

SOINS À DOMICILE ET ADDICTOLOGIE : UNE ARTICULATION NÉCESSAIRE

Frédéric Catala (cabinet IAD)

Les interventions à domicile ont pris de l'ampleur ces dernières années, ce qui pose de nouveaux défis professionnels pour les soins. Au travers d'exemples concrets, l'auteur nous montre les enjeux qui se jouent sur le terrain et milite pour la prise en compte de la problématique des addictions dans ce vaste domaine (red.).

L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) permet aux infirmiers en psychiatrie de soigner les personnes atteintes de troubles de l'addiction à leur domicile. Cette activité complémentaire aux dispositifs ambulatoires des institutions spécialisées prend une place centrale dans le domaine des addictions, notamment pour atteindre des personnes peu ou pas en contact avec des prestations spécialisées dans ce domaine. À travers différentes situations de soins, nous verrons comment la complexité clinique impose l'articulation des compétences spécifiques des acteurs du réseau. Quels défis représentent la détection précoce ou la crise sanitaire actuelle pour l'accompagnement du patient dans son projet thérapeutique ? Une petite immersion s'impose.

L'EXEMPLE D'AXEL : CONSTRUIRE UNE RELATION « OUTREACH »

Il est 08h30, le téléphone d'Éric, infirmier en psychiatrie dans un centre de soins à domicile, sonne avec insistance. À l'autre bout du fil, la secrétaire du cabinet médical le sollicite vivement pour prendre en soins Axel, 35 ans, qui se plaint au cabinet, avec agitation, des conditions de délivrance de sa méthadone par sa pharmacie... Axel est également atteint d'un TDHA et d'un délire paranoïaque sévère qui l'a conduit en marge des soins requis pour sa santé. Son médecin traitant généraliste reste l'unique lien avec le milieu médical. Il finit par accepter l'intervention

à son domicile de cet infirmier qui préservera l'anonymat de ses soins, en restant à bonne distance des spécialistes des troubles d'addiction.

L'infirmier en psychiatrie doit devenir le lien avec les différentes ressources au sein du réseau

Le lendemain matin avant 08h00, Éric est attendu en bas de l'immeuble par Axel, toujours très agité, alpaguant les passants à la recherche de son nouvel infirmier. « C'est vous Éric ? Vous êtes très en retard ! Montrez-moi une pièce d'identité, je ne vous ai pas vu venir ! ». L'entrée en

relation débute de façon tendue. Éric doit rapidement faire appel à son analyse du comportement et ses connaissances en psychiatrie pour établir le contact et le conserver.

Mais les infirmiers en psychiatrie intervenant à domicile ne disposent pas toujours d'une expérience professionnelle ou d'une formation en addictologie. L'exercice auprès de ces patients souffre alors d'un manque de savoir-faire et de savoir-être spécifiques au champ de l'addiction. Ces conditions peuvent être préjudiciables et accroître encore l'éloignement des patients du milieu médical, les rendant particulièrement vulnérables aux risques associés aux troubles addictifs : risque de comportement dangereux sous l'effet de substances ; risques infectieux (HIV, hépatites, MST, coronavirus), risque d'isolement social et médical, précarité, etc.

Dans un tel contexte, le risque est grand d'aboutir à un épuisement des soignants, ainsi qu'à une décompensation

franche du patient conduisant à une nouvelle hospitalisation. Pour éviter cette possibilité, l'infirmier en psychiatrie doit devenir le lien avec les différentes ressources au sein du réseau. Car ce type de suivi à domicile ne peut s'affranchir du regard des spécialistes en addictologie. Leur approche psycho-comportementale ciblée, leurs connaissances des substances et de la pharmacologie de l'addictologie, leurs liens dans l'écosystème social et médical spécifique du patient vont baliser son projet thérapeutique. Cette conjugaison des compétences va ainsi promouvoir la dynamique du « aller vers », chère à l'addictologie. Elle va garantir le niveau adéquat de prévention, de réduction des risques, de repérage précoce et d'accessibilité aux soins, au domicile d'une population éloignée, voir hors d'atteinte des institutions spécialisées dans les addictions. Ainsi la co-construction d'un itinéraire clinique efficient et adapté pourrait sortir le soigné de l'isolement médical, mais également le soignant. Sans le transfert de ces compétences spécifiques de l'addictologie, l'infirmier en psychiatrie peut rendre inefficace l'accessibilité aux soins dont il est porteur à domicile.

