



RAISONS DE SANTE 319 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique  
Secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN)

# Structures ambulatoires spécialisées dans les addictions (alcool et stupéfiants). La situation en 2020 dans le canton de Vaud

Jérôme Debons, Sanda Samitca

## Raisons de santé 319

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

### Étude financée par :

Direction générale de la Santé (DGS)

### Citation suggérée :

Debons J., Samitca S., Structures ambulatoires spécialisées dans les addictions (alcool et stupéfiants). La situation en 2020 dans le canton de Vaud, Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de santé 319).

<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/319>

### Remerciements :

Nous tenons à remercier très chaleureusement toutes les personnes qui ont participé à cette étude, en particulier les expert-es, les responsables de structures ou de secteurs ainsi que les membres du personnel que nous avons rencontrés, pour avoir joué le jeu de l'entretien, accepté de nous livrer leurs points de vue, relu et commenté les premières versions d'analyse et répondu toujours positivement à nos demandes tout au long de ce mandat.

### Date d'édition :

Juin 2021

# Table des matières

<b>Glossaire</b> .....	<b>6</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>10</b>
<b>2 Méthodologie</b> .....	<b>11</b>
2.1 Terrain et corpus de données	11
2.2 Procédé d'analyse	13
2.3 Limites de l'étude	14
<b>3 Structures ambulatoires vaudoises spécialisées dans la prise en charge des addictions (alcool/stupéfiants)</b> .....	<b>15</b>
3.1 La Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)	16
3.2 La Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)	22
3.3 La Fondation Estérelle-Arcadie (FEA)	27
3.4 La consultation ambulatoire dans le secteur Centre	29
3.4.1 La policlinique du Service de médecine des addictions (SMA)	29
3.4.2 La consultation spécialisée DEPART	35
3.4.3 L'Unité socio-éducative (USE)	40
3.4.4 Le Centre d'accompagnement et de prévention de la Fondation du Levant (CAP)	43
3.5 L'Unité de traitement des addictions du secteur Nord-vaudois (UTAD)	48
3.6 L'Association Entrée de secours du secteur Ouest-vaudois (EdS)	49
3.7 Les Unités de traitement des addictions du secteur Est-vaudois (UTAM et UTAA)	54
<b>4 Synthèse et constats généraux</b> .....	<b>59</b>
4.1 Publics cibles et prestations	59
4.2 Organisation du travail et approches privilégiées	64
4.3 Réseaux et collaborations professionnelles	68
4.4 Points d'attention	72
4.4.1 Disparités régionales de l'offre ambulatoire	72
4.4.2 Activités de soutien aux premières lignes de soins	74
<b>5 Conclusion</b> .....	<b>76</b>
<b>6 Références</b> .....	<b>78</b>
<b>7 Annexes</b> .....	<b>80</b>
7.1 Questionnaires adressés aux responsables d'institutions ou secteurs actif-ves dans la prise en charge addictologique ambulatoire	80
7.2 Canevas d'entretiens	81
7.2.1 Entretiens avec les membres du personnel des structures identifiées	81
7.2.2 Entretiens avec les experts	83
7.3 Définitions des cadres conceptuels et des approches thérapeutiques	85
7.4 Sources documentaires	86
7.4.1 Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)	86

7.4.2 Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)	87
7.4.3 Consultation spécialisée DEPART	87
7.4.4 Le CAP (Fondation du Levant)	89
7.4.5 Entrée de secours (EdS)	90
7.4.6 Autres structures	90

## Liste des tableaux

Tableau 1	Entretiens réalisés auprès des structures ambulatoires spécialisées	13
Tableau 2	Identification de l'offre ambulatoire spécialisée selon les domaines alcool/stupéfiants dans le canton de Vaud	15
Tableau 3	Publics cibles et prestations	60
Tableau 4	Organisation du travail et approches privilégiées	64
Tableau 5	Réseaux et collaborations professionnelles	69
Tableau 6	Prestations ambulatoires assurées par les structures addictologiques spécialisées du canton de Vaud en 2020	73
Tableau 7	Définitions succinctes des cadres conceptuels et des approches thérapeutiques	85

# Glossaire

AI	Assurance Invalidité
CAP	Centre d'accompagnement et de prévention (Fondation du Levant)
CBR-SV	Croix-bleue romande section vaudoise
CEESAN	Secteur Evaluation et expertise en santé publique
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
COFOP	Centre d'orientation et de formation professionnelles
CMS	Centres médico-sociaux
CRIAD	Coordination romande des institutions et organisations œuvrant dans le domaine des addictions
CSR	Centre sociaux régionaux
DAM	Programme de prescription médicalisée d'héroïne pharmaceutique (Diacétylmorphine)
DCISA	Dispositif cantonal vaudois d'indication et de suivi en addictologie (entrée en résidentiel)
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEJ	Direction générale de l'enfance et de la jeunesse (DGEJ). Nommé SPJ – Service de Protection de la Jeunesse – jusqu'en septembre 2020
DGS	Direction générale de la santé
DISA	Division interdisciplinaire de santé des adolescents (CHUV)
EdS	Entrée de secours (secteur Ouest, Morges et Nyon)
EMS	Etablissement médico-sociaux
EPSM	Etablissements psychosociaux médicalisés
ESE	Etablissements socio-éducatifs
EVAM	Etablissement vaudois d'accueil des migrants
FEA	Fondation Estérelle-Arcadie
FVA	Fondation vaudoise contre l'alcoolisme
ISSA	Intervenant-es socio-thérapeutes spécialisé-es en alcoologie (FVA)
OEP	Office d'exécution des peines
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
RAP	Rapid Addiction Profile
SAN	Service des automobiles et de la navigation
SMA	Service de médecine des addictions (CHUV)
SMPP	Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire
SPJ	<i>voir DGEJ</i>
TAO	Traitement agoniste opioïde
Unisanté	Centre universitaire de médecine générale et santé publique
USE	Unité socio-éducative (SMA-CHUV)
UTAA	Unité de traitement des addictions (secteur Est, Aigle)
UTAD	Unité de traitement des addictions (secteur Nord, Yverdon)
UTAM	Unité de traitement des addictions (secteur Est, Montreux)

## Résumé

Le secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN) du Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) a été mandaté par la Direction Générale de la Santé du canton de Vaud (DGS) pour réaliser une étude descriptive de l'addictologie ambulatoire en matière de prise en charge des problèmes liés à alcool et aux stupéfiants dans le canton en 2020.

Le travail de terrain a été réalisé **entre les mois d'octobre 2020 et mars 2021**. La méthode comprend la passation de questionnaires (n=8), la réalisation de 27 entretiens dont 23 avec des responsables de structures et des membres du personnel (neuf intervenant-es du domaine social, cinq psychologues, six infirmier-ères et trois médecins) et 4 avec des personnes identifiées comme expertes du domaine. Nous avons complété ce corpus par l'analyse de certaines données documentaires (conventions et missions, rapports d'activité, documents divers).

L'analyse porte sur les caractéristiques et activités principales des structures ambulatoires spécialisées en addictologie dans le canton de Vaud et subventionnées par l'Etat. Pour compléter la présentation détaillée de chaque structure (études de cas), une analyse transversale et comparative permet de rendre compte du dispositif dans son ensemble.

Actuellement, **10 structures** sont actives dans ce domaine : quatre sont spécialisées dans la problématique de l'alcool (la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, la Croix-bleue romande Section vaudoise, la Fondation Estérelle-Arcadie, l'Unité socio-éducative du SMA/CHUV) et deux principalement dans le domaine des stupéfiants (Centre d'Accompagnement et de prévention de la Fondation du Levant – le CAP<sup>a</sup> –, Association Entrée de Secours). Les quatre dernières structures sont des Unités de Traitements (UTA) rattachées à un centre hospitalier et qui prennent en charge les deux problématiques alcool et stupéfiants (la Policlinique du Service de médecine des addictions du CHUV, les UTA des secteurs Nord et Est-vaudois, la Consultation spécialisée DEPART).

Cinq structures développent leurs activités dans un secteur géographique délimité : le Service de médecine des addictions est actif dans le Centre-vaudois, Entrée de Secours à l'Est, l'UTAM/UTAA à l'Ouest et l'UTAD au Nord du canton. Les cinq autres structures identifiées (FVA, Croix-bleue romande Section vaudoise, DEPART, Unité socio-éducative du SMA/CHUV et dans une moindre mesure le CAP/Levant) assurent des prestations dans plusieurs secteurs via la présence d'antennes régionales. Sur le plan organisationnel, cinq structures fonctionnent sur un modèle monodisciplinaire (FVA, CBR-SV, FEA, CAP, USE), quatre sur un modèle

---

<sup>a</sup> Tous les acronymes sont répertoriés dans le glossaire en début de rapport.

multidisciplinaire (SMA, UTAD et EdS) et une sur un modèle de soins coordonnés (UTAM/UTAA).

Toute addiction confondue, environ **4'470 personnes** sont prises en charge par le dispositif spécialisé au moment de l'enquête (dernier trimestre 2020). Les situations traitées touchent **tous les niveaux de sévérité de l'addiction** selon la catégorisation du DSM 5 utilisée (troubles légers, modérés et sévères/problématiques), mais les troubles modérés à sévères sont surreprésentés dans toutes les files actives des structures identifiées.

Ces structures assurent des prestations de conseil et d'orientation à la personne dans les réseaux de prise en charge (brefs conseils), des prestations socio-thérapeutiques et/ou médico-soignantes pour des adultes souffrant de troubles addictifs et pour les proches concerné-es et des activités de liaisons hospitalières ; dans les cas complexes<sup>b</sup>, la mise en œuvre de dispositif de case management est également réalisée. Deux structures sont principalement dédiées au suivi de mandats administratifs et pénaux : le CAP pour les délits liés aux stupéfiants et l'Unité socio-éducative du SMA/CHUV pour ceux liés à l'alcool. Deux structures offrent des prestations spécifiques pour un public jeune : la consultation DEPART, spécialisée dans les suivis médico-psycho-sociaux de jeunes de 12 à 20 ans et le CAP/Levant, qui a développé (entre autres prestations) une offre pour Jeunes Adultes en Difficulté (JAD). Les services médicaux et sociaux de prise en charge des addictions ainsi que les mandats administratifs et pénaux sont assurés dans tout le canton. Certaines prestations, comme le suivi d'adolescent-es avec une consommation problématique ou le suivi de personnes souffrant de syndrome de dépendance à l'alcool, semblent plus difficiles à réaliser dans certaines régions faute de structures, dans le Nord et dans l'Est-vaudois notamment<sup>c</sup>.

Le concept de rétablissement, le paradigme bio-psycho-social, l'approche motivationnelle, et dans une moindre mesure, l'approche systémique et la thérapie cognitivo-comportementale se retrouvent chez tous les professionnel·les interviewé·es ; ces approches et outils conceptuels sous-tendent leurs activités cliniques au sens large, qu'elles soient socio-thérapeutiques, médicales ou soignantes. De même, le dispositif ambulatoire spécialisé est un territoire où plusieurs groupes professionnels se côtoient et détiennent une expertise spécifique et complémentaire dans la division du travail addictologique : l'espace socio-thérapeutique est principalement représenté par les psychologues et intervenant·es du domaine social (pôle psycho-social), l'espace psychiatrique est représenté par le Département du CHUV d'un côté et la Fondation de Nant de

<sup>b</sup> Par « complexe », nous entendons les suivis addictologiques des patient-es/usager·ères/bénéficiaires les plus problématiques. Chaque structure gère de telles situations qui sont souvent marquées par la longue durée, des impacts importants au niveau social (logement, travail, isolement) et de santé, des passages en résidentiel ou en foyers, etc.

<sup>c</sup> Un tableau récapitulatif de toutes les prestations assurées par les structures ambulatoires spécialisées en addictologie dans le canton de Vaud en 2020 se trouve dans la section 4.4.1.



l'autre (pôle psychiatrique), et enfin l'espace d'expertise somatique renvoie aux médecins généralistes-internistes spécialisés en addictologie (pôle somatique).

Dans leurs activités de suivi/accompagnement, les professionnel·les travaillent souvent en collaboration avec d'autres partenaires. En fonction de chaque suivi, les collaborations s'établissent avec les acteur·trices du réseau addictologique résidentiel ou hospitalier, du domaine socio-sanitaire élargi (médecins installé·es, CMS, EMS, EPSM, hôpitaux somatiques ou psychiatriques, médecine pénitentiaire, etc.), du secteur social (Centre sociaux régionaux, Office des tutelles et curatelles, DGEJ, etc.) ou avec certaines autorités mandataires (Fondation vaudoise de probation et office d'exécution des peines, Service des Automobiles et de la Navigation, etc.). Ces réseaux sont de nature interprofessionnelle (entre intervenant·es de l'ambulatoire, du résidentiel/hospitalier) et/ou intersectorielle (principalement entre secteur médical somatique, psychiatrique, soins infirmiers, social et éducatif).

En bref, le dispositif ambulatoire spécialisé en addictologie couvre aujourd'hui un large panel de prestations. Ce dispositif est représenté par une dizaine de structures aux profils contrastés et qui couvrent des besoins multiples (somatiques, psychiatriques, sociaux). De même, la plupart des structures se caractérisent par une grande réactivité à la demande, une grande souplesse d'action. Seule la policlinique d'addictologie du CHUV signale un délai d'attente de plusieurs mois pour les patient·es, avec une possibilité de circuits-courts dans les cas d'urgence.

Les missions et prestations de l'ambulatoire spécialisé sont parfois très détaillées (tâches, indicateurs) dans des conventions avec l'Etat (DGS-Vaud), mais les équipes conservent une grande autonomie pour la gestion opérationnelle des processus. De par leur position d'intermédiaires entre la première ligne de soins et le secteur stationnaire (résidentiel, hospitalier), les professionnel·les de l'ambulatoire spécialisé en addictologie fournissent un travail décisif pour la continuité et la qualité des prises en charge dans ce domaine.

# 1 Introduction

Le canton de Vaud dispose d'un large éventail d'institutions et de structures proposant des prises en charge et des suivis dans le domaine de l'alcool et des stupéfiants. Ce dispositif comprend des mesures orientées vers le traitement et/ou la réduction des risques. Parmi ces prises en charge certaines sont à bas seuil d'accès et d'autres à plus haut seuil ; elles peuvent être soit résidentielles, soit ambulatoires.

Dans un contexte d'évolution des besoins, de changements des profils des utilisateur-trices de ces prestations, la Direction Générale de la Santé (DGS) a confié au secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN) du Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) le mandat de réaliser une étude descriptive de l'addictologie ambulatoire en matière de prise en charge des problèmes liés à alcool et aux stupéfiants dans le canton de Vaud en 2020.

Cette étude comporte deux phases :

- Phase 1 : **revue de littérature ciblée** sur les modèles de prise en charge existants dans le secteur ambulatoire en addictologie (alcool et stupéfiants).
- Phase 2 : **état des lieux** de l'offre existante dans le secteur ambulatoire vaudois de la prise en charge des problèmes liés à la consommation d'alcool et de stupéfiants, du point de vue des professionnel·les.

**Le présent rapport expose les résultats de la phase 2** et se veut complémentaire à la revue de littérature internationale déjà effectuée<sup>1</sup>.

## 2 Méthodologie

Cette étude entend répondre aux questions suivantes :

- Quelle est la palette d’offres et de suivis dans le domaine ambulatoire addictologique (types et concepts de prise en charge disponibles) ;
- Qui sont les intervenant·es (profils professionnels) et avec quelles approches est-ce qu’ils·elles travaillent ;
- Quels sont les publics cibles et leurs caractéristiques (âge, problématiques spécifiques, etc.) ;
- Quelles sont les sources de financement de ces offres ;
- Quelle est l’utilisation qui est faite de chaque offre ;
- Y a-t-il des besoins non satisfaits, des publics non atteints ;
- Existe-t-il une coordination entre les différents services ambulatoires (et avec les médecins, les hôpitaux et les établissements socio-éducatifs (ESE)) ;
- Existe-t-il un concept de prise en charge qui chapeaute les interventions, et le cas échéant, quel est ce concept ?

Pour répondre aux questions ci-dessus, nous avons eu recours à plusieurs démarches : la passation de questionnaires, l’analyse de matériaux documentaires et la réalisation d’entretiens.

### 2.1 Terrain et corpus de données

Le travail de terrain a été réalisé **entre le mois d’octobre 2020 et mi-février 2021**. Il a démarré par une séance de *KickOff* organisée par la DGS avec les responsables de structures ambulatoires<sup>d</sup> du canton de Vaud subventionnées par l’Etat, séance qui a permis de présenter les buts de l’étude et de garantir l’accès des chercheur·es au terrain.

Suite à cette séance, chaque responsable s’est vu·e adresser un **questionnaire** avec des questions ouvertes portant sur trois thèmes principaux : a) les caractéristiques de la prise en charge et l’organisation du travail ; b) les publics cibles ; c) les réseaux et collaborations professionnels.

Nous avons également collecté les **informations de type documentaires** relatives à chaque structure telles que conventions (définissant le périmètre d’activité et les missions en lien avec l’Etat), rapports d’activités si existants (définissant les publics cibles, les caractéristiques spécifiques de ces structures et leurs prestations) ou encore brochures d’informations et autres renseignements tirés des sites Internet.

---

<sup>d</sup> Dans la suite du texte, nous utilisons les termes « structure » ou « centre » ambulatoire pour désigner ces entités.

Enfin, nous avons réalisé **27 entretiens semi-directifs** – pour la majorité en visioconférence<sup>e</sup> – avec deux personnes en moyenne dans chaque structure identifiée, ce nombre pouvant varier relativement à la taille de la structure. Ces entretiens reprenaient les thèmes du questionnaire et donnaient l’occasion à nos interlocuteurs et interlocutrices de les approfondir et de les compléter avec des exemples concrets, de partager avec nous leurs expériences, difficultés ou questionnements actuels.

Les personnes rencontrées avaient soit la fonction de responsable du secteur ambulatoire, soit celle d’intervenant·e impliqué·e dans les prises en charge. Comme le montre le Tableau 1, nous nous sommes entretenus avec neuf travailleurs sociaux et travailleuses sociales, cinq psychologues, six infirmier·ères et trois médecins. Quatre entretiens supplémentaires ont été réalisés avec des personnes identifiées comme expertes du domaine, avec un canevas adapté et orienté sur les enjeux actuels dans le champ addictologique, les changements observés ces dernières années et les pistes d’amélioration.

Précisons que les entretiens n’ont pas fait l’objet de retranscriptions, mais de synthèses détaillées préalablement au travail d’analyse. Par ailleurs, nous n’avons pas pu interviewer de personnes travaillant à l’Unité de traitement des addictions du secteur Nord-vaudois (UTAD). Les informations recueillies sur cette structure sont donc réduites et principalement issues des entretiens réalisés au Service de médecine des Addictions du CHUV (SMA/CHUV), institution à laquelle l’UTAD est rattachée.

Le **corpus d’analyse** s’appuie ainsi sur trois principales sources de données : les réponses au questionnaire<sup>f</sup>, les synthèses d’entretiens<sup>g</sup> ainsi que les informations de type documentaire disponibles pour chaque structure (sites Internet, brochures, etc.)<sup>h</sup>.

---

<sup>e</sup> Cette modalité a été privilégiée pour limiter nos déplacements durant la pandémie de COVID 19.

<sup>f</sup> Le questionnaire se trouve à l’annexe 7.1.

<sup>g</sup> Les canevas d’entretiens se trouvent à l’annexe 7.2.

<sup>h</sup> Les sources documentaires disponibles et utilisées pour l’étude se trouvent à l’annexe 7.4.

**Tableau 1 Entretiens réalisés auprès des structures ambulatoires spécialisées**

	Travailleur travailleuse social-e	Infirmier-ère	Médecin	Psychologue	Total
Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)	1	-	-	1	2
Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)	-	1	-	1	2
Fondation Estérelle-Arcadie (FEA)	2	-	-	-	2
Service de Médecine des addictions (SMA/ CHUV)	1	1	2	-	4
Unité Socio-éducative (SMA/CHUV)	-	-	-	1	1
Consultation spécialisée DEPART (SUPEA, CHUV)	2	-	1	1	4
Centre d'Accompagnement et de Prévention du Levant (CAP)	1	-	--	1	2
Unité de traitement des addictions secteur Nord (UTAD)	-	-	-	-	-
Unité de traitement des addictions secteur Est (UTAM et UTAA)	-	2	-	-	2
Entrée de Secours secteur Ouest (EdS)	2	2	-	-	4
Expert-es	-	-	4	-	4
Total	9	6	7	5	27

## 2.2 Procédé d'analyse

Nous avons suivi une démarche d'analyse qualitative<sup>2</sup>. Toutes les données nominales ont été anonymisées. Seuls ont été conservés les noms des structures afin de pouvoir identifier le type de prestations et d'activités proposées.

De manière générale, la démarche d'analyse avait pour objectif d'identifier les similitudes et/ou différences entre structures, de favoriser la réflexion comparative, les constats transversaux et le repérage d'éventuels manques ou pistes d'amélioration dans le domaine des prises en charge addictologiques ambulatoires. Les informations recueillies pour chacune des structures ont été analysées selon une même procédure de découpage thématique qui incluait :

- les prestations ambulatoires proposées ;
- les approches thérapeutiques privilégiées et l'organisation interne du travail ;
- le public cible et le processus de prise en charge ;
- les collaborations et les réseaux professionnels (mobilisés hors-structure).

Le **chapitre 3** est une partie descriptive chaque structure de prise en charge ambulatoire identifiée (études de cas). Elle présente les résultats par rapport aux thématiques définies ci-dessus ; elle

restitue également les principales difficultés ou défis perçus par les personnes interviewées. Le texte est ponctué d'encarts qui donnent à voir certains aspects des pratiques de travail (exemples de prises en charge, travail en réseau, etc.). Nos répondant-es au sein de chaque structure ont pu relire l'étude de cas, vérifier l'exactitude des informations et adresser leurs commentaires ; ces éléments ont été pris en compte dans le présent rapport.

Le **chapitre 4** procède à une analyse comparée des prestations et publics cibles, de l'organisation du travail et des approches thérapeutiques privilégiées, ainsi que des réseaux et collaborations professionnelles. Toutes les données d'analyse sont résumées dans des tableaux de synthèse en début de chaque section. Le chapitre se termine par deux points d'attention sur la question des disparités régionales de l'offre et sur les activités de soutien aux généralistes installés (première ligne de soins).

Les mots accolés d'un astérisque sont définis dans un tableau en page 85.

Le rapport comporte également des annexes (questionnaires et canevas utilisés, synthèse du matériau documentaire utilisé, conventions et missions des structures identifiées) ainsi qu'un glossaire (acronymes)..

## 2.3 Limites de l'étude

Initialement, nous avions l'intention de rencontrer des médecins installés, à savoir des généralistes ou psychiatres en cabinet privé, pour connaître leurs opinions et pratiques en lien avec le suivi addictologique des patient-es. Cette option n'a toutefois pas été maintenue à la fois pour des raisons d'agenda et de disponibilités des personnes concernées. Nous avons néanmoins rencontré un expert dans le domaine de la médecine de famille.

Cette étude dresse un panorama des structures ambulatoires spécialisées en addictologie et subventionnés par l'Etat de Vaud en 2020. Elle ne donne donc pas une vue d'ensemble de la prise en charge addictologique du canton puisque l'ambulatorie généraliste (appelé « première ligne de soins », à distinguer de l'ambulatorie spécialisé, dit aussi « deuxième ligne de soins »), tout comme les offres de prises en charge addictologiques résidentielles et hospitalières ne sont pas incluses.

Notons enfin que le présent mandat est centré sur le volet « thérapie » de la politique cantonale et fédérale en matière d'addictions<sup>3</sup>. Il n'aborde pas, ou seulement de manière marginale, la problématique sous l'angle de la prévention, de la réduction des risques ou de la répression.

### 3 Structures ambulatoires vaudoises spécialisées dans la prise en charge des addictions (alcool/stupéfiants)

Les prises en charge addictologiques spécialisées du canton de Vaud sont assurées soit par des unités de traitements (UTA) liées à un hôpital, soit par des dispositifs indépendants fondés autour d'une association ou d'une Fondation. Le Tableau 2 donne un aperçu de cette offre en fonction des domaines de spécialisation alcool/stupéfiants.

**Tableau 2 Identification de l'offre ambulatoire spécialisée selon les domaines alcool/stupéfiants dans le canton de Vaud**

	Unités de traitement ambulatoires (UTA)	Dispositifs d'accompagnement ambulatoire au sein d'une association/Fondation
<b>Domaine Alcool</b>	Unité socio-éducative (USE, CHUV)	Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)
		Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)
<b>Domaine stupéfiants</b>		Fondation Estérelle- Arcadie (FEA)
		Centre d'Accompagnement et de Prévention de la Fondation du Levant (CAP)
		Entrée de secours (EdS)
<b>Domaine Alcool et stupéfiants</b>	Service de médecine des addictions (SMA/CHUV)	
	Unité de traitement des addictions du Nord-vaudois (UTAD)	
	Unités de traitement des addictions de l'Est-vaudois – Montreux et Aigle (UTAM et UTAA)	
	Consultation spécialisée DEPART	

Toutes les structures identifiées accomplissent des missions de santé publique pour lesquelles elles reçoivent des subventions cantonales. Des conventions signées par les parties (responsables desdites structures et représentant-es des Autorités) sont établies, qui définissent ces activités. Dans le cas des prises en charge ambulatoires spécialisées, elles renvoient principalement à la réalisation d'accompagnements et de suivis individuels pour les personnes souffrant de troubles addictifs, à l'accompagnements et aux suivis pour les proches des personnes concernées ainsi qu'à

la mise en œuvre de collaborations professionnelles avec tous les réseaux de soins existants et nécessaires pour assurer la continuité des soins dans le domaine<sup>i</sup>.

La politique cantonale en matière d'addiction distingue aussi plusieurs secteurs géographiques où certaines structures opèrent de manière privilégiée : c'est le cas du Service de médecine des addictions actif dans le secteur Centre, d'Entrée de Secours pour l'est, de l'UTAM/UTAA à l'ouest et de l'UTAD au nord du canton. Certaines structures ambulatoires offrent toutefois des prestations indépendamment des secteurs, comme la FVA, la consultation spécialisée DEPART, l'Unité socio-éducative et dans une moindre mesure le CAP (Levant), qui s'organisent autour d'un siège et d'antennes réparties dans toutes les régions du canton.

L'affiliation des structures à des Unités de traitement ou à des associations/Fondation, leurs domaines de spécialisation ainsi que leur zone géographique d'activité ont été pris en compte dans la logique de présentation des études de cas.

Nous débutons avec les trois structures spécialisées dans la prise en charge de l'alcool et présentes dans plusieurs secteurs géographiques : la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA), la Croix bleue romande section vaudoise (CBR-SV) et la Fondation Estérelle-Arcadie (FEA). Nous continuons ensuite avec les structures actives dans le secteur Centre : la Policlinique du Service de médecine des addictions du CHUV, la consultation spécialisée DEPART, l'Unité socio-éducative (rattachée au SMA/CHUV) et le Centre d'accompagnement et de prévention du Levant (CAP). Nous terminons ce panorama par la présentation des structures situées au nord (UTAD), à l'ouest (EdS) et à l'est du canton (UTAM et UTAA).

## 3.1 La Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)

Créée en 1986 par l'Etat au sens des articles 80 et suivants du Code civil suisse (Règlement sur la lutte contre l'alcoolisme), la FVA a pour tâche de développer les préventions primaire, secondaire et la prise en charge des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool, ainsi que celle de leurs proches. A ce titre, elle développe des prestations de prévention et de promotion de la santé, ainsi que des prestations de conseil et d'accompagnement socio-thérapeutiques.

Les prestations ambulatoires sont pour la plupart délivrées par le « Secteur Accompagnement Socio-Thérapeutique » (SAT), un service non-médicalisé, qui emploie actuellement **11 intervenant-es socio-thérapeutes spécialisé-es en alcoologie** (ISSA) pour un total de 9.2 EPT. Ces intervenant-es sont issu-es du domaine social (éducateur-trices et intervenant-es sociaux) ou de la psychologie clinique (master en psychologie), tous formés à l'alcoologie et à l'addictologie. L'équipe bénéficie d'une supervision par le Professeur Jacques Besson (addictologue et ancien chef du Service de psychiatrie communautaire du CHUV), en particulier autour des situations de bénéficiaires présentant des comorbidités psychiatriques.

L'objectif global poursuivi par le SAT est d'offrir un service de proximité, une haute qualité d'accueil, un accès rapide aux soins – réponse aux nouvelles demandes dans les 48 heures au plus tard – et

---

<sup>i</sup> Voir l'annexe 7.4.



un appui en cas de transitions lors des sorties de prison, d'hôpital ou de résidentiel. L'**approche thérapeutique privilégiée** par les intervenant-es se fonde sur le concept du rétablissement<sup>ji</sup> et le paradigme bio-psycho-social\*, soit la prise en charge de la personne dans sa globalité. Les objectifs de chaque suivi sont définis selon les besoins des personnes concernées et peuvent être très variés : réduire ou mieux contrôler sa consommation, entrer dans une démarche d'abstinence, prévenir la rechute et maintenir son abstinence, recevoir des informations sur les risques associés à une consommation, recevoir un appui pour soutenir un projet de réadaptation socio-professionnelle, etc.

Les **prestations délivrées**<sup>k</sup> consistent en des brefs conseils (informations, orientation), des entretiens individuels pour les personnes en difficultés avec leur consommation d'alcool et des entretiens individuels de proches de consommateur-trices, que ce soit dans l'entourage personnel ou professionnel. Selon le rapport d'activité 2019, les accompagnements individuels représentent la part principale (82%) devant les brefs conseils (10%) et l'accompagnement de proches (8%). Notons aussi que la structure prend en charge des mandats administratifs ou pénaux (pertes de permis de conduire, incarcérations, etc.).

Ces prestations sont délivrées dans **huit antennes** : à Morges, Nyon, Lausanne (siège), Vevey, Rennaz, Orbe, Yverdon et Payerne. Par ailleurs, deux personnes sont rattachées à l'équipe « Itinérance », qui intervient en soutien des équipes selon la fluctuation des demandes. Les intervenant-es sont mobiles : leurs prestations sont délivrées, selon les besoins des personnes suivies, à leur domicile, dans des lieux publics, dans les bureaux des antennes de la FVA, sur les sites résidentiels post-cures, hôpitaux, etc. Cette mobilité se traduit aussi par un accompagnement des bénéficiaires dans différentes démarches, comme des visites aux structures résidentielles.

Pour 2019, le SAT a assuré la prise en charge d'environ **800 bénéficiaires**<sup>l</sup> de 18 ans et plus, recourant à la FVA sur une base volontaire. Le **public cible** varie à la fois en termes de motifs à l'origine d'une demande, de sévérité des troubles et de statut socio-économique. Il peut s'agir de personnes en questionnement sur leur consommation et en recherche d'objectivation d'une problématique (brefs conseils, orientation). A l'inverse, certaines personnes sont en difficulté plus ou moins fortes avec leur consommation d'alcool, avec des problématiques isolées ou combinées : impact sur la santé physique et/ou psychique, hospitalisations précipitées par des consommations massives avec des cas de traumatologie, de décompensations psychiques ; impact sur la situation sociale avec des cas d'isolement, de problèmes conjugaux, un placement d'enfant, la perte du permis de conduire ; ou encore impact professionnel (alerte de l'employeur et/ou perte d'emploi) voire judiciaire (délits ou crimes commis sous influence de l'alcool). Enfin, les demandes peuvent également venir de proches de personnes dépendantes à l'alcool (familles, ami-es, collègues ou employeurs). Plus globalement, notons que dans ce domaine, les situations sont souvent chronicisées et qu'il n'est pas rare que la problématique alcool émerge à un moment donné de la trajectoire thérapeutique, après un parcours de difficultés sociales, familiales ou professionnelles. La dépendance à l'alcool peut ne jamais avoir été diagnostiquée parce que la personne n'a pas

---

<sup>j</sup> Les principaux concepts et les approches thérapeutiques mentionnées par nos répondant-es sont définis à l'annexe 7.3. Nous les signalons dans le texte par une astérisque\*.

<sup>k</sup> Ces prestations sont financées par la DGS et l'OFAS (via la CRIAD – Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions).

