne avec des prestations médicales, psychiatriques et somatiques, ainsi que des prestations sociales et socio-éducatives, qui sont réunies en un seul et même endroit. Elle offre aussi un soutien au réseau. Ce chapitre examine ces différentes prestations en se basant sur des entretiens réalisés avec les membres du COPIL et avec les professionnels travaillant à l'UTAd.

## 5.1 Objectifs et prestations

Bien que se définissant comme un centre de traitement, l'UTAd, à la différence du Centre Saint-Martin à Lausanne, ne remet pas de traitements de substitution dans ses locaux. Cette décision découle notamment de la priorité donnée au fait que le patient reste dans le réseau. Toutefois, l'option de ne pas remettre de traitements de substitution apparaît comme un inconvénient dans certaines situations, notamment si la personne ne vient pas au rendez-vous, ou qu'elle a des problèmes d'assurance, si elle est expulsée d'une pharmacie, ou encore en début de traitement, jusqu'à ce que ce dernier soit stabilisé. Ainsi, à titre exceptionnel et dans des situations particulièrement complexes, l'UTAd accepte de remettre des traitements de substitution sur place. Pour l'instant, il n'y a jamais eu plus de deux personnes qui se voient remettre leur traitement à l'UTAd simultanément.

### 5.1.1 La prise en charge

L'objectif principal tel que défini dans le projet est de maintenir, autant que possible, les patients dans le réseau, surtout si la personne a un médecin traitant et de n'accepter à l'UTAd pour une prise en charge de première ligne que les personnes présentant des situations complexes, par exemple lorsque des comorbidités psychiatriques nécessitent une intervention spécialisée. Ou alors de façon transitoire, lors d'une mise en place de traitement de substitution, le temps qu'il soit stabilisé et que la personne puisse retourner chez son médecin traitant ou aller en pharmacie, par exemple. L'UTAd peut également intervenir pour des aspects de suivi socio-éducatif auprès de patients suivis par un médecin traitant installé.

Les entretiens avec les membres de l'équipe font toutefois bien ressortir que l'année durant laquelle l'unité a fonctionné avec une équipe au complet et afin d'initier l'activité de l'unité, toutes les situations adressées à l'UTAd ont été acceptées et prises en charge à l'UTAd. Les intervenants de l'UTAd n'ont alors pas mis spécialement l'accent sur le fait qu'il ne devrait s'agir que d'un passage temporaire et que l'objectif reste que le patient retourne chez son médecin traitant après la gestion de la période de crise ou de début de traitement.

L'équipe avait également besoin de constituer sa file active et, dans la mesure où elle souhaite travailler de façon interdisciplinaire, l'activité clinique était nécessaire pour permettre à l'équipe de se former en discutant en commun de cas cliniques.

### **Déroulement de la prise en charge**

Lorsqu'une personne sollicite l'UTAD, la réceptionniste passe l'appel à un des quatre référents de première ligne – pôle infirmier et pôle socio-éducatif – disponible. Une première évaluation est faite par téléphone afin d'identifier les besoins de la personne, la pertinence de sa demande à l'UTAD et de voir si elle a un médecin traitant.

Tous les jours à 13h, l'équipe se réunit pour discuter des nouvelles demandes. Après avoir vérifié si les informations sont suffisantes, un référent est attribué ensuite à chaque nouvelle situation, en fonction de la problématique prédominante, ainsi que de la disponibilité des intervenants. Jusqu'à présent une place est laissée également au choix des intervenants quant aux situations qu'ils souhaitent suivre, ce qui est encore possible compte tenu de la file active modérée.

La prise en charge pour les référents de 1<sup>ère</sup> ligne comprend des aspects administratifs, les contacts avec le réseau, ainsi que le travail de coordination. Dès l'ouverture, en adéquation avec la perspective de travail interdisciplinaire qui prévaut à l'UTAD (voir Chapitre 6), il a été convenu que tous les professionnels peuvent être référents. L'équipe non médicale a de ce fait tout de suite été mise en situation de faire l'évaluation des patients. Pour certains intervenants ayant encore peu d'expérience dans le domaine des addictions, cette situation a été vécue comme particulièrement inconfortable. La direction a par conséquent modifié cette organisation en introduisant des évaluations en binôme soignant – intervenant socio-éducatif.

Les occasions de mettre en commun des expériences et de discuter de situations particulières sont centrales pour développer les compétences de prise en charge globale comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

Dans l'organigramme, la prise en charge de première ligne est assortie de la mention « case management ». Or, dans les entretiens, que ce soit avec les intervenants ou les membres du COPIL, cette notion n'est pas évoquée, à une exception toutefois où elle est en fait associée à la réflexion sur l'interdisciplinarité.

Les colloques cliniques du jeudi qui réunissent l'équipe au complet sont l'occasion de discuter et d'échanger autour de la présentation d'une situation clinique. Dans ce cadre, l'équipe travaille beaucoup avec le *Rapid Addiction Profile* (RAP), outil qui permet d'évaluer les dimensions psychiatriques, somatiques et sociales et ainsi de définir les priorités de la prise en charge. Une fois par mois le colloque se prolonge avec la présentation d'un thème spécifique par un des professionnels, dans une démarche de formation continue.

L'équipe est encore à la recherche d'un modèle et de procédures de prise en charge clairement établies et définies. Ces aspects ont fait l'objet de nombreuses discussions et ont commencé à être élaborés mais, comme le regrettent plusieurs interlocuteurs, ils n'ont pour l'instant pas encore abouti à des documents concrets.

## 5.1.2 Le travail avec le réseau

### Le soutien direct

En tant qu'objectif prioritaire de l'UTAd, le soutien au réseau s'adresse aux intervenants de première ligne, les médecins et les pharmaciens prioritairement, mais également les services ambulatoires non spécialisés, afin de les encourager à suivre des patients toxicodépendants en traitement et d'éviter qu'ils ne se désengagent de ces prises en charge. Les services sociaux peuvent également bénéficier de ce soutien.

Le soutien direct aux médecins installés, généralistes le plus souvent, consiste en des suivis conjoints de patients de façon transitoire, lorsqu'une situation problématique se présente, ou en début de traitements de substitution. Il s'agit, en d'autres termes, de donner des pistes, des conseils, de négocier avec le médecin, voire même d'aller à son cabinet pour évaluer la situation de la personne et faire une orientation. L'objectif reste toujours que le patient puisse, à terme, continuer à être suivi par un médecin installé.

L'UTAd n'est pas seulement à disposition des médecins pour répondre à leurs questions ou intervenir en cas d'éventuelles difficultés. Lorsqu'un patient est sans suivi médical, l'objectif est de pouvoir contacter un médecin et de lui proposer de suivre le patient tout en bénéficiant d'un soutien de l'UTAd dans la prise en charge du patient en traitement de substitution. D'importants efforts sont développés afin de maintenir le patient dans le réseau et de permettre dans le même temps aux médecins de développer des compétences de prise en charge des personnes toxicodépendantes.

