

Addictions : les modèles de soins intégrés



©William Casey / Fotolia

Comment assurer un continuum des soins auprès des personnes souffrant de divers types d'addictions ? Le canton de Fribourg expérimente un modèle interdisciplinaire, coordonné en fonction du parcours de vie.

Par **Nicolas Dietrich**, délégué cantonal aux questions liées aux addictions, et **Dr Chung-Yol Lee**, médecin cantonal, Fribourg

Face à la pression exercée sur le système de santé et à la complexification des types d'addictions, des modèles innovants doivent être développés pour assurer un meilleur continuum des soins, une participation des patients et une coordination en fonction du parcours de vie. Le dispositif Coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions dans le canton de Fribourg est une initiative qui répond à cette nécessité d'intégrer les soins et d'assurer un continuum. Elle fait partie des 155 initiatives répondant aux critères de l'Observatoire Suisse de la santé en 2015-2016 [\[1\]](#).

Les définitions des soins intégrés

Assurer un continuum du suivi notamment après des sorties d'institutions spécialisées est une des manières de placer la personne souffrant d'addiction au centre du dispositif d'aide.

À l'échelon national, il existe différents modèles et méthodes. Le Managed Care (MMC) d'une part, et différents instruments tels que le Disease Management, le Case Management (gestion de cas), le Gatekeeping, le Demand Management, le Chronic Care Management d'autre part.

Il existe une multitude de définitions de l'approche des soins intégrés. Pour n'en mentionner qu'une: « [une approche intégrée] consiste en un ensemble de méthodes et de modèles tenant compte des aspects financiers,

Comment citer cet article ?

Nicolas Dietrich et Dr Chung-Yol Lee, «Addictions : les modèles de soins intégrés», REISO, Revue d'information sociale, mis en ligne le 11 septembre 2017, <https://www.reiso.org/document/2111>

administratifs et organisationnels, comme des prestations de soins et des éléments cliniques, et visant à favoriser une interconnexion, une articulation et une collaboration entre et à l'intérieur des secteurs sanitaires et sociaux. L'objectif de cette approche est d'améliorer la qualité des soins, la qualité de vie, la satisfaction des consommateurs ainsi que l'efficacité du système pour les patients présentant des problèmes complexes et chroniques, pris en charge par de multiples services, prestataires et contextes. On appelle « soins intégrés » le résultat de ces efforts à facettes multiples destinés à promouvoir l'intégration pour ces groupes de patients spécifiques. » [\[2\]](#)

Les critères pour cibler les groupes

Comme le nombre de personnes potentiellement concernées par un problème d'addiction (légal ou illégal, avec ou sans substance) est estimé à environ 20'000 dans le canton de Fribourg (sans compter les personnes dépendantes au tabac), il est nécessaire d'établir des critères pour cibler les groupes qui ont le plus besoin d'une intervention intégrée. Actuellement il y a deux groupes-cibles principaux :

1. Adultes souffrant d'addiction avec une situation complexe et/ou candidats à une thérapie résidentielle (environ 120 par an);
2. Situations de justice d'adultes souffrant d'addiction et cherchant une thérapie ambulatoire ou résidentielle (environ 20 par an).

Différents types de professionnels coopèrent depuis le «tri» jusqu'au suivi coordonné en passant par «l'indication» (évaluation interdisciplinaire et orientation). Citons les médecins et infirmières de la chaîne des addictions du Réseau de santé mentale (RFSM), les assistants sociaux et éducateurs du réseau des institutions s'occupant des personnes souffrant d'addictions (RIFA) et pour certains cas l'hôpital fribourgeois HFR. Pour les situations de justice, le Ministère public, le Service de probation et le Service d'application des peines coopèrent également. Anamnèse, diagnostics, propositions de prise en charge sont examinés en commun et discutés avec le patient, qui, lui, exprime ses souhaits et détermine ses propres objectifs.