<sup>l</sup> Terme utilisé par les professionnel-les de la FVA.

considéré que c'était un problème pour elle, que son médecin n'a pas pris cela en compte ou pour d'autres raisons.

Dans l'ensemble de la cohorte suivie par la FVA, les personnes prises en charge ont un statut socioéconomique très variable, de chef-fe d'entreprise à des personnes à l'AI, en passant par des personnes plus insérées professionnellement ou dans la précarité sociale. Les troubles alcoologiques traités semblent se décliner selon **tous les niveaux de sévérité** (de troubles légers à des situations de dépendance sévère), ce qui nécessite à chaque fois une personnalisation de la prise en charge. Un aspect important à rappeler aussi est la **non-facturation des prestations** FVA à l'assurance maladie : cette spécificité joue certainement un rôle facilitateur dans l'accès aux soins via les accompagnements du SAT pour une partie des bénéficiaires qui ne pourraient ou n'oseraient pas y recourir si ces prestations étaient facturées à leur caisse maladie. Selon les personnes rencontrées dans cette structure, l'autre avantage de ce régime de financement est de dégager la FVA d'une certaine pression concurrentielle ou tentation de « capter les bénéficiaires », ce qui a un effet positif sur le travail en réseau, les collaborations interprofessionnelles et les prises en charge.

En ce qui concerne le **processus de prise en charge**, chaque nouvelle demande est accueillie au secrétariat situé à Lausanne (siège) et fait l'objet d'une première évaluation avant d'être répartie en fonction du lieu de domicile (ou de travail) de la personne demandeuse, de la disponibilité des ISSA et de certaines compétences spécifiques internes<sup>m</sup>. Chaque socio-thérapeute s'occupe ainsi d'une file active de bénéficiaires en tant que référent-e unique et travaille avec le réseau externe selon les besoins (médicaux, psychiatriques, sociaux, etc.).

La prise en charge débute par l'évaluation des aspects quantitatifs et fonctionnels des consommations, de ses impacts actuels sur la vie des bénéficiaires et dans leur trajectoire. L'une des priorités est de formuler des objectifs pour cadrer le suivi, tâche qui peut prendre de quelques semaines à plusieurs mois selon les situations et que la plupart des socio-thérapeutes réalisent au moyen de l'échelle d'évaluation RAP<sup>n</sup>.

Pour la responsable du SAT, la force de la FVA est de s'ajuster à chaque situation tout en prenant en compte à la fois l'aspect médical ainsi que l'aspect social. Il en découle un positionnement à géométrie variable, très réactif, qui s'adapte en fonction des besoins de la personne et des réseaux déjà existants.

Dans certaines situations, les socio-thérapeutes peuvent se positionner de manière centrale dans un suivi multipartenaire : rien n'est encore mis en place, la situation est nouvelle et il s'agit donc, pour le-la référent-e du SAT, d'organiser le pilotage et la coordination des actions. La prise en charge de type **case management\*** (gestion de cas) illustre ce type de suivi plus intensif, où le SAT se charge de construire un réseau, d'accompagner et d'orienter le bénéficiaire jusqu'à ce que la situation soit

---

<sup>m</sup> Une personne est spécialisée dans le milieu carcéral, une autre dans les violences domestiques et une troisième dans la problématique de la migration.

<sup>n</sup> Le protocole RAP (Rapid Addiction Profile) est fréquemment utilisé au démarrage d'un suivi et de manière plus ponctuelle dans la suite, pour objectiver l'évolution des situations. Il fonctionne sur la base de cinq dimensions (ressources, crises, motivations, aspects somatiques, aspects psychiatriques) dont découle un score. Cet outil clinique donne une évaluation objective sur la base de laquelle il est possible de statuer, par exemple, sur la nécessité ou non d'adjoindre un-e acteur-trice médical-e ou de construire un réseau de partenaires. Par ailleurs, selon le Directeur de la FVA, cet outil permet de documenter le travail des intervenant-es et présente à ce titre un intérêt important pour standardiser les pratiques à termes. D'autres outils permettant de déterminer l'alcoolodépendance sont parfois utilisés : le questionnaire AUDIT, l'ASI (Addiction Severity Index), le MAST (Michigan alcohol screening test) et le RUD (Risque-Urgence-Danger).

stabilisée. Cependant, comme le rappelle la responsable du SAT, ce suivi intensif se fait souvent sur une période donnée : une fois le réseau en place, les diagnostics posés et la personne encadrée de manière satisfaisante, il arrive que le·la socio-thérapeute passe le lead à un·e autre intervenant·e. Là encore, la responsable rappelle que la force de la FVA est de pouvoir ajuster ses prestations aux besoins à couvrir : si les intervenant·es jugent opportun de se retirer, ils·elles se retirent, et à l'inverse, si le réseau a besoin de leur présence, ils·elles peuvent rapidement réintégrer le suivi.

Dans d'autres cas, les socio-thérapeutes peuvent se positionner en soutien des réseaux existant : ils·elles prennent le rôle de consultant·es addictologiques pour rappeler cet aspect de la situation et ne voient les bénéficiaires que quelques fois par année. Leur présence est néanmoins essentielle en tant que personnes ressources en appui des partenaires. Des réunions de réseau peuvent être réalisées à la demande des intervenant·es pour faire le point, se mettre d'accord sur les objectifs du suivi et les tâches/attributions de chaque partenaire.

#### Activer les réseaux, collaborer avec les partenaires médicaux

Deux exemples illustrent la diversité des situations rencontrées par les intervenant-es du SAT, ici en l'occurrence lorsqu'ils-elles engagent un suivi avec des réseaux existants et qu'ils-elles doivent prendre en compte l'aspect médical.

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme qui consomme une grande quantité d'alcool depuis plusieurs années, surtout durant les weekends et de manière massive (*binge avec blackouts*) ainsi que de manière plus isolée en semaine. Dès le premier entretien à la FVA, des antécédents psychiatriques et des troubles du comportement alimentaire sont détectés. L'intervenante l'incite alors à voir son médecin avant de débiter un suivi, ce qui sera réalisé sans que cette dernière ne doive contacter le professionnel ni accompagner la personne au rendez-vous. Le bénéficiaire poursuivra ainsi son suivi à la FVA, mais de manière parallèle (anonyme) au suivi chez son médecin. Dans d'autres cas, la coopération entre socio-thérapeutes et médecins peut au contraire être souhaitée par les bénéficiaires.

Le deuxième exemple illustre un cas plus complexe, avec une dépendance chronicisée depuis une trentaine d'années, mais pour laquelle aucun psychiatre n'a été impliqué. L'intervenante de la FVA se trouve face à une situation problématique, avec des injures, des demandes fréquentes, des menaces, etc. D'après son analyse, le réseau établi autour de cette personne est bienveillant à son égard : en particulier, la généraliste impliquée déborde de son rôle en reprenant des tâches dévolues à l'assistant-e social-e ou à un psychiatre et elle se sent « submergée ». Dans cette situation, la socio-thérapeute insistera, malgré les réticences du bénéficiaire, sur l'importance que ce dernier soit suivi par un psychiatre. Elle posera cela comme une exigence, quitte à susciter sa colère. Actuellement, cette option est en cours de mise en œuvre et suscite plusieurs espoirs : identification d'une fragilité psychique ancienne, possibilité de poser un diagnostic clair et de proposer une prise en charge adéquate, possibilité d'accéder ensuite à des droits sociaux (AI, aides financières, etc.).

Ces deux exemples montrent que l'approche bio-psycho-sociale adoptée par les intervenant-es du SAT implique, dans l'analyse de situation, l'identification et, le cas échéant, la réactivation du réseau médical préexistant ; les intervenant-es ne pouvant pas s'engager sans avoir certaines garanties à ce niveau. Le deuxième exemple montre qu'à partir d'une première analyse de situation, le-la socio-thérapeute peut avoir un rôle déterminant dans le réseau. Débloquent une situation notamment lorsqu'elle est chronicisée, nécessite parfois de se distancier des objectifs définis par d'autres (les médecins, les proches, etc.), voire même d'opter pour une attitude plus « confrontante ».

Les **partenaires privilégiés de la FVA** sont très nombreux-ses. Dans le secteur socio-sanitaire tout d'abord, les collaborations s'établissent tant avec l'hospitalier (services hospitaliers somatiques en traumatologie ou en hépato-gastrologie ; services de psychiatrie ; Unité Tamaris de Cery ; Prangins ; Centres mémoire) que le secteur médico-social (CMS), résidentiel (réseau postcure spécialisé via le DCISA ou non spécialisé addiction tels que les EMS, EPSM, foyers), les médecins installé-es (généralistes, psychiatres, infirmières en pratique privée) ou encore certaines cliniques privées qui proposent des prises en charge spécialisées ou non en addictologie. Pour le secteur social ou la Justice, les intervenant-es du SAT collaborent avec les Centres sociaux régionaux, la DGEJ, l'Office d'exécution des peines, et dans ce cadre aussi, avec le Service de médecine et de psychiatrie

pénitentiaire (SMPP). Enfin, notons que les proches des personnes concernées, tout comme les employeurs peuvent également devenir des partenaires privilégié-es suivant les situations.

L'un des constats posés par nos interlocuteur-trices est la capacité de cette structure à se mobiliser pour les **transitions**. La mobilité et la réactivité des intervenant-es du SAT sont des atouts qui rendent les interventions rapides et efficaces pour accompagner les sorties d'institutions. Les médecins psychiatres de l'hôpital de Prangins par exemple, appellent régulièrement les socio-thérapeutes du SAT pour mettre en place des suivis ambulatoires post-hospitalisation, avec des expériences plutôt satisfaisantes, en précisant que plus la transition est anticipée et accompagnée, plus elle s'avère efficace. L'accompagnement des sorties de prison entre également dans ce type d'activités (transitions) : la mise en œuvre d'un case management est souvent nécessaire pour les détenu-es signalant un problème d'alcool, avec un suivi intensif sur les premiers mois, du fait du risque de rechute très élevé. Dans ces cas, la mission du SAT n'entre pas dans le cadre du suivi sous contrainte, mais concerne plutôt la gestion des aspects pratiques, des appréhensions et difficultés ressenties ainsi que des ressources à mobiliser pour les détenu-es, avant la sortie et une fois libéré-es (suivis ambulatoires).

Avec l'hôpital de Cery (unité Tamaris), les collaborations sur les transitions (sorties) sont moins systématiques : soit les contacts se font par des médecins qui connaissent la FVA (connaissances interpersonnelles, affinitaires), soit les situations sont adressées au Service de médecine des addiction (SMA, CHUV), qui développe son service ambulatoire sur les filières hospitalières, mettant les deux institutions en concurrence sur ce segment d'activité (transitions).

En ce qui concerne les collaborations avec les médecins installé-es, la FVA est souvent en contact avec des médecins psychiatres qui les apprécient pour leur efficacité, leur mobilité et leur réactivité. Du côté des généralistes, les réactions sont variables : certain-es adressent d'emblée les situations à la FVA car ils-elles ne sont pas à l'aise sur le dossier de l'alcool ; d'autres s'occupent volontiers des cas d'addictologie, mais s'épuisent un peu et contactent la FVA pour une reprise ponctuelle ou un suivi conjoint qui leur permet de prendre du recul. Par ailleurs, outre le rôle de soutien à la première ligne, il arrive aussi que le SAT mette son expertise à disposition pour former des médecins à l'approche et à la posture aidante vis-à-vis des patient-es alcoolodépendant-es ; ce cas s'est présenté récemment avec un groupe de jeunes médecins lausannois-ses installé-es en cabinets.

En ce qui concerne les **difficultés et défis actuels** rencontrés par cette structure, plusieurs points sont évoqués.

Le directeur de la FVA relève un certain nombre de difficultés qui renvoient principalement à un manque de coordination au niveau des directives ainsi qu'à des disparités dans la répartition des ressources, certaines régions particulièrement concernées par des problématiques d'addiction étant sous-dotées à ses yeux (la Vallée de Joux, Sainte-Croix et Château d'Oex sont évoqués). Une des solutions avancées consisterait à mettre en place une commission addiction inter-départements, dont la mission consisterait à définir une stratégie cantonale globale.

Le directeur évoque aussi des difficultés à travailler de manière complémentaire avec certains services d'obédience médico-soignante. D'après son expérience, non seulement les médecins sont difficilement accessibles en général, mais nombre d'entre eux-elles sont également peu enclin-es à engager un suivi avec des patient-es souffrants de problèmes d'alcool. De plus, l'approche socio-

thérapeutique souffrirait encore aujourd'hui d'un déficit de reconnaissance et de légitimité vis-à-vis du domaine médico-soignant. Le fort déploiement de ce domaine suite à la création du SMA rendrait d'ailleurs plus aléatoire qu'auparavant l'accès aux situations de transitions post-hospitalières ou post-détentions notamment, filière sur laquelle la FVA a développé de fortes compétences<sup>o</sup>.

Nos répondant-es mentionnent encore plusieurs pistes où ils-elles estiment que l'offre de prise en charge pourrait être améliorée : il s'agit des prestations auprès de mineurs consommateur-trices d'alcool ou proches de mineurs consommateur-trices, des prestations envers les personnes détenues, les migrant-es, les SDF et les professionnel-les non spécialisé-es en addictologie. Enfin, ils-elles jugent important de développer aussi les dispositifs de détection précoce en alcoologie, en particulier auprès des employeurs.

## 3.2 La Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)

La Croix bleue a été fondée à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour venir en aide aux personnes dépendantes de l'alcool ou ayant des problèmes liés à ce type de consommation. Elle est aujourd'hui active dans près de quarante pays. En Suisse romande, on notera que les sections cantonales ont fusionné en une entité en 2010, année de la constitution de la Croix-bleue romande.

La Section vaudoise (ci-après CBR-SV) a son siège à Chavannes-près-Renens. Les prestations ambulatoires fournies par cette structure consistent, d'une part, à accompagner la personne dans sa trajectoire en fonction des besoins identifiés et d'autre part, à la suivre au niveau social contre tout risque d'isolement ou de précarisation.

Les **prestations délivrées**<sup>p</sup> incluent l'activité de bref conseil (informations, orientation) notamment via la ligne permanente SOS-Alcool active 24h sur 24. Elles comportent également des activités de suivi ambulatoire pour les personnes concernées par la problématique ainsi que les proches, la gestion de groupes de parole et de soutien à la parentalité. Une permanence « Point Ecoute jeunesse » et des suivis ambulatoires d'enfants ou d'adolescent-es vivant au sein d'une famille touchée par l'alcoolodépendance de l'un-e de ses membres. La CBR-SV propose en outre des activités à visée socio-thérapeutique ou de prévention de la rechute, telles que groupes d'activités, sorties ou séjours accompagnés, soutien à la réinsertion sociale et professionnelle. Dans ce dernier cas, la structure dispose d'un magasin de deuxième main – le « Point bleu » à Chavannes – qui permet aux bénéficiaires les plus désinséré-es de renforcer leurs compétences sociales et de limiter les risques de rechute. La CBR-SV dispose également d'appartements de transition pour les personnes sevrées avec demande de logement. Par ailleurs, elle co-gère deux centres de jour situés à Vevey et à Yverdon, activité réalisée en partenariat avec la Fondation Estérelle-Arcadie. Ces

---

<sup>o</sup> Précisons que jusqu'à une date récente, la FVA pouvait suivre des situations de détenu-es en dehors de la médecine pénitentiaire (SMPP). Cette modalité de prise en charge a toutefois été mise en question de sorte que tous les suivis de ce type ne puissent se faire désormais sans l'accord du SMPP. Selon la responsable du SAT, cette décision force la FVA à intervenir sous délégation médical et réduit considérablement l'indépendance d'action des socio-thérapeutes vis-à-vis des personnes suivies.

<sup>p</sup> Ces prestations sont financées par la DGS, la DGCS, l'OFAS (via la CRIAD) ainsi que par des Fonds propres de l'association.

centres sont conçus pour être des lieux protégés (la consommation d'alcool n'est pas autorisée) ; ils sont accessibles aux bénéficiaires de ces deux institutions et à un public plus large : des repas, des activités diverses ainsi que la possibilité de s'entretenir avec des professionnel·les sans rendez-vous sont proposés.

**L'accompagnement socio-thérapeutique** constitue la principale activité de cette structure. La démarche se veut individualisée, avec des objectifs définis en accord entre intervenant·e et bénéficiaire et évoluant dans le temps selon les situations. Un contrat thérapeutique instaure la démarche de suivi (contrat oral), qui peut s'orienter à la fois vers du soutien à l'abstinence, la prévention des rechutes, la réduction des risques, la consommation contrôlée et/ou encore la réinsertion sociale. Globalement, l'accompagnement vise à favoriser l'autonomisation et l'intégration des objectifs dans le projet de vie des personnes.

Le secteur social de la CBR-SV est composée de **neuf collaborateur·trices** pour un total de 7.45 EPT : deux psychologues (diplôme universitaire), trois assistant·es social·es (diplôme HES), deux assistant·es socio-éducatif·ves (diplôme CFC), un·e infirmier·ère et formateur·trice d'adulte, ainsi qu'un·e apprenti·e assistant·e socio-éducatif·ve. Certain·es collaborateur·trices pratiquent uniquement une activité d'accompagnement individuel et de groupe, alors que d'autres ont également un temps dédié à l'animation du centre de jour. Ces collaborateur·trices sont tous et toutes formé·es en alcoologie et à l'entretien motivationnel\*. Certain·es collaborateur·trices se sont également formé·es à d'autres approches, telles que le *problem solving*\*, l'approche systémique\* et cognitivo-comportementale\*. Ils·elles bénéficient aussi d'une supervision mensuelle qui porte sur l'analyse des situations de prise en charge. Les intervenant·es disposent de bureaux fixes à Chavannes (siège) et au sein des centres de jours (Vevey, Yverdon) ainsi qu'à Rennaz<sup>q</sup>. Outre dans les lieux précités, ils·elles peuvent réaliser leurs suivis et entretiens au domicile des bénéficiaires, dans des lieux publics (selon le souhait de la personne) tout comme dans les sites résidentiels de post-cures ou les hôpitaux.

Pour 2019, la CBR-SV couvrait la prise en charge d'environ **200 bénéficiaires**<sup>r</sup>, dont 47% ont entre 41 et 60 ans, 36% ont 61 ans et plus, 13% ont entre 21 et 40 ans et 4% entre 10 et 20 ans. Selon l'estimation du responsable du secteur ambulatoire de la CBR-SV, deux-tiers des personnes présentent des troubles modérés à sévères (usage nocif, usage problématique) et le tiers restant des troubles plutôt légers (usage à risque). Selon une autre intervenante, malgré ces tendances, les situations qu'elle suit (n=12) demeurent très variables, avec d'un côté, une majorité de personnes au bénéfice de l'Assurance invalidité, et de l'autre, des personnes insérées au niveau familial et professionnel, mais qui consomment de manière massive le weekend et se questionnent sur leur relation à l'alcool. Les bénéficiaires recourent généralement de leur propre initiative à la Croix-bleue et via la ligne SOS-alcool ou par l'intermédiaire de leurs proches, du personnel d'institutions (résidences, hôpitaux), de médecins-traitant ou de Centres sociaux régionaux.

Chaque nouvelle demande est adressée à un·e collaborateur·trice de la CBR-SV qui en devient **référent·e**.

---

<sup>q</sup> La CBR Section vaudoise a récemment ouvert une antenne à l'espace Santé de l'hôpital Riviera-Chablais.

<sup>r</sup> Terme utilisé par les professionnels de la CBR-SV.

**Le processus de prise en charge** débute par une évaluation des quantités et des habitudes de consommation de la personne demandeuse. Des outils tels que l'approche des besoins fondamentaux, les diagnostics d'alcoolodépendance issus du DSM5, de la CIM-10 ou d'autres grilles en usage (AUDIT, MAST, CAGE) sont utilisés sans que cette procédure soit systématique. Les premiers entretiens sont aussi l'occasion de délivrer des informations sur les addictions en général et les risques encourus, de comprendre les motivations à consommer, de réfléchir à des alternatives possibles, aux personnes ressources et au réseau existant. Un Plan de crise conjoint<sup>s</sup> est également formalisé dans ce cadre, parallèlement à la définition des objectifs à court et moyen termes. Pour les personnes souhaitant s'orienter vers une consommation contrôlée, la méthode « Mes Choix » est privilégiée ; pour celles qui visent l'abstinence, l'intervenant-e les orientent vers un programme de prévention des rechutes. Selon les personnes rencontrées, même si le « projet thérapeutique » peut en tout temps faire l'objet d'adaptation ou de remise en question, il a l'avantage de poser un cadre de travail qui servira à orienter la prise en charge et les démarches ultérieures (réseau, etc.). Un consentement est signé pour assurer la confidentialité et garantir le secret professionnel à l'interne ou dans le cadre des réseaux mobilisés.

Dans certaines prises en charge, l'intervenant-e de la CBR-SV est l'interlocuteur-trice principal-e de la personne bénéficiaire et la collaboration ponctuelle avec d'autres professionnel-les (médecins, services sociaux, etc.) est suffisante pour assurer une amélioration. Dans les cas où la problématique est plus complexe (sévérité de l'atteinte, isolement, etc.), le travail s'effectue généralement avec un nombre plus élevé d'intervenant-es, ce qui se traduit par une activité plus intense de recherche d'information, de prises de contact, de réunions en réseau, etc.

L'une des professionnelles rencontrées estime qu'en dépit des nombreux efforts pour se coordonner autour des bénéficiaires, la communication entre les partenaires du réseau n'est pas toujours satisfaisante, notamment entre les services de curatelles et le réseau médico-soignant. Actuellement, les **réunions de réseaux** constituent le principal levier pour lutter contre cet écueil. La tenue d'une réunion de réseau n'est pas systématique car cette décision dépend du souhait du bénéficiaire. Ce dispositif est surtout nécessaire dans les cas complexes car il permet de faire le point d'une situation et de se mettre d'accord pour la suite de l'accompagnement.

---

<sup>s</sup> Un plan de crise conjoint consiste à définir tout ce qui doit être fait en cas de crise : prévoir toutes les informations importantes (qui appeler, comment demander de l'aide, etc.) et convoquer toutes les personnes ressources mobilisable si nécessaire (celles-ci doivent signer le plan).



#### Exemple de situation complexe nécessitant un réseau

Dans cet exemple, la personne est demandeuse d'un réseau. Dans ce réseau piloté par le Service de médecine des addictions (CHUV) plusieurs professionnel·les interviennent : un·e assistant·e social·e, un·e psychologue, un·e psychiatre, un·e intervenant·e de la CBR-SV. L'intérêt du réseau est de permettre une clarification des rôles et des objectifs en présence de la personne bénéficiaire.

*« Il était aux Oliviers en résidentiel pour une post-cure sur le long terme. Il est sorti de chez lui mais il n'avait pas de RI parce qu'il avait, il y a quelques temps, une maison qui a été vendue. Mais puisqu'il est encore marié tout en étant séparé de sa femme, il n'a pas le droit de toucher le RI. Donc il était obligé de retourner chez sa femme. Pour lui c'est un peu difficile. S'il consommait, il risquait de se retrouver à la porte, dans la rue. Donc là il faut quand même qu'on anticipe un peu sur sa situation... Une demande d'AI est en cours aussi pour lui. Donc les professionnels qui sont impliqués, à un moment c'était la Fondation des Oliviers, on [la Croix-bleue] a eu des réseaux avec eux. Mais c'était aussi le Service de médecine des addictions où il va pour un suivi médical et aussi pour un groupe de prévention de la rechute. Ensuite il y a aussi son épouse dans le réseau. Ensuite, il participe aussi aux Alcooliques anonymes et en plus, il a un suivi aux Toises [psychologue]. Donc là, c'est une situation complexe qui nécessite qu'on puisse se rencontrer. Un réseau permet ici de discuter, pour clarifier la situation et [parler de] ce qui est en cours : pourquoi ça n'avance pas au niveau du RI ? Est-ce qu'il faudrait faire une séparation ou pas ? Quelle est sa situation à domicile et est-ce vraiment la crise avec son épouse où est-ce qu'on peut compter dessus sur le long terme pour aller vers une stabilisation ? etc. Et avec un réseau on peut aussi faire le point sur sa consommation, qui chez lui est plus ou moins contrôlée, mais qui varie en fonction des tensions que la personne peut ressentir... Le réseau permet de souligner, soutenir et renforcer les décisions qui sont prises pour que tout le monde aille dans le même sens. Ici en l'occurrence, une mesure sera proposée par l'AI, qui commencera prochainement. La piste, selon moi, sera de renforcer le suivi de cette mesure, qu'il ne mette pas échec à cette mesure... Ça c'est mon idée, mais je vais l'amener pendant le réseau et la confronter à ce que pensent les autres professionnels. Peut-être que la doctoresse va nous dire que ce n'est pas du tout le moment parce que Monsieur est trop fragile, etc. Donc c'est ça le but, c'est de parler de ce qu'on imagine comme objectif et de décider en collaboration avec tous qu'est-ce qui est le mieux pour le bénéficiaire. (...) Dans un autre cas que je suis, je pensais que le bénéficiaire était prêt à entrer dans un programme d'appartement de transition. Mais lors de la discussion en réseau, le médecin ou les professionnels qui ont eu le bénéficiaire en résidentiel étaient d'avis contraire. Sa chambre était mal rangée, et ils soupçonnaient encore la personne de consommer parfois de manière abusives. La question de l'autonomie du bénéficiaire a donc été mise en doute et aussi ma proposition. Il a donc fallu mettre ces arguments en balance et que j'accepte de remettre la décision à plus tard ou trouver des compromis ». (Entretien d'enquête, CBR-SV)*

Dans leur activité d'accompagnement individuel, les intervenant·es travaillent rarement seul·es mais en complémentarité avec d'autres acteurs, du secteur médical en particulier. Comme évoqué plus haut, ils·elles s'appuient à la fois sur le réseau déjà en place autour d'un·e bénéficiaire (s'il existe) et sur les structures addictologiques ou médico-sociales de leur région d'intervention.

L'une des intervenantes sociales qui travaille dans la région de la Riviera explique être en contact régulier avec la Fondation de Nant et les UTA de Montreux et Vevey (UTAM-UTAA), tout comme avec l'Unité hospitalière d'alcoologie Tamaris au CHUV, la Fondation l'Epi (Foyer post-cure à visée

d'abstinence<sup>t</sup>) ainsi que l'hôpital Riviera-Chablais. Elle communique régulièrement avec les partenaires impliqués dans tous les cas où l'intervention nécessite des compétences tierces (médicales, sociales, psychothérapeutiques, etc.). D'après son expérience, il n'est pas rare que d'autres professionnel·es soient dans la situation. Les coopérations mises en place sont assez fluides, mais elle observe un problème récurrent qui viendrait des plannings des un·es et des autres : les périodes de vacances ou de maladie se traduisent souvent par l'absence de certain·es partenaires clés. A ce titre, elle relève l'importance, en plus de l'établissement d'un Plan de crise conjoint, de réfléchir à un « plan B » pour que le relais soit fait entre les personnes en congés ou arrêt maladie et leurs remplaçant·es.

En ce qui concerne **les collaborations professionnelles**, la CBR-SV travaille principalement avec la Fondation Estérelle-Arcadie depuis la création des centres de jours. Elle communique notamment avec la FVA dans le cas où certain·es client·es de cette Fondation souhaitent fréquenter un centre de jour. Chaque semaine, les collaborateur·trices de la FVA reçoivent ainsi le planning des activités proposées par les centres de Vevey et d'Yverdon-les-Bains.

La CBR-SV collabore aussi étroitement avec la DGEJ autour du programme *Enfance et Famille* pour le suivi des enfants et adolescent·es dont les parents souffrent d'alcool-dépendance. A l'interne, une psychologue s'est spécialisée sur cette thématique et prend actuellement en charge toutes les situations concernées.

Des collaborations plus ponctuelles sont établies avec la fondation Les Oliviers ou d'autres ESE, dans l'accompagnement de certains des bénéficiaires de Croix-bleue inscrits dans un programme d'ateliers.

Selon les personnes rencontrées, les collaborations au sein du réseau addictologique et médico-social sont globalement satisfaisantes, car chaque partenaire est à la fois formé et expérimenté dans le domaine. Toutefois, la coopération est très dépendante de l'attitude des personnes : certain·es médecins, psychologues ou autres professionnel·les, sont habitué·es à partager les informations et à recourir à l'expertise des partenaires ; d'autres au contraire ressentent moins le besoin de connaître leurs collègues, sollicitent peu et n'échangent pas spontanément.

En ce qui concerne les **difficultés** et les **pistes d'amélioration**, le responsable du secteur social estime que le repérage précoce ainsi que le travail de sensibilisation des professionnel·les non spécialisé·es à la problématique addictologique comme les garderies et le secteur de la petite enfance, les services hospitaliers ou encore les EMS sont des domaines importants à développer.

---

<sup>t</sup> Quatre fois par année, la CBR Section vaudoise y anime un atelier de partage spirituel par rapport à des questions relatives à la consommation, la résilience et la dépendance. Des patient·es de l'Epi en demande de suivi ambulatoire peuvent ensuite reprendre contact avec l'association.

### 3.3 La Fondation Estérelle-Arcadie (FEA)

La Fondation Estérelle-Arcadie (FEA) a été créée en 1996 suite à la dissolution de l'Association privée de prophylaxie de l'alcoolisme (APPA, fond. 1965), qui gérait deux institutions spécialisées dans l'accompagnement vers l'abstinence de personnes dépendantes à l'alcool : l'Estérelle située à Vevey (fond. 1966) et l'Arcadie à Yverdon-les-Bains (fond. 1991).

Aujourd'hui, l'activité principale de la Fondation est toujours dédiée à l'accompagnement résidentiel de personnes souffrant d'addiction à l'alcool. La **prise en charge ambulatoire** s'est développée depuis 2015 via la création de deux dispositifs : les centres de jours gérés conjointement avec la Croix-bleue et les suivis individuels post-cure proposés en fin de séjour aux résident-es souhaitant recevoir un soutien dans la transition à domicile<sup>u</sup>. Dans le deuxième cas, cette offre s'adresse exclusivement aux résident-es hébergé-es par la Fondation dans le but de renforcer l'efficacité de l'intervention institutionnelle. Du côté des bénéficiaires, il s'agit de consolider leurs acquis, de les aider à la réinsertion sociale et/ou professionnelle, de maintenir un lien et de limiter les risques de rupture avec les proches. Du côté des membres de l'entourage, il s'agit de les soutenir dans leur compréhension de la problématique addictologique, d'améliorer leurs habiletés et aptitudes vis-à-vis de la personne abstinente et d'améliorer leur bien-être en général.

Au **niveau organisationnel**, ce secteur emploie du personnel pour un total de 2.5 EPT. Il est aujourd'hui géré et coordonné par une adjointe à la direction pour l'ensemble de la Fondation, avec un temps de travail dédié (20%). L'équipe des centres de jour est composée d'un poste de gestion à 20% et de deux éducateur-trices sociaux à 60% présents sur chaque site, deux postes financés à part égales entre la Croix-bleue et la FEA. Quant aux accompagnements individuels post-cure, ils mobilisent un-e éducateur-trice à 50% à Vevey et un-e infirmier-ère à 40% à Yverdon-les-Bains. Ces collaborateur-trices sont formé-es en alcoologie et dans les techniques de l'entretien motivationnel, de la thérapie cognitivo-comportementale\*, de la PNL (programmation neuro-linguistique) et de l'approche systémique\*.

En 2019, le secteur ambulatoire couvrait la prise en charge d'environ **312 bénéficiaires<sup>v</sup>**, dont 180 personnes pour les centres de jour et 130 en suivis ambulatoires individuels post-cure. Sur l'ensemble des personnes en fin de séjour, un peu moins d'un tiers souhaite être accompagné pour un suivi post-cure, une proportion que la Fondation aimerait voir augmenter. Toutes les personnes au bénéfice d'un suivi individuel ont souffert de troubles sévères associés à l'usage d'alcool, avec des comorbidités psychiatriques et des problématiques addictives connexes (p. ex. cannabis) relativement fréquentes. Les bénéficiaires sont adressé-es à la FEA principalement par le Dispositif cantonal vaudois d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) et sur la base d'une demande explicite d'abstinence ; ils-elles sont hébergé-es en résidentiel après une période de sevrage.