Pour ce qui est des pharmacies, également partenaires centraux du réseau à qui s'adresse le soutien de l'UTAd, l'idée est d'être là pour répondre à leurs demandes, mais également de pouvoir les solliciter pour obtenir une place pour un patient, toujours dans la perspective d'un échange de connaissances et de soutien.

Le soutien au réseau est en évolution, il s'adapte et s'ajuste en fonction des besoins et des demandes qui émanent du réseau ; ce dernier également s'étoffe à partir des situations concrètes. Ainsi, par exemple, suite à plusieurs sollicitations de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), un intervenant de l'UTAd a saisi l'occasion pour aller présenter les activités de l'UTAd à l'ensemble de l'équipe et créer ainsi un lien.

L'idéal à terme est que l'UTAd soit perçue et utilisée par les partenaires du réseau comme un centre de référence, une ressource dont les différents acteurs du réseau connaissent l'existence et vers laquelle ils se tournent dès lors qu'ils ont besoin d'un soutien. Comme le dit un interlocuteur « cela doit devenir un réflexe du réseau, je perçois quelque chose de compliqué, je réfère à l'UTAd ». Mais c'est un processus qui prend du temps, puisqu'il suppose un important changement de mentalité et d'attitude de la part des médecins installés notamment, qui jusqu'à présent ont beaucoup travaillé seuls.

Parallèlement à la mise en œuvre de l'UTAd, un important travail d'information et de communication a été réalisé auprès des partenaires du réseau. Cette stratégie s'est révélée seulement partiellement efficace, l'information n'ayant pas toujours bien circulé. Elle doit par

conséquent être revue pour s'assurer que l'information ne reste pas seulement au niveau d'une direction d'institution, mais qu'elle parvienne également aux équipes de terrain.

La médecin somaticienne développe actuellement un travail de rencontre, d'information et de communication plus approfondi avec les médecins installés. Elle va les rencontrer, souvent à leur cabinet, pour leur présenter la façon dont les médecins peuvent faire recours à l'UTAd, avec quelles demandes et, enfin, quel type de soutien ils sont susceptibles de recevoir.

Bien que le soutien soit encore en phase d'élaboration, certaines personnes ressources ont été désignées pour faire ce travail en privilégiant les interventions « métiers », autrement dit le médecin somaticien s'adresse aux somaticiens, l'assistante sociale aux assistants sociaux.

### **La liaison**

Le travail de liaison est mentionné dans le projet de l'UTAd comme un de ses piliers, or elle n'est jamais définie de façon claire et quand elle apparaît dans les entretiens c'est le plus souvent comme synonyme de soutien au réseau<sup>9</sup>. Il a été mentionné à plusieurs reprises dans les entretiens qu'actuellement l'équipe est en train de mettre sur pied la « liaison en cabinet ». Le médecin installé, généraliste le plus souvent peut solliciter l'UTAd pour une situation spécifique et, sans nécessairement passer la main, l'UTAd va intervenir en soutien pour faire le lien et voir de quelle façon poursuivre la prise en charge avec le patient. Cette intervention d'un tiers pour soutenir le médecin peut se faire par un médecin, mais pourrait être envisageable aussi de la part du médecin psychiatre ou des intervenants de l'équipe socio-éducative. Il s'agit donc de travailler dans le sens d'un transfert de compétences.

### **5.1.3 La formation et la relève médicale**

La formation et la relève médicale, qu'elles concernent les généralistes ou les psychiatres, font partie des préoccupations majeures qui ont présidé à la mise sur pied de l'UTAd et à la définition de ses objectifs. Dans une volonté de contribuer à la formation des futurs médecins, le projet UTAd prévoit un poste de médecin assistant à 30 % en lien avec les eHNV.

La direction de l'UTAd a toutefois choisi de renoncer temporairement à ce poste pour 2015. Ces ressources financières peuvent ainsi venir compléter les ressources nécessaires au renforcement de deux autres postes de médecin, celui de la médecin somaticienne passant de 30 à 50%, et celui de la cheffe de clinique psychiatre passant de 50 à 100%. Ces deux ajustements répondent à des difficultés mises en évidence durant la première année d'activité, liées à une sous-dotation en termes d'équipe médicale. Par ailleurs, compte tenu du taux d'activité relativement bas du médecin cadre, ainsi que du chef de clinique adjoint, l'encadrement du médecin assistant s'est avéré difficile à assurer, d'où la décision de ne pas renouveler, pour l'instant, l'engagement de ces médecins assistants.

---

<sup>9</sup> Dans la littérature médicale, le travail de liaison est l'accompagnement d'un patient dans le réseau, que ce soit lors de la transition du résidentiel vers l'ambulatoire ou lorsqu'il faut trouver un médecin prescripteur.



La formation des médecins au sein de l'UTAd reste un objectif prioritaire et le poste de médecin assistant sera remis au budget pour 2016. Un projet en collaboration avec les eHNV et ForOm est en cours d'élaboration. Il consiste à intégrer à nouveau dès 2016 un médecin assistant somaticien aux eHNV, avec une partie de son temps de travail (20-30%) à l'UTAd.

Ce poste de formation est crucial de l'avis des médecins membres du COPIL puisqu'il permet de penser l'avenir et de préparer les professionnels de demain ; et ceci dans un contexte relativement tendu au niveau des médecins installés, réfractaires pour beaucoup d'entre eux à l'idée de suivre des patients toxicodépendants. On peut dès lors miser sur le fait que des médecins qui durant leur formation ont l'occasion de travailler à l'UTAd acquièrent un bagage intéressant qui, au moment de leur installation dans une pratique privée, leur permette de mieux connaître le réseau et la façon dont les patients toxicodépendants sont pris en charge à l'UTAd, facilitant également leur implication dans le réseau.

C'est un volet encore peu développé pour l'instant, bien que des rapprochements avec le ForOM NV et les eHNV aient eu lieu en 2014 sous forme de présentations du travail de l'UTAd et de constitution d'un groupe de réflexion autour de la formation.

## 5.2 Synthèse

Il ressort clairement des entretiens que l'équipe manque à l'heure actuelle de documents formalisant le concept de prise en charge et ses modalités, les différentes étapes du suivi, le nombre d'entretiens, etc. Plusieurs documents ont été commencés mais n'ont pas été finalisés. Cette situation est source de malaise pour certains intervenants, principalement ceux de l'équipe non médicale. Ces documents permettraient de faciliter la prise en charge et la référence au sein de l'UTAd.

L'UTAd a défini initialement qu'elle ne remettrait pas de traitements de substitution, or dans les faits et face à la réalité des situations rencontrées, des traitements sont toutefois administrés par les intervenants à l'UTAd à titre exceptionnel. Jusqu'à présent ils n'ont jamais eu plus de deux situations de remise de traitement suivies en même temps à l'UTAd.

