

Abstract - Groupe n°39

## **Application des services communautaires au bénéfice des personnes avec un trouble de la dépendance au contexte hospitalier**

Nicole Basabe, Julia Bukowska, Thierry Dubuis, Sara Ekman, Guillaume Quatravaux.

### *Introduction*

Pour les personnes présentant un trouble lié aux substances psychoactives et devant être hospitalisées (pour des motifs indépendants de leur trouble de dépendance), l'obligation d'abstinence imposée par les hôpitaux représente un obstacle à l'accès aux soins. Ainsi, beaucoup de ces personnes continuent leur consommation clandestinement, s'exposant elles-mêmes mais aussi le reste de la patientèle et le personnel soignant, à des risques hygiéniques importants<sup>1</sup>. Parfois même, ce système peut conduire au renoncement aux plans de soins.

Si l'accès aux différents services de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues (espaces de consommation sécurisés, fourniture de seringues, outils d'échange, drug checking etc.) est ancré dans la Loi fédérale sur les stupéfiants (politique des "4 piliers"), l'implantation de ces services pour les personnes hospitalisées semble se heurter à différents obstacles. Durant la dernière décennie, le Canada a toutefois montré qu'il était possible d'introduire des services de consommation sécurisés avec des effets globalement positifs sur le bien-être de la communauté<sup>2,3</sup>. En Suisse, cette question non résolue pousse chaque hôpital, et même chaque service, à agir selon ses propres convictions. Partant de ces constats, la question de recherche suivante peut être formulée : afin d'améliorer la prise en charge hospitalière des personnes avec un trouble de la dépendance, quel service communautaire de consommation sécurisée pourrait être envisagé à Lausanne ?

### *Méthode*

Ce travail a été effectué selon des méthodes qualitatives. Dans un premier temps, nous avons étudié la littérature disponible sur le sujet. Ensuite, nous avons mené 12 entretiens semi-structurés. Durant les entretiens, nous avons recueilli le point de vue de différents acteurs : l'administration de la ville de Lausanne, le chef de projet Addictions DCIST du canton de Vaud, le médecin cantonal adjoint, un membre de l'association FMR (qui représente indirectement les personnes consommant des substances psychoactives), des responsables d'associations travaillant dans la réduction des risques (Fondation ABS, Rel'Aids), un juriste, le Chef de la Sécurité du CHUV, une infirmière du service des addictions, un infirmier du service d'orthopédie et un médecin urgentiste. Nous avons analysé ces entretiens par triangulation des résultats à l'aide d'un logiciel informatique que nous avons programmé. La grille d'analyse finale contient des codes relatifs aux trois thèmes abordés durant les entretiens : la situation actuelle, les défis et l'implémentation.

### *Résultats*

La plupart des personnes que nous avons interrogées ont identifié certains défis que pourraient rencontrer des projets de consommation encadrée à l'hôpital ; notamment, la stigmatisation des personnes avec un trouble de la dépendance est omniprésente et résulte d'un manque de formation et de connaissances sur le sujet. Ceci a pour conséquence des soins inadéquats et peut décourager les personnes visées à se rendre à l'hôpital ou à continuer leurs soins, au même titre que l'interdiction formelle de consommer. Nous avons aussi remarqué, majoritairement chez les personnes interrogées issues du milieu hospitalier, une certaine gêne dans l'idée de soutenir activement la consommation des personnes dépendantes, alors que la mission du personnel soignant est de soigner. Nous avons nommé ce phénomène "ambiguïté thérapeutique", qui est la raison pour laquelle, par exemple, les traitements de substitution par méthadone ne sont pas compatibles avec les convictions de chacun. Cela dénote un manque de flexibilité de la part du personnel soignant. En effet, ce dernier devrait s'adapter aux besoins de sa patientèle afin de permettre une prise en charge adéquate, ce qui présuppose de mettre ses propres convictions de côté. En outre, il y a un réel souci de sécurité. En effet, le comportement des personnes dépendantes peut parfois être inadéquat et perturber le fonctionnement des services hospitaliers ainsi que le séjour du reste de la patientèle. Pour finir, il y a

également un manque de coordination entre les différents intervenants, que ce soit à l'hôpital ou en dehors (personnel médical, personnel d'assistance sociale, associations et la police). En effet, les rôles et responsabilités de chacun ne sont pas clairement définis. De ce fait, il y a un manque de transmission entre les intervenants et les progrès dans ce domaine ne peuvent pas se faire car chaque organisation attend les décisions de l'autre, en vain. C'est d'ailleurs une faille qui existe dans le système de réduction des risques déjà en place.