Le **processus d'accompagnement individuel post-cure** démarre avant la sortie par la rencontre entre soignant-es et résident-es et le transfert progressif du dossier à la personne qui reprend la

---

<sup>u</sup> Les prestations ambulatoires sont financées par la DGCS (centres de jour et appartements supervisés), l'OFAS (via la CRIAD) et l'Assurance invalidité.

<sup>v</sup> Terme utilisé par les professionnel-les de la FEA.

référence de la situation ambulatoire. Les outils utilisés dans le cadre du résidentiel sont repris et adaptés pour assurer le succès de cette transition vers le domicile : outre les informations relatives à la compréhension globale de la situation, ils se composent du plan de soin individuel (ou projet thérapeutique avec la formulation des priorités et objectifs de l'accompagnement), de la carte du réseau primaire et secondaire de la personne bénéficiaire ainsi que du plan de crise conjoint<sup>w</sup>. Une fois en dehors de la structure, les référent-es FEA travaillent à la mise en place d'un cadre stable jusqu'à leur retrait progressif, mais les liens ne sont pas pour autant coupés avec l'institution puisque certaines activités peuvent être maintenues selon le souhait des personnes concernées (ateliers divers, groupes thérapeutiques, soutien administratif par l'assistante sociale d'Estérelle ou d'Arcadie, etc.). L'intensité du suivi varie en fonction de la situation de la personne bénéficiaire, son évolution dans le temps et les membres de son réseau : le suivi peut par exemple se limiter à un entretien par mois dans les cas les plus stables tout comme il peut exiger une forte implication des partenaires, le passage de plusieurs intervenant-es, des réunions en réseaux, une éventuelle reprise en charge résidentielle ou une réorientation, etc.

Selon la responsable, sur les 130 personnes suivies en 2020 à domicile, environ 45 situations feraient actuellement l'objet de suivis relativement complexes avec plusieurs partenaires impliqués. L'implication d'une ou de plusieurs **personnes de l'entourage** est un élément clé – trop souvent négligé selon elle – de la prise en charge ambulatoire, et en particulier lors du passage résidentiel-domicile. C'est pourquoi la FEA privilégie dès que possible l'intégration de personnes ressources dans le processus d'accompagnement (famille et proches, ami-es, voisinage, etc.), un soutien qui se concrétise notamment par des prestations de type « réseaux-famille ».

Les **collaborations entre professionnel·les** incluent tous·tes les partenaires du réseau médico-social de la région d'intervention et au-delà. Elles s'établissent en fonction des besoins et de l'évolution des situations, tout d'abord avec les médecins (psychiatres, généralistes), mais aussi avec les Centres médico-sociaux, les Centres sociaux régionaux ou le service des curatelles. Il n'est pas rare que de telles prises en charge/prestations soient présentes avant l'hébergement résidentiel et qu'elles soient réinstaurées au retour de la personne bénéficiaire : les référent-es de la FEA doivent ainsi coordonner leur action avec les partenaires impliqués, se mettre d'accord sur la répartition de certaines tâches (semainiers, travail d'écoute, etc.), leurs complémentarités et synergies éventuelles. La FEA travaille également en partenariat avec les intervenant-es spécialisés du domaine de l'addictologie comme la Croix-bleue romande et la FVA, notamment lorsqu'il s'agit de prendre le relais pour une situation. Selon les situations de prise en charge, ils-elles collaborent avec le réseau des Etablissements socio-éducatifs et des foyers, le Service de médecine des addictions du CHUV, les Unités de traitement des addictions des régions, ou encore les hôpitaux somatiques et psychiatriques.

La responsable estime que les collaborations sont globalement satisfaisantes entre professionnel·les du domaine médico-social, et en particulier lorsque ces dernier·ères sont spécialisés·es en addictologie ; dans ce contexte, les prises en charge se déroulent dans le souci constant d'éviter les doublons tout en étant le plus efficace possible. Depuis une quinzaine d'année elle observe également une meilleure disponibilité des psychiatres et des médecins dans le travail en réseau avec le secteur social. Elle rappelle toutefois que la situation des personnes en attente

---

<sup>w</sup> Les intervenants n'utilisent pas de protocoles ou questionnaires d'évaluation clinique des bénéficiaires.

d'un hébergement résidentiel est souvent des plus préoccupantes : elle souhaiterait en particulier que le temps d'attente entre la réponse du DCISA et l'entrée en institution post-cure soit réduit. Enfin, elle insiste sur l'intérêt de renforcer l'implication du réseau primaire des bénéficiaires (entourage proche, « réseaux-famille », etc.) dans le suivi ambulatoire.

## 3.4 La consultation ambulatoire dans le secteur Centre

### 3.4.1 La policlinique du Service de médecine des addictions (SMA)

Le SMA a été constitué en 2019 par la fusion entre le service d'alcoologie du CHUV et la polyclinique addictologique (qui a son siège au Bugnon 23 depuis juin 2018), avec la volonté de réunir dans un centre cantonal de référence à la fois le traitement, la recherche et la formation sur les addictions. Rattaché au Département de psychiatrie du CHUV, il regroupe aujourd'hui des prestations ambulatoires (policlinique), hospitalières<sup>x</sup> et de liaison relatives à la prise en charge des addictions avec ou sans substance (alcool, stupéfiants, médicaments et autres psychotropes, jeu excessif, cyberaddiction). Depuis le premier janvier 2020, les unités de traitement des addictions des secteurs Centre et Nord-vaudois sont réunies au sein du SMA et du Département de psychiatrie du CHUV<sup>y</sup>.

Située dans l'enceinte du CHUV (au Bugnon 23), la policlinique d'addictologie (dite « poladd ») constitue l'un des principaux centres où sont aujourd'hui délivrées les **prestations ambulatoires du SMA**<sup>z</sup>. Ces prestations consistent en une prise en charge individuelle ou de groupe – groupes de soutien par exemple – avec les personnes concernées ou leurs proches. Elles sont réalisées sur rendez-vous, dans un délai actuel d'un à trois mois, mais avec une voie d'accès rapide dans la journée pour les situations jugées « urgentes ». Concernant les addictions avec substances, le service délivre des traitements pour toutes les addictions (alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, etc.). Il délivre notamment des programmes avec prescription de traitements agonistes opioïdes (TAO) ou de Diacétylémorphine (DAM, héroïne médicale). Il assure le suivi, la vaccination et autres traitements de pathologies virales fréquentes chez les usager-ères de drogue par injection (Hépatite C, VIH, syphilis)<sup>aa</sup> ainsi que les traitements de troubles concomitants psychiatriques et somatiques, en collaboration avec d'autres acteurs selon les besoins. Le SMA inclut également une Unité socio-éducative (USE), structure dédiée à l'accompagnement de mandats de suivi administratifs et juridiques relatifs à des problématiques d'alcool – retraits de permis de conduire, peines de justice,

---

<sup>x</sup> Les prestations hospitalières concernent principalement deux unités : l'unité hospitalière d'alcoologie – Tamaris – et l'unité hospitalière d'addictologie – La Calypso. Le détail de ces activités n'est pas abordé ici puisque nous ciblons l'analyse sur ce qui se fait dans le domaine ambulatoire.

<sup>y</sup> L'UTAD, bien qu'étant désormais gérée par le CHUV, est traitée séparément dans ce texte (voir Point 3.5).

<sup>z</sup> Ces prestations sont financées en majorité par la LAMAL et pour une part minoritaire, par la DGS.

<sup>aa</sup> Les bénéficiaires du programme TAO viennent sur place retirer leur médication. Par contre, environ deux-tiers des patient-es sont au bénéfice d'un TAO qu'ils-elles retirent en pharmacies de ville : ils-elles nécessitent généralement un suivi moins intensif que le suivi des patient-es inscrit-es dans programme de remise *in situ*. Le centre du Bugnon offre des heures de dispense de 7h30 à 10h30 tous les jours. L'espace d'accueil (dit « espace communautaire ») est géré par les intervenant-es domaine social qui ont la mission de gérer les flux de (nouvelles) demandes, délivrer des informations relatives à la réduction des risques et faire du lien. Les infirmier-ères interviennent en salle de soins et à la pharmacie en tant que préparateur-trices.

etc.)<sup>bb</sup>. Le SMA est également l'instance de référence du Dispositif cantonal vaudois d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) pour le secteur Centre.

Le SMA fournit des **prestations de liaison** dans différents services hospitaliers : le service d'urgences générales du CHUV/Unisanté, l'hôpital psychiatrique de Cery, le service de psychiatrie ambulatoire de Chauderon, certaines unités de psychiatrie ambulatoire adulte du canton (Payerne, Yverdon) ou encore les urgences du Département Vulnérabilités et Médecine Sociale d'Unisanté. Il délivre des **prestations de soutien** à la médecine de ville, aux acteurs résidentiels, médicaux et psychiatriques. Le SMA offre également des prestations mobiles communautaires via le dispositif de liaison mobilité addictologie (ELMA) qui peut être sollicité par la médecine de ville, via les différents acteurs du réseau (soutien dans le milieu pour des périodes critiques), l'hôpital (pour une offre de Case management de Transition) ou via le partenariat établi entre le SMA et l'équipe du SIM(A) de psychiatrie communautaire qui assure le suivi intensif de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères et/ou de problèmes d'addiction avec absence d'adhésion aux soins.

La démarche thérapeutique du SMA correspond à des **suivis addictologiques interdisciplinaires et intégrés** qui regroupent des compétences médicales (somatiques et psychiatriques), infirmières et sociales. En termes de dotations, la policlinique emploie du personnel pour un total de 29 EPT répartis en 8 EPT de médecins (psychiatres, généralistes internistes, médecins assistant-es ou en formation), 10 EPT pour les soins infirmiers dont deux pour des assistant-es en soins et santé communautaire (ASSC) et 0.3 pour un-e assistante en pharmacie, 8 EPT pour les intervenant-es socio-éducatif-ves et 3 EPT pour des psychologues.

Selon nos répondant-es dans cette structure, pour 2020, le SMA prend en charge une **cohorte de 1'150 patient-es**<sup>cc</sup>, dont 45% pour un suivi principalement lié à l'alcool, 35% pour des substances illégales, 11% pour des problématiques de polyconsommation et 9% pour le jeu excessif et autres addictions comportementales (sans substance). En termes de **public cible**, le degré de sévérité des atteintes varie entre le suivi pour des troubles légers (estimés à 30-35% de la patientèle, toutes addictions confondues), des troubles modérés (estimés à 60%) et des troubles sévères (estimés entre 5 et 10%). La moyenne d'âge est de 47 ans, avec une proportion plus élevée d'hommes (deux-tiers) que de femmes. Les personnes prises en charge ont recours au SMA de leur propre initiative, parce qu'elles y sont orientées par l'intermédiaire de proches ou d'autres prestataires de soins, tels que les services hospitaliers du CHUV, la médecine de ville, le réseau addictologique du canton, les services sociaux ou encore le réseau à bas-seuil d'accessibilité des secteurs Centre et Nord-vaudois. Selon les estimations de nos interlocuteur-trices, le pourcentage de personnes suivies actuellement et qui cumulent les vulnérabilités et les répercussions socioéconomiques est plus élevé chez les patient-es souffrant d'addiction aux stupéfiants que dans la cohorte alcoolologie. Selon ces mêmes sources, les patient-es avec de lourdes comorbidités psychiatriques et somatiques, les personnes en crises, qui ressentent des difficultés à intégrer les lieux de soins classiques ou qui présentent de fortes difficultés sociales (pertes d'emploi, instabilité du logement, endettement, etc.) seraient surreprésenté-es au SMA.

---

<sup>bb</sup> L'USE est une unité distincte de l'unité socio-éducative de la Policlinique, raison pour laquelle nous traitons de cette offre plus loin dans le texte. L'unité socio-éducative de la policlinique intervient en priorité en soutien des équipes médicales et soignantes tous types d'addictions confondues – une personne de l'équipe est aussi dédiée au centre du jeu excessif.

<sup>cc</sup> Terme utilisé par les professionnel-es rencontré-es au SMA.

En ce qui concerne le **processus de prise en charge**, chaque nouvelle demande est adressée à la centrale du Bugnon, puis fait l'objet d'une évaluation addictologique<sup>dd</sup> par un·e médecin assistant·e et/ou un·e infirmier·ère. Ces dernier·ères prennent au maximum quatre nouveaux cas par semaine, en supervision d'un·e chef·fe de clinique ; ils·elles assurent le suivi médical en tant que référent·es de la situation et peuvent faire appel aux ressources internes selon les besoins dans les domaines psychiatriques, somatiques et/ou socio-éducatifs. Des **circuits-courts** ont été mis en place pour répondre aux demandes urgentes et éviter le délai d'attente<sup>ee</sup>. De même, le service dispose de quelques lits de décharge en cas d'urgence.

Le type de prise en charge varie selon le degré d'atteinte et la complexité de la situation. Pour les patient·es souffrant de **troubles légers**, l'activité de suivi est peu chronophage étant donné la bonne autonomie des personnes qui sont habituellement en mesure d'organiser leurs soins. Pour de tels suivis, les facteurs de risques sont donc relativement limités. Selon l'estimation des personnes rencontrées, les deux/tiers des patient·es souffrant de troubles liés à l'alcool et le tiers des patient·es sous TAO entrent dans cette catégorie. Ils·elles sont en général pris·ses en charge par le réseau de médecine de ville (leurs médecins traitants) ou un médecin traitant du SMA. Au besoin, le·la patient·e passera de l'ambulatoire généraliste au réseau spécialisé pour une prise en charge ponctuelle avant d'être repris par la première ligne de soins.

Les patient·es souffrant de **troubles modérés** nécessitent quant à eux·elles un plus grand volume de soins et de travail interdisciplinaire. Le suivi est le plus souvent réalisé en binôme entre un médecin et un membre du personnel soignant ou social. Selon les personnes rencontrées au SMA, cette catégorie de patient·e est en capacité de prendre la mesure des soins proposés et d'en comprendre les enjeux, mais elle doit faire l'objet d'un accompagnement resserré car son niveau d'autonomie est fragile. L'un des défis majeurs est de développer le lien thérapeutique et la confiance nécessaire pour que le·la patient·e gagne en autonomie. Ce processus peut prendre quelques semaines à des années, avec ici aussi une distinction entre la cohorte alcool et stupéfiants au niveau des dropouts, de la capacité à se présenter aux rendez-vous et à respecter les délais d'attentes, etc.

Pour les personnes concernées par des comorbidités importantes au niveau médico-psychiatrique et social (**troubles sévères**), un dispositif institutionnel est sollicité à l'interne. Dans ces cas, les problèmes sociaux (ruptures de lien, isolement conséquent voire difficultés de logement, perte de revenu et de travail) sont souvent au premier plan, en plus d'être fréquemment associés à plusieurs troubles médicaux concomitants. Les personnes concernées sont difficilement prises en charge dans le système ambulatoire de première ligne en raison de rendez-vous manqués, de difficultés à se déplacer, d'une fluctuation de la motivation, de multiples barrières au rétablissement, etc. Ce sous-groupe inclut, d'une part, des personnes très peu accessibles aux soins, et de l'autre, hautement utilisatrices (et souvent de manière anarchique) des services de santé. Le SMA a une plus grande souplesse que le système ambulatoire de première ligne au niveau des drop-out<sup>ff</sup>, les

<sup>dd</sup> L'évaluation clinique inclut des grilles d'évaluations des besoins, l'échelle URD (Urgence-Risque-Dangerosité), les échelles diagnostiques du CIM 10 et du DSM 5 ainsi que des échelles spécifiques selon les besoins relatifs aux domaines d'investigation.

<sup>ee</sup> Le service a formé le secrétariat pour identifier ces demandes. La prise en charge par circuit-court s'applique (sans être exhaustif) aux femmes enceintes avec problématique d'addiction, aux personnes en demande de TAO, aux personnes en rechute, aux patient·es suicidaires, aux situations urgentes pour cause de maladie.

<sup>ff</sup> Un expert rencontré précise que les rendez-vous manqués sont facturés Fr. 50.-, mais que cette norme est appliquée avec plus ou moins de souplesse selon les situations.

heures d'ouverture et de l'acceptation des patient-es, etc. Une équipe interdisciplinaire est alors engagée, avec l'attribution d'un-e **case-manager** ; cette mission est généralement dévolue à l'équipe sociale ou aux infirmier-ères du SMA, en collaboration/partenariat avec un-e médecin et sous la supervision d'un-e chef-fe de clinique. Le travail interdisciplinaire se réalise entre équipes infirmières, médicales et socio-éducative par l'échange d'informations autour des données de soin, des bilans somatiques et psychiatriques, des bilans et des évaluations sociales, etc. Ces situations font par ailleurs l'objet de discussions d'équipes lors de colloques dits de « cas complexes ».

#### Exemples de prise en charge de type case management\*

*« Patient polyconsommateur, sorti d'une prise en charge résidentielle précocement. Il a été hébergé dans hôtel et accompagné dans une demande de logement de type Housing first. Entre temps, il s'est cassé le bras et le service social l'a aidé dans ses démarches de soin (accompagnement chez médecin, etc.) tout en organisant son transfert par des démarches coordonnées avec les éducateurs du Housing first. Il est suivi depuis deux ans et la situation s'améliore. »* (Responsable secteur social, SMA)

*« Personne sans permis et statut officiel, en Suisse depuis 15 ans et qui est prise en charge via les urgences du CHUV pour des troubles addictologiques sévères. Son dossier est repris par l'Unité sociale conjointement aux soins qu'elle reçoit. L'équipe sociale avance dans les démarches d'affiliation à l'assurance maladie, de gestion de la franchise, etc. elle sollicite des Fondations pour des demandes de fonds. La demande de permis de séjour a pu être transférée dans le canton de Vaud mais la situation reste précaire : un doute demeure quant à un possible renvoi du pays, la consommation est toujours problématique, la personne est à la rue. Les travailleurs sociaux voient cette personne plusieurs fois par semaine. Ils l'aident actuellement à constituer un dossier pour obtenir le permis provisoire, en intégrant une expertise sociale et médicale. »* (Responsable secteur social, SMA)

De manière générale, le-la case manager fait un travail de première ligne plutôt « intensif » dans des phases aiguës et plus ponctuel par la suite, tout en maintenant un lien si la personne se retrouve dans une phase problématique. Dans ce cadre, le-la case manager effectue un travail de suivi, d'intervention et d'accompagnement de la personne également à l'extérieur du SMA, en lien avec d'autres partenaires impliqués (médecins, pharmaciens, curateurs, etc.).

A l'interne, le SMA promeut un **modèle interdisciplinaire** qui répond de manière adaptative et dynamique à l'évolution des besoins dans le temps : le-la généraliste-interniste référent-e délèguera un-e patient-e à un-e collègue psychiatre pour gérer une situation de crise (par exemple deuil), puis reprendra la main ; de même, il-elle pourra faire des bilans de manière très ponctuelle avec un-e patient-e qui, en parallèle, assiste à des consultations de soutien psychothérapeutique hebdomadaire et fréquente l'équipe soignante plusieurs fois par semaine pour accéder à son TAO ; ou encore, il-elle gèrera par exemple une situation de manière conjointe avec un-e infirmier-ère du CMS pour un travail d'aide et de soins à domicile, avec des reportings réguliers, et s'appuiera ainsi sur le réseau ambulatoire élargi, etc. Bien qu'encore en construction en raison du contexte de fusion institutionnelle relativement récent, le modèle est néanmoins posé, avec comme principe



de base celui d'une consultation généraliste, polyvalente et accessible, qui ne soit pas uniquement centrée sur l'aspect psychiatrique mais aussi sur les aspects somatiques des addictions<sup>99</sup>.

L'apport de l'équipe socio-éducative dans le parcours des patient-es se fait soit de manière ponctuelle au cours d'un ou plusieurs entretiens, soit de manière plus durable lorsque la situation le nécessite (case management). Cette équipe réalise, sur demande, des bilans de situations sur des aspects aussi divers que le logement, des problèmes juridiques liés à des statuts migratoires, des problèmes de divorces, de situations asséculo-logiques (AI, RI, etc.), la mise en place de curatelle ou la recherche d'activité (occupationnelle, professionnelle ou de formation). Hormis les situations de case management, la plupart des suivis bifocaux (social et médical) concerne des personnes plus ou moins stabilisées, avec comorbidités psychiatriques/somatiques ou non, qui ne sont plus dans des conduites à risque massives trop fréquentes, et avec qui un suivi addictologique médico-psycho-social continue à se faire en binôme avec les psychiatres, avec la résurgence ponctuelle de problèmes sociaux à traiter (problèmes financiers, tensions possibles avec un-e curateur-trice, etc.).

Toutes les **collaborations professionnelles** peuvent aussi s'ancrer dans le réseau externe, toujours sur la base du suivi de patient-es et en fonction de leurs besoins. Selon les personnes interviewées, les collaborations avec d'autres structures addictologiques (EdS, UTAM et UTAD) ainsi qu'avec le pôle psychiatrique du secteur Est (Fondation de Nant) sont peu nombreuses, elles n'ont lieu que dans les cas de transfert de patient-es. La plupart des liens hors structures s'établissent généralement avec des institutions et services situés dans les secteurs Centre et Nord-vaudois. Ils concernent tout d'abord les pharmacies (remise des TAO), les dispositifs bas-seuil d'accessibilité tels que la Fondation ABS à Lausanne ou encore Zone Bleue à Yverdon-les-Bains, les médecins de villes (généralistes, psychiatres installés-es). Dans le même sens, les échanges s'établissent selon les situations, avec les services sociaux de la région, l'office des curatelles, les services hôteliers (hôtels pour patient-es avec problèmes de logement en particulier), la Fondation de probation (pour personnes sous mandat) ainsi que les services d'aides aux personnes (EVAM, CARITAS, etc.).

Un autre partenaire privilégié du SMA est la psychiatrie du CHUV (psychiatrie générale, psychiatrie pénitentiaire) et des secteurs Nord et Ouest<sup>th</sup>, avec des échanges également fréquents entre SMA et établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM) de la région qui ne sont pas spécialisés dans les addictions (Le Rôtillon, Délice, La Borde, etc.). Le partenariat avec les urgences du CHUV/Unisanté est également important, avec les prestations ambulatoires de liaison où le SMA assure un rôle de consultants addictologiques<sup>ii</sup>. Plus globalement, les collaborations externes s'établissent avec l'ensemble du réseau addictologique Centre et Nord-vaudois, et de manière plus marginale avec celui des autres régions. Un travail important est notamment réalisé dans le cadre du réseau DCISA avec les acteurs résidentiels spécialisés en addictologie (Fondation du Levant, Les Oliviers, Bartimée, Vallée de Joux, etc.).

Plusieurs **difficultés et pistes d'amélioration** ont été relevées.

---

<sup>99</sup> L'abord psychiatrique peut, comme le rappelle l'un de nos interlocuteurs, bloquer un certain nombre de personnes à se rendre en consultation.

<sup>th</sup> Pour le secteur Ouest, l'addictologie dispose actuellement d'un poste de chef-fe de clinique à 50%, d'un poste infirmier à 50% et d'un poste de médecin cadre à 10% dans le Département de psychiatrie communautaire de l'hôpital de Prangins.

<sup>ii</sup> La liaison s'établit ici par la présence d'un-e médecin assistant-e ou d'un-e infirmier-ère au briefing du matin des urgences, qui peut selon les cas déboucher sur une évaluation avec proposition de suivi en addictologie.

Un premier défi concerne la démarche interdisciplinaire mise en œuvre. Les obstacles identifiés ici renvoient à la capacité des professionnel·les à se mobiliser dans un contexte marqué par une surcharge de travail et des difficultés à traiter les patient·es « complexes » qui exigent un volume élevé de soins. La difficulté du travail de coordination est fortement corrélée, selon nos répondant·es, à une charge de travail élevée, à l'absentéisme, à un manque d'espace d'échanges et à des conflits d'agenda. Dans ce contexte, le travail se caractérise souvent par une clinique de « l'urgence » compliquée à programmer et motivée notamment par l'acutisation des symptômes ou par la détresse sociale aiguë des patient·es. Les interventions de prévention, de dépistage et de traitement de certaines maladies chroniques notamment (diabète, etc.) sont mises au second plan et difficiles à réaliser, notamment auprès de personnes vieillissantes et dépendantes aux opioïdes.

Selon un expert rencontré au CHUV, pour répondre à cette catégorie de patient·es « complexes », il est nécessaire de rendre les prestations du SMA plus souples et adaptatives. Selon lui, plutôt que de « faire venir les gens au rendez-vous », l'idée de « rejoindre la personne là où elle se trouve dans la communauté » est une piste à explorer ; elle implique de renforcer l'offre de type communautaire et dans le « milieu », de travailler plus étroitement avec les réseaux associatifs de pair·es aidant·es par exemple, ou encore de renforcer l'offre en hébergements *Housing First*, offre qu'il juge d'autant plus insuffisante à l'heure actuelle<sup>ii</sup> que son potentiel est important dans le processus de rétablissement des patient·es.

Un deuxième point critique identifié par un médecin du SMA concerne les délais d'attente et la gestion du flux de demandes au SMA, qu'il juge peu satisfaisants à l'heure actuelle. Ce dernier fait toutefois remarquer que la question de la réactivité vis-à-vis des demandes ne fait pas l'unanimité auprès des médecins du sérail. La culture de réduction des risques et dommages est fortement ancrée dans le champ des addictions aux opioïdes : elle promeut une approche bas-seuil avec l'idée de prendre en charge rapidement les personnes sachant que les situations peuvent dégénérer rapidement. Or, ce paradigme entrerait en tension avec une autre approche, plus proche de la psychiatrie traditionnelle selon notre interlocuteur, et qui considérerait le délai d'attente comme un élément décisif d'engagement des patient·es dans le soin.

Une troisième difficulté identifiée par les professionnel·les rencontré·es au SMA renvoie à la collaboration interinstitutionnelle, qui serait, selon certain·es, largement tributaire d'un fonctionnement en silo, avec comme conséquence, des difficultés à anticiper les transitions (sorties de résidentiel par exemple) et à assurer la continuité nécessaire pour un suivi de qualité.

Selon un infirmier cadre au SMA, les difficultés dans la coordination entre secteur résidentiel et ambulatoire spécialisé se manifestent encore aujourd'hui lorsque certain·es patient·es, en rupture de cadre, sont exclu·es d'une institution, sans anticipation ni coordination des acteurs de soins. D'après son expérience, l'institutionnalisation peut susciter des attentes parfois un peu magiques ou surréalistes de part et d'autre (personnel de soins, patient·es, proches). De plus, chaque structure a sa propre culture, ses propres prérogatives, ses priorités, vit ses propres crises, etc. De son côté, la personne prise en charge peut être « agissante », vivre sa propre vie, penser que son passage en résidentiel était la bonne solution et faire machine arrière, sur-réagir pour s'extraire du cadre, mettant ainsi en échec son projet.

---

<sup>ii</sup> Elle s'élève à une vingtaine de places pour Lausanne. Or, selon cet expert, ce modèle ne devrait plus être l'exception mais la règle.

Par rapport à la question de la continuité des soins, les témoignages sont parfois divergents. Selon un médecin psychiatre interviewé, la continuité des prises en charge se serait nettement améliorée ces dix dernières années par rapport à ce qui se faisait auparavant dans le domaine addictologique : dès que les personnes seraient « branchées », autrement dit après la mise en place un réseau autour d'elles, les collaborations seraient selon lui « devenues excellentes ». A l'inverse, un médecin interniste met en évidence le manque de communication entre structures (ambulatoires ou résidentielles, de première ligne ou spécialisées) et son sentiment de « tout devoir recommencer avec chaque patient·e ». Pour cette praticienne, la transmission des informations entre les structures est encore lacunaire et trop peu systématique. La plateforme Substitution<sup>kk</sup> avait suscité beaucoup d'espoir, mais elle estime que ce dispositif n'apporte que peu d'outils pour améliorer la gestion clinique des situations. Selon elle, à l'heure actuelle, le dispositif addictologique manquerait ainsi de plateforme clinique qui puisse regrouper les intervenant·es de différentes structures de soins pour échanger, se coordonner et débattre, en particulier autour des « situations complexes ».

Du côté des **pistes d'amélioration**, la nécessité de faire un état des lieux de chaque structure de prise en charge addictologique dans le canton est évoquée, avec la mise en évidence du panorama des offres de prestations existantes dans le canton en termes de soins de base, de prestations de réduction des risques, de prestations médicales et socio-thérapeutiques. Par ailleurs, le renforcement de l'offre de soutien à la coordination pour les patient·es en situation de transitions interinstitutionnelles, avec la mise en place d'équipes mobiles intégrées (médico-psycho-sociales) est mentionné comme un point d'intérêt, tout comme le fait de mieux exploiter, voire de développer, le dispositif de liaison vers les premières lignes de soins.

#### 3.4.2 La consultation spécialisée DEPART

DEPART a été créée en 2004 en tant qu'une unité transverse du Département de psychiatrie (DP) du CHUV. Elle est devenue une « consultation spécialisée » en 2019, lorsque les professionnel·les de DEPART ont rejoint le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA/DP). Aussi appelé « programme DEPART », les activités principales de cette structure sont la consultation ambulatoire, la promotion du repérage des adolescents consommateurs, le soutien, la formation et l'accompagnement des professionnels de première ligne travaillant avec ces jeunes ainsi que la coordination des actions de prévention en milieu scolaire dans le cadre du PGDEP2 (programme de prévention des dépendances en milieu scolaire).

La **consultation ambulatoire**<sup>ll</sup> (volet qui nous préoccupe ici) s'organise autour d'une phase d'évaluation de la situation, qui se réalise en binôme sur plusieurs entretiens et peut ou non déboucher sur un suivi à plus long terme. L'évaluation est restituée lors d'un moment de bilan avec le jeune et l'adulte demandeur, dans lequel la décision de poursuivre ou de stopper le suivi est alors discutée. Selon les besoins identifiés (situation fragile, présence d'un éventuel diagnostic pédopsychiatrique, etc.), la structure propose un accompagnement psycho-social et/ou

---

<sup>kk</sup> Pilotée par l'office du médecin cantonal.

<sup>ll</sup> Ces prestations sont financées en majorité par la DGS. Les suivis médicaux qui se poursuivent après l'étape d'évaluation sont facturés LAMAL.

pédopsychiatrique ou une réorientation du jeune vers d'autres intervenant·es du réseau (structures de soins, structures sociales et d'insertion, etc.).

L'activité clinique d'évaluation et d'accompagnement se base sur l'idée d'une intervention multidimensionnelle (famille, école, ressources du réseau) et proactive autour du·de la jeune concerné·e et de son entourage. La prise en charge s'effectue en **binôme interdisciplinaire** avec un double regard clinique (médico-psychologique et socio-éducatif) et un travail bifocal (référent·e jeune, référent·e famille-réseau)<sup>4-6</sup>.

**L'équipe clinique** est composée d'intervenant·es du domaine social, d'infirmier·ères, de psychologues et de pédopsychiatres pour un total de 9.45 EPT. Les spécialisations des pédopsychiatres et psychologues sont la thérapie cognitivo-comportementale\*, l'approche systémique\*, l'approche psychanalytique et la psychanalyse familiale. Les autres collaborateur·trices sont formé·es à la thérapie de famille, à l'entretien motivationnel\*, à la formation d'adulte, à la santé communautaire, en addictologie, à l'analyse de pratique, à la PNL\* et à l'analyse transactionnelle. Les locaux de DEPART sont situés à Chavannes-près-Renens (siège), mais entre 2010 et 2013, de nouvelles antennes ont été ouvertes à Montreux, à Yverdon et à Nyon. Les nouvelles demandes sont ainsi réparties selon le critère géographique et l'agenda des collaborateur·trices présent·es dans la région. L'intérêt d'une telle organisation est de faciliter l'accès aux prestations indépendamment de la région concernée : les collaborateur·trices de DEPART sont mobiles, ils-elle réalisent leurs entretiens dans leurs locaux, ceux de certains partenaires (bureaux des infirmières scolaires, DGEJ, foyers, etc.) ou dans d'autres lieux selon les besoins.