Le soutien au réseau est une mission qui doit être envisagée sur le long terme et non pas juste ponctuellement. Les médecins traitants ont probablement besoin d'un accompagnement par un intervenant UTAd sur la durée. Cet aspect est d'autant plus important du fait du départ à la retraite d'un médecin prescripteur ; comme ce dernier suit une partie importante de patients ayant un traitement de substitution, ceux-ci vont devoir retrouver un médecin prescripteur à l'automne. Avec la mission de soutien au réseau, l'UTAd a une position d'accompagnant, permettant aux médecins installés, mais aussi à d'autres intervenants, de gagner en compétences grâce à leur intervention.

L'UTAd est à disposition pour soutenir et transmettre des informations au réseau, mais elle a aussi des besoins vis-à-vis du réseau, qui se trouve parfois en première ligne ou qui entretient des contacts plus fréquents avec les usagers.

Un travail conséquent de communication et d'information auprès des membres du réseau a accompagné l'ouverture de l'UTAd. Cette première étape était importante et a permis de faire connaître l'existence de l'UTAd, mais elle reste insuffisante. L'étape suivante consiste à avoir une attitude plus proactive et spécifique en fonction de chaque partenaire du réseau, afin de préciser les modalités de collaboration ou de soutien. Il importe aussi de s'assurer que les informations circulent bien dans les équipes.

L'UTAd est encore dans sa phase de constitution, au niveau de l'équipe notamment, qui n'a pas encore une forme stable. L'équipe est jeune, les intervenants travaillent depuis peu de temps ensemble et les changements annoncés pour les mois à venir (au niveau de la direction et de l'équipe médicale) sont un nouveau défi pour l'équipe.

Enfin, l'attitude actuelle des médecins installés vis-à-vis de la prise en charge de la patientèle toxicomane appelle un renforcement et le développement de la formation de façon prioritaire, afin de former des jeunes médecins qui soient davantage enclins à suivre ces patients, qui sachent s'y prendre et qui connaissent le réseau, l'UTAd notamment et surtout la façon de le mobiliser.

# 6

## L'interdisciplinarité au sein de l'UTAd



## 6 L'interdisciplinarité au sein de l'UTAd

L'UTAd comprend une équipe multidisciplinaire, composée d'un pôle médical, avec des médecins psychiatres (1.6 EPT<sup>h</sup>) et somaticiens (0.3 EPT), ainsi que des infirmiers en psychiatrie (1 EPT), et d'un pôle socio-éducatif, avec une assistante sociale (0.5 EPT) et une éducatrice (0.8 EPT). Ce chapitre est consacré au développement de l'interdisciplinarité au sein de cette équipe. Il aborde des aspects théoriques, qui sont essentiels pour pouvoir examiner ce sujet complexe, et d'autres plus pratiques spécifiques de l'UTAd. Les entretiens avec les membres du COPIL ainsi que ceux avec les intervenants de l'UTAd ont permis d'aborder ce sujet.

### 6.1 Quelques définitions

Les concepts de multidisciplinaire, pluridisciplinaire, interdisciplinaire, transdisciplinaire souvent de façon interchangeable, font référence à des réalités et à des modes d'intervention distincts. Nous introduisons ici quelques définitions qui permettent de mieux appréhender la position de l'UTAd.

Les concepts de pluridisciplinaire ou multidisciplinaire renvoient au regroupement de différents professionnels qui collaborent entre eux pour assurer une prise en charge, mais où chaque professionnel reste autonome et peut prendre des décisions.

Lorsqu'on parle d'interdisciplinarité on est à un niveau de complexité plus élevé, puisque « l'interdisciplinarité exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leurs connaissances. Il ne s'agit plus d'accoler une série de connaissances, mais par le jeu du dialogue, de les mêler pour qu'elles s'altèrent mutuellement. Le résultat espéré est un enrichissement de la compétence des personnes et de leur compréhension de la situation »<sup>3</sup>.

Constituer une équipe multidisciplinaire, c'est mettre ensemble des personnes de professions différentes qui vont amener leurs approches et permettre d'appréhender un sujet sous ses multiples aspects. Mais le passage d'une équipe pluri- ou multidisciplinaire à de l'interdisciplinarité implique des transferts de compétences d'une discipline à l'autre, en vue de développer une connaissance et une analyse communes. L'idée ici est que la mise en commun et en relation de disciplines complémentaires permettent de modifier durablement les modes de pensée et d'intervention des professionnels concernés. Mais cela ne se fait pas tout seul et pour que cela soit possible il importe que l'équipe dispose de lignes directrices communes relativement aux aspects cliniques, qu'elle dispose également de moments de mise en commun et d'élaboration des connaissances sans oublier l'importance de la formation continue commune<sup>4</sup>.

Travailler de façon interdisciplinaire nécessite de la part de l'équipe d'avoir des objectifs partagés. Il est indispensable d'identifier les contributions de chaque discipline, ainsi que les compétences individuelles. Sur cette base l'équipe ou ses responsables peuvent définir une répartition des tâches. Dans le même sens, il importe de bien connaître les rôles spécifiques et les responsabilités mutuelles.

---

<sup>h</sup> La composition et les taux d'activité de l'équipe ont variés depuis l'ouverture. Nous indiquons ici les EPT en mars 2015.

## 6.2 Interdisciplinarité : le point de vue du COPIL

A la question de l'importance du travail interdisciplinaire, nos interlocuteurs s'accordent sur l'importance de pouvoir proposer une prise en charge globale, incluant les dimensions médicale, sociale et éducative, afin de répondre à l'ensemble des besoins des personnes toxicodépendantes. Ils insistent sur le fait que face à la complexité des situations des personnes toxicodépendantes, seule une réponse complexe qui ne peut être le fait que d'une équipe multidisciplinaire est adéquate. Un glissement s'opère toutefois chez la plupart de nos interlocuteurs entre multidisciplinaire et interdisciplinaire.

Les membres du COPIL évoquent l'importance de « décloisonner mais rester dans ses compétences tout en utilisant et favorisant celles des autres », de « multiplier les regards pour permettre une prise en charge holistique », d'« ouvrir son champ de vision, les infirmiers prennent en compte les données sociales dans leurs évaluations et l'équipe socio-éducative doit apprendre à intégrer la dimension plus médicale dans son évaluation ». Ces citations montrent que les notions d'ouverture aux compétences de l'autre et de complémentarité des regards sont attendues et souhaitées, mais on est encore loin d'une définition claire et commune de ce qu'est l'interdisciplinarité au sein de l'UTAd et de la façon dont celle-ci doit être mise en œuvre.