Heureusement, il existe des solutions pour chacun de ces défis ; et contrairement à la croyance populaire, le cadre juridique ne représente pas un obstacle. La responsabilité décisionnelle revient à l'hôpital. En effet, aucune loi n'interdit les services de réduction des risques à l'intérieur de l'hôpital. Pour l'aspect financier, la réduction des risques relevant de la santé publique, le coût incomberait à la LaMAL ou au canton. Quant aux modalités d'implémentation, il existe deux modèles prometteurs et applicables à l'hôpital. Le premier consiste en des locaux intra-muros disponibles exclusivement pour la patientèle de l'hôpital. Ces locaux seraient surveillés et au moins un membre du personnel médical serait toujours présent. Une deuxième solution serait une équipe mobile interdisciplinaire qui se déplacerait au lit de la personne hospitalisée pour lui fournir un service de réduction des risques. Des containers à proximité de l'hôpital ne sont pas une bonne solution car ils renforceraient le sentiment de stigmatisation des personnes dépendantes. Concrètement, la prise en charge doit être personnalisée avec une équipe pluridisciplinaire et un suivi avant et après l'hôpital. Les meilleurs outils sont le case management et les réseaux avec des associations, des spécialistes en addictologie et le personnel de soins et d'assistance sociale. Une collaboration avec la police et la sécurité assurerait le maintien de l'ordre et serait nécessaire en cas d'introduction de substances à l'hôpital. Pour finir, le problème de la stigmatisation peut être résolu par la formation : toute personne en contact avec la population dépendante doit être formée sur l'addiction, le sevrage, les substances, les façons de consommer et surtout comment communiquer avec les personnes dépendantes. Des associations pourraient assurer cette formation, qui pourrait même se faire en ligne, comme c'est déjà le cas pour d'autres sujets au CHUV.

### *Discussion et conclusion*

La stratégie nationale Addictions et la politique des 4 piliers ont permis d'améliorer les conditions de vie des personnes dépendantes avec l'introduction des espaces de consommation sécurisés, la mise à disposition des seringues, des médicaments de substitution et le drug checking, mais il y a encore de la marge pour le progrès, en particulier dans le milieu hospitalier avec des personnes dépendantes qui fuient et terminent leurs plans de soins précocement. Si notre enquête a mis en évidence quelques failles des services de réduction des risques déjà existants devant être corrigées pour une introduction à l'hôpital, tout pousse à croire que l'implémentation de services de réduction des risques dans les hôpitaux serait appropriée ; la décision d'un tel projet incombe aux hôpitaux. Il n'y a pas de contraintes légales au niveau du canton ou de la confédération. Pour faire évoluer la situation, une formation plus large, une meilleure coordination du réseau pluridisciplinaire et une définition plus claire des responsabilités sont indispensables.

### *Références*

1. Strike C, Robinson S, Guta A, Tan DH, O'Leary B, Cooper C, et al. Illicit drug use while admitted to hospital: Patient and health care provider perspectives. PLOS ONE. Public Library of Science; 2020;15(3):e0229713. DOI: [10.1371/journal.pone.0229713](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229713)
2. Nolan S, Kelian S, Kerr T, Young S, Malmgren I, Ghafari C, et al. HARM REDUCTION IN THE HOSPITAL: AN OVERDOSE PREVENTION SITE (OPS) AT A CANADIAN HOSPITAL. Drug Alcohol Depend. 2022;239:109608. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2022.109608](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109608)
3. Perera R, Stephan L, Appa A, Giuliano R, Hoffman R, Lum P, et al. Meeting people where they are: implementing hospital-based substance use harm reduction. Harm Reduction Journal. 2022;19(1):14. DOI: [10.1186/s12954-022-00594-9](https://doi.org/10.1186/s12954-022-00594-9)

### *Mots clés*

réduction des risques ; consommation encadrée ; services hospitaliers ; patients ; dépendance

1 juillet 2024

# Des « shootoirs » dans l'hôpital?

## Comment améliorer la prise en charge des personnes dépendantes

Nicole Basabe, Julia Bukowska, Thierry Dubuis, Sara Ekman, Guillaume Quatravaux

## Introduction

### Problématique

Dans un hôpital classique, il est défendu à toute la patientèle hospitalisée de consommer des substances psychotropes hors ordonnance. Cela limite l'accès au soin pour les personnes dépendantes. En réponse à ce problème, des hôpitaux canadiens ont commencé à proposer des services de réduction des risques pour les personnes hospitalisées. La Suisse pratique déjà la réduction des risques, par exemple à la Riponne, mais pas encore dans ses hôpitaux.

### Objectifs

Explorer la possibilité d'appliquer le modèle canadien à la ville de Lausanne.

### Méthodologie

À l'aide d'entretiens avec des personnes représentant le canton de Vaud, une personne de la ville de Lausanne, une spécialiste juridique, des personnes représentant des associations de soutien des personnes consommatrices (Radio FMR, ABS, Le Relais) et du personnel médical, nous avons mis en évidence les plus importantes thématiques, que nous avons ensuite analysées en détail, à la lumière de ces entretiens et de la littérature scientifique.

## Résultats

### Défis

**Manque de coordination entre les parties prenantes du soin avant, durant et après l'hospitalisation.** Les responsabilités propres de chaque service (assistance sociale, personnel médical, associations) ne sont pas bien définies.

**Faillies dans les services de réduction des risques déjà existants en ville** qui devraient être corrigées pour une introduction à l'hôpital. Heures d'ouverture, disponibilité de l'équipe socio-éducative hors des heures de travail, outils d'échange hors service...