En termes de **public cible**, DEPART se concentre sur l'accompagnement de jeunes de 12 à 20 ans concerné·es par une consommation de substances psychotropes<sup>mm</sup>. Cela représente une file active d'environ **150 à 200 jeunes par année**, dont une minorité (N=15) nécessitera une prise en charge pédopsychiatrique (présence d'un diagnostic) sur du plus long terme et de manière volontaire. Les jeunes pris·es en charge en 2019 sont en majorité de sexe masculin et leur moyenne d'âge de 17 ans<sup>nn</sup>. Les demandes initiales sont le plus souvent non-volontaires : elles émanent pour 41% des parents, 21% du réseau éducatif ou social, 13% de l'adolescent·e, 10% du réseau scolaire ou professionnel et 9% du réseau psychothérapeutique (cf. rapport d'activité 2019). Lors du premier appel, la grande majorité des cas sont référés à DEPART pour une consommation de cannabis (plus de 90%) ; l'alcool est signalé comme principal problème dans un tiers des cas, seul ou en plus du cannabis. La consommation d'alcool se fait la plupart du temps durant les week-ends ou lors de fêtes et de façon massive (*binge*), mais rares sont les adolescent·es qui en consomment quotidiennement. 92% des adolescent·es qui ont passé l'évaluation en 2019 relèvent en revanche une consommation régulière de cannabis durant les 12 derniers mois, dont près de 52% une consommation quotidienne. Entre 10-20% de ces adolescent·es ont testé occasionnellement d'autres produits que le cannabis ou l'alcool. De même, la consommation de drogues de synthèse en soirée est fréquente chez les jeunes suivis à DEPART (ecstasies, LSD, autres). Notons enfin qu'une à deux situations par année concernent des polyconsommateur·trices régulier·ères de divers

---

mm Depuis janvier 2021, DEPART a aussi la mission de prendre en charge les jeunes de 12 à 20 ans concerné·es par la problématique des écrans.

nn Les jeunes de moins de 14 ans sont très peu représentés. Ceux deux 15 ans et plus (jusqu'à 18 ans) sont les plus nombreux.

substances (alcool, cannabis, ecstasy par exemple) associées à des consommations d'opioïdes nécessitant des interventions spécifiques.

En termes de **sévérité des consommations**, DEPART utilisait jusqu'en juin 2020 l'échelle d'évaluation DEPADO qui répartit les situations en trois catégories : feu vert (11%) – la consommation n'est que peu inquiétante et ne nécessite pas de prise en charge spécifique ; feu orange (37%) – une intervention est souhaitable en raison d'une problématique émergente ; et feu rouge (52%) – une intervention spécifique est nécessaire en raison d'une consommation inquiétante. Précisons toutefois que ce n'est pas uniquement le résultat du DEPADO qui va déterminer la nécessité d'une intervention, mais bien l'évaluation globale (santé psychique et physique, insertion, famille, etc.) réalisée avec le jeune et son réseau, y compris la famille.

Comme évoqué plus haut, **le processus de prise en charge** débute par une étape d'évaluation effectuée en binôme avec le jeune et la personne qui a fait la demande (parent, éducateur·trice, personnel d'institution, etc.). Selon les interlocuteur·trices rencontrés·es, les premiers entretiens servent autant à canaliser les inquiétudes des personnes qui ont fait la demande, qu'à délivrer des messages de prévention et de réduction des risques, offrir un espace de parole sans jugement sur l'expérience de consommation du·de la jeune – ce qui est souvent difficile dans un cadre familial lorsque le dialogue est rompu – et identifier des vulnérabilités éventuelles (diagnostic d'hyperactivité ou troubles psychiatriques sous-jacents par exemple). Ces entretiens sont également l'occasion d'aborder la question de l'insertion scolaire ou professionnelle, de proposer des démarches socio-éducatives, et le cas échéant, d'introduire les personnes adéquates du réseau, de contacter des structures qui ont de telles missions, d'accompagner physiquement le-la jeune vers ces professionnel·les, etc. Un bilan et une indication résultent de cette première étape, qui informe sur la suite à donner.

Selon les expériences rapportées en entretiens avec l'antenne d'Yverdon, l'étape d'évaluation est déjà thérapeutique en soi pour la majorité des situations et seule une minorité de cas se poursuivraient dans un suivi plus complexe. Dans un exemple de cas assez courant, un·e jeune se présente avec ses parents qui se montrent inquiets de sa consommation de cannabis. Après quelques entretiens, il ressort que sa consommation n'est pas régulière ou massive mais liée à une expérience mal gérée qui a cristallisé les appréhensions de part et d'autre. Le cadre d'écoute proposé permet d'apaiser les inquiétudes, avec une proposition faite aux parents et au jeune de se revoir si besoin. Dans d'autres situations, plus complexes, la consommation est souvent régulière depuis trois ou quatre ans, avec l'expérimentation de plus d'une substance. Certain·es jeunes se sentent parfois déjà isolé·es, se sont arrêté·es dans leur parcours ; ils·elles ont de la peine à venir aux rendez-vous, à accepter la démarche, avec une motivation et une estime de soi faibles. Dans ces situations DEPART se montre très proactif, il s'agit de créer du lien même si l'assiduité du jeune est réduite. Mais comme le relèvent les intervenantes rencontrées à DEPART, ces situations demeurent compliquées en termes de soin, avec le sentiment d'arriver souvent un peu tard et avec des perspectives de soins peu réjouissantes.

Les intervenant·es DEPART sont très attaché·es au **modèle interdisciplinaire** dans le processus de travail clinique. Les situations en cours sont discutées entre tous les membres de l'équipe (médecins, personnel soignant, éducateur·trices) de manière informelle et/ou lors des colloques hebdomadaires. Une forme d'horizontalité prévaut dans ces rapports, qui renforce, selon les

intervenant·es rencontré·es, leur capacité de décentrement, d'objectivation des situations cliniques et leurs aptitudes à comprendre et à communiquer avec les partenaires externes.

Au travail clinique s'ajoute une **activité de réseau** plus ou moins importante selon les cas (mise en place d'un réseau de partenaires, réactivation d'un réseau existant, etc.).

DEPART travaille ainsi de manière privilégiée avec les structures sociales ou d'insertion telles que le SEMO, le COFOP, RESSORT, l'AI, les foyers socio-éducatifs, les structures de l'EVAM, les Mesures d'éducation spécialisée en vue de l'insertion professionnelle – MESIP. DEPART travaille aussi avec les établissements scolaires du canton par le biais des infirmières et d'autres personnes ressources, avec la DGEJ et le tribunal des mineurs. DEPART a également développé ses collaborations avec certaines structures de soins telles que les équipes mobiles en psychiatrie, les structures d'addictologie adultes des secteurs Centre, Nord, Est et Ouest-vaudois, avec les consultations pédopsychiatriques du canton (pédiatres, thérapeutes installé·es) ainsi qu'avec les travailleurs sociaux et travailleuses sociales de proximité de différentes régions. En retour, les personnes rencontrées en entretien estiment que DEPART est désormais bien identifiée par les différent·es intervenant·es des secteurs médicaux, sociaux et addictologiques. Cette reconnaissance s'est aussi construite via les autres missions remplies par la structure (mission de repérage, de formation et de coordination des actions de prévention en milieu scolaire) et les réseaux institués dans ce cadre avec les établissements scolaires, les structures spécialisées, les personnes ressources, etc.

Dans l'ensemble, ces **collaborations externes** sont d'autant plus nécessaires que la situation est jugée complexe, en particulier pour des jeunes en rupture d'insertion ou à risque de rupture, qui manifestent des difficultés psychiques sous-jacentes, qui manquent temporairement de soutien familial ou qui consomment de manière importante ou « inquiétante » selon l'échelle DEPADO. Selon les intervenantes rencontrées, une zone grise existe toutefois entre la pédopsychiatrie et le domaine des addictions, qui nécessite une coordination attentive entre les partenaires de soin. Dans les cas où un·e jeune est suivi·e par son pédopsychiatre ou un·e psychologue par exemple, DEPART intervient de préférence en soutien pour les questions de consommation. En général, les modalités de collaboration sont très adaptatives et il n'est pas rare de s'organiser avec un·e médecin ou un·e psychologue installé·e pour une séance commune (intervention en binôme) pour éviter de multiplier les rendez-vous. Si un·e pilote est déjà dans le réseau, la personne référente va s'y greffer ; dans le cas contraire, il·elle prendra volontiers le pilotage du suivi, avec l'avantage de bénéficier de plus de temps pour l'organisation et la coordination que d'autres professionnels – notamment du domaine privé<sup>oo</sup>. Assez souvent, DEPART assure également un rôle de médiation ou d'orientation, que ce soit pour pacifier une situation tendue entre parents, jeune et partenaires de prise en charge, ou pour inclure un nouveau partenaire (DGEJ par exemple) pour un soutien éducatif par exemple.

Les collaborations externes s'établissent de manière spécifique selon le contexte socio-sanitaire de chaque région. Dans la région Nord-vaudoise par exemple, où nous avons réalisé un entretien d'enquête, les intervenantes rencontrées expliquent que des protocoles de collaboration ont été établis avec l'UTAD et l'Unité « Urgence-crise » de l'hôpital d'Yverdon. Elles remarquent aussi que

---

<sup>oo</sup> Ajoutons que ce rôle est encore renforcé par le fait que la DGEJ, la pédopsychiatrie ainsi que certaines écoles marquent une rupture dans leur suivi lorsque les jeunes ont atteint l'âge de 18 ans. DEPART étant habilitée à s'en occuper jusqu'à 20 ans, il leur arrive souvent de reprendre le pilotage pour assurer cette transition.

l'activité de travail en réseau y est importante puisqu'elle pallie, selon elles, à une certaine disparité régionale en termes de volume de prestations disponibles. Elles relèvent en effet qu'un·e jeune domicilié·e à Payerne et manifestant des problèmes de sommeil récurrents ou ayant des problèmes d'insertion sera limité dans ses choix s'il·elle ne se déplace pas à Lausanne ou Yverdon – il n'y a pas d'équivalent de la DISA<sup>pp</sup> à Payerne, ni de structure telles que le COFOP<sup>qq</sup>. Les jeunes morgien·nes ou lausannois·ses en situation similaire ne connaissent pas (ou moins) ce type de contraintes en raison d'une plus grande diversité d'offres dans ce secteur. Cette relative disparité des offres sur l'ensemble du territoire est donc une préoccupation actuelle des membres de cette équipe.

Les responsables interviewées mentionnent encore deux **enjeux importants** dans les activités quotidiennes menées par DEPART.

Le premier concerne la question de la transition entre les structures ambulatoires mineures et adultes, jugée cruciale que ce soit dans le domaine de la psychiatrie, des structures sociales ou addictologiques. La plupart des structures « adultes » sont moins proactives dans l'accompagnement des jeunes et donc beaucoup repose sur la bonne volonté de ces dernier·ères ou leur capacité à se mobiliser. Or, selon nos interlocutrices, ces jeunes ont encore des difficultés d'autonomie et une capacité réduite à demander de l'aide malgré leurs 18 ans. Certain·es jeunes sont resté·es en panne dès leur 17-18 ans, avec peu de soutien ou de demande de leur part, et leur sont signalé·es peu avant leurs 20 ans, avec des difficultés de prise en charge décuplées. Dans d'autres situations, le lien que DEPART a pu créer avec des jeunes mineur·es peut facilement se perdre une fois leur majorité atteinte. Des mesures de prise en charge intermédiaires ont été proposées par les Centres sociaux régionaux (via les conseillers 18-25), mais elles ne sont pas systématiques : à l'âge de 18 ans, les jeunes passent encore trop souvent du « tout ado » au « tout adulte ». Dans le domaine socio-sanitaire, les intervenant·es attendent en général que la personne se manifeste pour entreprendre des démarches. De même, si un rendez-vous est manqué, il n'y a pas forcément de suite. La prise en charge « adulte » n'inclut pas non plus le lien et le soutien des familles. Ce relâchement des contraintes, nos interlocutrices l'observent dans tous les domaines. Elles estiment que le débat sur la culture de transition, la question de l'aide contrainte et de la proactivité devrait être à nouveau ouvert dans le domaine addictologique, social et psychiatrique, en organisant un Forum sur cette question par exemple.

L'autre enjeu qui préoccupe l'équipe DEPART depuis plusieurs années concerne la moyenne d'âge du public cible qui est d'environ 17 ans, avec l'ambition de mieux anticiper la situation de jeunes qui leur arrivent après quelques années de consommations répétées et pour qui le risque est élevé que des problèmes d'addiction se développent à plus long terme. L'abaissement de l'âge moyen est à mettre en lien avec l'action qui touche à la prévention en milieu scolaire, la sensibilisation et le repérage précoce<sup>7,8</sup>. Dans le suivi ambulatoire, une initiative sera prochainement mise en œuvre par DEPART et en collaboration avec des acteurs de première ligne (travailleurs sociaux de proximité, foyers, etc.), consistant à offrir des évaluations de courte durée sur le modèle de l'intervention brève de type motivationnelle\*, dans l'idée de faciliter l'accès des jeunes les plus vulnérables à des prestations de soins et ceci le plus tôt possible.

---

<sup>pp</sup> DISA : Division interdisciplinaire de santé des adolescents (CHUV).

<sup>qq</sup> COFOP : Centre d'orientation et de formation professionnelles.

### Accompagner et écouter les jeunes consommateur·trices de substances

L'un des points clés de l'activité clinique de DEPART – et de son adéquation face au public pris en charge selon nos interlocuteurs – est à la fois d'encourager la réflexion des jeunes sur le sens de sa consommation, et de permettre une meilleure compréhension du contexte par les personnes demandeuses.

*« C'est souvent assez surprenant de voir avec quelle facilité les jeunes parlent d'eux, de ce qu'ils vivent. En fait ils adorent, c'est vraiment l'ambivalence de l'adolescence... Lorsqu'ils comprennent qu'on n'est pas menaçant, ils se livrent. Ils ont l'impression qu'on est leur miroir et ils aiment bien !... Parce qu'en général, dès qu'ils en parlent à l'extérieur, il y a un jugement moral qui est posé d'emblée, alors lorsque des professionnels se montrent intéressés et sans jugement, c'est bien apprécié (...) » (Intervenante sociale, DEPART)*

*« Du coup, [l'objectif de ces entretiens] est d'intéresser suffisamment le jeune à réfléchir pour qu'il s'implique davantage dans un travail là-dessus. Reconnaître les avantages et les fonctions qu'a la conso pour le jeune est important, ça permet d'aller plus loin et de comprendre les émotions qu'il y a derrière, par exemple : 'quand je fume j'arrive mieux à me concentrer'... ce que les parents peinent souvent à comprendre. Mais peut-être aussi que derrière il y a une forme d'hyperactivité (...) L'avantage ici, c'est que ça ouvre la possibilité de parler des impacts de la conso et de donner des conseils de prévention. (...) Et il faut dire que souvent c'est la conso qui sert de déclencheur pour une consultation, mais en fait, l'évaluation permet de faire ressortir un diagnostic d'hyperactivité. Souvent les parents amènent ces détails et c'est rassurant d'en prendre compte. » (Intervenante sociale, DEPART)*

### 3.4.3 L'Unité socio-éducative (USE)

L'Unité socio-éducative (USE) faisait partie du Service d'alcoologie du CHUV jusqu'à la création du SMA en 2019, auquel elle est rattachée depuis. Cette unité est entièrement dédiée au suivi de mandats issus du Service des automobiles et de la navigation (SAN) ou de la Justice, pour des personnes interpellées ou condamnées en lien avec une consommation d'alcool.

Les situations prises en charge à l'USE se caractérisent par le double critère du mésusage d'alcool et de l'existence d'une infraction ou d'un délit. Elles sont évaluées par des expert·es (médecins et psychologues experts du SMPP, de l'Unité de médecine et psychologie du Trafic, médecins conseils du SAN) avant d'être transférées à l'USE, qui se charge d'organiser le suivi conformément aux attentes des Autorités mandataires. Ces suivis sont réalisés en **ambulatoire** : ils consistent en des consultations individuelles (45 minutes) couplées à des cours de sensibilisation. Dans l'ensemble, c'est l'approche motivationnelle\* qui est privilégiée, avec un fort accent porté sur la recherche d'adhérence des patient·es au suivi et la création d'une alliance thérapeutique malgré un cadre de contrainte explicite. Les contrôles d'abstinence sont réalisés par le laboratoire de l'Unité de toxicologie et de chimie forensique du CHUV (CURML/TCF). La fin d'un mandat équivaut à la remise du rapport au mandant, lequel préside (ou non) à la levée du dispositif. Notons encore qu'un **service de liaison** est assuré entre l'USE et le réseau psychiatrique du CHUV, avec des évaluations et des propositions de traitements possibles pour les situations qui le nécessitent.



L'unité emploie actuellement **sept intervenant-es dans le domaine social** y compris la responsable, pour un total de 6.2 EPT. Elle est supervisée par un médecin cadre psychiatre du Service de médecine des addictions (SMA/CHUV), avec des colloques réguliers mis en place entre le personnel opérationnel et ce médecin pour la supervision clinique et les discussions de cas. Les intervenant-es sont issu-es du champ du travail social et de la psychologie, avec des formations spécialisées en approches motivationnelles\*, en intervention systémique\*, en médiation et en addictologie. L'unité socio-éducative dispose d'**antennes** dans tous les secteurs géographiques du canton : au CHUV, à Yverdon (2 jours de consultation par semaine), à Nyon (2 jours de consultation par semaine) et à Montreux (4 jours de consultation par semaine). Ce déploiement permet à la structure de répondre dans un délai d'une semaine à toute demande adressée, avec une répartition des dossiers selon les secteurs géographiques et les disponibilités de chaque intervenant-e.

Pour 2020, la file active représente **418 dossiers**, avec une vingtaine de nouvelles demandes par mois environ. La population concernée est composée uniquement de personnes majeures, à 85% d'hommes et d'une moyenne d'âge de 40 à 44 ans. La plupart des situations du point de vue socioéconomique sont plutôt stables (logement, travail, personnes insérées), mais les suivis engagés mettent en lumière des situations plus complexes dans une minorité de cas (problèmes de logement, personnes à l'AI ou au RI, etc.). Actuellement, les mandats proviennent à 90% du SAN pour des conduites en état d'ébriété. Les 10% restants se répartissent entre des mandats de l'Office d'exécution des peines pour des jugements, des libérations conditionnelles avec sursis (art. 63) ou des mandats de l'Office du médecin cantonal pour des dossiers concernant les droits de pratique.

En termes de **sévérités de l'addiction**, l'USE prend en charge des troubles modérés à sévères. La responsable de l'Unité fait en effet remarquer qu'il est estimé qu'avant d'être interpellée dans le cas d'une conduite en état d'ébriété, la personne concernée aurait déjà commis ce délit deux cents fois en moyenne. Les personnes suivies à l'USE ont été déclarées « inaptes » suite à un avis médical, en plus de l'infraction ; elles se distinguent par conséquent des personnes que l'expertise juge « aptes sans conditions » suite à leur l'infraction et pour lesquelles aucun suivi ne sera effectué. Ce filtre initial explique pourquoi dans la cohorte des suivis de l'USE, la catégorie de patient-es dépendant-es ou à risque d'addiction est surreprésentée (40%) par rapport à la moyenne en population générale (5%).

En ce qui concerne le **processus de prise en charge**, les suivis individuels se réalisent sur une période de deux ans en moyenne avec pour objectif d'accompagner les personnes dans l'abstinence et son maintien, ainsi que de prévenir la récurrence. Les collaborateur-trices de l'USE tentent d'explicitier les raisons, modalités et contextes de la consommation de la personne, de travailler sur la dimension transgressive du comportement et sur les voies alternatives possibles. Les patient-es assistent également à des cours (groupes de 12 à 15 personnes), cours qui abordent des éléments généraux liés à la conduite en état d'ébriété, aux infractions, à l'alcool et à ses effets psychoactifs. Cette sensibilisation permet de diffuser de l'information, de déconstruire certains schémas ou idées reçues, autant d'éléments repris en consultation pour soutenir la prise de conscience de l'individu, sa responsabilisation par rapport au délit.

Dans l'ensemble, la responsable de cette structure remarque que le permis de conduire est toujours gage de motivation important pour les personnes concernées. En général, ces dernières se mobilisent pour venir aux rendez-vous et travailler sur leur rapport à la consommation, ceci

d'autant plus qu'elles ont accès gratuitement aux consultations<sup>rr</sup>. En revanche, si les intervenant·es observent des difficultés à maintenir l'abstinence ou que la personne est très dépendante, si des troubles psychiques se déclarent au cours d'un suivi standard – l'exemple est donné d'une décompensation psychotique ou de la détection de troubles de la personnalité borderline –, ils peuvent faire le lien avec le réseau de la personne (son médecin traitant) ou lui proposer une évaluation médicale dont découlerait d'autres pistes de prise en charge (traitements pharmaceutiques, dispositif de sevrage ambulatoire ou institutionnalisé, etc.). En fin de mandat, certaines personnes émettent parfois d'elles-mêmes le souhait de continuer la prise en charge dans le cadre d'un suivi volontaire. Les collaborateur·trices de l'USE assurent alors la transmission du dossier vers les médecins et thérapeutes de ville ou vers le réseau addictologique (collègues du SMA, FVA ou Croix-bleue).

A sa mission de suivi d'application des peines/infractions s'ajoute ainsi une mission implicite de repérage des situations et, le cas échéant, d'inscription des personnes dans un réseau de soins. De ce point de vue, l'USE est une porte d'entrée cruciale dans le réseau addictologique, au même titre que le sont les urgences hospitalières. De ce fait, pour sa responsable, les suivis sous mandats ne doivent pas être dévalorisés au prétexte qu'ils entrent dans un régime de contrainte. Un grand effort est fourni du côté de l'USE pour personnaliser la prise en charge et encourager les patient·es à devenir proactif·ves, à s'approprier le processus thérapeutique.

En ce qui concerne les **réseaux de collaborations professionnelles**, l'USE travaille avec les partenaires impliqué·es par ses mandats de prestations (Autorités, Services des automobiles, Fondation vaudoise de probation et Office d'exécution des peines, médecins conseils, laboratoires, etc.), dont découle un protocole et un agenda plus ou moins stricts.

Dans ce cadre, un colloque est organisé tous les deux mois environ avec des représentant·es du SAN, des toxicologues, des expert·es de médecine du trafic, des intervenant·es du CAP (Fondation du Levant) et l'USE pour des discussions de cas. Par ailleurs, l'USE est en contact étroit avec les intervenant·es du CAP (Fondation du Levant) qui s'occupent des mandats administratifs et pénaux liés à l'usage de stupéfiants. La plupart des collaborations entre ces deux structures concernent principalement les mandats de suivis du SAN pour lesquels l'expertise initiale mentionne une consommation concomitante de plusieurs substances (alcool, stupéfiants, THC, etc.) et préconise ainsi un double suivi. Des échanges ou colloques sont organisés régulièrement afin de coordonner les prestations, confronter les préavis et points de vues entre expert·es, travailler en commun sur les rapports, etc.

Sur le plan socio-thérapeutique et médical, l'USE privilégie tout d'abord le réseau de la personne afin de potentialiser les liens déjà existants. Dans ce cadre, il n'est pas rare que les intervenant·es contribuent à sortir une situation de l'opacité en aidant certain·es patient·es à « franchir le pas » et à signaler leur problème de consommation d'alcool à leur médecin traitant. Très souvent, ces intervenant·es sont amené·es aussi à collaborer avec des curateur·trices ou des assistants sociaux et assistantes sociales.

---

<sup>rr</sup> Les entretiens sont gratuits pour les personnes concernées, seuls les expertises, les frais des décisions et contrôles d'abstinence sont facturés à leur charge.

Si cela s'avère nécessaire, l'USE peut constituer un réseau de prise en charge pour la personne qui le souhaite. De par son lien fonctionnel avec le CHUV, les contacts avec le SMA et le Département de psychiatrie sont facilités ou établis par convention (liaisons psychiatriques). Selon les besoins identifiés, la structure peut aussi privilégier des collaborations avec la médecine de ville (médecins généralistes, psychiatres ou psychothérapeutes installé-es) ou avec le secteur résidentiel (l'unité Tamaris de l'hôpital de Cery est mentionnée). Notons enfin que des collaborations avec le réseau ambulatoire spécialisé « alcool » sont également de mise, principalement avec la FVA ou la Croix-bleue.

Pour la responsable de la structure, les suivis addictologiques gagnent en qualité par la collaboration, l'échange des regards et des approches, une posture qu'elle adopte dans sa propre pratique en se référant au modèle de soin intégré (*integrated health care*). Elle fait toutefois remarquer que l'accès des patient-es aux réseaux n'est pas systématique car les parcours de soins dépendent encore beaucoup de la posture des professionnel·les qui en ont la charge : certain-es pourront ainsi favoriser la coopération, mettre en place des réseaux de manière proactive ; d'autres au contraire fonctionneront de manière plus « possessive » avec une captation trop forte des patient-es – cette tendance est constatée notamment chez certain-es professionnel·les installé-es en pratique privée.

#### 3.4.4 Le Centre d'accompagnement et de prévention de la Fondation du Levant (CAP)

La Fondation du Levant est active depuis 1971 auprès des personnes souffrant d'addiction aux produits psychotropes (stupéfiants) et leurs proches. Ces activités se déploient autour de la prévention, de l'accompagnement résidentiel et ambulatoire<sup>ss</sup>.

Le Centre d'accompagnement et de prévention (CAP) est dédié à l'ensemble des **prestations ambulatoires**<sup>tt</sup>, qui se répartissent entre l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes, le suivi addictologique de jeunes adultes en difficultés (JAD, 18-25 ans), l'accompagnement de proches et la psychothérapie en délégation pour les demandes volontaires. La mise en place d'entretiens de couples, avec les familles ou les enfants de parents dépendants sont aussi réalisées au CAP. Par ailleurs, le CAP est l'instance principale du canton dédiée aux suivis addictologiques sous aide contrainte, dont une majorité des mandats sont issus du Service des automobiles et de la navigation (SAN), de la Direction générale de l'enfance et de la jeunesse (DGEJ) ou de l'Office d'exécution des peines (OEP).

Les objectifs poursuivis varient en fonction des catégories de prestations (JAD, demandes volontaires, suivi de proches, aides contraintes). L'**approche thérapeutique** privilégie le modèle du rétablissement\*, avec des objectifs centrés sur le projet de vie, le parcours et la problématique actuelle qui préoccupe le-la bénéficiaire : réduction des risques, prévention des rechutes,

---

<sup>ss</sup> Nous n'abordons pas le volet prévention et accompagnement résidentiel dans le cadre de cette étude. Citons toutefois, en ce qui concerne l'offre résidentielle, la mise à disposition d'un centre d'accueil à seuil adapté (CASA, 17 places), d'un centre de traitement et de réinsertion (CTR, 10 places), la possibilité d'hébergement en EPSM (Soleil-Levant, 12 places), la structure de réinsertion professionnelle Puissance L ou encore le projet de *Housing First* « D'abord chez soi ! » (Appartements individuels, 15 places).

<sup>tt</sup> Les prestations ambulatoires sont financées par la DGS, l'OFAS (via la CRIAD), la LAMAL ou par les patients eux-mêmes (*out of pocket*). A noter en particulier que les suivis volontaires au CAP n'entrent pas dans les prestations subventionnées par la santé publique.

accompagnement vers l'abstinence, etc. Dans ce cadre, divers outils issus de la psychothérapie sont utilisés selon la formation et l'expertise des collaborateur-trices du CAP (approche motivationnelle\*, cognitivo-comportementale\*, systémique\*, EMDR, etc.).

L'équipe du CAP, y inclus la responsable du secteur, est composée de sept psychologues-psychothérapeutes, d'un-e intervenant-e en addiction et d'une laborantine. Un total de 4.95 EPT est dédié aux prestations ambulatoires (à l'exception des suivis volontaires) et à l'accueil des demandes. Les collaborateur-trices sont pour la plupart au bénéfice d'un master en psychologie clinique et d'une formation supplémentaire dans différents domaines d'expertise (thérapie systémique\*, cognitivo-comportementale\*, CAS interprofessionnel en addictions, etc.). L'intervenant en addiction est issu d'une formation d'économiste et au bénéfice d'un CAS interprofessionnel en addiction et d'une formation en systémique. Les mandats du SAN sont assurés par des consultations sur trois autres antennes : Yverdon, Vevey et Nyon, où les collaborateur-trices se déplacent en fonction de la demande.

Au 31 octobre 2020, le CAP gérait une file active de **244 client-es<sup>uu</sup>** âgé-es de 18 à 70 ans, avec une nette majorité d'hommes. Plus du trois-quarts des prises en charge concernent des aides contraintes (mandats du SAN, de la Justice) ou des prestations pour jeunes adultes en difficultés. Le quart restant représente des demandes volontaires ou des prises en charge de proches. Dans l'ensemble, notons que 123 personnes sont actuellement suivies pour des consommations de cannabis ou de cannabis associé à une autre substance, et que 111 personnes entrent dans la catégorie des polyconsommateur-trices avec l'usage régulier de trois substances (ou davantage), avec une prévalence de la cocaïne, des opioïdes et de l'alcool.

Le **processus de prise en charge** débute par une évaluation globale<sup>vv</sup> de la demande qui peut être volontaire ou liée, par exemple, à la Justice, au social ou à des mesures d'insertion. Dans le cas où le CAP entre en matière, une première proposition d'entretien est faite (entretien « d'accueil ») en individuel ou avec l'entourage concerné (notamment dans le cas des jeunes adultes). Le cadre, les objectifs et les propositions du suivi sont adaptés aux besoins exprimés.

Concernant le **public cible**, il faut distinguer les suivis addictologiques pour des demandes volontaires, les suivis de jeunes adultes en difficulté (JAD, 18-25 ans), les accompagnements de proches et les aides contraintes relatives à un mandat.

Dans le cas des **suivis volontaires<sup>ww</sup>**, l'accompagnement est le plus souvent axé sur l'approche motivationnelle\*, avec un travail réalisé autour de l'ambivalence, la réduction des risques\* et la capacité de gestion du ou des produits dont la personne souhaite réduire la consommation. Selon le rapport d'activité, le profil type des demandes volontaires concerne « *des hommes âgés de 30 à 40 ans, avec un situation sociale, professionnelle et économique stable et présentant une*

---

<sup>uu</sup> Terme utilisé par les professionnels du CAP.

<sup>vv</sup> Outre les documents de base permettant de recueillir les informations sur les patient-es, d'évaluer leur situation et leur problématique addictologique, de nombreux outils sont utilisés en fonction des besoins : questionnaire RAP (Rapid Assessment Profile), DEBA (Depistage et Evaluation du Besoin d'Aide alcool et drogues), le questionnaire AUDIT (alcool), le MINI (Entretien Neuropsychiatrique International), le BDI (Beck Depression Inventory) et le BAI (Beck Anxiety Inventory), l'échelle de dépression de Hamilton, l'ASI et l'IGT (Addiction Severity Index et Indexe de Gravité de la Toxicomanie), l'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins), l'AERES (Auto-évaluation des Ressources), le DES (Dissociative Experiences Scale), le PCL-S (Posttraumatic stress disorder Checklist Scale), le génogramme et la planche familiale.

<sup>ww</sup> Voir la note en bas de page tt.

*problématique de consommation de cocaïne, cannabis et alcool* » (Rapport d'activité CAP, 2019). Les prises en charge de ce type sont généralement de courte durée. A l'inverse, pour les cas de polyconsommateur·trices plus actif·ves et manifestant une dépendance plus sévère, le processus est plus long : un cas typique est celui de l'ex-consommateur·trice d'héroïne sous TAO, âgé·e de 30 à 50 ans et plus, dont la consommation de cocaïne est désormais au premier plan devant l'usage régulier d'alcool ou de cannabis. Le suivi mis en place s'orientera ici vers l'aide à la réduction des risques autour de la cocaïne.

Dans le cas de **jeunes adultes** suivi·es par des mesures d'insertion ou dont la demande émane de la famille ou du réseau, le suivi individuel inclura dans la mesure du possible les tiers impliqués·es. Le défi consiste ici à répondre le plus adéquatement possible aux inquiétudes et aux enjeux relationnels sous-jacents, tout en travaillant l'aspect « imposé » du suivi pour le·la jeune.