Déjà dans la phase d'élaboration du projet, on retrouve cette volonté de rassembler plusieurs disciplines, avec un COPIL regroupant des médecins psychiatres et des somaticiens, médecins installés et médecins hospitaliers, ainsi que des membres du réseau socio-éducatif, ce qui a nécessité des négociations, mises en commun et ajustements réciproques des attentes et des objectifs.

Une fois les craintes et hésitations de départ dépassées, la rencontre entre les membres du réseau s'est faite de façon plutôt harmonieuse et constructive. La collaboration entre Zone Bleue et les généralistes d'un côté et, de l'autre le CHUV représenté par le secteur psychiatrique n'allait pourtant pas de soi. Les différents partenaires, forts d'une préoccupation commune ont réussi à mettre en commun leurs efforts pour aller vers un même objectif. Si la rencontre et la collaboration entre le domaine médical et le domaine socio-éducatif est souvent mise en avant comme étant problématique, la collaboration entre médecins somaticiens et psychiatres n'a pas été sans difficultés. Mais, rapidement, il s'est avéré que les partenaires étaient désireux de collaborer et la mise en place du projet s'est faite de façon satisfaisante.

En ce qui concerne la prise en charge, la question se pose de façon plus pointue encore puisque l'UTAd offre aux usagers, mais également au réseau, une prise en charge globale qui porte à la fois sur les dimensions médicales et socio-éducatives ; cette prise en charge se veut également interdisciplinaire, c'est-à-dire réalisée par l'ensemble des intervenants de première ligne.

L'interdisciplinarité suppose pour les intervenants de l'UTAd un effort de « décentration » par rapport à leur formation métier et nécessite un travail pour aller vers l'autre, comprendre ce qu'il fait, s'ouvrir à sa façon de voir les choses et d'intervenir. Cela n'est possible que si l'ensemble des intervenants s'accordent sur la définition de ce que doit être cette interdisciplinarité au sein de l'UTAd, ainsi que sur le travail préalable de définition des objectifs et des rôles, d'identification des forces et des faiblesses de l'équipe notamment. Ensuite seulement, l'équipe pourra

développer ces compétences communes qui, au-delà des compétences métier, sont des compétences d'intervenant en toxicomanie.

### 6.2.1 Difficultés et enjeux

Il ressort des entretiens qu'au sein du COPIL ces notions n'ont pas été définies et si tous étaient d'avis qu'une approche multidisciplinaire est indispensable, l'interdisciplinarité qui suppose de développer des compétences communes au-delà des métiers de chacun ne fait plus l'unanimité et la question de la responsabilité de la prise en charge apparaît comme un sujet sensible.

La question de savoir jusqu'où chacun peut intervenir, et, de façon corollaire celle de la responsabilité de la prise en charge semblent ne pas avoir été suffisamment définies et discutées dans la phase d'élaboration du projet et dans le COPIL.

## 6.3 Interdisciplinarité : le point de vue des intervenants de l'UTAd

Si les intervenants de l'UTAd reconnaissent l'intérêt et la richesse d'une équipe multidisciplinaire, le passage à une intervention ou prise en charge interdisciplinaire ne va pas non plus de soi pour eux. Sur un plan théorique, l'idée de s'ouvrir aux autres, de partager et d'échanger des compétences, d'apprendre de l'autre ne pose pas de problème. Mais lorsqu'on regarde plus spécifiquement comment cela se met en place dans la structure et dans la prise en charge, émerge alors une série de questionnements et de difficultés.

La question des limites revient fréquemment chez nos interlocuteurs : jusqu'où un infirmier va-t-il réaliser un travail qui relève davantage des compétences de l'assistante sociale ? A quel moment la complexité de la situation suppose que le professionnel dont c'est le métier reprenne la situation ? Comme le relève un de nos interlocuteurs « dans mon rôle de référent de 1<sup>ère</sup> ligne j'accompagne un peu les personnes dans ce que je connais et ce que j'ai envie de faire, mais il y a d'autres trucs où ça va me dépasser ; je sais que si je le fais avec mes connaissances cela va me prendre trois fois plus de temps que si c'est un collègue qui le fait avec ses compétences ». Cette citation met en évidence la difficulté à considérer l'interdisciplinarité non pas comme un brouillage des frontières, mais bien comme l'élaboration d'une connaissance et de compétences enrichies.

L'absence de définition de ce en quoi consiste l'interdisciplinarité à l'UTAd et de la façon dont elle devrait être réalisée est évoquée à plusieurs reprises. De même, les intervenants de l'UTAd mentionnent un certain nombre de documents qui ont été initiés lors de la mise en place de l'UTAd, relatifs à la définition de la prise en charge par exemple, mais qui n'ont pas encore été finalisés, laissant ainsi les collaborateurs sans directives ou marche à suivre sur lesquelles s'appuyer. « On a l'impression qu'on fait tous la même chose à l'UTAd, quelle que soit la spécialité, mais pas avec le même regard, ni le même suivi. Des fois on s'y perd d'où (ma) volonté de mieux définir les choses pour mieux s'y retrouver » (équipe socio-éducative).

On touche là au fragile équilibre entre compétences métiers et prise en charge globale et au fait que ces aspects sont peu élaborés et explicites. Il faut ajouter à cela le facteur temps, l'interdisciplinarité est complexe et nécessite du temps pour se développer. La question de la responsabilité de la prise en charge et de la responsabilité du traitement est également en jeu.

Ces difficultés ressenties et exprimées par l'équipe en termes de définition de la prise en charge et d'absence de lignes claires sont d'autant plus importantes qu'elles mettent en évidence une situation qui rend difficile le développement de l'interdisciplinarité. Celle-ci suppose de pouvoir communiquer avec l'autre en respectant ses valeurs, en reconnaissant et exprimant ses besoins, ses attentes, mais aussi ses propres limites, en développant un langage commun. Mais pour cela il importe que chacun, quelle que soit son appartenance métier, perçoive les enjeux de cette mise en commun et accepte de faire ce pas qui le fait sortir du cadre bien défini de son métier.

### 6.3.1 Mise en place d'une prise en charge interdisciplinaire

A l'UTAd, l'interdisciplinarité se met en œuvre de façon formelle lors des colloques où sont présentées et discutées en commun des situations de patients.

Les colloques cliniques sont l'occasion de travailler sur des situations concrètes, en amenant ainsi les infirmiers à questionner les aspects socio-éducatifs (environnement, logement, histoires sociales) et, de même, en amenant l'équipe socioéducative à intégrer la dimension médicale ou de soins dans son évaluation. Les colloques sont le lieu de partage de regards différents et complémentaires, permettant l'acquisition d'un certain nombre de compétences nécessaires pour assurer une prise en charge interdisciplinaire.