**Impossibilité de consommer à l'hôpital.** L'interdiction de consommer cause des trafics de substances à l'intérieur et autour de l'hôpital, ainsi que la fuite de personnes dépendantes aux dépens de leurs soins.

**Appréhension et stigmatisation par manque de formation.** La formation insuffisante du personnel médical entraîne une prise en charge inadéquate.

**Dilemme thérapeutique.** La contradiction intrinsèque entre l'objectif de soigner la personne et le soutien actif de sa consommation pose une barrière psychologique pour le personnel soignant.

**Manque de flexibilité** du personnel médical concernant les besoins des personnes dépendantes alors que ce sont les soins qui devraient s'adapter à ces dernières.

*"Je suis censé.e soigner et en même temps j'administre de la drogue"*  
Corps médical

*"Nous avons besoin d'une ouverture du personnel médical"*  
Fondation Le Relais

*"Les personnes dépendantes ont besoin de soins personnalisés et qu'on prenne en compte leur besoin de continuer à consommer"*  
Fondation Le Relais

### Solutions



**Une décision hospitalière.** La loi cantonale autorise des services de réduction des risques en hôpital. C'est donc aux hôpitaux de décider et d'adapter leur règlement interne.



**Formation de tout le réseau.** Toute personne en contact avec la population dépendante doit être formée sur l'addiction, le sevrage, les substances, les façons de consommer et surtout comment communiquer avec les personnes dépendantes. Des associations peuvent assurer cette formation.



**Deux modèles prometteurs.** Des locaux intra-muros surveillés et dotés du personnel médical et/ou socio-éducatif avec un accès exclusif pour la patientèle. Des équipes mobiles pourraient aussi se rendre au lit du patient.



**Meilleure coordination et clarification des rôles du réseau.** La prise en charge doit être personnalisée avec une équipe pluridisciplinaire et un suivi avant et après l'hôpital, où la personne dépendante est la plus vulnérable. Les meilleurs outils sont le case management et les réseaux avec des associations, des spécialistes en addictologie et le personnel de soins et d'assistance sociale. Une collaboration avec la police et la sécurité assurera le maintien de l'ordre et sera nécessaire en cas d'introduction de substances à l'hôpital.



La possibilité des containers à proximité de l'hôpital pose des risques de stigmatisation et de sécurité.



**Financement.** La réduction des risques relevant de la santé publique, la charge du coût incomberait à la LaMAL ou au canton.

## Discussion & conclusions

La stratégie nationale Addictions et la politique des 4 piliers ont permis d'améliorer les conditions de vie des personnes dépendantes avec l'introduction de lieux d'injections sécurisés, la mise à disposition des seringues et médicaments de substitution et le drug checking, mais il reste du travail à faire. Si des services de réduction de risques ont été introduits en ville et en prison, la décision d'en introduire dans les hôpitaux tarde à arriver. Le résultat est un trafic à l'intérieur et autour de l'hôpital et des personnes qui fuient et terminent leurs plans de soins précocement. Notre enquête a mis en évidence plusieurs failles des services de réduction des risques déjà existants devant être corrigées pour une introduction à l'hôpital. Voici nos quatre conclusions principales :

**Un service de réduction des risques dans l'hôpital est approprié et les deux modèles les plus prometteurs sont des locaux intra-muros surveillés ou des équipes mobiles.**

**La décision finale est hospitalière.** Il n'y a pas de contraintes légales au niveau du canton ou de la confédération.

**Besoin d'une meilleure coordination du réseau pluridisciplinaire et de définition claire des rôles.**

**Besoin d'une formation de base de toutes les parties prenantes, y compris de la police.**



**Remerciements:**  
Nous tenons à remercier notre tuteur, Olivier Simon, pour son aide tout au long de notre travail ainsi que toutes les personnes avec qui nous avons eu un entretien.

**Références:**  
1. Sharma M, Lamba W, Cauderella A, Guimond TH, Bayoumi AM. Harm reduction in hospitals. Harm Reduct J. 2017 Jun 5;14(1):32. doi: 10.1186/s12954-017-0163-0. PMID: 28583121; PMCID: PMC5460456.  
2. Perera R, Stephan L, Appa A, Giuliano R, Hoffman R, Lum P, Martin M. Meeting people where they are: implementing hospital-based substance use harm reduction. Harm Reduct J. 2022 Feb 9;19(1):14. doi: 10.1186/s12954-022-00594-9. PMID: 35139877; PMCID: PMC8826677.  
3. Nolan S, Kelian S, Kerr T, Young S, Malmgren I, Ghafari C, Harrison S, Wood E, Lysyshyn M, Holliday E. Harm reduction in the hospital: An overdose prevention site (OPS) at a Canadian hospital. Drug Alcohol Depend. 2022 Oct 1;239:109608. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2022.109608. Epub 2022 Aug 25. PMID: 36063622; PMCID: PMC9970047.

Contact : nicole.basabe@unil.ch, julia.bukowska@unil.ch, thierry.dubuis@unil.ch, sara.ekman@unil.ch, guillaume.quatravaux@unil.ch