Les **prestations JAD** s'ancrent dans une réflexion en étroite collaboration avec DEPART (CHUV) et partant du constat selon lequel les jeunes n'investissent pas le travail psychothérapeutique de la même manière qu'un·e adulte. Selon le rapport d'activité, plusieurs raisons expliquent ce constat : *« la consommation [des JAD] est plutôt festive ou abusive ; il s'agit rarement de dépendance ; la consommation est souvent associée à certaines difficultés d'autonomisation (peine à s'engager dans la vie professionnelle, échec, pas de logement et de revenu propres...) et la situation du JAD préoccupe davantage son entourage familial et/ou professionnel (maître d'apprentissage, enseignant, éducateur, assistant social...) que le JAD lui-même ; celui-ci n'est pas demandeur (sauf exception) et vient sous pression de l'entourage (situation d'aide contrainte implicite) »*. En conséquence, le programme de suivi comprend *« d'emblée une collaboration avec l'entourage qui fait la demande et porte les préoccupations »* (Rapport d'activité CAP, 2019).

### Suivis addictologiques de jeunes en difficulté

Exemples de situations rencontrées :

- celle d'un jeune adulte en mesure de coaching (insertion professionnelle), dont la référente a été informée de sa consommation et qui a sollicité le CAP pour engager un suivi avec le jeune concerné ;
- celle d'un jeune apprenti qui parle de sa consommation à sa praticienne formatrice, laquelle décide, en transparence avec l'employeur, de solliciter le CAP : une démarche est ainsi engagée de manière tripartite (CAP - employeur - jeune), avec pour finalité de clarifier les conditions et limites de consommation dans lesquelles le jeune peut exercer son activité.

Dans ces situations, la fréquence des suivis individuels est discutée avec la personne concernée et le mandataire. Des entretiens de réseau sont réalisés régulièrement pour des bilans, afin de clarifier les attentes et inquiétudes respectives.

Au-delà de la contrainte implicite de ces demandes de suivi, les JAD présentent deux difficultés majeures. La première concerne les aprioris liés au fait d'aller voir un psychologue. Les suivis de ce type incluent un travail sur et avec ces aprioris pour réussir à « démystifier » la démarche thérapeutique. L'autre difficulté concerne le fait de s'inscrire dans un processus thérapeutique qui n'a pas de fin définie. En réponse à cette problématique, les professionnels assignent un cadre temporel à l'accompagnement, proposant par exemple à une jeune personne d'être accompagnée sur une période de trois mois avec un premier bilan. L'expérience montre que l'introduction de ces différents dispositifs adaptés renforcent l'adhérence et l'implication des jeunes dans le suivi.

Les **accompagnements de proches** se déroulent dans le cadre d'un setting individuel ou de groupe. Ils ont pour objectif de permettre aux proches d'analyser et d'améliorer leur relation avec le ou la consommateur-trice, mais aussi de leur donner l'occasion d'un retour réflexif sur leur propre situation (reconnaître un état de fatigue ou de souffrance, prendre soin de soi, etc.). Selon les personnes rencontrées durant l'étude, ces accompagnements peuvent également avoir un impact positif important sur l'état de santé et sur les habitudes de consommation du ou de la consommateur-trice : le proche, en identifiant et en modifiant son mode de communication et ses réactions face à la consommation de substances, peut en effet favoriser le changement du ou de la consommateur-trice (prévention secondaire et tertiaire). Un groupe de parole ouvert pour les proches de consommateur-trices de stupéfiants est mis en place depuis 2018 au CAP : les nouveaux-elles participant-es peuvent le rejoindre à tout moment pour une ou plusieurs séances, sans nécessité d'annoncer leur participation. La gestion de ce groupe est réalisée par des thérapeutes formés dans le domaine des addictions, et en particulier dans la méthode CRAFT<sup>9</sup>.

Les **suivis addictologiques sous contrainte** se distinguent des accompagnements individuels volontaires par un cadre strict imposé en termes de résultats pour la personne concernée (par exemple l'abstinence) et d'organisation pour les partenaires de la prise en charge (tests réguliers, partenaires imposés, attribution des rôles prédéfinis, etc.). Ils s'adressent aux consommateur-trices de substances psychoactives de 18 ans et plus devant répondre explicitement aux attentes de services tiers en termes d'abstinence, de réflexion sur leur relation aux produits, de prévention de

la rechute, etc. Les collaborations sont établies par conventions avec les autorités mandataires qui délèguent au CAP le suivi et le contrôle addictologique : il s'agit principalement du SAN, de l'Office d'exécution des peines (OEP), de la Fondation vaudoise de probation (FVP), du Tribunal des mesures et contraintes (TMC), et pour quelques situations, de la DGEJ ou de la Police cantonale. Les mandats du SAN impliquent une période de test avec prélèvements biologiques et programme de suivi en prévention de la rechute sur une période six mois au minimum, qui peut s'allonger en fonction de l'évolution des situations.

Selon l'un des intervenants, les personnes adressées via le SAN (n=162 en 2019) sont le plus souvent insérées au niveau de l'emploi et du cadre de vie, avec une problématique addictive modérée. Pour nombre d'entre elles, il y a acceptation, compréhension et adaptation au cadre imposé dans le but de récupérer leur permis de conduire<sup>xx</sup>. Dans ces cas, l'activité des professionnels du CAP, outre sa dimension thérapeutique, est également dédiée à l'organisationnel (agenda des tests, suivi avec partenaires, réalisation des bilans, rapports de fin de procédure, clôture des dossiers, etc.).

En ce qui concerne les mandats de la DGEJ, nombre d'entre eux concernent des situations parentales problématiques dans lesquelles les enfants sont potentiellement impactés. Dans ce cadre, l'objectif du suivi consiste en un travail addictologique classique complété par une réflexion spécifique sur les facteurs de risque, les facteurs protecteurs, l'estime de soi et le renforcement d'une identité/parentalité positive.

Selon les intervenant-es rencontré-es, les personnes adressées sous mandat de Justice par rapport à des produits illégaux sont souvent plus précarisées et leur problématique addictologique possiblement plus chronicisée et sévère. Ce type de situation exige une implication plus ou moins intense des intervenant-es du CAP avec les réseaux : orientation des personnes sans suivi vers le Service de médecine des addictions pour démarrer un TAO ; soutien de type RdR et orientations vers les structures à bas seuil d'accessibilité le cas échéant ; partenariat avec des institutions résidentielles, les structures de type *Housing First* pour les sorties de prison lorsque les personnes sont précarisées et recommencent à consommer ; suivis addictologiques dans le cadre de collaborations avec les assistants sociaux et assistantes sociales de la région de Lausanne (Centres sociaux régionaux) dans le cadre de mesures spécifiques ; évaluations de situations, signalements des évolutions positives mais aussi des éventuelles irrégularités ou délits ; etc. Notons enfin que les mandats de Justice relatifs aux homicides ou abus sexuels en rapport à des produits illégaux sont généralement pilotés par le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire, avec lequel le CAP collabore pour tout ce qui concerne le volet addictologique.

De par sa mission de service public, une part notoire des **collaborations du CAP** sont établies par conventions avec les Autorités compétentes (le SAN, l'Unité de médecine et de psychologie du trafic, l'Unité de toxicologie et de chimie forensique du CHUV, l'OEP, la FVP, la DGEJ, etc.). Dans ce contexte, les colloques entre les représentant-es de ces instances sont réguliers, de même que des collaborations avec l'Unité socio-éducative du CHUV (USE), notamment pour les mandats du SAN.

D'autres types de collaboration s'établissent, au cas par cas, avec l'unité DEPART pour les situations de jeunes majeur-es (JAD), ou avec les unités de traitement des addictions des autres secteurs

---

<sup>xx</sup> Contrairement aux mandats de Justice qui impliquent une contrainte de liberté si la peine n'est pas respectée (i.e. sortie de prison avec condition d'être abstinent), les suivis de délits pour infraction au code de la route sont à payer directement par les personnes.

géographiques du canton, principalement pour des situations d'aides contraintes. Dans ces derniers cas, le CAP endosse alors le rôle d'instance en charge du suivi des mandats administratifs en plus de l'accompagnement socio-thérapeutique déjà engagé auprès d'autres structures (EdS ou l'UTAM par exemple). Plus globalement, les collaborations s'établissent avec le dispositif résidentiel du Levant – dans le cas de sortie avec suivi ambulatoire – ou des Oliviers, avec les structures du réseau psychiatrique (Cery, Prangins, SMPP) et avec des médecins psychiatres ou psychothérapeutes installés.

Les **enjeux identifiés** par la responsable du CAP ont trait aux problématiques suivantes : développer une prestation de prise en charge pour les familles (et leurs enfants) le plus précocement possible ; élaborer une prestation plus appropriée au cas de consommateurs insérés pour qui le réseau addictologique « classique » n'est pas toujours adapté<sup>yy</sup> ou qui ne souhaitent pas que leur assurance maladie soit informée en remboursant des prestations du CAP ; réfléchir à la question des personnes qui renoncent à un suivi pour des raisons financières (franchise trop élevée) ; répondre aux besoins du terrain : par exemple, souhait de l'équipe éducative de la Prison des Léchaires de développer des groupes de parole avec des professionnel·les externes pour les jeunes adultes en détention afin d'améliorer la transmission des informations, leur connaissance du réseau et les ressources à mobiliser.

## 3.5 L'Unité de traitement des addictions du secteur Nord-vaudois (UTAD)

Les informations sur cette structure de prise en charge des addictions sont lacunaires en raison d'un manque de disponibilité suite à des changements dans l'équipe au moment la recherche de terrain. Les éléments indiqués dans cette partie sont issus des entretiens menés avec le personnel du SMA<sup>zz</sup>.

L'UTAD emploie du personnel pour un total de **7 EPT** environ répartis en 3 EPT de médecins, 2.5 EPT d'infirmier·ères et 1.4 EPT pour les intervenant·es du domaine socio-éducatif. Une éducatrice à 80% est en charge de l'évaluation et de l'indication dans le cadre du DCISA pour la mise en place de projets d'Établissements socio-éducatifs, supervisée par un·e médecin. La coordination du DCISA est par ailleurs centralisée au SMA, avec des séances de coordination d'équipe toutes les deux semaines.

L'approche thérapeutique qui prévaut dans cette unité rejoint celle qui est de mise au SMA, avec une volonté de proposer un **service pluridisciplinaire et intégré**.

La cohorte suivie en 2020 est de **350 patient-es** environ, avec une proportion de 230 personnes suivies pour une addiction aux stupéfiants, 117 pour l'alcool et trois pour le jeu excessif.

---

<sup>yy</sup> Certains usagers de Chemsex par exemple, redoutent de consulter un centre spécialisé dans les addictions ou en sexualité – par ex. Checkpoint – en raison notamment de l'étiquette stigmatisant qui y est associée.

<sup>zz</sup> Pour des informations plus précises sur cette structure, nous référons au document suivant : 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. Lien : <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/268>.



En termes de sévérité des troubles, la moyenne se distribue de manière plus ou moins similaire à celle du SMA (30-35% de troubles légers, 60% de troubles modérés et 5 à 10% de troubles sévères selon les estimations données en entretien). Mais les personnes interviewées dans cette dernière institution relèvent que les délais d'attentes sont plus courts qu'au SMA et que les suivis addictologiques s'établissent en collaboration étroite entre le personnel de l'UTAD et les pharmacies de ville.

### 3.6 L'Association Entrée de secours du secteur Ouest-vaudois (EdS)

Entrée de secours est l'Association reconnue comme centre de compétence en matière d'addiction dans le secteur Ouest-vaudois. A l'origine, pour répondre principalement aux besoins de personnes touchées par la dépendance liée à la consommation d'opiacés (héroïne), l'association s'est dotée d'une première structure basée à Morges en 1997, puis, en 2015, d'un nouveau centre situé à Nyon. Cette extension a été initiée dans le cadre d'un projet cantonal de renforcement du dispositif addictologique de l'Ouest-vaudois démarré en 2011, avec l'ambition d'optimiser l'adéquation entre offre et besoins des usager·ères sur ce territoire et de renforcer les collaborations entre l'Association et le secteur psychiatrique Ouest<sup>aaa</sup>.

Définie comme un « Centre d'accueil, de soutien et de traitement socio-médical des addictions », Entrée de secours offre des prestations à seuils différenciés. Du côté de l'espace d'accueil à bas-seuil d'accessibilité<sup>bbb</sup>, elle fournit de la nourriture, un lieu d'accueil et de socialisation, des activités occupationnelles « socialisante »<sup>ccc</sup>, un accès à des produits de première nécessité (douche, produits d'hygiène, lave-linge, séchoir, habits, etc.) ainsi que des activités de prévention et de réduction des risques (échange et remise de matériel stérile, informations sur les produits, les usages et les risques associés à la prise de produits psychotropes, etc.). Du côté des **prestations ambulatoires**<sup>ddd</sup> – qui nous intéressent plus spécifiquement – l'association assure, premièrement, des **accompagnements de type psycho-social et administratif**. Cette activité regroupe de nombreuses prestations destinées aux personnes souffrant d'addiction ou à leurs proches : entretiens de soutien et motivationnels\*, aides administratives, suivis de consolidation de l'abstinence et de prévention de la rechute, accompagnements dans la gestion de la vie quotidienne, démarches hors-murs, suivis psychothérapeutiques (TCC, EMDR, hypnose) et en approches corporelles (massages, NADA-auriculothérapie) ; entretiens de réseau, rôle d'interface au sein du réseau addictologique et médico-social, bilans de situations et mise en place de projets, etc. ; rencontre et entretiens avec les proches, les familles et toute personne vivant avec quelqu'un·e souffrant d'addiction. Le suivi ambulatoire regroupe, également, des **tâches de suivi médical et paramédical**, activités qui se déclinent dans des prestations de soins infirmiers, de suivis médicaux somatiques et psychiatriques (prescription et/ou remise de TAO ou d'autres médicaments,

---

<sup>aaa</sup> Source : cf. EdS 2018, Bilan de projet 2016-2017.

<sup>bbb</sup> A noter qu'aucune consommation n'est tolérée sur place.

<sup>ccc</sup> Terme utilisé par les collaborateurs et collaboratrices d'EdS.

<sup>ddd</sup> Les prestations sont financées par la LAMAL, la DGS et les communes des districts de Morges et de Nyon.

vaccination, contraception, prises de sang, bilans de santé, etc.). Notons enfin, qu'EdS est l'instance dédiée du secteur Ouest pour toutes les demandes relatives au DCISA.

EdS se fonde sur une pluralité d'approches thérapeutiques (humaniste, modèle du rétablissement\*, centrée sur la personne, bio-psycho-social\*, etc.) et conçoit son activité comme un soutien au réseau socio-médical régional et aux personnes touchées par les addictions. Les objectifs poursuivis avec les usager-ères sont également variés : favoriser l'accès au réseau socio-médical, offrir une large palette de prestations dans un même lieu (de la RdR à la thérapie), offrir des prestations individualisées qui tiennent compte des buts, des moyens et des réseaux de la personne, et plus globalement, éviter la marginalisation non souhaitée, soutenir l'autonomisation des personnes, des proches et des familles dans leur capacité à trouver des ressources et à faire face à leur situation.

En ce qui concerne l'**organisation du travail**, l'association emploie six personnes avec un diplôme d'éducateur-trice social-e, quatre personnes du domaine paramédical (infirmières et une assistante médicale), un-e psychologue-psychothérapeute. Quatre éducateur-trices et deux infirmières sont employé-es sur le site de Morges alors que deux éducateur-trices et deux infirmières travaillent à Nyon. Quatre médecins généralistes-internistes et une psychiatre (liée au secteur psychiatrique Ouest du CHUV) sont associé-es aux équipes présentes in situ. Sur chaque site, des généralistes-internistes sont présent-es une à trois demi-journées par semaine pour des consultations. Une psychiatre se déplace également sur les deux sites une demi-journée par semaine pour des consultations. Dans l'ensemble, le personnel employé par EdS totalise environ 8.7 EPT.

En termes de **public cible**, l'association prend en charge toutes les demandes volontaires des districts de Morges et de Nyon, pour des personnes dont l'âge va de 18 à 65 ans et plus. En 2018, cela concerne principalement des consommateur-trices de produits psychotropes avec une moyenne d'âge de 40 ans et aux deux-tiers de sexe masculin. La file active actuelle totalise plus de **450 personnes**, environ 250 à Morges et 200 à Nyon. Ces usager-ères ont recours à EdS de leur propre initiative ou par le biais de pair-es suivi-es dans le centre, mais aussi via leurs proches et famille et le réseau socio-sanitaire ou addictologique régional (hôpitaux, secteur psychiatrique ambulatoire de l'Ouest-vaudois, médecins généralistes, psychiatres, CSR, FVA, EPSM, EMS, etc.).

Du fait de son ancrage historique, EdS accompagne surtout des **personnes dépendantes aux stupéfiants**, dont une majorité de polyconsommateur-trices et de personnes précarisées en termes de travail et parfois de logement. La part de personnes en TAO est également importante, mais le profil des usager-ères pris-es en charge tend à se diversifier depuis quelques années<sup>eee</sup>. Selon une infirmière qui travaille à Nyon depuis cinq ans, les nouvelles demandes sont souvent liées à une consommation massive de cocaïne et de drogues festives (MDMA, ecstasies) plutôt que d'héroïne. De même, elle observe l'apparition d'une frange importante de jeunes dépendant-es au cannabis et à l'alcool et de situations de dépendance aux médicaments (ex. codéine). Certain-es usager-ères plus intégrées au niveau familial et professionnel fréquentent aussi EdS pour y retirer leur TAO : ces usager-ères apprécient l'anonymat garanti par EdS ; ils-elles recourent parfois à des prestations

---

<sup>eee</sup> Comme on peut le lire dans le rapport d'activité en 2019 : « le profil des usagers d'EdS est très varié, que ce soit en termes de demande, de situation ou d'âge », avec d'un côté, « des personnes intégrées socialement et professionnellement qui demandent un suivi médical avec un traitement de substitution », et de l'autre, « des personnes vivant en situation de précarité, sans domicile fixe, sans emploi, avec des troubles somatiques et psychiques importants et qui nécessitent un suivi psychosocial et médical plus conséquent ». D'après ce rapport, la proportion de SDF ou de personnes avec des problèmes de logement n'est pas négligeable (entre 6% et 30% de SDF), tout comme la proportion de personnes sans travail (entre 52% et 76%).

médicales dans la structure tout en étant suivi·es par ailleurs par leur propre médecin traitant. Notons encore que depuis la création du DCISA et la volonté cantonale d'homogénéiser le champ addictologique, quelques situations où prime l'alcoolodépendance sont désormais suivies en collaboration étroite avec la FVA.

En ce qui concerne le **processus de prise en charge**, les deux antennes fonctionnent sur un **modèle interdisciplinaire** qui intègre des compétences médicales, sociales et infirmières. Tous les collaborateurs et toutes les collaboratrices ont un tronc commun de compétences notamment dans la remise de médication, la participation aux entretiens médicaux, l'entretien motivationnel et le suivi social<sup>fff</sup>. Les infirmières réalisent néanmoins certains actes spécifiques tels que la préparation des traitements, les prises de sang, les pansements et l'évaluation des plaies, les vaccins, etc., dans une collaboration étroite avec les médecins du réseau ou ceux·celles présent·es sur chaque site (actes médico-délégués). Du point de vue des intervenant·es rencontré·es à EdS, ce type de fonctionnement favorise l'interopérabilité entre chaque collaborateur·trice et la réactivité dans chaque situation.

Chaque nouvelle demande est discutée en équipe, fait l'objet d'une évaluation<sup>999</sup> et, au besoin, d'une consultation médicale en présence d'un·e intervenant·e social·e ou infirmier·ère. De cette première appréciation de la situation découle les pistes pour le suivi. Notons aussi que les nouvelles demandes ne sont pas attribuées formellement à un collaborateur ou une collaboratrice : toutes les situations sont connues par l'ensemble du personnel et une « référence » peut se construire au gré des affinités et des opportunités dans le temps entre un collaborateur ou une collaboratrice et un·e usager·ère. Différents types de colloques sont organisés à l'interne ou entre les deux structures pour discuter des situations et des pratiques : un colloque d'équipe (une fois par semaine sur chaque site), une séance d'analyse de pratique tous les deux mois et réunissant les collaborateurs et collaboratrices de Morges et de Nyon<sup>hhh</sup>, un colloque commun entre les deux structures (une fois toutes les trois semaines) et un colloque médical (trois à quatre fois par année avec tous les membres du personnel et des médecins).

Les ressources mobilisées dans chaque suivi varient en intensité selon les situations, les périodes de vie (crise, phases plus stables, etc.) et les demandes adressées. D'un côté, EdS peut être utilisé comme « pharmacie » par quelques personnes (les plus insérées) sans faire l'objet d'un suivi plus approfondi, de l'autre, les situations peuvent nécessiter un fort engagement médico-social, la mise en place d'entretiens de suivi (travail sur les émotions, la motivation, suivi par objectifs, prévention de la rechute dans les démarches d'abstinence, etc.), d'activités d'accompagnement (déplacement pour un réseau, visite institutionnelle, rendez-vous médicaux, visite à domicile, etc.), ainsi que

---

<sup>fff</sup> Plus précisément, outre leurs compétences de base, le personnel bénéficie de diverses formations CAS/DAS interprofessionnel en addiction (FORDD), formations continue dispensées par le GREA, entretien motivationnel, prévention du risque suicidaire, soins aux patients en souffrance psychique, gestion des situations de violence, relation d'aide et accompagnements, réanimation en cas d'overdose, formation à la passation de l'ASI, diplômes en TCC ou dans le domaine des pratiques corporelles ou de développement personnel, compétences en termes de suivi social (désendettement, certification en politiques sociales, licences de sciences de l'éducation, etc.).

<sup>999</sup> Selon les besoins identifiés, l'évaluation peut inclure une anamnèse, des bilans médico-sociaux, un questionnaire clinique interne d'insertion sociale, l'outil de demande d'autorisation de substitution (Plateforme cantonale), le programme « Mes choix » (alcool ou cannabis), la balance motivationnelle ou encore la grille d'analyse fonctionnelle. D'autres outils sont utilisés selon les besoins : l'ASI (Addiction Severity Index), le DIVA (Diagnostic Interview for ADHD in adults), l'URD (Urgence-Risque-Dangerosité), l'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins).

<sup>hhh</sup> Ces séances sont dirigées actuellement par Ann Tharin, maître d'enseignement à l'HETS de Lausanne.

l'organisation d'un réseau avec plusieurs partenaires. Dans l'ensemble, les collaborateur-trices interviewé-es insistent sur la création d'un **lien de confiance** sur le long terme avec les usager-ères : ce lien est favorisé à la fois par l'unité de lieu, l'accès aux prestations bas-seuil (toujours ouvertes même si une personne se retire d'un suivi médico-social), l'aspect « familial » de la structure (versus un centre plus grand ou médico-centré) et le bassin de population desservi (plus réduit que dans le secteur Centre). Même si l'accès à des prestations thérapeutiques et médicales élèvent le seuil d'accessibilité – sortie de l'anonymat, formalisation des demandes au niveau de l'assurance maladie, etc.– les équipes tentent d'accompagner les demandes de manière très réactive sachant la grande variabilité de la motivation des personnes souffrant d'addiction.

#### Créer le lien et le maintenir

Un éducateur donne l'exemple d'un usager suivi, qui fait des injections massives durant le weekend, avec des périodes de consommations plus intensives que d'autres, et ce depuis environ deux ans. Le réseau et les proches sont très tendus, avec le sentiment de ne plus réussir à contenir les excès de la personne concernée. Or, ce dernier s'est rendu de son propre gré chez EdS pour signaler aux éducateurs avec qui il avait créé du lien, qu'il avait le sentiment de se mettre de plus en plus en danger depuis quelques temps. Suite à cette demande, ou plutôt à ce signalement volontaire, les éducateurs ont pu engager des pistes de solutions pour réduire les risques encourus. Ils se sont mis en contact avec les urgences de l'hôpital de Prangins et ont pu mettre en place un Plan de crise conjoint avec les personnes ressources de l'institution. Dans une telle situation, l'éducateur constate que « *la personne se sent mieux et plutôt que d'aller se cacher, elle débarque ici et demande à être mise à l'abri, du coup on maintient l'accompagnement malgré tout* ». La gestion d'une telle situation a été rendue possible par la confiance que l'usager a placé dans l'équipe médico-soignante d'EdS ; elle a pu être stabilisée par l'action en réseaux instituée par la structure avec les autres acteurs addictologique de la région.

Si les personnes sont demandeuses, les éducateur-trices et le personnel soignant se déplacent volontiers au domicile pour soutenir des personnes dans leurs démarches administratives, un déménagement, une situation de crise, etc. Chaque membre de l'équipe peut être mobilisé dans le suivi des nouvelles demandes de TAO, toujours sous la responsabilité des médecins. Au besoin, il-elle accompagne aussi les personnes à leurs rendez-vous chez des spécialistes (hépatologues, infectiologues, etc.) afin d'éviter les rendez-vous manqués et assurer la continuité des traitements. La présence de médecins dans les murs d'EdS est également considérée par les personnes interviewées comme une plus-value importante en termes de réactivité. Comme le relève en effet une infirmière d'EdS-Nyon, il est devenu très difficile de trouver un-e médecin traitant dans la région de manière générale, et en particulier pour ce qui concerne la catégorie de patient-es dépendant-es aux opiacés. Pour la majorité de ces usager-ères, les généralistes d'EdS deviennent alors leurs médecins traitants. L'équipe d'EdS insiste sur leur **souplesse** vis-à-vis des situations et des modalités de suivi : capacité à proposer des solutions, rôle de « facilitateurs » pour débloquer certaines situations ; mais aussi capacité à se mettre en retrait si leur apport n'est plus jugé nécessaire ; intervention comme « dernière maille du filet » si un-e usager-ère est dépourvu-e de soutien, etc. L'importance de se coordonner est d'autant plus justifiée que les domaines de compétence d'EdS se chevauchent avec ceux d'autres acteurs : prestations sociales et démarches

administratives (EdS/CSR), prise en charge médico-sociales et soignantes (EdS/autres acteurs du réseau addictologique et médical régional), etc.

En ce qui concerne les **réseaux professionnels**, EdS collabore étroitement avec une médecin psychiatre du Pôle addictologique de l'hôpital de Prangins. Certaines situations sont orientées depuis EdS vers une consultation psychiatrique, et à l'inverse, un suivi ambulatoire peut être mis en place à l'issue d'une hospitalisation dans les cas où la problématique addictologique a été détectée. La médecin assure ici un rôle de liaison puisqu'elle est à la fois la référente addictologique des unités hospitalières de Prangins et l'une des spécialistes présente dans les structures de Nyon et de Morges.

Les collaborations sont également régulières avec la FVA sur la même région pour ce qui concerne le suivi conjoint de certain-es usager·ères et l'orientation des usager·ères vers cette structure.

Un troisième type d'acteur privilégié concerne l'ensemble des services sociaux, notamment les Centres sociaux régionaux de Morges et de Nyon, l'Office de protection des mineurs (DGEJ), les curateur·trices privé·es ou professionnel·les (OCTP, Lausanne), mais aussi les travailleurs sociaux et travailleuses sociales hors-murs de Rel'Aids. Dans sa volonté de travailler en collaboration et en soutien des autres acteurs socio-sanitaires, EdS est, au gré des situations, en contact avec les médecins généralistes et spécialistes (gastroentérologues, infectiologues), les psychiatres, mais aussi les pharmacies, les EPSM, les EMS et les infirmier·ères indépendant·es. Les collaborations s'établissent enfin avec les établissements résidentiels via le DCISA, notamment pour préparer l'entrée (passation de l'ASI, entretien avec les personnes, etc.) ou pour anticiper les sorties dans les cas où un accompagnement ambulatoire est jugé nécessaire.

De manière générale, les **situations de collaborations sont très diversifiées** puisqu'elles peuvent avoir lieu dans toutes les démarches de suivis ou les prestations délivrées par EdS : suivis médicaux, soutiens/traitements psychologiques ou psychiatriques, suivi social et gestion de la vie quotidienne, aides administratives, prestations de réduction des risques et d'aide à la survie, etc. Dans ces différentes configurations, le rôle des intervenant·es d'EdS est tout aussi variable : rôle de consultant·e addictologique vis-à-vis de la première ligne de soins par exemple, rôle de pivot dans un réseau lorsqu'il s'agit par exemple de faciliter les contacts entre partenaires impliqué·es autour d'une personne, un rôle de pilotage plus affirmé, voire de case manager, lorsqu'une situation exige une prise en main plus coordonnée ou une orientation vers du résidentiel ou de l'hospitalier. De ce point de vue, toujours selon les personnes rencontrées, leur action est très adaptative et se déploie dans la plupart des cas de manière complémentaire aux partenaires et ressources du réseau.

Selon les personnes vues en entretien et les réponses au questionnaire, **plusieurs enjeux et axes de réflexions** sont à prendre en compte aujourd'hui.

Au niveau des situations d'usager·ères tout d'abord, le logement est une préoccupation importante des équipes : plusieurs cas de personnes logées à l'hôtel en attendant une solution plus viable sont en cours, avec le sentiment d'être dans l'impasse. Le Directeur d'EdS met en avant ici la nécessité de développer rapidement des solutions de type *Housing first*.

Les personnes rencontrées insistent également sur l'importance de travailler sur la question de l'accès aux prestations sociales et médicales généralistes pour les personnes souffrant d'addiction.

Elles rappellent l'intérêt de développer l'accueil bienveillant envers ces usagers, notamment dans les structures hospitalières. Dans le même sens, un éducateur estime que la culture de l'interprofessionnalité n'est pas toujours évidente, en particulier entre secteur social et médical ou psychiatrique.

Enfin, le Directeur d'EdS relève que le domaine de l'aide administrative et du soutien au désendettement devrait être renforcé à l'avenir. De même, il estime qu'un espace d'accueil pour les consommateurs problématiques d'alcool pourrait être intéressant à développer dans la région, tout comme le renforcement du domaine de la prise en charge des familles et des proches.

### 3.7 Les Unités de traitement des addictions du secteur Est-vaudois (UTAM et UTAA)

Le secteur Est-vaudois comprend les régions du Lavaux, de la Riviera, du Chablais et du Pays d'Enhaut. Deux unités ambulatoires spécialisées en addictions sont actives sur ce territoire, l'une située à Montreux (UTAM) et l'autre à Aigle (UTAA). Ces unités font partie du Service de psychiatrie et de psychothérapie communautaire (SPPC) de la Fondation Nant, institution qui organise l'ensemble des soins psychiatriques publics de l'Est vaudois. Elles ont pour mission d'orienter, d'accueillir et de prendre en charge toute personne qui souffre d'addiction avec une comorbidité psychiatrique.

Les **prestations ambulatoires**<sup>iii</sup> délivrées englobent de nombreuses activités. L'activité principale est dédiée à la thérapie et traitements addictologiques, avec des entretiens de suivis psychiatriques et somatiques (dépistages HIV, HC, vaccinations, etc.), des sevrages ambulatoires, la remise quotidienne de TAO ou de matériel stérile, une offre en soins psychocorporels (massages, acupuncture, etc.), des prestations d'art-thérapie déléguée et des thérapies de groupe. Une petite part des suivis effectués à l'UTAM et l'UTAA concernent l'accompagnement de personnes sous mandats administratifs et pénaux en lien avec des substances psychotropes licites ou illicites. Ces structures assurent également un service de **liaisons hospitalières** au sein des hôpitaux de Nant et de Riviera-Chablais ainsi que des activités d'orientation en tant qu'instances dédiées au dispositif DCISA. Elles délivrent enfin des activités de soutien et d'expertise addictologiques pour les premières lignes de soins, dans les réseaux médico-sociaux ou résidentiels non-spécialisés de la région (CMS, CSR, médecins installés, EPSM, etc.).

Spécialisées en psychiatrie et en addictologie, ces unités privilégient une approche psychanalytique et psychodynamique de l'addiction qui consiste à comprendre la manière dont la personne construit sa réalité et les expériences qui l'ont poussé à s'orienter dans ses choix de consommation. Le cadre de référence global inclut également l'approche bio-psycho-sociale\* et motivationnelle\* ainsi que le concept du rétablissement\*.