De façon plus informelle, tout au long de la journée, des échanges ont lieu entre collègues autour des situations qu'ils suivent. Ces discussions sont facilitées par le fait que les intervenants de première ligne partagent un grand bureau leur permettant de s'interpeller de façon très spontanée. Ces échanges ne sont pas à proprement parler de la supervision, dans la mesure où il n'y a pas de cadre (supervision ou collègue expérimenté), mais ils permettent de mieux se connaître.

### 6.3.2 Difficultés et enjeux

Au sein de l'équipe, tous ne partagent pas la même représentation des responsabilités et de ce que porte l'équipe. La question de la responsabilité de la prise en charge reste problématique ou pour le moins peu définie.

La réflexion sur les modes de travail, les limites liées aux métiers respectifs, ainsi qu'à la définition de la responsabilité de la prise en charge dans l'ensemble de ses dimensions, y compris médicales est un aspect fondamental qui aurait pu faire l'objet d'une réflexion plus approfondie avant le début de l'unité.

L'UTAd est une équipe jeune qui travaille depuis peu de temps ensemble, mais aussi une équipe qui est en début de carrière pour l'équipe de première ligne notamment et dont c'est, pour certains, la première expérience de travail avec des personnes toxicodépendantes. L'absence de



définition des modalités d'intervention, l'absence d'outils pour mettre en œuvre l'approche interdisciplinaire, avec des rôles pas toujours clairement définis ont pu entraîner des réactions de frustration au sein de l'équipe.

## 6.4 Synthèse

Une certaine confusion subsiste entre les termes multidisciplinaire et interdisciplinaire, encore souvent utilisés de façon interchangeable. Tous les intervenants n'ont pas la même compréhension de ce que signifie une intervention interdisciplinaire, ni de la façon dont cela se concrétise dans une unité comme l'UTAD.

Le passage du multidisciplinaire à une approche interdisciplinaire suppose que chaque intervenant, tout en gardant ses spécificités métier, s'ouvre et se familiarise avec les autres métiers et approches, afin de pouvoir en intégrer certains aspects dans la prise en charge. Il ne s'agit pas de s'improviser infirmier ou assistant social, mais bien d'intégrer des aspects et une sensibilité liés à d'autres approches, afin de proposer une prise en charge globale. La question des limites de l'intervention - à quel moment cela devient-il trop complexe et est-il préférable de faire appel à une intervention de la personne dont c'est le métier - reste sans réponse claire. C'est le rôle de la supervision ou de l'intervision d'y répondre.

Se pose clairement la question de la frontière entre les spécificités de chaque profession (infirmier, assistant social, éducateur) et ce qui relève davantage du rôle et des fonctions d'un intervenant en toxicodépendance.

Ce travail qui consiste à faire un pas vers l'autre au-delà d'éventuelles rivalités a dû se faire au niveau théorique et de la réflexion, mais doit se faire également ensuite au niveau de l'intervention sur le terrain.

Il convient de trouver un langage commun et des modes de fonctionnement entre le champ médical et celui social, mais également et, de la même façon, entre les approches psychiatriques et somatiques.

Ce qui pose problème ce n'est pas de faire un pas en direction des compétences de l'autre, d'intégrer un regard ou une approche différente dans la prise en charge, mais davantage de se sentir suffisamment compétent en le faisant, de se sentir légitime. Cette difficulté soulève la question des outils à disposition et de la formation ou supervision dont bénéficie l'équipe pour pouvoir développer cette prise en charge globale de façon interdisciplinaire.



# 7

## Le point de vue du réseau socio- sanitaire



# 7 Le point de vue du réseau socio-sanitaire

Le réseau socio-sanitaire occupe une place centrale pour l'UTAd : il est le partenaire de la prise en charge des personnes toxicodépendantes, mais aussi le bénéficiaire du soutien et du travail de liaison de l'Unité (Chapitre 5). Ce réseau comprend les principaux acteurs, personnes et ou institutions susceptibles d'intervenir dans la prise en charge et le suivi de patients toxicodépendants : les médecins généralistes installés, les pharmaciens, le service des urgences des eHNV, le Service de Psychiatrie du Nord (SPN) et Zone Bleue. D'autres structures interviennent plus ponctuellement auprès de personnes toxicodépendantes. Il s'agit notamment des Offices régionaux de placement (ORP), de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles et de PROFA. Ce chapitre aborde la perception qu'ils ont de l'UTAd, sa plus-value pour le réseau et la façon dont ils font appel à l'Unité. Il s'appuie principalement sur des entretiens réalisés avec les partenaires du réseau.

## 7.1 Apports de l'UTAd pour le réseau et son utilisation.

Les acteurs du réseau, selon qu'ils sont pharmaciens, médecins installés, intervenants socio-éducatifs ou urgentistes, ont des façons différentes d'appréhender le rôle de l'UTAd et de recourir à leur service.

### 7.1.1 Les pharmacies

Dans la région du Nord vaudois, les pharmacies sont les acteurs clés des traitements de substitution. Un petit nombre de pharmacies distribue un nombre important de traitements. Nous en avons contacté quatre, qui ont respectivement 10, 16, 18 et 66 patients sous méthadone. Si aucun pharmacien n'a fait état de grandes difficultés, tous ne font pas cette remise du traitement de substitution avec la même implication. Pour les plus investis et concernés par la problématique de la toxicodépendance, l'ouverture de l'UTAd constitue un apport important, non seulement pour les personnes toxicodépendantes, mais également pour les professionnels du réseau comme les pharmaciens. Plusieurs interlocuteurs ont souligné que cela simplifie leur travail, la communication est facilitée, et l'équipe de l'UTAd est plus facilement joignable et disponible que les médecins installés. Plusieurs pharmaciens entendus apprécient le fait que l'UTAd soit proactive et qu'elle les contacte pour prendre des nouvelles d'un patient, par exemple.

Certains pharmaciens mettent un bémol, rappelant qu'en dehors des heures d'ouverture de l'UTAd, notamment en soirée et les fins de semaine, ils se retrouvent seuls à devoir gérer les situations problématiques.

Dans les entretiens, les pharmaciens relèvent moins le fait d'obtenir un soutien de la part de l'UTAd, que le bénéfice d'avoir un partenaire avec lequel il est facile d'échanger des informations. Dans le même sens, un de nos interlocuteurs mentionne comme un aspect positif l'augmentation des échanges autour d'un patient, depuis l'ouverture de l'UTAd. Cette situation est selon lui d'autant plus appréciable que les pharmaciens sont les intervenants du réseau qui sont le plus fréquemment en contact avec le patient et se considèrent donc à même de fournir des informations utiles au médecin concernant celui-ci.

Enfin, quelques souhaits ont été émis en termes d'améliorations : ils concernent les documents de transmission d'informations afin de faciliter la communication entre l'UTAd et les pharmacies.