Les différentes professions doivent rechercher ensemble des solutions et prendre des décisions d'un commun accord avec le patient. L'individualisation de la prise en charge du patient est renforcée par la prise en compte accrue des préférences des patients (par exemple fort besoin d'information, question des coûts) et par la prise de décisions selon une procédure partagée. Cela ne signifie pas pour autant que l'on doit ou puisse satisfaire tous les besoins, mais aucune profession ne peut prétendre intrinsèquement à une quelconque domination.

L'intégration entre les niveaux de soins

Si la mise en commun des informations via une plateforme électronique est primordiale, un entretien d'évaluation à laquelle participe le patient, éventuellement aussi les personnes de son entourage, un médecin et un assistant social permet de passer en revue toutes les dimensions de la situation du patient et l'ensemble des alternatives de traitement. Ces séances «d'indication» ont lieu deux voire trois fois par semaine et durent en moyenne une heure et quart. L'interdisciplinarité est un élément essentiel pour des situations présentant une complexité dépassant les capacités d'un seul professionnel.

Cette pratique a aussi généré une meilleure connaissance entre les différents acteurs et permet de développer une complémentarité qui va au-delà des cas qui passent par le dispositif d'indication. Les professionnels disent mieux se rendre compte de certaines problématiques, qui leur échappaient parfois pendant des années. Les changements dans la situation des patients peuvent également être pris en compte de manière beaucoup plus proactive et coordonnée, ce qui évite de perdre le patient et de le retrouver plus tard dans une situation souvent péjorée.

Les principaux objectifs d'un tel modèle sont les suivants :

- Mise en évidence globale des besoins tant médicaux que sociaux des patients ;
- Optimisation des prestations et des soins grâce à la coordination et au monitoring;
- Individualisation des plans de thérapie ;
- Amélioration de la collaboration entre les prestataires de soins;
- Amélioration de l'accessibilité des services ;
- Amélioration de l'interaction entre les différentes organisations ;
- Amélioration de la continuité des soins;
- Amélioration de la participation et de la satisfaction du patient.

En d'autres termes, il s'agit de changer de paradigmes sur plusieurs points :

De	Vers
Système fragmenté	Continuité des soins et intégration
Soins réactifs	Soins planifiés et proactifs
Approche centrée sur la maladie	Approche centrée sur la personne
Modèle médical	Modèle interdisciplinaire
Dicté par l'offre	Centré sur la demande
Patient passif	Patient actif

Les prestations et l'accord du patient

Pour réaliser un tel modèle, l'expérience a montré qu'un certain nombre d'éléments sont non seulement constitutifs, mais essentiels:

- Un système de «tri» sur la base de critères clairs tant pour l'ambulatoire que pour le résidentiel et un dispositif d'indication pour une évaluation commune et interdisciplinaire - médicale et sociale
- Des outils communs
- Un catalogue complet des prestations et des mesures
- Une organisation de références et de pilotage assurée, dans notre cas à Fribourg, par le Service du médecin cantonal
- Des structures permettant la collaboration entre les professionnels (système commun de gestion des dossiers, groupes de projet se réunissant régulièrement, formations communes, un pilotage continu, etc.)

Le système d'information joue un très grand rôle pour atteindre les objectifs évoqués. Il est aussi un vecteur essentiel au développement d'une culture commune entre les différents professionnels impliqués. Sur la plateforme électronique dédiée à ce projet « FRIADIC », un dossier est constitué pour chaque patient. Ce dernier le suit à travers toutes les étapes. Depuis l'annonce jusqu'à la fin du traitement, les professionnels qui ont la main sur le dossier ont accès aux informations. Le système permet de référer le patient à un prestataire. Si la situation l'exige, le patient peut être ré-adresser aux binômes d'évaluation pour adapter le plan de prise en charge. Le patient reçoit une copie de l'évaluation et co-signe la proposition de prise en charge. Tous les professionnels impliqués sont informés suite à cette séance. Bien qu'une base légale cantonale autorise spécifiquement cet échange d'information [3], chaque patient confirme son autorisation en signant également une procuration.