En termes d'**organisation du travail**, les équipes sont supervisées par un·e médecin psychiatre (1 EPT) et un infirmier ICUS (0.9 EPT). Ces deux professionnels ont une activité transverse sur les deux

---

<sup>iii</sup> Ces prestations sont financées par la LAMAL et par la DGS.

sites. Sur le terrain, les équipes sont chacune composées d'infirmier·ères et de deux ICUS adjoint·es pour un total de 3.9 EPT à Montreux et 3.4 EPT à Aigle. Trois médecins assistant·es (3 EPT), deux médecins chefs de clinique (2 EPT) et une psychologue associée (0.8 EPT) complètent les équipes. Tous les collaborateurs et toutes les collaboratrices sont formé·es en psychiatrie et dans différents domaines de spécialisation : addictologie (CAS en addictologie), entretien motivationnel, prévention des risques et des risques suicidaires, approches psychocorporelles, liaison addictologique, etc. Chaque intervenant·e est compétent·e pour assurer des « soins de base », y inclus la détection du risque suicidaire, l'entretien orienté par l'approche motivationnelle et la mise en œuvre de thérapies psychocorporelles (acupuncture). Chaque infirmier·ère, à Aigle et à Montreux, est responsable d'un dicastère (dicastère « RdR », « soins corporels », « liaison addictologique », « suivi mère-enfant », « DCISA », « praticien formateur », « animation groupale »). Sur les deux sites, trois colloques fixes dans la semaine permettent aux collaborateur·trices d'échanger sur les situations et les pratiques cliniques.

Le **public cible** est composé d'adultes avec une consommation de substances psychoactives qui souffrent de co-morbidité psychiatrique (critère d'inclusion). Dans l'ensemble, la cohorte concerne un public âgé en moyenne de 40 à 45 ans, avec une file active de **365 patient·es**, dont 215 à Montreux et 150 à Aigle. Hormis les mandats administratifs et pénaux, tous les suivis sont volontaires, même s'ils peuvent être recommandés par un proche ou un acteur du réseau (médecins généralistes, psychiatres installé·es, hôpitaux de Nant et de Riviera-Chablais, Centres sociaux régionaux).

Selon l'estimation d'un ICUS rencontré, les deux-tiers des suivis actuels (UTAM et UTAA) concernent des problématique d'alcoolologie. Au niveau de la sévérité des cas, il estime que la majorité des patient·es se situe dans un usage nocif (troubles modérés) voire problématique (troubles sévères) tout en nuancant cette répartition en rappelant que les parcours thérapeutiques oscillent souvent entre des phases de stabilisation et de crise, avec une intensité de suivi qui varie selon les situations. Les patient·es pris en charge sont, pour une part, en phase de consommation active, avec un suivi qui s'oriente surtout vers de la prévention tertiaire (RdR, remise de matériel stérile, information et prévention, etc.). Une autre part des patient·es sont inséré·es et en démarche d'abstinence, avec un suivi psychiatrique incluant des soins individualisés, qui s'oriente vers les objectifs posés dans le projet thérapeutique. Dans la plupart des situations, les patient·es ont une vulnérabilité psychique nécessitant un suivi psychiatrique conjointement à la prise en charge addictologique. Un petit nombre de patient·es sont très concerné·es par des problèmes de dépressions sévères, avec des situations-limites entre prise en charge ambulatoire et passage à l'hospitalier. Dans l'ensemble de la cohorte, les situations de précarité de logement sont très rares, un·e à deux patient·es vivent à l'hôtel en attendant des solutions de logement plus pérennes, mais l'UTAM et l'UTAA ne suivent actuellement pas de personnes en situation de précarité de logement.

En ce qui concerne le **processus de prise en charge**, le modèle qui prévaut est le suivi en binôme médecin-infirmier. Chaque collaborateur·trice est responsables d'une file active de patient·es dont il·elle gère l'évaluation et le suivi de manière autonome en tant que référent·e ou co-référent·e. Un·e médecin et un·e psychologue sont en deuxième ligne pour assurer la responsabilité clinique des situations. Le recours à des spécialistes dédié·es (dicastères, etc.) est toujours possible à l'interne en cas de besoin.

Selon un ICUS interviewé, le suivi est très centré sur la relation avec les patient-es. Même si tous les entretiens ne se font pas toujours en binôme, l'orientation et le cadre sont co-construits. Quatre entretiens dits « d'investigation » sont nécessaires pour comprendre la demande, créer l'alliance thérapeutique (mise en confiance, connaissance mutuelle, accueil, etc.), co-construire un projet thérapeutique selon les objectifs du ou de la patient-e ou réorienter dans une structure plus adaptée si besoin. Durant cette première phase et dans la suite de la prise en charge, plusieurs échelles d'évaluation clinique sont utilisées : échelle URD (Urgence-Risque-Dangerosité), échelle COWS (évaluation des symptômes de sevrage aux opioïdes), l'ASI (*Addiction Severity Index*), le test MOCA (*Montreal Cognitive Assessment* pour le dépistage des atteintes neurocognitives légères à sévères) et l'échelle THAD (trouble de déficit d'attention et/ou d'hyperactivité chez l'adulte).

Tous les suivis se fondent sur l'élaboration d'un projet, dit « **plan de prise en charge** », avec définition d'objectifs à plus ou moins long terme, qui peut également évoluer (réduction des risques, consommation contrôlée, démarche d'abstinence, etc.). Le projet est évalué au minimum une fois par année (traitement individualisé) en présence du patient-e, du binôme et d'un-e tiers extérieur-e (médecin responsable, psychologue associée, etc.) pour une évaluation globale de la situation. Le projet peut être validé, réajusté et modifié ; il demeure cependant une base de travail fondamentale pour les suivis addictologiques réalisés. L'un des infirmiers rencontrés insiste sur la part active qui est attendue du ou de la patient-e dans ce processus, le but étant de l'impliquer, de le-la rendre actif ou active dans son suivi.

De ce point de vue, et bien qu'une réflexion soit engagée à l'interne pour faciliter l'entrée en thérapie selon les personnes rencontrées lors de l'étude, l'UTAA et l'UTAM se définissent comme des **structures à haut seuil d'accessibilité**. Conscient-es que le fait de demander de l'aide n'est jamais anodin, les intervenant-es s'attachent ainsi à accueillir cette demande, à mettre en confiance la personne ; ce processus peut prendre, des mois voire des années ; il requiert une implication des patient-es au niveau du projet thérapeutique, du respect des horaires et des rendez-vous, etc. Les deux unités sont ouvertes uniquement en journée jusqu'à 18 heures et que si un-e patient-e oublie de retirer son traitement ou arrive en retard, il-elle devra attendre le lendemain pour l'avoir. Sauf exception pour des cas d'urgence, l'aspect « contraignant » est jugé important car il rappelle le cadre thérapeutique posé autour des personnes pour favoriser leur stabilisation dans le processus de soin et de rétablissement.

Dans le cadre de leur activité de suivi, les **collaborations professionnelles** sont nombreuses avec tous les acteur-trices du réseau médico-social, hospitalier et résidentiel de la région (post-cures, soutien social, soins à domicile, etc.). Les acteur-trices peuvent être plus ou moins nombreux-ses selon les situations, ce qui nécessite un travail de coordination important en plus du travail clinique. Selon un infirmier rencontré, une part importante du travail des intervenant-es y est consacrée (60% de l'activité selon son estimation), avec la mise en place de réunions réseau deux à trois fois par année sur chaque situation.

L'UTAM et l'UTAA travaillent étroitement avec les institutions résidentielles telles que la Fondation Estérelle-Arcadie, la Fondation des Oliviers, la Fondation du Levant ou encore Bartimée (ESE) et la Maison Béthel (EPSM). Ils sont bien identifiés par les acteur-trices du réseau psychiatrique Est-vaudois (EMS, EPSM), pour qui ils effectuent des évaluations addictologiques ou apparaissent en



soutien aux équipes de soins. En tant que centres d'orientation DCISA, l'UTAM et l'UTAA assurent les transitions et l'orientation des personnes en institutions résidentielles.

Les équipes de l'UTAM et de l'UTAA mettent également en œuvre un dispositif de suivis ambulatoires post-cure pour les patient-es en démarche d'abstinence qui souhaitent renforcer leurs acquis et éviter les rechutes. Dans ce contexte, ils sont amenés à travailler avec la Croix-bleue ou les CMS des régions concernées. Rappelons en effet que les entretiens de suivis sont réalisés essentiellement dans les locaux des deux centres ; lorsqu'une situation exige un passage à domicile, la collaboration avec un CMS ou des infirmier-ères indépendant-es spécialisé-es en psychiatrie est privilégiée<sup>iii</sup>.

L'UTAM et l'UTAA ne disposent pas non plus d'offres de prestations sociales à l'interne. Ce type de prestations est délégué à l'externe vers les Centres sociaux régionaux, le Service des Curatelles et des tutelles professionnelles, la Justice de Paix ou encore la DGEJ. Selon un infirmier rencontré, les assistants sociaux et assistantes sociales ainsi que les curateur-trices sont indispensables dans les suivis addictologiques en cours puisque la grande majorité des patient-es suivi-es ont un besoin de soutien social et administratif (assurance, gestion des budgets, démarche AI/RI, etc.). Des entretiens de réseaux sont réalisés tous les trois à quatre mois avec ces partenaires et les services sociaux peuvent aussi servir d'orienteur-trices lorsqu'ils-elles repèrent des problématiques addictologiques chez leurs client-es.

L'UTAM et de l'UTAA sont en contacts étroits avec les médecins installé-es dans la région (généralistes, psychiatres) ainsi qu'avec les pharmaciennes qui délivrent les traitements à certain-es de leurs patient-es.

Les infirmiers relèvent que les liens avec les structures addictologiques des secteurs Centre, Nord et Ouest sont peu nombreuses. Hormis les contacts réalisés à l'occasion de sevrages hospitaliers d'un-e patient-e de leur cohorte (dans les unités Tamaris ou La Calypso par exemple), les échanges restent rares. En revanche, des **activités de liaison** sont mises en place avec le réseau hospitalier du secteur Est-Vaudois. Un-e infirmier-ère de l'équipe de l'UTAM est présent-e un après-midi par semaine à l'hôpital de Nant afin de suivre les patient-es de leur cohorte qui sont hospitalisé-es, d'évaluer les besoins dans le domaine addictologique et d'orienter les nouveaux cas vers l'ambulatoire spécialisé. Par ailleurs, une liaison addictologique est aussi assurée avec l'hôpital Riviera-Chablais : un-e infirmier-ère de chaque équipe (Montreux et Aigle) travaille en alternance sur le site de Rennaz pour un total de trois demi-journées pour évaluer et orienter les patient-es concernés dans le réseau addictologique.

Les personnes vues en entretien et les réponses au questionnaire mettent en lumière des **difficultés** qui touchent à différents aspects de la prise en charge addictologique.

Les professionnel·les signalent tout d'abord un manque de lieu de vie pour des patient-es souffrant d'une problématique d'addiction et de problèmes somatiques. L'offre de telles prestations (à l'image de l'Etablissement psycho-social médicalisé Soleil-Levant) serait largement sous-évaluée par rapport à la demande. L'infirmier responsable de l'UTAM estime par ailleurs nécessaire de

---

<sup>iii</sup> La pandémie de COVID 19 a favorisé une réflexion au sein des équipes, pour s'ouvrir sur l'extérieur, favoriser les déplacements et être plus mobile.

développer une offre d'appartements protégés ou supervisés, de mettre à disposition des lieux d'accueil en urgence pour les cas addictologiques (les lits de décharge sont inexistant) et de constituer une équipe mobile en addictologie pour favoriser l'accès aux soins. Il estime en outre que la catégorie des personnes vieillissantes et souffrant d'addiction (65 et plus) devrait faire l'objet d'une prise en charge plus spécialisée qu'elle ne l'est aujourd'hui. Cet infirmier relève toutefois que les deux structures sont au maximum de leurs capacités et que la mission de santé publique qui leur est demandée ne peut être menée de manière satisfaisante par manque de temps et par la pression constante d'assurer des soins de qualité tout en autofinçant ses propres ressources. La volonté de développer et d'offrir des prestations complémentaires, de créer plus de synergies, de travailler à la mise à jour de conventions de collaborations ou d'innover avec différents partenaires, etc., est bien présente, mais difficile à mettre en œuvre selon lui. A l'heure actuelle, il estime en effet difficile de dégager du temps pour améliorer l'aspect coordination, collaborations et échanges en dehors du strict travail de suivi (cœur de l'activité). Dans ce contexte, notre interlocuteur rappelle l'importance des plateformes et autres forums addictologiques qui offrent des moments de rencontres informelles entre partenaires, responsables d'institution et professionnel·les de terrain, pour développer des idées et des projets communs.

## 4 Synthèse et constats généraux

Ce chapitre reprend les principaux axes de questionnements de l'étude (Publics cibles et prestations ; organisation du travail et approches privilégiées ; réseaux et collaborations professionnelles) sous la forme d'une synthèse qui intègre les différentes institutions, mettant en perspective la diversité et la complexité de l'offre.

Dans chaque section, un tableau résume les caractéristiques des structures selon chacun de ces différents aspects. Le tableau est ensuite discuté dans une analyse comparée des structures. Un chapitre « Points d'attention » complète cette partie avec des informations recueillies auprès des expert-es consulté-es.

### 4.1 Publics cibles et prestations

Toute addiction confondue, environ **4'470 personnes** sont prises en charge par le dispositif spécialisé au moment où nous effectuons notre état des lieux (dernier trimestre 2020) (Voir Tableau 3).

Trois centres sont spécialisés dans la problématique alcool (FVA, CB et FEA), quatre en addictologie au sens large (SMA, DEPART, UTAD, UTAM et UTAA,) et deux dans les addictions aux stupéfiants (EdS, CAP/Levant). Deux instances sont principalement dédiées aux missions de suivi de mandats administratifs et pénaux relatifs à l'alcool (USE-CHUV) et aux stupéfiants (CAP/Levant). Certaines structures comme la FVA ou l'UTA, prennent également en charge ce type de prestations.

Tableau 3 Publics cibles et prestations

	Publics cibles	File active (estimation) Sévérité des troubles* (estimations)	Prestations (ambulatoires)
<b>SAT/Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)</b>	Adultes en difficulté avec l'alcool Proches des personnes concernées	800 Sévérité : troubles légers, modérés et sévères	Brefs conseils (informations, orientation) ; suivis individuels socio-thérapeutiques ; soutien aux proches ; case management  Suivis de mandats administratifs et pénaux (alcool)
<b>Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)</b>	Adultes en difficulté avec l'alcool Proches des personnes concernées	200 Sévérité : troubles légers (estimés à 30%), troubles modérés et sévères (estimés à 60% de la file active)	Bref conseil ; ligne SOS-Alcool ; suivis individuels socio-thérapeutiques ; groupes d'entraide (soutien à la parentalité) ; permanence « Point Ecoute jeunesse » et suivis d'enfants ou d'adolescents ; activités à visée socio-thérapeutique (excursion, séjours accompagnés) ; soutien à la réinsertion sociale et professionnelle (magasin « Point bleu ») ; centres de jours (Vevey et à Yverdon, en partenariat avec la Fondation Estérelle-Arcadie)
<b>Fondation Estérelle-Arcadie</b>	Adultes en difficulté avec l'alcool Proches des personnes concernées	312 Sévérité : troubles sévères	Suivis individuels post-cure pour résidents FEA ; soutien aux proches ; soutien à la réinsertion sociale et professionnelle ; centres de jour (Vevey et Yverdon en partenariat avec Croix-bleue)
<b>Service de Médecine des addictions (SMA/DP*/CHUV)</b>	Adultes souffrant d'addiction avec ou sans substance	1'150 Sévérité : troubles légers (estimés à 30-35%), troubles modérés (estimés à 60%) et des troubles sévères (estimés à 5-10% de la file active)	Bref conseil ; suivis individuels ; soutien aux proches ; groupes d'entraide ; prestations médicales (somatiques, psychiatriques et psychothérapeutiques), infirmières, sociales et socioéducatives ; Remise du programme DAM (diacétylmorphine) ; case management  Liaisons hospitalières (secteurs Centre, Nord, Ouest) et liaisons vers la première ligne de soins (dispositif ELMA)  Partenariat avec équipe mobile psychiatrie communautaire (SIM/CHUV)  Prestations DCISA

	Publics cibles	File active (estimation) Sévérité des troubles* (estimations)	Prestations (ambulatoires)
<b>Unité socio-éducative (SMA/DP/CHUV)</b>	Adultes en difficulté avec l'alcool et ayant commis une infraction ou un délit	418 Sévérité : troubles modérés à sévères	Suivis de mandats administratifs et pénaux (alcool) Cours d'information/sensibilisation Inscription des personnes dans filières de soin (liaison psychiatrique CHUV)
<b>Unité de traitement des addictions secteur Nord (SMA/DP/CHUV)</b>	Adultes souffrant d'addiction avec ou sans substance	350 Sévérité : même répartition qu'au SMA	-
<b>Consultation spécialisée DEPART (SUPEA/DP/ CHUV)</b>	Adolescents et jeunes adultes (12-20 ans) souffrant d'addiction	150-200 Sévérité : 11% de consommation peu inquiétante, 37% de problématique émergente et 52% de consommation inquiétante	Suivis individuels ; prestations médicales (somatiques, pédopsychiatriques) ; accompagnement psycho-social des jeunes et de l'entourage concerné
<b>CAP (Fondation du Levant)</b>	Jeunes adultes (18-25 ans) Adultes en difficulté avec les stupéfiants Adultes en difficulté avec les stupéfiants et ayant commis une infraction ou un délit Accompagnement de proches	244 Sévérité : prévalence de troubles légers à modérés	Bref conseil ; suivis individuels de type psychothérapeutique ; entretiens de couples, avec les familles ou les enfants de parents dépendants Suivis de mandats administratifs et pénaux (stupéfiants)
<b>Entrée de Secours (EdS)</b>	Adultes en difficultés avec les stupéfiants Proches des personnes concernées (Espace d'accueil bas-seuil)	450 Sévérité : troubles légers à sévères	Suivis individuels ; soutien aux proches ; prestations médicales (somatiques, psychiatriques et psychothérapeutiques) ; prestations sociales et socio-éducatives ; soins psychocorporels (massages, hypnose, NADA-auriculothérapie) Prestations DCISA (Prestations accueil bas-seuil)
<b>Unité de traitement des addictions secteur Est (Montreux et Aigle)</b>	Adultes souffrant d'addiction aux substances	365 Sévérité : prévalence de troubles légers à modérés	Suivis individuels médico-infirmiers ; prestations médicales (somatiques, psychiatriques et psychothérapeutiques) ; soins psychocorporels (massages, acupuncture, etc.) ; prestations d'art-thérapie ; groupes d'entraide Suivis de mandats administratifs et pénaux (tt type d'addictions) Liaison hospitalière (secteur Est) Prestations DCISA

Chaque région géographique dispose de compétences médicales et soignantes pour l'indication et le suivi de patient-es dans un traitement agoniste opioïde (TAO), pour la gestion des traitements

liés aux problèmes d'alcool ou de dépendance à la cocaïne<sup>kkk</sup>. Ces prestations sont délivrées par le SMA (Centre), l'UTAM et l'UTAA (Est), Entrée de secours (Ouest) et l'UTAD (Nord), instances qui développent aussi des activités de liaisons hospitalières dans leurs régions d'activité. A l'heure actuelle, l'accès au programme DAM (diacétylmorphine) n'est toutefois accessible qu'au SMA/CHUV. De même, chaque région dispose d'une offre de prestations en ce qui concerne les mandats administratifs du Service des automobiles relatifs aux retraits de permis de conduire, offre accessible via l'USE ou le CAP et leurs antennes respectives.

Toutes les structures identifiées délivrent des **prestations aux personnes et des accompagnements de proches** touché-es par des problèmes d'addiction, avec la mise en œuvre de suivis addictologiques, et pour une majorité, de groupes d'entraide. Les publics cibles concernés renvoient, d'une part, à la catégorie des adultes en démarche volontaire et, d'autre part, à la catégorie des adolescent-es et jeunes adultes.

Pour les **adultes volontaires**, les professionnel·les travaillent sur la base d'un projet thérapeutique avec la personne concernée, dont découlent des objectifs thérapeutiques qui encadrent la prise en charge. Ces accompagnements addictologiques s'établissent à plus ou moins long termes parallèlement au cheminement des personnes concernées (étapes de stabilités, rechutes ou crise, etc.), et avec la possibilité d'adapter les objectifs en cours de route, d'anticiper les rechutes éventuelles par l'établissement d'un « plan de crise conjoint », etc. Certains suivis privilégient le soutien à l'abstinence, d'autres la prévention des rechutes et la réduction des risques, d'autres encore visent la consommation contrôlée, l'aide à la réinsertion professionnelle (CB, FEA, CAP/Levant), etc., ce qui témoigne du fait que l'offre actuelle est à la fois riche et adaptative vis-à-vis des besoins de ce public cible.

Pour la catégorie des **adolescent-es et jeunes adultes** concerné-es par des problèmes d'addiction, l'offre de prise en charge est à la fois plus spécifique et plus restreinte : plus spécifique car elle découle rarement de demandes volontaires, plus restreinte car deux instances surtout ont constitué une prise en charge adaptée à ce groupe cible dans le canton de Vaud : la consultation spécialisée DEPART (adolescent-es de 12 à 20 ans) et le CAP (jeunes adultes de 18 à 25 ans, prestations JAD). L'accès à ce type de prestations est facilité dans le secteur Centre mais certainement moins accessible dans les autres régions du canton. D'où le déploiement de la consultation DEPART dans plusieurs régions depuis 2010 (antennes régionales). Pour sa part, le CAP assure les consultations pour les mandats du SAN (uniquement) à Vevey, Nyon et Yverdon et selon la demande. Notons aussi que la CBR-SV développe une offre de prestations aux enfants/adolescent-es de parents souffrant d'alcoolodépendance, en partenariat avec la DGEJ.

Dans la perspective d'une prestation addictologique spécifique pour adolescent-es et jeunes adultes (12-25 ans), on notera que le concept-même de l'aide contrainte pose question car il va à l'encontre du suivi volontaire, fondement du paradigme de soin et d'accompagnement social qui prévaut pour les adultes. Dans tous les cas, l'aide contrainte légitime – tout comme elle nécessite – le déploiement d'une démarche plus proactive par les professionnel·les : implication des parents

---

<sup>kkk</sup> Précisons qu'à l'instar des autres substances, le traitement de la dépendance à la cocaïne débute par une anamnèse addictologique et psychologique. La réponse médicamenteuse n'est cependant pas unique, comme c'est le cas avec les troubles aux opiacés et mise sous TAO, mais multiple (anxiolytiques, antidépresseurs, etc.) car elle dépend des troubles psychiques et comportementaux repérés (anxiété, hyperactivité adulte, etc.).

ou proches dans le suivi (jusqu'à 18 ans), sollicitation des personnes concernées pour éviter les rendez-vous manqués, valorisation d'une approche compréhensive et bienveillante, prise en compte du point de vue de de l'entourage, etc. L'évaluation réalisée par DEPART suppose donc d'accompagner de près les situations, un volontarisme qui se justifie dans une logique de prévention, pour diminuer le risque que des troubles sévères apparaissent au cours des années chez les jeunes concerné-es. Cette mission de prévention fait partie des missions définies entre cette instance et la DGS et fait écho aux enjeux exprimés par les professionnel·les interviewé·es (détection précoce, culture de la « transition » jeune/jeune adulte dans le domaine addictologique). Signalons que DEPART travaille doré et déjà avec le SMA et la Fondation de Nant sur ces questions et que d'autres structures, comme la CBR-SV par exemple, ont aussi développé des prestations destinées au public jeune (adolescent).

Les **mandats administratifs et pénaux** entrent aussi dans un régime de contrainte, mais ils ont pour caractéristique de mettre les structures actives sur ce segment d'activité (USE, CAP/Levant) directement en réseau avec les Autorités mandataires (Justice de Paix, Fondation vaudoise de probation et Office d'exécution de peines, SAN, etc.). Les mandats sont délégués et les structures apparaissent en tant que « consultantes ou expertes addictologiques » sur divers dossiers, comme la perte de permis de conduire ou le trafic de stupéfiants notamment. L'aspect contraignant n'empêche cependant pas de créer une alliance thérapeutique qui peut se poursuivre dans le temps. Dans le cas de l'USE, l'entrée par le biais d'un mandat administratif ou pénal permet, comme lorsque des patient·es arrivent aux urgences hospitalières pour des problèmes d'addictions, de repérer certains cas et de profiter de ce temps pour inscrire les personnes concernées (ces cas sont souvent des récidives et plutôt complexes) dans un réseau de soin avec suivi thérapeutique par exemple.

Au-delà des prestations aux personnes ou aux proches, une part plus ou moins importante des activités ambulatoires spécialisées est dédiée à des **prestations au réseau socio-sanitaire**, avec des services de liaisons hospitalières (SMA, UTAD et UTAM/UTAA), des offres de soutien aux premières lignes de soins qui se déploient de manière informelle (en fonction des relations interpersonnelles tissées par les structures sur un territoire donné) ou plus formalisée (dans le cas du dispositif ELMA au CHUV) ainsi que des prestations pour le dispositif DCISA (SMA, EdS, UTAM-UTAA).

Dans l'ensemble, les situations prises en charge par les structures étudiées touchent **tous les niveaux de sévérité de l'addiction** selon la catégorisation du DSM V<sup>10</sup> que nous avons utilisée (troubles légers, modérés et sévères). On peut néanmoins constater que les troubles modérés à sévères sont sinon surreprésentés, du moins prévalents dans l'ensemble des cohortes. Selon un expert rencontré, la mission de l'ambulatoire spécialisé est d'apparaître en soutien et dans une logique de subsidiarité vis-à-vis des acteurs privés du système du système de santé (médecins installé·es, etc.). Ce principe de subsidiarité semble donc se confirmer aux regard de nos résultats, mais notre capacité à approfondir l'adéquation de l'offre de deuxième ligne resterait à confirmer en étudiant aussi les pratiques et perceptions de la médecine de ville.

Une part importante des usages problématiques concerne des polyconsommateur·trices souffrant d'addiction aux stupéfiants et pour qui la quête du produit peut devenir la priorité absolue du quotidien. Cette catégorie de patient·es se caractérise par un cumul de vulnérabilités, des problèmes de précarité sociale et de logement. La plupart de ces situations définies comme

« complexes » sont suivies par le SMA/CHUV et d'autres structures dédiées, comme EdS par exemple. Elles nécessitent plus que pour d'autres public cibles, de développer la coopération avec le dispositif bas-seuil (ABS, Zone Bleue, AACTS, etc.) et le réseau associatif local. Ces situations exigent une disponibilité voire une forme d'interventionnisme qui est certainement plus difficile à mettre en œuvre à partir de la première ligne de soins en raison de moyens limités et qui légitiment pleinement le recours à l'ambulatoire spécialisé (engagement de moyens conséquents sur le plan social, mise en place de dispositifs *case management\**, organisation de réseaux multi-partenaires, coordination des soins, accompagnement des personnes concernées à leurs rendez-vous, etc.). De ce point de vue, et hormis pour les atteintes les plus graves, les patient-es suivi-es pour des problèmes d'alcool seraient sensiblement moins précarisé-es et plus facilement pris-es en charge par les médecins traitants : comme le précise une médecin interviewée au CHUV, ils-elles conservent souvent un statut social, un appartement voire un travail, et surtout, ils-elles ne sont pas forcés-es de recourir au marché illégal pour accéder au produit.

## 4.2 Organisation du travail et approches privilégiées

Le concept de rétablissement, le paradigme bio-psycho-social, l'approche motivationnelle, et dans une moindre mesure, l'approche systémique et la thérapie cognitivo-comportementale sont les principaux paradigmes et outils qui sous-tendent l'activité clinique des structures identifiées (voir Tableau 4). Ces approches se retrouvent au-delà de la spécialisation sur telle ou telle substance, et sont représentatives de l'orientation globale de la discipline addictologique à l'heure actuelle. Quels que soient les objectifs poursuivis dans l'accompagnement (abstinence, gestion de sa consommation, réduction des risques, etc.), cette activité vise à favoriser l'appropriation du projet thérapeutique par les patient-es-usager-ères ou bénéficiaires et ainsi à favoriser leur autonomisation progressive.

**Tableau 4** Organisation du travail et approches privilégiées

	Groupes professionnels impliqués	EPT	Modalités de prises en charge	Approches privilégiées
<b>SAT/Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)</b>	Educateur-trices Psychologues	9.2	Modèle monodisciplinaire (socio-thérapeutique)	Approche bio-psycho-sociale Concept de rétablissement Approche motivationnelle
<b>Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)</b>	Assistants sociaux/assistantes sociales Psychologues Infirmier-ères	7.45	Modèle monodisciplinaire (socio-thérapeutique)	Concept de rétablissement Approche motivationnelle <i>Problem solving</i> Approche systémique et cognitivo-comportementale
<b>Fondation Estérelle-Arcadie</b>	Educateur-trices Infirmier-ères	2.5	Modèle monodisciplinaire (socio-thérapeutique)	Approche motivationnelle Approche cognitivo-comportementale



	Groupes professionnels impliqués	EPT	Modalités de prises en charge	Approches privilégiées
<b>Service de Médecine des addictions (SMA/DP/CHUV)</b>	Médecins généralistes-internistes Médecin psychiatres Psychologues Infirmier-ères Educateur-trices, assistants sociaux/assistantes sociales	29	Modèle multidisciplinaire (médical, soignant, social)	Concept de rétablissement Approche motivationnelle
<b>Unité Socio-éducative (SMA/DP/CHUV)</b>	Psychologues-psychothérapeutes	6	Modèle monodisciplinaire (psychosocial)	Approche motivationnelle Approche systémique
<b>Unité de traitement des addictions secteur Nord (SMA/DP/CHUV)</b>	Médecins généralistes-internistes Médecin psychiatres Psychologues Infirmier-ères Educateur-trices, assistants sociaux/assistantes sociales	(inclus dans SMA)	Modèle multidisciplinaire (médical, soignant, social)	Concept de rétablissement Approche motivationnelle
<b>Consultation spécialisée DEPART (SUPEA/DP/ CHUV)</b>	Pédopsychiatres Infirmier-ères Educateur-trices, assistants sociaux/assistantes sociales Psychologues-psychothérapeutes	9.45	Modèle multidisciplinaire (médical, soignant, social)	Concept de dépendance à l'adolescence (Jeammet et Corcos) Approche motivationnelle Approche systémique et cognitivo-comportementale
<b>CAP (Fondation du Levant)</b>	Psychologues-psychothérapeutes	5	Modèle monodisciplinaire (psychosocial)	Approche motivationnelle Approche systémique et cognitivo-comportementale Concept de réduction des risques
<b>Entrée de Secours (EdS)</b>	Educateur-trices, assistants sociaux/assistantes sociales Infirmier-ères Médecins généralistes Médecins psychiatres Psychologue-psychothérapeute	8.7	Modèle multidisciplinaire (médical, soignant, social)	Approche bio-psycho-sociale Concept de rétablissement Approche motivationnelle Intervention en interstices (Furtos) Concept de réduction des risques
<b>Unité de traitement des addictions secteur Est (Montreux et Aigle)</b>	Médecins psychiatres-psychothérapeutes Infirmier-ères spécialisé-es en psychiatrie	11	Modèle de soins coordonnés (médical, soignant)	Approche psychiatrique et psychodynamique Approche bio-psycho-sociale Concept de rétablissement Approche motivationnelle

Derrière cette relative homogénéité des approches du soin, les structures divergent en fonction de leur origine historique, leur organisation interne (monodisciplinaire vs pluridisciplinaire), la composition professionnelle de leur équipe et la taille de la structure.