A l'exception de la pharmacie de Grandson (qui fournit également les traitements des résidents de la Fondation Bartimée), les pharmacies interrogées disent avoir atteint leurs limites et ne pas souhaiter remettre davantage de traitements de substitution à l'avenir. L'une d'entre elles justifie ce choix par le manque de place pour stocker davantage de produits. Une autre exprime de façon très claire les difficultés et le dérangement occasionnés par cette patientèle particulière vis-à-vis des autres clients. Rappelons toutefois que notre enquête auprès des pharmacies de la région est loin d'être exhaustive : quatre d'entre elles ont été interrogées dans la région, alors que la seule ville d'Yverdon en compte douze.

### 7.1.2 Les médecins installés

La région d'Yverdon vit un moment de transition puisque l'un des principaux médecins généralistes installés investi dans la prise en charge de patients toxicodépendants part à la retraite. Cette situation soulève un certain nombre d'interrogations sur le devenir de ses patients.

Cette question se pose de façon d'autant plus aigüe que la pénurie de médecins généralistes est, du point de vue de certains d'entre eux, particulièrement marquée, et qu'ils seraient peu enclins à suivre des patients toxicodépendants à leur cabinet. Parmi les raisons évoquées figurent les grandes difficultés psychosociales de ces patients, qui entraînent un lourd travail administratif et de liaison, peu compatible avec les activités traditionnelles d'un médecin généraliste. Un autre problème évoqué est le nombre important de rendez-vous manqués et les difficultés à voir les prestations du médecin honorées par cette patientèle. Enfin, cette dernière serait parfois plutôt mal accueillie par les autres patients. Dès lors, la création de l'UTAd est reconnue par ces médecins comme nécessaire. Le souhait de la plupart des médecins généralistes serait que l'UTAd puisse prendre en charge l'entier de cette patientèle afin de les en libérer. L'UTAd est perçue par la majorité des médecins installés, tel qu'on nous l'a rapporté, comme la solution au problème de prise en charge des personnes toxicodépendantes qui, en tant que population difficile, bénéficieraient des compétences d'une institution spécialisée et pluridisciplinaire, qualité considérée comme indispensable à une prise en charge adéquate de ce type de patients.

Les médecins interrogés considèrent également que l'UTAd est un apport essentiel pour les médecins installés qui suivent (ou qui souhaitent suivre) des patients toxicomanes. Ceux qui ont collaboré avec l'UTAd apprécient la grande disponibilité du personnel de l'UTAd en cas de questions ou de difficultés. Le fait d'avoir différentes spécialités (psychiatrie, socio-éducatif) traitant de l'addiction dans un seul et même endroit est perçue comme un avantage significatif. Ils

estiment également que c'est un aspect positif pour les médecins généralistes installés de savoir qu'ils peuvent faire appel à une structure spécialisée lorsque les cas sont lourds ou dans les moments de crise.

### 7.1.3 Le service d'urgences de l'eHNV

Tout comme pour les médecins installés, l'ouverture de l'UTAd est perçue comme un réel apport par le service d'urgences de l'eHNV, dans la mesure où elle répond clairement à une demande dans la prise en charge au long cours, spécialisée et multidisciplinaire pour une patientèle extrêmement compliquée à prendre en charge. En effet, les demandes et les attentes de cette dernière ne correspondent pas du tout au fonctionnement d'un service d'urgences.

### 7.1.4 Le réseau socio-éducatif

Faute d'interlocuteurs disposés à nous répondre, nous n'avons pu récolter que peu d'informations concernant le réseau socio-éducatif. La réactivité et la disponibilité du personnel de l'UTAd a néanmoins été évoquée. Plus spécifiquement, le curateur que nous avons interrogé, tout comme les médecins généralistes, relèvent l'avantage certain d'avoir un interlocuteur privilégié dans le cadre du suivi des personnes toxicodépendantes, par exemple pour les démarches médicales et administratives qui précèdent une demande d'entrée en foyer.

## 7.2 Synthèse

Sans se présenter en experts, l'équipe de l'UTAd peut néanmoins revendiquer le fait d'être des spécialistes. Réunis sous un même toit en vue d'amener un soutien sur des aspects précis à des professionnels du réseau, ils reconnaissent l'ampleur du travail accompli par ces derniers jusqu'à présent, ainsi que ses difficultés. Cela suppose de la part de l'équipe de l'UTAd de se présenter davantage comme étant à la disposition des membres du réseau pour des informations ou un soutien, dans une perspective d'être une ressource et de devenir, à terme, un centre de référence à disposition des professionnels du réseau.

Les pharmaciens semblent apprécier d'avoir des interlocuteurs spécialisés, disponibles, proactifs sur lesquels ils peuvent compter, notamment en termes de ressource dans des situations plus problématiques ou complexes.

La réticence des médecins à suivre des patients toxicodépendants est associée notamment à leur comportements difficiles, principalement quand ces derniers ne sont pas sous traitement ou stabilisés, ou lorsque les situations sociales sont complexes, d'où l'intérêt d'un accompagnement de l'UTAd pour soutenir le médecin dans cette prise en charge. Toutefois, comme le relevait un de nos interlocuteurs membre du réseau, ce sont des citoyens qui ont droit à des soins comme tout le monde.





# 8

## Conclusions et recommandations



## 8 Conclusions et recommandations

Au terme de cette évaluation, un certain nombre de constats peuvent être faits.

Le développement de l'UTAd durant sa phase pilote a permis de répondre aux objectifs fixés qui consistent à faciliter et à améliorer l'accès aux soins. Entre janvier 2013 et fin octobre 2014, 171 personnes ont été suivies à l'UTAd. Toutefois, si on regarde plus en détails les différentes dimensions du projet et les objectifs de l'unité, plusieurs points méritent une attention particulière et devraient faire l'objet d'une réflexion et /ou d'une élaboration plus aboutie.

Dans le projet de l'UTAd, la volonté de maintenir les usagers dans le réseau est une priorité. La mission de soutien au réseau est par conséquent mise en avant, la prise en charge de première ligne devant elle rester l'exception. Cependant, dans les faits, la prise en charge de première ligne a été assurée de façon prioritaire.

L'UTAd est un centre nouveau, avec une équipe jeune qui doit prendre ses marques. L'équipe non médicale est principalement composée de collaborateurs au début de leur carrière professionnelle. Plusieurs d'entre eux ont des compétences encore limitées dans le champ des addictions, la clinique est par conséquent un très bon outil d'acquisition de compétences.

Le COPIL a permis de réunir des professionnels de la région pour réfléchir et définir les réponses qu'ils souhaitent apporter ensemble aux personnes toxicodépendantes. Maintenant que l'implantation du projet a abouti, ses membres pourront poursuivre ce partenariat et ce dialogue dans le cadre de la Plateforme Toxicomanie du réseau Nord-Broye déjà existante.