Une organisation de projet impliquant tant le niveau vertical qu'horizontal permet d'inclure les disciplines (dimension horizontale) et les secteurs (dimension verticale) des soins et de l'administration cantonale. Il relie les aspects stratégiques et financiers aux éléments du « terrain ». Une telle organisation permet une définition claire des rôles et les tâches de chaque professionnel ainsi qu'une adaptation du dispositif si nécessaire.

Une aide à la décision et à l'organisation

Les bénéfices de ce modèle touchent sans conteste les niveaux principaux du Chronic Care Model [4] (qui correspond bien aux situations complexes d'addiction) que sont l'aide à la décision clinique, le système commun d'information, l'organisation des prestations, le soutien du patient à l'auto-prise en charge, ainsi qu'une stratégie de planification. A ce stade du projet, les résultats les plus forts concernent :

Le soutien à la décision clinique et le système d'information

- Les rôles et les tâches des professionnels clairement définis
- Le monitoring centré sur la prise en charge et les processus
- Des problématiques présentes chez le patient qui n'avaient pas été vues lorsque les prestataires travaillaient de manière plus segmentée, sont aujourd'hui visibles

L'organisation des prestations et la planification

- Les patients bénéficient d'une prise en charge coordonnée
- Les interactions entre les professionnels sont planifiées et les pratiques sensiblement décloisonnées
- Les placements extra-cantonaux sont mieux ciblés
- Les lacunes sont identifiées rapidement
- Les adaptations éventuelles du dispositif sont planifiées [5] sur l'ensemble du territoire. A titre d'exemples, deux places résidentielles pour adultes ont été permutées en deux places pour mineurs et deux places de « transition de crise » ont été créées. La mise sur pied d'une unité EMS pour les personnes âgées souffrant d'addiction est également en cours d'examen. Afin de développer la capacité des patients à prendre en main leur parcours thérapeutique et la gestion de leur maladie, le Disease Management serait peut-être une solution, en particulier pour les personnes vieillissantes qui, en plus de l'addiction, souffrent de problèmes somatiques, neurologiques et/ou psychogériatriques. Cela serait sans conteste une des manières de mieux soutenir le rôle du patient dans sa propre gestion de ses difficultés tant médicales que sociales. Un groupe-cible supplémentaire sera intégré à ce modèle dès l'année prochaine: les jeunes à risque et/ou souffrant d'addiction. Ce qui représente environ 100 situations supplémentaires par an.

Opérationnel depuis novembre 2016, ce dispositif [6] fait déjà ses preuves. Servant de base transparente et partagée entre les différents acteurs, il permet une plus grande sécurité dans l'établissement de priorités au niveau cantonal. Plaçant le patient au centre de son organisation, il assure une meilleure continuité dans le parcours thérapeutique, qui dure souvent plusieurs années. Par ces deux éléments, une gestion intégrée des soins contribue à prévoir et à prévenir bon nombre de problèmes et à relever les défis futurs, au-delà des seules considérations en lien avec les substances et les particularismes des différents prestataires de soins.

[1] S. Schusselé Filliattaz, D. Kohler, P. Berchtold, I. Peytremann-Bridevaux, Soins intégrés en Suisse, résultats de la 1ère enquête 2016-2016, Obsan Dossier 57, Neuchâtel, Observatoire Suisse de la santé.

[2] Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C (2002), Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int. J. Integr. Care, 2, e 12.

[3] Ordonnance cantonale du 12 avril 2016 sur les stupéfiants.

[4] Modèle de Wagner, [en ligne](#).

[5] Voir rapport de planification pour la période 2016-2020, [en ligne](#).

[6] Voir aussi ce graphique synthétique [en pdf](#).