D'un côté, certaines structures se sont développées sous l'impulsion d'équipes du domaine social et du développement de l'accompagnement socio-thérapeutique\* des addictions (FVA, CB, FEA, EdS, USE). Si l'on prend l'exemple la FVA, on peut noter que tous et toutes les employé-es assument

le même cahier des charges regroupé dans la fonction d'intervenant·es socio-thérapeutes spécialisé·es en alcoologie (ISSA), que le cœur de leur activité se situe autour du suivi socio-thérapeutique et psychosocial\* des personnes prises en charge. La FVA se caractérise aussi par un modèle de travail monodisciplinaire – avec la nécessité de collaborer à l'externe pour tout ce qui touche aux besoins médicaux – et elle se spécialise sur l'addiction à une substance en particulier. La FVA et les autres structures de ce type sont composées en majorité de psychologues et d'intervenant·es du domaine social qui ont acquis une autonomie professionnelle et un domaine d'expertise propre dans le champ addictologique. Ces professionnel·les sont les premier·ères répondant·es en ce qui concerne toutes les problématiques sociales (vs médicales) en lien avec l'addiction (i.e. logement, perte d'emploi, soutiens administratifs, demandes d'AI ou de RI, situations de précarisation, etc.). Par ailleurs, c'est principalement à ces intervenant·es que revient le pilotage des dispositifs de **case management** mis en place pour les cas complexes. Cet espace professionnel s'identifie autour de l'approche dite socio-thérapeutique\* et tient une place centrale dans le domaine de l'ambulatoire spécialisé, à côté des pôles médico-soignants.

D'un autre côté, on trouve des structures d'obédience socio-thérapeutique qui ont intégré du personnel médical dans leur organisation interne, devenant ainsi pluridisciplinaires. Entrée de secours en est un exemple. Basée sur une approche socio-thérapeutique et dirigée par un travailleur social depuis ses débuts, elle a dès 1997 intégré du personnel soignant dans son modèle d'accompagnement et de soins, à côté des intervenant·es du domaine social. Par la suite, des conventions de collaboration ont été créées avec des médecins généralistes – deux sont intégrés dans chaque centre à Morges et à Nyon – et la convention passée avec le secteur psychiatrique Ouest en 2017 (relié au CHUV) a permis de fluidifier encore les collaborations dans ce domaine. Notons que cette structure est la seule à être dirigée par un travailleur social et qui emploie du personnel médical et soignant<sup>III</sup>. En outre, elle délivre des prestations de réduction des risques (centre bas-seuil) et de thérapie dans un même lieu à Morges et à Nyon. L'unité de lieu, la porosité entre prestations bas-seuil et à seuil adapté, mais aussi ses modalités de prise en charge relativement souples (pas de système de référence) et la pluriprofessionnalité de ses équipes (avec un cahier des charges commun) sont autant de facteurs qui donnent à ce modèle de prise en charge un caractère singulier dans l'offre ambulatoire actuelle.

Enfin, plusieurs structures actives sur le territoire vaudois se sont établies grâce au développement de la médecine addictologique depuis le début des années 2000<sup>mmm</sup>, en particulier dans le domaine de la psychiatrie (SMA, DEPART, UTAD, UTAA et UTAM). L'organisation des soins psychiatriques se traduit par la présence de deux pôles, le premier lié au CHUV et le second à l'hôpital de Nant<sup>nnn</sup>, qui

<sup>III</sup> Cette caractéristique se retrouve aussi dans l'Unité DEPART à la différence que cette structure est co-dirigée par une médecin et une professionnelle du domaine social.

<sup>mmm</sup> La société suisse de médecine des addictions a été créée en 2000. Le certificat FMH de formation complémentaire en addictologie est dispensé depuis 2018. Dans le paysage romand, notons aussi l'existence du Collège romand de médecine de l'addiction (CoRoMA) : ce réseau participe à la réflexion sur la discipline dans des réseaux internationaux ; il organise des Journées dédiées et autres rencontres d'addictologie au niveau national ; il met enfin à disposition des médecins de premier recours un service d'intervention et une hotline. De même, le CoRoMA co-organise les réunions PPMA de perfectionnement en médecine de l'addiction. Ces formations sont animées en général par un·e médecin généraliste et un·e expert·e addictologue et mises en place dans chaque région du canton pour les professionnel·les de premières lignes et/ou concerné·es par la prise en charge de personnes toxicodépendantes ou présentant une autre addiction.

<sup>nnn</sup> L'offre en matière de soins psychiatriques dans le canton est divisée en régions : les soins des régions Centre (région lausannoise), Nord (Yverdon, Payerne, Orbe et Ste-Croix) et Ouest (Prangins, Nyon, Morges) sont organisés par le Département de psychiatrie du CHUV. Les soins psychiatriques de la région Est (Montreux, Aigle, Lavaux-Oron, Riviera-Pays-d'En-Haut) sont gérés par la Fondation de Nant.

influencent l'organisation des soins addictologiques ambulatoires : le SMA étant intégré au Département de psychiatrie du CHUV, son déploiement bénéficie des réseaux établis par cette spécialité, avec des institutions rattachées, des liens fonctionnels et organisationnels entre équipes des secteurs Centre, Nord et Ouest<sup>ooo</sup> ; les Unités d'addictologie de l'est sont quant à elles rattachées au Service de psychiatrie et de psychothérapie communautaire (SPPC) de l'hôpital de Nant et semblent travailler de manière relativement indépendante du CHUV.

Ces Unités de traitement (UTA) ont la particularité d'être inscrites dans l'organisation hospitalière et dirigées par des représentants du corps médical. Cet espace professionnel à dominance médicale (vs socio-thérapeutique) se compose de médecins somaticien·nes (généralistes internistes), de psychiatres et de membres du personnel infirmier. A l'exception de l'UTAA et de l'UTAM qui n'intègrent pas de secteur social et qui privilégient par conséquent un modèle de soins coordonnés plutôt que pluridisciplinaire, ces unités sont très représentatives d'une addictologie inclusive et intégrée\*, qui couvre l'ensemble des besoins (médicaux somatiques, psychiatriques, sociaux<sup>ppp</sup>). Particulièrement représentatives ici, la policlinique du SMA, l'unité DEPART et l'UTAD se sont construites sur un modèle multidisciplinaire sensé faciliter la coordination entre prestations médicales, soignantes et sociales par l'adressage interne selon les besoins exprimés dans le temps. Notons aussi l'importance du groupe professionnel des généralistes-internistes au SMA, qui seraient plus nombreux·ses que les psychiatres selon nos informations, avec la volonté de renforcer la réponse aux besoins somatiques en addictologie. L'objectif, à termes, étant de constituer une consultation addictologique généraliste polyvalente et accessible, et d'éviter de « psychiatriser » trop vite les situations<sup>qqq</sup>. Certain·es de nos interlocuteurs·trices estiment que l'expertise des médecins somaticien·nes en addiction devrait être renforcée à la fois au niveau de la formation (cours en addictologie pour les futur·es praticien·nes) et des réseaux interprofessionnels (échanges établis avec les généralistes installé·es, soutiens addictologiques, etc.)<sup>rrr</sup>.

Pour ce qui est des Unités rattachées à l'hôpital de Nant (UTAA, UTAM), elles proposent également une prise en charge bio-psycho-sociale, sans distinction de substances, mais elles semblent plus que le SMA/CHUV centrées sur une approche psychiatrique des addictions<sup>sss</sup>. Ce positionnement s'explique, entre autres, par l'influence de l'hôpital de Nant pour cette spécialité. L'histoire de l'institution est à la fois étroitement liée à la discipline psychiatrique et au processus d'autonomisation de la profession infirmière dans ce domaine. L'UTA de l'Est se singularise par la place prépondérante accordée à cette profession : les équipes sont composées essentiellement de personnel infirmier formé en psychiatrie, qui semble travailler de manière très autonome dans l'accompagnement addictologique, tout en restant sous la supervision de médecins. Contrairement

<sup>ooo</sup> Contrairement au secteur Nord (UTAD) où l'organisation est plus avancée, l'équipe addictologique affiliée au CHUV et présente dans le secteur Ouest n'est pas encore totalement constituée, selon notre entretien avec un expert. Actuellement, le CHUV dispose d'un poste de chef de clinique à 50%, d'un poste infirmier à 50% et d'un poste de médecin cadre à 10% pour l'addictologie dans le Département de psychiatrie communautaire de Prangins.

<sup>ppp</sup> Précisons que ce sont les assistants sociaux/assistantes sociales et les éducateur·trices spécialisé·es qui prennent en charge les dispositifs de case management\*.

<sup>qqq</sup> D'après le témoignage d'un expert, l'alcoologie est un domaine moins monopolisé par le groupe des psychiatres que ne l'est le domaine de l'addictologie aux stupéfiants. Dans l'ancien service d'alcoologie du CHUV, même si l'aspect psychiatrique était évidemment pris en compte, les suivis étaient surtout réalisés par des somaticien·nes, généralistes ou internistes, et peu par des psychiatres. L'actuel SMA, né de la fusion de l'ancienne alcoologie et de la policlinique de St-Martin (stupéfiants) a pour Directeur actuel l'ancien chef de l'alcoologie du CHUV et médecin interniste de formation.

<sup>rrr</sup> La seule prestation formalisée existante à l'heure actuelle vis-à-vis des premières lignes est le dispositif ELMA du CHUV.

<sup>sss</sup> La co-morbidité psychiatrique est même un critère d'inclusion pour l'entrée en suivi à l'UTAM/UTAA.

aux autres UTA, l'interdisciplinarité s'établit ici uniquement entre médecin et soignant-es (modèle de *soins coordonnés*), avec la nécessité de recourir à des prestations externes pour tout ce qui touche aux besoins sociaux.

Liée à l'organisation du travail, la question de la **réactivité de l'offre ambulatoire spécialisée** est un dernier élément qu'il convient de relever. En effet, la majorité de nos interlocuteur·trices estiment important d'accéder rapidement aux demandes exprimées par les patient-es ou bénéficiaires pour « prendre la balle au bond » et éviter que l'impulsion initiale ne s'amenuise. Les structures de type FVA, CB ou EdS ont pris des mesures pour répondre dans la semaine à toute nouvelle demande (SOS, centrale téléphoniques, etc.). Ces structures se caractérisent par une capacité rapide à se mobiliser, que ce soit pour entrer comme pour se mettre en retrait d'une situation. Cette forte réactivité n'est pas sans liens non plus avec le caractère très mobile des équipes, lesquelles effectuent de nombreux déplacements, vont à la rencontre des patient-es/ bénéficiaires/ usager·ères sur leur lieu de domicile ou ailleurs, les accompagnent à des rendez-vous, etc.<sup>ttt</sup>

La policlinique d'addictologie du CHUV est l'unique lieu où une liste d'attente de plusieurs mois est avérée. Des mesures de circuits-courts ont été mises en œuvre, mais qui semblent masquer une difficulté chronique ressentie par certain-es de nos interlocuteur·trices, et que l'on peut sans doute imputer à la taille de la structure, à l'organisation qui lui est propre (hospitalo-universitaire), aux conflits de territoires entre professionnels ainsi qu'au bassin important de population qu'elle dessert. De ce point de vue, il est probable que les structures de plus petite taille gagnent en réactivité. Pour les structures de plus grande taille, le défi consiste donc à rendre l'offre ambulatoire plus réactive, rapidement accessible pour les besoins standards et souple dans ses modalités de mise en œuvre.

### 4.3 Réseaux et collaborations professionnelles

D'après ce que nous avons pu mettre en évidence dans les études de cas, les collaborations interprofessionnelles sont la norme plutôt que l'exception dans le domaine ambulatoire spécialisé (voir Tableau 5). Les tâches dédiées à l'activité de réseau (contacts, réunions, coordination, etc.) représentent en effet une part importante du cahier des charges des intervenant-es<sup>uuu</sup>.

---

<sup>ttt</sup> Les consultations mobiles sont certainement un facteur qui joue pour réduire le nombre souvent important de rendez-vous manqués. Dans les Unités de traitements du secteur Est, le nombre de rendez-vous manqués en 2020 était très important puisqu'il s'élève à 508 pour l'UTAM et 380 pour l'UTAA. Ces structures n'intégraient pas de consultations mobiles jusqu'en 2020, mais l'importance de ces chiffres couplée à la situations vécue durant toute la pandémie de COVID 19 ont poussé les équipes à revoir leur dispositif. La réflexion sur ce sujet est en cours à l'heure actuelle.

<sup>uuu</sup> L'organisation d'un colloque de réseau où il s'agit de réunir entre 4 et 10 partenaire nécessite du temps et une organisation importante.

Tableau 5 Réseaux et collaborations professionnelles

	Régions privilégiées	Collaborations avec le réseau addictologique	Collaborations avec le réseau médico-social et hospitalier	Collaborations avec le réseau social ou éducatif + autres
<b>SAT/Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)</b>	Ouest, Centre, Nord ( <u>antennes</u> )	Ambulatoire (EdS) Résidentiel (DCISA, ESE addiction) Hospitalier (Prangins, Tamaris/CHUV, Cery)	Médecins installés (généralistes, psychiatres) Cliniques privées CMS, EMS EPSM Infirmières indépendantes Infirmières scolaires	Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire (SMPP) Fondation vaudoise de probation et Office d'exécution des peines (FVP-OEP) CSR Service des curatelles (SCTP) DGEJ Employeurs
<b>Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)</b>	Est, Centre, Nord ( <u>antennes</u> )	Ambulatoire (FEA : centres de jour Vevey et Yverdon, UTAM et UTAA) Résidentiel (ESE addiction) Hospitalier (Tamaris/CHUV, Nant, Riviera-Chablais)	Médecins installés (généralistes, psychiatres)	DGEJ
<b>Fondation Estérelle-Arcadie</b>	Centre et Nord	Ambulatoire (Croix-bleue : centres de jours Vevey et Yverdon, UTAD, UTAM) Résidentiel (DCISA, ESE addiction) Hospitalier	Médecins installés (généralistes, psychiatres) CMS Infirmières indépendantes	CSR Service des curatelles (SCTP)
<b>Service de Médecine des addictions (SMA/DP/CHUV)</b>	Centre, Nord et Ouest	Ambulatoire (dispositif bas-seuil, UTAD, pôle addiction Ouest) Résidentiel (DCISA, ESE addiction) Hospitalier (Tamaris/CHUV, La Calypso/CHUV)	Médecins installés (généralistes, psychiatres, autres spécialistes) Réseau psychiatrique CHUV (Centre, Nord et Ouest) Urgences CHUV Equipe mobile psychiatrie communautaire (SIM/CHUV) CMS EPSM Pharmaciens	CSR Services des curatelles (SCTP) Services hôteliers Fondation de probation Structures sociales (EVAM, CARITAS)
<b>Unité Socio-éducative (SMA/DP/CHUV)</b>	Tout le canton ( <u>antennes</u> )	Ambulatoire (SMA, CAP/Levant) Hospitalier (Tamaris/CHUV)	Médecins installés (généralistes, psychiatres, autres spécialistes) Réseau psychiatrique CHUV	Service des automobiles et de la navigation (SAN) Unité de médecine et psychologie du trafic (UMPT) Fondation vaudoise de probation et Office d'exécution des peines (FVP-OEP) Curateur-trices, assistants sociaux/assistantes sociales
<b>Unité de traitement des addictions secteur Nord (SMA/DP/CHUV)</b>	Nord	-	-	-

	Régions privilégiées	Collaborations avec le réseau addictologique	Collaborations avec le réseau médico-social et hospitalier	Collaborations avec le réseau social ou éducatif + autres
<b>Consultation spécialisée DEPART (SUPEA/DP/CHUV)</b>	Tout le canton ( <u>antennes</u> )	Ambulatoire (SMA, UTAD, UTAM/UTAA, pôle addiction Ouest)	Pédopsychiatres installés Psychothérapeutes indépendants Equipes mobiles en psychiatrie communautaire (EMEA/CHUV, SIM/CHUV)	Structures d'insertion (SEMO, COFOP, RESSORT) DGEJ Etablissements scolaires Structures sociales (EVAM, centre adolescent de Valmont) Travailleurs sociaux de proximité et équipes mobiles d'intervention sociales (DIOP/FJF)
<b>CAP (Fondation du Levant)</b>	Tout le canton ( <u>antennes</u> ) Centre (prestations individuelles)	Ambulatoire (USE) Résidentiel (ESE addiction)	Médecins installés (généralistes, psychiatres) Psychothérapeutes indépendants Réseau psychiatrique (Cery, Prangins)	Service des automobiles et de la navigation (SAN) Unité de médecine et psychologie du trafic (UMPT) Unité de toxicologie et chimie forensique (UTCF) Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire (SMPP) Fondation vaudoise de probation et Office d'exécution des peines (FVP-OEP) DGEJ Office régionale de placement pour mineurs – Nord-vaudois (DGEJ)
<b>Entrée de Secours (EdS)</b>	Ouest	Ambulatoire (dispositifs bas-seul, FVA, le CAP/Levant) Résidentiel (DCISA, ESE addiction) Hospitalier (Prangins, Hôpital de Morges)	Médecins installés (généralistes, psychiatres, autres spécialistes) Réseau psychiatrique Ouest-vaudois Infirmiers indépendants EMS EPSM Espace Prévention La Côte	CSR Curateurs privés ou professionnels Rel'Aids, travailleurs sociaux de proximité Structures sociales (EVAM) Sport'ouverte
<b>Unité de traitement des addictions secteur Est (Montreux et Aigle)</b>	Est	Ambulatoire (Croix-bleue) Résidentiel (DCISA, ESE addiction) Hospitalier (Nant, Riviera-Chablais, Tamaris/CHUV, La Calypso/CHUV)	Médecins installés (généralistes, psychiatres) Réseau psychiatrique Est-vaudois CMS EPSM Infirmières indépendantes	CSR Service des curatelles (SCTP) Justice de Paix

Les professionnel·les rencontré·es disent privilégier les réseaux existants et travailler de façon complémentaire avec les autres acteurs présents dans les situations afin d'éviter les doublons. Dans certains cas, ils-elles apparaissent dans un **rôle de consultant·es addictologiques** : l'activité est relativement ponctuelle, elle se limite à une évaluation, un conseil addictologique ou une expertise spécifique sur demande d'un·e médecin de première ligne ou d'un service spécifique (service social, SAN, Justice, etc.). Dans les cas plus complexes, si les personnes sont isolées sur le plan médical ou social (pas de médecin traitant, précarité, isolement, etc.), les intervenant·es de l'ambulatoire spécialisé peuvent prendre un rôle de **professionnel·les captant·es** en instaurant et en pilotant un dispositif de *case management* par exemple, ou dans tous les cas en prenant une part active sur

une étape de la trajectoire du ou de la patient·e, avec la mission de (re)construire un réseau fiable de partenaires et de stabiliser une situation.

Outre le fait que les acteurs du réseau ambulatoire spécialisé ne fonctionnent pas en silo, le tableau ci-dessus permet de relever au moins deux constats importants.

Premièrement, les collaborations externes s'établissent de manière spécifique en fonction du contexte social et sanitaire de chaque région : toutes les structures étudiées s'intègrent dans le tissu socio-sanitaire régional, travaillent en réseaux pour mener à bien leurs activités et bénéficient en retour d'une reconnaissance en tant que centres de compétence en matière d'addiction. Pour prendre l'exemple d'EdS, ce centre est à la fois connecté avec le réseau bas-seuil (travailleurs-travailleuses de proximité de la région de Nyon et de Morges), les Centres sociaux régionaux (assistants sociaux et assistantes sociales), le réseau psychiatrique Ouest-vaudois (conventions de collaboration) et avec la première ligne de soins (généralistes). En outre, depuis la création du DCISA, il s'implique davantage dans les phases de transition du domicile au dispositif résidentiel et vice-versa. Enfin, le mouvement vers une addictologie plus inclusive, qui se traduit au niveau cantonal par la création récente du SMA (en 2019) tend aussi à diversifier la morphologie de sa clientèle puisque les situations prises en charge incluent désormais la problématique alcool. Les quelques situations actuellement suivies où l'alcoolodépendance est le principal problème, sont réalisées conjointement avec la FVA, une tendance qui devrait se développer à l'avenir.

Deuxièmement, les structures identifiées développent leurs collaborations en fonction de leurs missions et des besoins de leurs publics cibles. Ces réseaux de collaborations leur permettent de croiser différents niveaux (ambulatoire, résidentiel, hospitalier) ou secteurs (secteur médical, psychiatrique, social et éducatif). Dans le cadre du réseau social ou éducatif, on peut noter que les Centres sociaux régionaux et le Service des curatelles sont systématiquement mentionnés comme des partenaires privilégiés. Ce type de collaborations intersectorielles répond aux besoins sociaux à couvrir et fait écho aux nombreuses situations que l'addiction a fortement impactées, avec la nécessité d'entreprendre des démarches auprès de l'AI, du Revenu d'Insertion, du service de tutelles et des curatelles, etc.

L'exemple de la consultation spécialisée DEPART (**adolescent·es et jeunes adultes**) est éclairant à cet égard. Les collaborations effectives que s'attachent à mettre en œuvre les professionnel·les de cette structure notamment dans les secteurs Centre et Nord-vaudois sont très diversifiées : elles se déploient à la fois vers le réseau social ou éducatif avec les associations et organismes actifs dans le monde de la réinsertion professionnelle et en particulier pour les publics jeunes (SEMO, COFOP, RESSORT), vers celui des organismes de tutelle chargés d'intervenir sur les situations familiales problématiques (DGEJ, structures sociales telles que l'EVAM, le centre pour adolescents de Valmont), vers le réseau des établissements scolaires ou des travailleurs et travailleuses de proximité. Par ailleurs, les collaborations s'établissent aussi avec le réseau médico-social spécialisé dans la prise en charge des jeunes (pédopsychiatres, psychothérapeutes, équipes mobiles en psychiatrie communautaire « jeune », etc.) ou les instances spécialisées du réseau addictologique ambulatoire. Cette densité de relations participe très probablement à l'efficacité des interventions mises en œuvre. Les modalités des coopérations (inter)professionnelles sont toutefois à géométrie variable en fonction du degré de complexité des situations, des capacités internes de chaque structure à répondre aux besoins identifiés, de la présence ou non d'un entourage proactif et des

partenaires professionnel·les déjà impliqué·es, etc. Ces coopérations s'établissent donc selon les besoins et les circonstances de chaque suivi ; elles permettent d'accéder à des informations spécifiques, de se coordonner, d'agir en synergie ou de manière complémentaire, etc.

Pour ce qui est de l'ambulatoire dédié au **suivi d'adultes (à partir de 18 ans)**, les collaborations se déploient également de manière spécifique en fonction des besoins à couvrir. Nos données semblent indiquer que les liens entre intervenant·es du réseau addictologique (ambulatoire, résidentiel, hospitalier) sont désormais bien établis, ce qui signifie que les partenaires sont connu·es, et que, sauf exception, ils·elles agissent de manière complémentaire et coordonnée dans les suivis de cas. Dans les prestations de l'ambulatoire spécialisé réalisées pour le réseau addictologique, on peut relever que les **activités sur les « transitions »**, qui englobent toutes les « entrées » (en hôpital, en résidentiel), les « sorties » (prisons, hôpital, résidentiel, etc.) ainsi que les liaisons hospitalières sont un segment d'activité spécifique qui implique la coopération avec les professionnel·les du secteur institutionnalisé (résidentiel, hospitalier, prisons). L'ambulatoire hospitalier de type SMA ou UTAA et UTAM a un avantage de proximité dans ce domaine par rapport aux structures non-hospitalières (EdS, FVA, CB, FEA), en particulier pour ce qui concerne les services de liaisons dans les hôpitaux somatiques et psychiatriques, ce qui explique son déploiement sur ce segment d'activité.

Le suivi des transitions peut être distingué des **activités de consultance** (ou d'expertise addictologique) que les structures réalisent à la demande d'EMS ou d'EPSM par exemple, où les intervenant·es spécialisé·es conseillent le personnel *in situ* sur une situation jugée problématique. Dans ce domaine, chaque structure développe aussi ses propres interactions avec les généralistes et d'autres thérapeutes en pratique privée, qui leurs adressent des patient·es ou ont recours à ses prestations (conseil addictologique, supervisions, mise en place d'un suivi conjoint, reprise ou remise d'une situation, etc.). C'est également dans ce cadre que des collaborations sont mises sur pied avec les CMS ou des infirmier·ères indépendant·es, à qui certain·es responsables de structures ambulatoires disent parfois déléguer une part du suivi à domicile, avec des reportings réguliers sur l'évolution des situations (gestion des médicaments, maintien du lien, etc.)<sup>vvv</sup>.

## 4.4 Points d'attention

### 4.4.1 Disparités régionales de l'offre ambulatoire

Malgré une offre de prestation déjà riche, la disparité d'accès aux structures ambulatoires spécialisées est une problématique qui ressort de plusieurs entretiens de terrain. Le Tableau 6 résume l'ensemble des prestations réalisées en fonction des structures identifiées et spécifie la présence ou non d'antennes régionales.

---

<sup>vvv</sup> Le recours à ces professionnel·les est rendu nécessaire lorsque la structure n'inclut pas de déplacement dans ses prestations, comme c'est le cas de l'UTAM, de l'UTAA et du SMA.



**Tableau 6 Prestations ambulatoires assurées par les structures addictologiques spécialisées du canton de Vaud en 2020**

Prestations	FVA	CB	FEA	SMA	DEPART	USE	CAP	UTAD	EdS	UTAA/A
Brefs conseils	X	X		X	X		X	X	X	X
Suivis individuel adultes	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Suivis socio-thérapeutiques	X		X	X	X	X		X	X	
Suivis psychothérap.				X			X	X	X	
Suivis infirmier et médicaux (TAO, somatique-psychiatrique)				X	X			X	X	X
Soins psychocorporels									X	X
Suivis post-cures	X	X	X	X			X		X	X
Liaisons hospitalières				X		X		X	(X)	X
Accompagn. de proches	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Groupe d'entraide		X		X			X	?		X
Suivis JAD							X			
Suivis adolescent-es 12-20 ans		X			X					
Case management	X	X		X	X				X	X
Remise DAM				X						
DCISA				X				X	X	X
Partenariat équipes mobile psychiatrique				X				X		X
Prestations formelles vis-à-vis des 1 <sup>ère</sup> lignes				X (ELMA)						
Centres de jours		X	X							
Cours de sensibilisation						X				
Mandats SAN	X			(X)		X	X			X
Mandats Justice				(X)		X	X			X
Antennes	X	X			X (prestations pour ado.)	X (mandats SAN et Justice)	X (mandats SAN)			

La FVA relève que des régions comme la Vallée de Joux, Sainte-Croix ou Château-d'Oex sont peu desservies malgré les efforts que l'association fait pour pallier un tel manque. De la même façon les personnes rencontrées à l'antenne DEPART à Yverdon, relèvent que la grande diversité d'offres et de structures de prises en charge du Secteur Centre n'a pas son équivalent dans les autres régions, avec pour conséquence une forme d'inéquité d'accès des jeunes à ces prestations en fonction de leur lieu de domicile.

Selon un expert rencontré, ce déséquilibre se situe aussi au niveau des liaisons addictologiques hospitalières avec les services d'urgences : selon lui, les hôpitaux Riviera-Chablais, de Morges et de Nyon seraient sous-dotés en comparaison à ce qui se fait au CHUV alors que les urgences sont un lieu d'entrée crucial pour l'addictologie selon lui. Il évoque aussi l'accès au programme DAM actuellement inaccessible en dehors du secteur Centre. Cette situation justifie selon cet expert de rendre au moins accessible la formule DAM-PEROS par les pharmacies des régions périphériques, ceci d'autant que l'amélioration des situations grâce à ce traitement peut être parfois spectaculaire.

Cette disparité de l'offre justifie probablement une prise en main plus affirmée par les instances de pilotage cantonal pour réguler, coordonner et uniformiser l'accès à certaines prestations en fonction des besoins de chaque région.

#### 4.4.2 Activités de soutien aux premières lignes de soins

Selon un expert rencontré, la prévalence des cas d'addictologie suivis par les premières lignes de soins réfère surtout aux **dépendances dites « classiques », celles relatives à l'alcool et au tabac**. La pratique du dépistage, la prescription de traitements, le suivi par l'approche motivationnelle et la démarche de réduction des risques liés à ces troubles sont des compétences acquises en principe dans la formation de base et/ou complémentaire des médecins traitants.

Les médecins ont l'avantage de nouer un lien de confiance avec leurs patient-es. S'ils-elles détectent une problématique de dépendance, ils-elles peuvent suggérer des pistes de traitement, soutenir le ou la patient-e dans des démarches plus concrètes si la situation devient problématique (passage en résidentiel, sevrage ambulatoire, hospitalisation, etc.). Il n'est pas rare non plus qu'ils-elles fassent appel à la deuxième ligne pour des conseils addictologiques ou pour se décharger ponctuellement d'un suivi. Tout en restant une personne de référence, ils-elles peuvent alors participer à des réunions de réseau dans les situations qui nécessitent un passage en résidentiel ou en hospitalier. Leur implication se focalise avant tout sur l'aspect médical. Les patient-es qui sollicitent des prestations socioéducatives (FVA, CB, etc.) ou des réseaux associatifs de nature diverses (Alcooliques Anonymes, groupes d'entraide, groupes spirituel, etc.) le font plutôt à titre personnel, sans forcément en renseigner leur médecin.

La **prise en charge des addictions liées au stupéfiants** serait en revanche plus variable chez les médecins de première ligne. Le suivi de ces patient-es exige un fort investissement que tout-e praticien-ne installé-e n'est pas prêt-e à fournir : démarches administratives, rendez-vous manqués, réseaux, etc. Au début de l'épidémie de sida, certain-es généralistes se sont fortement engagé-es en faveur des personnes présentant un syndrome de dépendance aux opioïdes, mais cette génération est arrivée en bout de carrière et les médecins de famille d'aujourd'hui semblent moins

enclin-es à prendre la relève, une problématique qui est relevée dans tous les cas dans nos entretiens à Nyon et à Morges.

Dans tous les cas, la prise en charge de ces situations nécessite un appui de la deuxième ligne de soins. Sur le principe, c'est elle qui se charge d'initier les patient-es au programme TAO et de stabiliser les traitements ; les médecins de premier recours ne prennent le relais que lorsque les patient-es sont stables, c'est-à-dire suffisamment avancés dans leur processus d'autonomisation et de rétablissement<sup>www</sup>. Le retour de tel-les patient-es dans le réseau de prise en charge « standard » est une étape qui n'est pas pour autant aisée à mettre en place avec la pénurie actuelle des généralistes et la réticence des possibles candidat-es à s'engager sur de tels suivis. Dans les remises de situations qu'il a pu réaliser, un travailleur social du secteur Centre estime en outre que ces patient-es sont très « sensibles, interprétatifs, à fleur de peau », et qu'en retour, les praticien-nes peuvent « très vite se sentir jugés en mettant fin au suivi ». C'est pourquoi la deuxième ligne de soin reste présente en parallèle pour assurer cette transition.

D'après les informations recueillies dans cette étude, les collaborations avec les médecins de premier recours, toute addiction confondue, sont très variables : certain-s d'entre eux-elles sont sensibilisé-es au thème des addictions alors que d'autres se sentent peu à l'aise, voire sont réticent-es à prendre en charge de tel-les patient-es – en particulier celles et ceux qui présentent une dépendance aux stupéfiants. En général, les médecins généralistes ou psychiatres sensibles à la clientèle addictologique sont connu-es des réseaux, certain-es se sont formé-es à la prise en charge addictologique par intérêt ou empathie avec ces situations, d'autres ont parfois passé par les structures spécialisées avant de s'installer et conservent des contacts privilégiés avec leurs collègues<sup>xxx</sup>. Ces praticien-nes deviennent des personnes ressources en médecine de ville à la fois pour les patient-es concerné-es avec lequel-les ils-elles ont l'avantage de nouer un lien de confiance sur le long terme, mais aussi pour rendre possible le passage de la deuxième à la première ligne de soins (reprises de situations)<sup>yyy</sup>.

De manière plus générale, les personnes rencontrées dans cette étude valorisent les dispositifs prévus qui renforcent les connaissances et les rencontres entre acteur-trices du réseau spécialisé et première ligne de soins, comme par exemple les Forums addictologiques ou le dispositif PPMA<sup>zzz</sup> à destination des médecins généralistes. De même, les intervenants spécialisés en addictologie sont régulièrement contactés par la première ligne de soins pour des évaluations addictologiques : les activités de conseil et de soutien pharmacologiques, les supervisions, les reprises ponctuelles ou suivi conjoints, etc., toutes ces prestations apparaissent donc comme des ressources à maintenir pour assurer aussi une bonne qualité de soin en médecine générale.