Les collaborations entre l'UTAd et les partenaires du réseau se sont développées. Les partenaires du réseau rencontrés s'accordent sur le fait qu'ils ont désormais un interlocuteur facilement joignable, ce qui permet d'initier rapidement des prises en charge. Les intervenants du réseau relèvent également comme un aspect positif le fait d'avoir pour interlocuteurs une équipe spécialisée. La collaboration avec l'UTAd est appréciée, principalement par les pharmaciens sensibilisés à la prise en charge des personnes toxicodépendantes.

L'équipe a également commencé à aller à la rencontre du terrain pour travailler avec les partenaires, et notamment les médecins, afin d'identifier quelles formes de soutien leur seraient utiles et leur permettraient de poursuivre leur activité dans de meilleures conditions.

Le travail avec le réseau place l'équipe de l'UTAd dans une position délicate et parfois inconfortable. L'enjeu et la difficulté étant pour les intervenants de l'UTAd de se présenter aux médecins installés notamment, comme venant en appui, mais sans pour autant remettre en question leurs compétences. En effet, ces derniers travaillent souvent depuis longtemps avec des personnes toxicodépendantes et leur travail doit être reconnu.

L'UTAd a mis au cœur de son activité le soutien aux médecins généralistes installés afin de les encourager à maintenir ou à développer leur engagement auprès des personnes toxicodépendantes. Or, il semble que se dessine un décalage entre les objectifs et missions de

l'UTAd telles qu'elles ont été élaborées dans le projet et avec le COPIL d'une part et, de l'autre, la perception ou les attentes émises par les médecins installés. Rappelons que ces derniers sont, avec les pharmaciens, les principaux acteurs partenaires de la prise en charge des personnes toxicodépendantes, et également les principaux membres du réseau auquel s'adresse la mission de soutien et d'accompagnement, pilier des activités de l'UTAd.

La réalité du terrain montre que le réseau médical peut présenter des réticences à suivre des personnes toxicodépendantes et que parmi les pharmaciens, nombreux sont ceux qui souhaiteraient pouvoir se décharger de cette tâche sur l'UTAd. Il semble que ce soit également l'attitude de plusieurs médecins, d'après ce que les médecins rencontrés nous ont dit. Le travail avec les médecins généralistes installés est complexe, ils sont difficiles à mobiliser, d'où l'importance de la qualité du travail de communication et d'explicitation de ce qui est mis en place et peut être fait en vue de les soutenir.

On touche là à un point sensible du projet de l'UTAd qui est le manque de concept et de précisions des termes utilisés pour définir les missions ou les objectifs. C'est le cas par exemple pour la liaison présentée comme un des piliers de l'intervention, mais qui n'est à aucun moment explicitée et décrite et qui dans les entretiens apparaît souvent associée au travail de soutien du réseau, voire comme un synonyme.

Le volet « relève médicale » a été temporairement mis entre parenthèses pour des raisons de manque de temps et de disponibilité des chefs de clinique pour superviser les médecins assistants. Les ressources financières ainsi libérées permettent de contribuer au renforcement des postes de médecins titulaires.

L'interdisciplinarité qui caractérise le travail de l'équipe est un autre concept qui n'a pas fait l'objet d'une définition opérationnelle et précise, à laquelle les intervenants peuvent se rattacher afin de développer cette compétence. Les collaborateurs de l'UTAd constituent une équipe multidisciplinaire pour mener à bien les diverses missions qui leur incombent. La question de la responsabilité de la prise en charge n'est pas encore clairement explicitée.

La mise en œuvre de cette prise en charge interdisciplinaire passe notamment par des formations, du travail d'échange, d'analyse et de mise en commun des pratiques. Cela suppose de la part des professionnels d'accepter de présenter leur façon de travailler et d'aborder la prise en charge, de partager des zones de compétences, mais aussi de se laisser questionner par les collègues d'autres professions. Pour que cela soit possible, il importe de rappeler certaines règles de confiance et de respect mutuel. Ce mouvement d'aller vers l'autre, d'ouverture, de volonté de comprendre les compétences de l'autre et de partager les siennes permet également de pouvoir déléguer certaines dimensions de la prise en charge.

En plus des données de routine (AXYA et traitement de substitution), le RAP est utilisé pour chaque nouvelle entrée en traitement et de nombreux outils de monitoring complémentaires ont été développés.

Pendant cette première étape, toutes les données de monitoring ont été compilées par la cheffe de projet. Elle a également analysé une partie de ces données dans le cadre d'un rapport d'activité remis au SSP en avril 2014.

### Recommandations

En nous appuyant sur cette évaluation et les conclusions présentées ci-dessus, nous formulons une série de recommandations que nous adressons au Service de la Santé publique qui nous a mandaté pour cette évaluation.

Il importe que l'UTAd définisse des lignes d'action et un concept de prise en charge clairs. Dans le même sens, un travail de clarification et de définition des termes utilisés permettrait de travailler avec un langage commun accepté par tous. Les protocoles de prise en charge devraient être finalisés en décrivant le rôle respectif de chaque intervenant.

Le travail de définition et de problématisation de ce qu'est une intervention interdisciplinaire, ainsi que de ce que cela implique au niveau de l'équipe devrait également être repris et développé.

Pour travailler de façon interdisciplinaire et afin de renforcer les compétences de l'équipe, il importe de développer un langage commun. Il faut également s'assurer que les différents intervenants disposent des outils et de la formation nécessaires pour assurer avec un certain confort une prise en charge globale. C'est maintenant au niveau de la direction qu'une réflexion sur les limites d'intervention de chacun devrait être menée.

Cette réflexion est centrale puisqu'elle est doit aussi permettre aux usagers de l'UTAd d'avoir en face d'eux des intervenants qui se sentent à l'aise dans la prise en charge qu'ils proposent.

L'UTAd doit encore renforcer son image de centre de référence en addictologie en continuant le travail débuté avec le réseau composé de nombreux acteurs.

Il conviendrait de mieux expliciter les situations dans lesquelles l'UTAd peut être sollicitée et le type de soutien qu'elle peut apporter. Le soutien que les pharmaciens peuvent attendre de l'UTAd bénéficierait d'être plus clairement défini en fonction de leurs besoins ; ceci pourrait se faire à travers une démarche conjointe d'élaboration des modalités d'intervention. Peut-être qu'un travail motivationnel auprès des pharmaciens pourrait également être envisagé.

Dans le contexte de pénurie des médecins acceptant de suivre des patients toxicodépendants, l'effort mis sur la formation des jeunes médecins devrait être renforcé.

Il serait important de sélectionner les éléments indispensables au suivi des activités de l'UTAd, tant comme outil de monitoring que pour renseigner le SSP, en allégeant le système actuellement utilisé. Le maintien d'indicateurs portant sur le travail avec le réseau et l'ensemble des prestations non facturées est nécessaire, afin de pouvoir faire des bilans réguliers notamment dans le cadre des futurs rapports annuels d'activités.

Les ressources nécessaires pour l'analyse de l'ensemble des données de monitoring doivent être planifiées pour la suite.