L'EXEMPLE DE WILLIAM: REPÉRAGE ET ORIENTATION

William a de nouveau tout cassé dans sa chambre. À son arrivée au domicile parental, Tristan, son infirmier spécialisé en psychiatrie ne peut que constater les dégâts. Tout ça pour un malheureux briquet égaré et le troisième joint du matin qu'il n'a pas pu allumer. Ses parents, en procédure de divorce, sont épuisés, impuissants. Ils ont bien essayé d'instaurer un suivi par un psychiatre exerçant dans le canton voisin, pour ses compétences autant que pour la discrétion induite par l'éloignement. Mais rien n'y fait, les séances mensuelles ne suffisent plus. Les effets de l'imprégnation cannabique chronique et massive, environ une dizaine de joints par jour, ont eu raison de la stabilité mentale de William, de son sommeil, de son appétit, de son énergie vitale. Tristan va de nouveau essayer de le convaincre des bénéfices d'un suivi spécialisé de proximité. Il évoquera avec lui les différentes options lui permettant de s'inscrire dans un réseau de soins adapté. Mais il reste difficile d'expliquer à ce grand gaillard de 23 ans qu'une dizaine de cigarettes de cette drogue « douce » le transporte loin, très loin de son idéal jamaïcain et de son exotisme apaisant. William se coupe du monde réel, son comportement addictif s'étend aux jeux vidéo et à sa consommation d'alcool, qui selon lui l'aide à se calmer lorsque sa « plante sacrée » vient à manquer.

C'est sans doute cette étape d'orientation qui suit le repérage qui va poser le plus de difficultés à l'infirmier en psychiatrie à domicile. Il se retrouve directement confronté à la défiance et à la méfiance du patient à l'égard du corps médical. Sans son adhésion, il ne pourra pas établir les liens indispensables à la mise en place de son

*À domicile, ces situations
de fins de vie de personnes
atteintes de troubles addictifs
ne sont pas rares*

réseau de soins. La synergie de la psychiatrie et de l'addictologie n'aura pas lieu, pas plus que l'« empowerment » nécessaire à son évolution. Il faudra sans doute une approche systémique inclusive des proches de son environnement pour contribuer à son émancipation. Il faudra également définir une trajectoire et un langage commun. Le liant social et médical nécessaire à la construction de cet édifice personnalisé et soutenant marquera son entrée dans son parcours de soins. Et c'est là tout l'enjeu de cette rencontre à domicile. Évaluer, informer, motiver, éduquer, contenir, échanger et établir une relation de confiance indispensable à la prise de décision. À ce stade, une supervision spécialisée en addictologie au bénéfice du soignant serait un plus pour optimiser ses chances de réussite auprès du patient. En effet, un repérage précoce des troubles est vain s'il n'est pas suivi d'une prise en soins la plus adaptée aux problématiques de santé rencontrées. C'est une démarche qui s'inscrit dans le temps, pour une durée indéterminée selon la résistance du patient aux soins.

L'EXEMPLE DE PHILLIPE: COORDINATION ET CAS COMPLEXES

Philippe serre les dents. Ce matin, il n'a pris que la moitié de sa posologie de ketalgine® et n'a plus aucune réserve de morphine. Encouragé par sa femme, dont les convictions religieuses privilégient la guérison spirituelle aux traitements pharmacologiques, il attend un soulagement de ses souffrances, résigné, abattu. Une encéphalopathie d'origine hépatique affecte partiellement son discernement. Philippe est un ancien patient atteint de troubles addictifs âgé de 58 ans, actuellement en phase palliative. Sophie effectue sa visite quotidienne pour une évaluation somatique, thymique et cognitive avec remise du traitement. L'infirmière fait face aux réprimandes de sa femme qui s'approprie et gère la médication après son départ.

Dans ce contexte, le traitement de la douleur devient compliqué, voire impossible sans une coordination active avec l'équipe mobile des soins palliatifs, le médecin traitant, le psychiatre et le médecin addictologue. Chacun dans son périmètre de fonction apportera son éclairage, ses consignes, son ordonnance. Sophie tâchera du mieux qu'elle peut d'éviter la segmentation de la prise en soins en collectant, en archivant, en transmettant. Cette orchestration autant chronophage qu'indispensable est l'une des clés de voûte du plan d'intervention, et, in fine, du soulagement attendu par Philippe. Sophie n'est pas cheffe d'orchestre: son rôle n'est pas d'orienter ni de donner le cap de la prise en soins. Mais sans son intervention, le risque d'enlisement dans une spirale d'échecs et d'incompréhensions réciproques devient majeur. La complexité de la situation liée entre autres aux comorbidités du patient nécessite la désignation d'un médecin coordinateur garant de l'efficacité et de