<sup>www</sup> En Suisse, sur les quelques 18'000 patient-es traité-es par agonistes opioïde en 2015, 60% étaient suivis par des médecins de premiers recours<sup>3</sup>.

<sup>xxx</sup> Les médecins réuni-es autour de l'association AVMCA sont représentatif-ves de cette catégorie de praticien-nes détenant une expertise en la matière.

<sup>yyy</sup> Notons qu'au SMA/CHUV, le nombre de patient-es qui entrent dans le service est beaucoup plus élevé que le nombre de patient-es qui en sortent.

<sup>zzz</sup> Il s'agit de séances de perfectionnement en médecine de l'addiction organisées par l'AVMCA et dédiées à un public de médecins généralistes.

## 5 Conclusion

Cette étude avait pour objectif de décrire les caractéristiques de l'offre ambulatoire vaudoise spécialisée en addictologie et plus spécifiquement ce qui concerne l'offre de prestations, les publics cibles atteints par ces dispositifs, ainsi que les liens existants entre ces différentes structures sans oublier le contexte dans lequel elles opèrent.

Au terme de cette recherche, nous proposons de mettre en perspective nos résultats en nous référant à certains constats établis dans la revue de littérature effectuée dans la première étape de ce travail et qui concernait les différents modèles de prise en charge existant dans le secteur ambulatoire en addictologie<sup>1</sup>. Cette revue de la littérature a en effet permis d'identifier deux tendances cruciales dans ce domaine.

La première tendance concerne la volonté constatée aux Etats-Unis, au Canada et ailleurs depuis le début des années 2000, de privilégier la prise en charge ambulatoire des addictions par rapport aux soins stationnaires, plus coûteux et relativement peu efficaces en dehors de la gestion de sevrages et autres cas d'urgence addictologique<sup>11-16</sup>. Cette priorité exige de la part des acteurs d'évaluer le niveau de sévérité des troubles addictifs préalablement à l'orientation des personnes concernées vers la prise en charge adéquate : en principe, les troubles légers, modérés ainsi qu'une part des situations aiguës peuvent être suivis par l'ambulatoire généraliste ou spécialisé et seuls les cas problématiques sont référés aux services hospitaliers et/ou dans des hébergements résidentiels qui bénéficient d'une infrastructure et de ressources humaines plus conséquentes.

La deuxième tendance renvoie à la nécessité de passer d'un système fragmenté et ancré dans le paradigme de prise en charge des pathologies aiguës, à un système de soins intégrés (*integrated healthcare*) plus adapté au suivi des affections chroniques et plus efficace pour assurer une continuité des soins entre professionnel·les (médecins, soignant·es, personnel socio-thérapeutique, psychologues, etc.), secteurs ou domaines d'expertise (médecine somatique, psychiatrie, services sociaux, etc.)<sup>17-21</sup>. Cet enjeu au niveau des structures de soins nécessite à minima la mise en œuvre de *modèles de soins coordonnés* ou de *modèles de prise en charge multidisciplinaires*<sup>12</sup>, et dans les cas les plus aboutis, la constitution d'un fonctionnement associé au *chronic disease management model*<sup>17, 22</sup>.

A l'aune de ces deux éléments, que pouvons-nous conclure en ce qui concerne la nature et l'organisation du dispositif ambulatoire spécialisé en addictologie dans le canton de Vaud ?

Au niveau de la clinique et des prestations tout d'abord, les professionnel·les de ce secteur fournissent de nombreuses prestations liées (ou non) aux missions de santé publique qui leur sont assignées. Ils et elles assurent des suivis et des accompagnements socio-thérapeutiques, des prises en charge médicales et soignantes, des activités consultantes et d'orientation dans le système de soins (conseils, reprises ponctuelles de situation, suivis conjoints, supervisions cliniques), des activités de transition (dans les situations « critiques » comme les entrées ou les sorties d'institutions) et des prestations de liaisons hospitalières avec différents services.

Par ailleurs, ces professionnel·les s'inscrivent dans un travail en réseaux avec des collaborations de nature interprofessionnelle et/ou intersectorielle. De par leur position d'intermédiaire entre la première ligne de soins et l'offre stationnaire (hôpitaux, résidentiel), ils et elles apparaissent en soutien (principe de subsidiarité) à la médecine de ville, peuvent prendre un rôle plus captant dans les situations complexes en pilotant des suivis multi-partenaires. Leur expertise apparaît également essentielle pour les acteurs institutionnels non-spécialisés (EMS, EPSM, hôpitaux, etc.) ou spécialisés en addiction (accompagnement post-cure et retour à domicile). De ce point de vue, et dans les limites de cette étude, le secteur ambulatoire spécialisé semble tout à fait déterminant dans la gestion des trajectoires cliniques, la continuité des soins et la qualité des prises en charge addictologiques.

Enfin, en ce qui concerne les aspects organisationnels, nous pouvons constater que la division par secteurs géographiques a l'avantage de structurer l'offre ambulatoire et de conférer une certaine cohérence au déploiement des activités dans les régions. Des conventions et conditions-cadre définissent un certain nombre de missions et cahiers des charges pour chaque structure, avec des résultats attendus (indicateurs). A l'heure actuelle, le domaine ambulatoire spécialisé n'est toutefois pas organisé en « dispositif », mais renvoie plutôt à une diversité d'instances assurant des missions de santé publique et travaillant de manière relativement indépendante les unes des autres. La coordination et la continuité des soins est réalisée principalement par les professionnel·les de terrain, au gré des situations et selon les besoins identifiés. Les structures conservent donc une grande autonomie au niveau de la gestion opérationnelle des processus.

Contrairement au domaine résidentiel dans le champ des addictions, l'ambulatoire spécialisé ne dispose pas d'instance de pilotage ni de plateforme commune où les responsables se réunissent périodiquement. Dans ce contexte, la question d'une plateforme inter-structure dédiée à la discussion clinique sur les « cas complexes » ou sur des éléments stratégiques par exemple, a été évoquée par plusieurs de nos interlocuteurs·trices comme une piste à explorer, à l'image de ce qui a été réalisé il y a quelques années avec le DCISA. La constitution d'une telle plateforme nécessite de s'accorder sur sa nature, sa finalité et les modalités de sa mise en œuvre : cette réflexion gagne certainement à être menée avec l'ensemble des acteur·trices de l'ambulatoire spécialisé et en compréhension avec leurs réalités, souhaits et perspectives.

## 6 Références

- 1 Debons J, Samitca S. Suivis ambulatoires dans le domaine de l'alcool et des stupéfiants. La situation en 2020 dans le canton de Vaud. Revue de la littérature ciblée. Lausanne: Unisanté (Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne), 2020 (rapport non publié)
- 2 Taylor B, Francis K. Qualitative Research in the Health Sciences, Methodologies, methods and processes. London: Routledge; 2013.
- 3 OFSP. Stratégie nationale Addictions 2017-2024. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2015.
- 4 Imhof J-M, Meylan N, Bornand K, Guillod L. Accompagner les jeunes consommateurs de substances. REISO, revue d'information sociale. 2019.
- 5 GREA. Adolescents aux risques de l'addiction. Manuel de réflexion et d'action à l'usage des professionnels. Lausanne: GREA; 2014.
- 6 Bornand K, Gavillet A, Gibbs L, Guillod L. Consommations de substances psychotropes à l'adolescence: un modèle d'intervention. Rev Med Suisse. 2019;15:1661-5.
- 7 Al Kudri C, Carrasco K, Savary J-F. Intervention précoce: accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Lausanne: GREA; 2010.
- 8 Brand A, Guillod L, Habersaat S, Panchaud E, Stéphan P, Urban S. Social integration and substance use: assessing the effects of an early intervention programme for youth. Early Intervention in Psychiatry. 2018;12(3):426-32.
- 9 Prezzemolo R. CRAFT, un programme thérapeutique pour les proches de consommateurs de produits psychotropes. Revue francophone de clinique comportementale et cognitive. 2016;XXI(1):34-44.
- 10 APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 11 Bachhuber MA, Weiner J, Mitchell JM, Samet J. Primary Care: On the Front Lines of the Opioid Epidemic. Issue Briefs. 2016.
- 12 Lagisetty P, Klasa K, Bush C, Heisler M, Chopra V, Bohnert A. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. PLoS ONE. 2017;12(10):e0186315-e.
- 13 Spithoff S, Kahan M. Prise en charge en soins primaires des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque: Partie 2 : conseiller, prescrire, connecter. Can Fam Physician. 2015;61(6):e266-e72.
- 14 Barry DT, Irwin KS, Jones ES, Becker WC, Tetrault JM, Sullivan LE, et al. Integrating buprenorphine treatment into office-based practice: a qualitative study. J Gen Intern Med. 2009;24(2):218-25.
- 15 Saitz R, Daaleman TP. Now is the Time to Address Substance Use Disorders in Primary Care. Ann Fam Med. 2017;15(4):306-8.
- 16 Spithoff S, Kahan M. Changement de paradigme: Transférer la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool des soins spécialisés aux soins primaires. Can Fam Physician. 2015;61(6):495-7.
- 17 Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law. 2010;5(1):71-90.
- 18 Broekaert E, Vanderplasschen W. Towards the Integration of Treatment Systems for Substance Abusers: Report on the Second International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups. J Psychoact Drugs. 2003;35(2):237-45.
- 19 Saitz R, Larson MJ, Labelle C, Richardson J, Samet JH. The case for chronic disease management for addiction. Journal of addiction medicine. 2008;2(2):55-65.
- 20 Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. Alcohol Res Health. 2011;33(4):338-49.
- 21 OMS. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: OMS; 2016.
- 22 Willenbring ML. Integrating care for patients with infectious, psychiatric, and substance use disorders: concepts and approaches. AIDS. 2005;19.
- 23 Schusselé Fillietaz S, Kohler D, Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Soins intégrés en Suisse. Résultats de la première enquête (2015–2016). Neuchâtel: Obsan; 2017.

- 24 Laqueille X, Richa S. Le positionnement thérapeutique en addictologie. Quelques réflexions à partir de la pratique. *Lannec*. 2019;67(2):30-40.
- 25 Morel A, Couteron J, Fouilland P, editors. *Addictologie en 49 notions*. Paris: Dunod; 2015.
- 26 Laqueille X, Liot K. Addictions: définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*. 2009;85:611-20.
- 27 Fortini C, Daeppen JB. Se former à l'entretien motivationnel pour aider ses patients à changer. *Rev Med Suisse*. 2012;8:1359-61.

## 7 Annexes

### 7.1 Questionnaires adressés aux responsables d'institutions ou secteurs actif-ves dans la prise en charge addictologique ambulatoire

1. Quelles sont les prestations spécifiques que vous proposez dans le cadre de la prise en charge ambulatoire des addictions ?
2. Quels sont les objectifs poursuivis dans le cadre de la prise en charge ambulatoire ?
3. Pouvez-vous nous décrire brièvement les approches ou concepts théoriques qui sous-tendent ces prestations ?
4. Utilisez-vous un ou des outils spécifiques pour l'évaluation clinique des patients/usagers que vous suivez ? Si oui, le(s)quel(s) ?
5. Réalisez-vous un monitoring de vos prestations ambulatoires (décomptes statistiques) ? Si oui, préciser quels sont les indicateurs relevés ?
6. Quelles sont les sources de financement des prestations ambulatoires que vous proposez ?
7. Comment se compose l'équipe en charge des prestations ambulatoires dans votre service/institution ? Quelle est la formation et éventuellement la spécialisation de ces personnes ?
- 8a. Pouvez-vous nous décrire le(s) public(s) cible(s) de vos prestations ambulatoires (âge, problématique de consommation, etc.) ?
- 8b. Combien de patients/usagers cela représente-t-il (file active) ?
- 8c. Par qui les patients/usagers que vous suivez vous sont-ils généralement adressés ?
- 8d. Comment se répartissent les patients/usagers bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire, à l'aune des trois catégories suivantes :
  - Usage à risque (troubles légers)
  - Usage nocif (troubles modérés)
  - Usage problématique (troubles sévères).
9. Dans le cadre des prises en charge ambulatoires, avez-vous des liens privilégiés avec certains services ou institutions ? Si oui, lequel-les ?



10. En général, à quel(s) type(s) de situation(s) sont liées ces collaborations avec d'autres services ou institutions ?
11. Selon vous, y a-t-il des axes de prise en charge et/ou des publics qui devraient faire l'objet de plus d'attention aujourd'hui et à l'avenir ? Si oui, lesquels ?
12. Remarques et commentaires

## 7.2 Canevas d'entretiens

### 7.2.1 Entretiens avec les membres du personnel des structures identifiées

1. Pouvez-vous nous décrire votre domaine d'intervention dans la prise en charge ambulatoire des addictions ?
  - Quelles sont les caractéristiques principales de votre prise en charge ?
  - Quels sont les concepts ou orientations qui les sous-tendent ?
  - (si centre) Qui travaille dans votre équipe ?
  - Quelles sont les formations et spécialisation des intervenants ?
  - Comment s'organise le travail entre vous ?
  - Supervision et travail délégué : qui fait quoi ?
  - En termes de charge de travail, comment évaluez-vous la situation (nombre de dossiers, capacité à répondre à toutes les demandes, etc.) ?
2. Quelles sont les principales caractéristiques des personnes que vous suivez/traitez/accompagnez ?
  - Age ?
  - Type de problèmes ?
  - Usagers modérés/à risque et problématiques : quelles proportions ?
  - Comment (ou par qui) les personnes arrivent-elles chez vous ?
  - Des personnes vous sont-elles adressées ? Si oui, par quelle filière ?
  - Est-ce que les patients/usagers qui vous arrivent correspondent toujours à ce que vous attendez/proposez ?
  - Adéquation entre offre/demande : décalage ou bon équilibre ?
3. Pouvez-vous nous décrire concrètement comment se déroule une prise en charge avec un patient/usager (alcool ou drogues illicites)?
  - Est-ce que vous avez recours à un/des outil/s en particulier
  - (protocoles, échelles, tests, ...) pour évaluer la situation à l'entrée ?

- Si oui, le(s)quel(s) ? Est-ce un/des outil(s) couramment utilisé(s) (routine dans le milieu) ?
  - Est-ce que vous proposez un contrat de soins (CS) à vos patients/usagers ?
  - Est-ce que vous sollicitez leur consentement? Si oui, quelle est l'utilité de cette démarche/ les bénéfices de votre point de vue/ Si non, comment procédez-vous ?
4. Comment faites-vous pour gérer le processus de soin/accompagnement sur le long terme ?
- Est-ce que vous suivez un protocole de prise en charge (plan de soins, CS...) ?
  - Comment évaluez-vous l'évolution des besoins et des traitements ? Bilans intermédiaires ? Tests (urine) ?
  - Dans les cas où il faut ajuster/adapter la prise en charge (tt ou accompagnement), comment procédez-vous généralement ?
5. Dans quelles situations orientez-vous vos patients/usagers vers d'autres professionnels/structures/services ?
- (si centre) Vous disposez de plusieurs spécialistes ou spécialités, ça veut dire que vous gérez les prises en charge en majorité à l'interne? Si oui, quelles coopérations dans le travail quotidien entre vous ?
  - (si cabinet privé) Est-ce que vous travaillez plutôt en solo où vous collaborez avec d'autres professionnels/institutions ?
  - Dans les cas où vous décidez d'orienter le patient ailleurs, quels sont les éléments qui jouent dans cette décision ? Pouvez-vous nous donner un exemple ?
  - Est-ce que les spécialistes sont toujours disponibles lorsque vous les sollicitez pour avis ?
  - Comment percevez-vous vos relations avec eux ?
6. Quels sont les secteurs/services/collègues avec lesquels vous collaborez le plus souvent au quotidien (en dehors de votre structure) ?
- Quelles sont les situations typiques où vous sollicitez des partenaires pour un réseau ?
  - Pouvez-vous nous décrire les modalités de ces partenariats ?
  - Comment cela se déroule concrètement ?
  - Qui est présent ?
  - Qui s'occupe de la coordination, des aspects administratifs ?
7. Lorsque vous êtes plusieurs à collaborer, comment faites-vous pour assurer la continuité et la coordination prestations ?
- Qui coordonne la prise en charge ?
  - Comment s'opère le suivi ?
  - Est-ce que vous avez des outils communs ? Si oui, quels sont ces outils/dispositifs (réunions de coordination, réseaux...) ? En quoi cela consiste ?

- D'après votre expérience, à quoi faut-il faire particulièrement attention dans ces processus ?
  - Observez-vous parfois des tensions ou des divergences entre professionnels/secteurs? Si oui, comment faites-vous pour les dépasser ? Expliciter, exemple...
8. D'après votre expérience, quel regard posez-vous sur la collaboration entre différents secteurs de l'ambulatoire/ou entre l'ambulatoire et le domaine spécialisé ?
- Comment se passent les collaborations dans lesquelles vous êtes impliqués ?
  - Sont-elles « faciles » à mettre en place ?
  - Quelles sont les difficultés que vous percevez dans ces situations ?
  - De votre point de vue, comment définiriez-vous une collaboration « réussie » ?
  - D'où viennent selon vous les principaux obstacles à une collaboration « réussie » ?
  - En ce qui concerne l'adéquation de votre intervention dans le paysage de l'offre ambulatoire actuelle (Vaud) : est-ce que vous identifiez des doublons avec d'autres prestataires ? Des zones floues d'où naissent des difficultés/mécompréhensions ?
  - Le cas échéant, comment pourrait-on améliorer la situation de votre point de vue ?
9. Est-ce que vous avez des points à rajouter ou des suggestions concernant l'un ou l'autre des thèmes abordés (prise en charge, suivi, collaboration, continuité et coordination) ?
10. De votre point de vue, où se situent les principaux défis actuels et à venir dans votre domaine, en lien avec la prise charge ambulatoire des addictions ?
- Est-ce que vous avez des suggestions concernant l'un ou l'autre de ces défis, pour améliorer la situation actuelle ?

### 7.2.2 Entretiens avec les experts

1. D'après votre expérience, quels sont les principaux changements que vous observez ces dernières années dans le champ de l'addictologie, en particulier concernant l'offre de prise en charge ?
2. Selon vous, dans la prise en charge des addictions quelle est/ou devrait être le rôle et la mission du secteur ambulatoire (par rapport au résidentiel et à l'hospitalier) ?
  - Selon vous, quels besoins devraient être pris en charge en priorité aujourd'hui par les professionnels de ce secteur ?
  - Quelle est la particularité de cette unité SMA/ambulatoire-hospitalier par rapport à d'autres structures ambulatoires du canton ? Comment est-elle pensée p/r aux autres structures ?
  - Comment se passent les collaborations entre l'unité ambulatoire/SMA et les acteurs de la prise en charge ambulatoire d'autres régions du canton de Vaud ?

- Les rôles et missions de chaque acteur (ex. EdS, UTAD, UTAM, USE, Levant, ...) du secteur addictologique ambulatoire Vaud vous paraissent-ils clairement définis aujourd'hui ? pour qui, les professionnels et/ou les patients ?
  - Est-ce que vous constatez des manques ou des besoins (p/r aux patients, ou professionnels) non couverts ? Si oui lesquels ?
3. Les aspects de **continuité et de coordination** des soins dans le domaine de l'addictologie sont très présents dans la littérature, quelle est selon vous la situation actuelle en la matière dans le canton de Vaud ?
- Comment cela se traduit-il ? Y a-t-il des dispositifs mis en place pour faciliter/encourager la coordination et assurer cette continuité des soins ? Lesquels sont-ils ?
  - Quels sont actuellement les obstacles qui vous verriez à cette coordination et continuité des soins ?
  - S'il existe des difficultés, lesquelles ? préciser leur nature, si se situent du côté des patients/des professionnels....
4. Parmi ces leviers ou facilitateurs, le(s)quel(s) vous semblent être les mieux acceptés/utilisés/appréciés ?
- Unités de liaisons addictologiques, réseaux entre professionnels du secteur ambulatoire ou entre acteurs du secteur ambulatoire, résidentiel et hospitalier ?
  - Plateformes et rencontres du « réseau addictologique »
  - Formations continues pour médecins installés et autres professionnels
  - Mise en place d'outils centralisés de diffusion des informations...
5. Est-ce que vous avez des points à rajouter ou des suggestions concernant l'un ou l'autre des thèmes abordés ?
6. Quels sont selon vous les principaux défis actuels relatifs à la prise en charge ambulatoire des problèmes d'addictions au niveau cantonal ?
7. Est-ce que vous avez des suggestions concernant l'un ou l'autre de ces défis, pour améliorer la situation actuelle ?

## 7.3 Définitions des cadres conceptuels et des approches thérapeutiques

Tableau 7 Définitions succinctes des cadres conceptuels et des approches thérapeutiques

Approche et/ou concepts* (par ordre alphabétique)	Définitions (issues des données de terrain + littérature scientifique).
Addictologie inclusive et intégrée	Signifie que la structure intègre dans son organisation la possibilité d'offrir des prestations médico-soignantes (traitements pharmacologiques, introduction des patients aux programmes TAO, sevrages, prises en charge somatique, actes médico-soignants délégués, etc.), psychiatriques et psychothérapeutiques ainsi que des prestations socio-thérapeutiques (accompagnements dans les démarches asséculo-logiques, soutien à la réinsertion, case management, etc.). Typique des organisations pluridisciplinaires. Le terme « intégrée » réfère à la notion de « soins intégrés » ou <i>integrated health care</i> <sup>23</sup> .
Approche bio-psycho-sociale	Dans la pratique clinique en addictologie, représente la perspective qui intègre en permanence les dimensions biologique, psychologique et sociale et qui nécessite une participation active du patient <sup>24-26</sup> .
Approche centrée sur les besoins	Elle découle de l'approche bio-psycho-sociale et met l'accent sur la prise en charge centrée sur les besoins de la personne.
Approche cognitivo-comportementale (TCC)	Thérapie issue de la psychologie clinique et basée sur le principe selon lequel si un comportement inadapté peut être appris, il peut également être désappris. La démarche thérapeutique met l'accent sur le « présent » et les aspects psycho-comportementaux, dans l'objectif de faire prendre conscience à la personne de ses pensées/croyances et de les remplacer par des évaluations et des jugements plus réalistes.
Approche motivationnelle	Approche de la relation d'aide, qui permet de renforcer la motivation propre d'une personne, ses ambivalences face aux substances et son engagement vers le changement. L'entretien motivationnel a été développé à partir de 1980 par William R. Miller et Stephen Rollnick. C'est un outil beaucoup utilisé aujourd'hui dans le champ de l'addictologie et au-delà <sup>27</sup> .
Approche psycho-sociale	Dans la pratique clinique en addictologie, représente un type d'intervention qui se centre sur les dimensions psychologiques et sociales des troubles. Mise en œuvre par des travailleurs sociaux et des psychologues principalement, l'objectif de cette approche englobe à la fois le soutien dans le processus de changement, le renforcement du pouvoir d'agir des patients et leur réinsertion dans la communauté.
Approche socio-thérapeutique	Type d'expertise qui se distingue des interventions médicales et soignantes sur les troubles addictologiques, et qui se traduit par de multiples prestations : entretiens centrés sur la personne (motivationnels, psychothérapeutiques, etc.), mise en place de projets thérapeutiques, case management, aides apportées pour les démarches administratives, des aides à la réinsertion, des accompagnements dans la gestion de la vie quotidienne, démarches hors-murs, etc. Les psychologues et les intervenant-es du domaine social en addictologie, et dans une moindre mesure les infirmier-ères, sont les principaux groupes professionnels qui délivrent ce type d'expertise à l'heure actuelle.
Approche systémique	Courant de la psychologie clinique qui prend en compte la personne dans son système familial. Il se distingue des autres approches psychothérapeutiques (psychiatriques et analytiques par exemple) par sa façon de comprendre les relations humaines et l'importance accordée aux différents « systèmes » dont elle fait partie (familial, profession, affinités, etc.). Cette approche met l'accent sur les modalités de communication, la congruence, le niveau de différenciation et d'engagement de la personne dans ces systèmes. La PNL (programmation neuro-linguistique), mais aussi la méthodologie de l'EMDR (mouvements oculaires), font partie de cette démarche et se sont développées sous forme de thérapies brèves.

## 7.4 Sources documentaires

### 7.4.1 Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)

- Document concernant la Subvention institutionnelle (convention 2017-2021).
- Avenant à la convention de subvention, 2020.
- Rapport annuel 2019.
- Stachel R., 2017, *Concept d'intervention du secteur d'accompagnement socio-thérapeutique de la Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme*.

**Tableau 8** Descriptif des missions dans la prise en charge ambulatoire FVA

Missions	Tâches (prestations)	Indicateurs
Conseiller les personnes ayant des problèmes d'alcool et leurs proches	Prestations à la personne Brefs conseils	Nombre de personnes suivies par EPT
Prendre en charge les personnes dépendantes à l'alcool dont l'état nécessite un soutien et favoriser le dépistage précoce des cas d'alcoolisme	Accompagnements (socio-thérapeutiques) Prestations aux réseau :	Nombre total de personnes suivies par année, toutes catégories confondues Nombre d'entretiens par mois par EPT Nombre total de personnes suivies par année, toutes catégories confondues Nombre d'heures d'entretiens par mois Profil des personnes accompagnées Nombre de personnes suivies Nombre d'heures de consultations Liste des institutions concernées (interview) Nombre d'interviews réalisées Nombre d'heures d'interview Nombre d'entreprises soutenues Nombre d'heures allouées Nombre de formations Nombre de personnes formées Liste des bénéficiaires

Source : Convention 2017-2021 FVA-DGS/ Avenant à la Convention FVA-DGS, 2020.

## 7.4.2 Croix-bleue romande section vaudoise (CBR-SV)

- Document concernant la Subvention institutionnelle. Convention de subventionnement.
- Avenant à la convention de subvention, 2020.
- Rapport d'activité 2019. Prévenir, Conseiller, Accompagner toute personne touchée par une problématique liée à l'alcool.

**Tableau 9** Descriptif des missions dans la prise en charge ambulatoire CBR-SV

Missions	Tâches (prestations)	Indicateurs
Conseil, prise en charge de personnes ayant des problèmes liés à l'alcool ainsi que leurs proches	Conseil, prise en charge de personnes ayant des problèmes liés à l'alcool ainsi que leurs proches	Nombre de personnes ayant consulté Nombre de consultations et brefs conseils
Mise en œuvre de mesures propres à éviter les rechutes et à favoriser la réinsertion sociale et la réadaptation socioprofessionnelle des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool Texte dans tableau	Accompagnement psychosocial destiné aux proches	Nombre de personnes ayant consulté Nombre d'heures de consultations
	Animation de groupes pour la prévention de la rechute, le soutien à la réinsertion sociale et à la construction du lien social	Nombre de groupes et de participants

Source : Convention 2019-2023 CB-DGS / Avenant à la Convention CB-DGS, 2019.

## 7.4.3 Consultation spécialisée DEPART

- Document concernant le Cahier des charges du programme DEPART.
- Rapport d'activité 2019.

Tableau 10 Descriptif des missions dans la prise en charge ambulatoire DEPART

Missions	Tâches (prestations)	Indicateurs
Prendre en charge des jeunes de 12 à 20 ans souffrant de troubles liés à l'addiction ou présentant des risques de troubles dans le but de préserver leur santé et prévenir le décrochage scolaire, les ruptures de formation et les risques de désinsertion	Evaluer et assurer le suivi des adolescents concernés dans une optique interdisciplinaire, avec le réseau, en y associant les parents dans la mesure du possible	Nombre de nouvelles situations Nombre de personnes suivies Durée moyenne des suivis
	Collaborer étroitement avec l'Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (unité PSPS) dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de prévention et de prise en charge des problèmes d'addictions chez les jeunes au niveau cantonal	Résultats de la prise en charge
Soutenir les professionnels concernés dans la gestion des problèmes liés aux consommations problématiques des jeunes dont ils ont la charge, ainsi que dans la mise en œuvre d'une approche de repérage, et d'intervention précoce, tant sur le plan individuel qu'institutionnel	Contribuer à la promotion de l'approche repérage et intervention précoce auprès des professionnels concernés, notamment à travers la formation continue	Nombre de jeunes référés par les établissements scolaires Nombre de prestations délivrées aux professionnels
	Offrir des prestations de conseil, de soutien, d'intervention et de formation aux professionnels concernés par les problématiques de consommations des jeunes	Nombre de personnes formées par type d'activité, par profession
	Soutenir et guider les structures ( <i>ou les professionnels</i> ) dans la mise en place d'une approche repérage et intervention précoce et appuyer dans la réflexion sur le mode de prise en charge des jeunes concernés	
	Collaborer avec les autorités judiciaires, la police, le service de protection de la jeunesse, l'association vaudoise des organisations privées pour personnes en difficulté (AVOP), les services de santé, de prévention ou tout autre service en lien avec les adolescents et les jeunes adultes en vue de favoriser une approche concertée dans la gestion des problèmes d'addiction chez les jeunes	
	Monitorer les prestations délivrées et leurs résultats	

Source : Cahier des charges du programme DEPART-DGS, 2017.



#### 7.4.4 Le CAP (Fondation du Levant)

- Document concernant la Subvention institutionnelle (convention 2018-2022).
- Avenant à la convention de subvention, 2020.
- Rapport annuel 2019.
- Rapport d'activité du CAP (Centre d'Aide et de Prévention). En complément au rapport annuel 2019 de la Fondation du Levant.
- Fondation du Levant : Concept institutionnel (2019).
- Fondation du Levant, Suivis addictologiques sous contrainte du Service de Protection de la Jeunesse (DGEJ) au Centre d'Aide et de Prévention (CAP) – Fondation du Levant, Projet (2020).

**Tableau 11** Descriptif des missions dans la prise en charge ambulatoire le CAP

Missions	Tâches (prestations)	Indicateurs
Accueil, évaluation et orientation des personnes souffrant de toxicodépendance (Brefs conseils)	Accueil, Permanence téléphonique Entretien d'accueil	Nombre de demandes traitées, d'entretiens individuels et de groupe
Prise en charge ambulatoire	Suivis addictologiques de jeunes adultes en difficultés	Nombre de dossiers ouverts /Nombre de nouveaux dossiers
	Accompagnement de proches	Nombre de dossiers ouverts /Nombre de nouveaux dossiers
	Suivis addictologiques de consommateurs volontaires (psychothérapie déléguée)	Selon la demande
Aide contrainte	Mandats du SAN Mandats de la DGEJ Mandats de l'OEP Autres mandats émanant d'une autorité publique	Nombre de dossiers ouverts /Nombre de nouveaux dossiers

Source : Avenant à la Convention CAP-DGS, 2020.

### 7.4.5 Entrée de secours (EdS)

- Document concernant la « Convention de financement pour la réalisation d'un projet de promotion de la santé et de prévention sur préavis de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions », 2015.
- Avenant à la convention de subvention, 2020.
- Rapport d'activité 2018.
- EdS, 2018, Bilan de projet 2016-2017.

**Tableau 12** Descriptif des missions dans la prise en charge ambulatoire EDS

Missions	Tâches (prestations)	Indicateurs
(Pas spécifiées)	Offrir un accueil à bas seuil Réduction des risques Prestations socio-sanitaires	(non pris en compte dans cette étude)
	Soutien, conseil, orientations	Nombre d'entretiens individuels pour des problèmes sociaux, administratifs et sanitaires par mois Nombre d'accompagnements dans le réseau par mois Nombre d'entretiens avec d'autres professionnels par mois
	Evaluation et indications DCISA	Nombre d'évaluations ASI Nombre d'indications
	Coordination et suivi des traitements médicaux Suivis infectieux (bilans, dépistages, vaccinations, etc.)	Nombre de patients par année
	Actes infirmiers	Nombre de soins par mois
	Remise de traitement médicamenteux	Nombre de patients ayant bénéficié d'une remise de médication par année
	Accompagnements et suivis psychothérapeutiques	Nombre d'entretiens par mois
	Accès et maintien en traitement psychiatriques	Nombre de consultations et de consiliums dans le cadre du pôle addictologique du SPO par année

Source : Avenant à la Convention EdS-DGS, 2020

### 7.4.6 Autres structures

Pas de documentations disponibles.



**unisanté**

Centre universitaire de médecine générale  
et santé publique · Lausanne