# 9

## Références





## 9 Références

- 1 Panchaud E. Unité de traitement des addictions (UTAd). Rapport pour la période de mise en place. Bilan et implications en vue de la pérennisation de l'Unité. Yverdon-les-Bains, 2014
- 2 Panchaud E. Unité de traitement des addictions (UTAd), Yverdon-les-Bains. Rapport final pour la phase projet. Yverdon-les-Bain, 2015
- 3 Lassaunière J-M, Plages B. Modèles organisationnels à l'hôpital, l'interdisciplinarité. Revue JALMALV. 1995;40:35-9.
- 4 Quiroga D. Interdisciplinarité et intervention intégrée : entre écueils et enjeux ...! 2013.



# 10

## Annexes



# 10 Annexes

## 10.1 Questionnaire RAP

### LE QUESTIONNAIRE RAP (Rapid Addiction Profile)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
Date passation: \_\_\_\_\_ Interviewer: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

#### I. Dimension somatique

- 1  Bon état général , sérologies négatives (HIV, hépatites B,C)
- 2  Sérologies positives, état général légèrement diminué, problèmes dentaires et d'hygiène, abcès non compliqués
- 3  Trithérapie HIV en cours, hépatite chronique, comorbidité somatique (diabète, etc), abcès compliqués
- 4  SIDA (maladie), endocardite, pancréatite, atteinte neurologique sévère

#### II. Dimension psychiatrique

- 1  Pas de diagnostic autre que abus et dépendance selon CIM 10, DSM IV
- 2  Diagnostic sur Axe II du DSM IV (trouble de la personnalité ), polytoxicomanie
- 3  Diagnostic syndromique-Axe I DSM IV (p.ex. trouble bipolaire, schizophrénie, dépression manifeste)
- 4  Plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants

#### III. Dimension motivationnelle

- 1  Patient collaborant, conscience du problème, motivé pour le traitement
- 2  Patient collaborant, conscience partielle du problème, ambivalent face au traitement
- 3  Patient qui consulte sous pression d'un tiers, déni partiel du problème personnel, réticent face au traitement.
- 4  Patient oppositionnel, sous contrainte, déni du problème, ne voyant pas l'intérêt d'un traitement

#### IV. Dimension crise

- 1  Conjoint soutenant, famille mettant des limites claires, employeur ferme et compréhensif
- 2  Famille à disposition vague, conjoint co-dépendant, employeur collaborant
- 3  Famille rejetante, conjoint intoxiqué, pas de levier professionnel
- 4  violences conjugales et familiales, crise aiguë dans le milieu du patient

#### V. Dimension ressources

- 1  Salaire, logement, pas de problème judiciaire, vie sociale active
- 2  Chômage, logement précaire, problèmes judiciaires, vie sociale réduite, formation professionnelle
- 3  Aide sociale, pas de logement propre, mandat judiciaire, dettes importantes, pas de formation professionnelle, pas de vie sociale autre que la "zone"
- 4  SDF, marginalisation totale, délinquance violente

## LE QUESTIONNAIRE RAP (Rapid Addiction Profile)

### Présentation

La population alcoolo- et toxicodépendante est très hétérogène. Elle présente une grande diversité de problèmes médico-psycho-sociaux à des degrés d'intensité variable, rendant l'investigation difficile chez des patients plus ou moins motivés et à différents degrés de crise.

Il existe plusieurs instruments de mesure de l'addiction, mais ils contiennent rarement toutes les dimensions pertinentes, notamment de manière transthéorique (p.ex. motivationnel et systémique). De plus, il s'agit d'instruments de recherche nécessitant une formation et prenant du temps.

C'est pourquoi nous avons développé ce profil multidimensionnel de l'addiction, destiné à faciliter l'investigation et l'évaluation clinique des intervenants de terrain, notamment des médecins de premier recours. Ce profil tente de faire succinctement la synthèse des différentes approches (somatique, psychiatrique, motivationnelle, crise, ressources) utiles à un traitement en réseau multidisciplinaire. Le profil permet aussi de définir des priorités dans la prise en soins.

### Comment répondre ?

Les questions au recto portent sur l'évaluation de la gravité des problèmes de votre patient dans 5 dimensions. Pour répondre à ces questions, il faut utiliser les scores permettant de coder chaque dimension en 4 degrés de gravité. Les descriptions cliniques sont données à titre d'exemple, choisissez le degré de gravité qui se rapproche le plus de votre patient. 1=pas de problème, 2=quelques problèmes, 3=sérieux problème, 4=problème majeur.

### Exemples

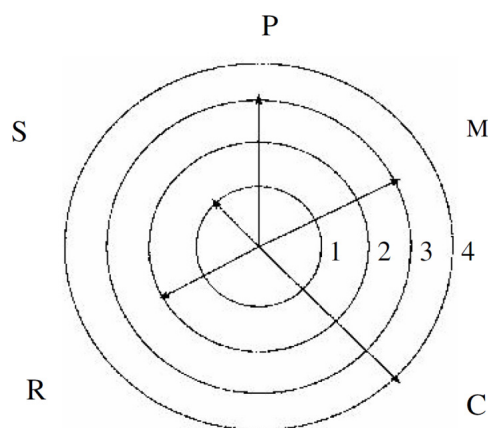
Somatique :

Un polytoxicomane avec une sérologie positive pour l'hépatite C ne sera codé « 3 » que si l'hépatite est symptomatique ou implique une limitation du fonctionnement du patient.

Psychiatrique :

La plupart des patients addictifs présentant un trouble de la personnalité, on code « 2 » si ce trouble est présent ;  
on code « 3 » si une symptomatologie manifeste se surajoute (trouble anxieux, trouble dépressif) ;  
on code « 4 » si la même situation se complique d'un risque suicidaire.

### Rapid Addiction Profile



## 10.2 Tableaux et graphiques

Tableau 9 Liens de corrélation entre les scores des cinq dimensions du RAP

		Dimension somatique	Dimension psychiatrique	Dimension motivationnelle	Dimension crise
<b>Dimension psychiatrique</b>	Corrélation de Pearson	,201**			
	<i>p</i>	.010			
	N	166			
<b>Dimension motivationnelle</b>	Corrélation de Pearson	,234**	,256**		
	<i>p</i>	.002	.001		
	N	166	166		
<b>Dimension crise</b>	Corrélation de Pearson	.116 <i>n.s.</i>	,236**	,301**	
	<i>p</i>	.136	.002	.000	
	N	166	166	166	
<b>Dimension ressources</b>	Corrélation de Pearson	,226**	,168*	,259**	,521**
	<i>p</i>	.003	.030	.001	.000
	N	166	166	166	166

Notes : \*\*La corrélation est significative au niveau 0.01.\*La corrélation est significative au niveau 0.05. *n.s.* la corrélation n'est pas significative