l'efficacité du projet clinique. À domicile, ces situations de fin de vie de personnes atteintes de troubles addictifs ne sont pas rares. Ces patients souhaitant finir leur vie chez eux se retrouvent alors submergés par les interventions, et paradoxalement, cette densité finit par isoler certaines de leurs problématiques de santé. Ces dernières sont d'une certaine façon reléguées au second plan sans le diapason d'une coordination à la mesure de la complexité rencontrée. Hauteur et perspective permettront l'ajustement et le maintien des prestations aux besoins requis tout comme la synergie des compétences spécifiques de cette situation intégrant addiction, douleur, psychiatrie et fin de vie.

COVID: DES CONTEXTES PARTICULIERS

La crise sanitaire que nous traversons a considérablement impacté le monde médical en général, et celui des soins de proximité en particulier. Les mesures de confinement liées à la lutte contre la COVID-19 ont temporairement limité le champ d'activité des intervenants à domicile. Il est actuellement difficile de mesurer les effets de cet éloignement soignant/soigné dans le domaine de l'addiction. Cependant, les spécialistes sont inquiets des fragilités psychologiques induites par la pandémie. En effet, elles peuvent exacerber les motifs de consommation (alcool, drogues, jeux vidéo) du fait de la solitude et de l'excès de stress.

Les jeunes sont particulièrement vulnérables, tout comme les personnes atteintes de troubles de la santé mentale et/ou liés à l'addiction. Cette conjoncture invite à réfléchir sur la nature de l'activité infirmière à domicile dans ce domaine. Elle nécessite dans ce cas d'informer et d'expliquer au cas par cas la majoration des facteurs de risque, l'utilité des gestes barrières, la nécessité de la vaccination. Elle devra également évaluer l'intensité de l'angoisse, des comportements addictifs et prévenir sans culpabiliser, ni ajouter de la peur. Une telle activité, qui ne relève pas de l'urgence mais la prévient, est quasi impossible en télé-consultation. Or la restriction des déplacements en période de confinement péjore considérablement la qualité de la relation et les capacités

d'évaluation in situ, deux composantes essentielles de l'intervention qui voit ainsi son efficacité notablement diminuée. Il s'agit d'un véritable paradoxe au regard des besoins cités précédemment. Aucun référentiel actuel ne décrit un protocole de crise pour les infirmiers en addictologie à domicile, car cette crise est sans précédent dans notre histoire contemporaine. Encore une fois, la réactivité et la capacité d'adaptation du réseau resteront un élément central d'endiguement du phénomène en ciblant les prestations prioritaires et en répartissant aux mieux sa capacité d'intervention. Mais il faudra du temps pour connaître la véritable ampleur des conséquences de la crise et les prestations spécifiques à mettre en place en cas de récurrence. Il faudra également du temps pour intégrer les compétences de l'addictologie dans la pratique infirmière en soins à domicile, pour identifier les besoins du réseau dans ce contexte et mettre en place le dispositif de soutien en rapport, et aussi pour maintenir un lien de qualité avec les patients dans leur environnement. Mais nous pouvons aussi espérer que, quelle que soit la

situation de crise, sanitaire, économique ou sociale, les défis à relever seront une occasion de consolider les liens de collaboration entre les soignants des institutions et ceux du domicile.

La qualité de la relation thérapeutique de soignant à soigné est interdépendante de celle de soignant à soignant

Ces situations de soins nous révèlent que la qualité de la relation thérapeutique de soignant à soigné est interdépendante de celle de

soignant à soignant. Ce constat pose la question de savoir comment favoriser l'articulation de ces binômes en tenant compte des spécificités de l'addictologie à domicile. Comment harmoniser les compétences de l'infirmier en psychiatrie, du spécialiste des addictions et du patient dans son environnement au bénéfice de sa santé? Comment élaborer des itinéraires cliniques efficaces pour lui et efficaces pour le réseau de soins? Il y a sans doute un organe, un rouage à inventer et à mettre en place, pour promouvoir les synergies et permettre aux soins en addictologie à domicile de répondre aux besoins et aux enjeux de ce domaine des addictions.

Contact : freddycat04@hotmail.fr