

# INTERVIEW

*Interview de Jean-Christophe Mieville par Jean-Félix Savary (GREA)*

**Jean-Christophe Mieville est Infirmier Chef et Adjoint à la Direction des Soins du Département de Psychiatrie du CHUV.**



**Jean-Félix Savary :** Quels sont les différents métiers en addictologie ?

**Jean-Christophe Mieville :** Actuellement il existe deux types de soignants qui s'inscrivent soit dans une approche plutôt spécialisée, soit dans une approche plus universelle. Dans le domaine des soignants spécialisés, les intervenants socio-éducatifs sont à la pointe de la spécialisation avec un accompagnement, des réponses sociales et éducatives. Les infirmiers ont, de mon point de vue, un regard plus large, plus universel car ils traitent de problématiques somatiques, psychiatriques et de dépendances. C'est surtout le cas en addictologie. Le champ d'action des infirmiers regroupe ces trois composants, ce qui crée une position de « *case manager* », avec un regard transversal : cela signifie que l'infirmier va contacter les spécialistes tels que des assistants sociaux, éducatrices et éducateurs, diététiciens, dermatologues, etc., pour des besoins spécifiques du patient. Le rôle d'un infirmier en

*Les capacités d'empathie et d'accompagnement sont primordiales*

addictologie est avant tout celui de liant, d'intégrateur et évidemment de collaborer avec le corps médical.

On peut imaginer la situation suivante qui arrive fréquemment : le médecin prescrit une médication à un patient, or il s'avère que la personne la plus à même de suivre le patient à ce niveau reste l'infirmier car c'est ce dernier qui sera le mieux placé pour vérifier que les effets sont adéquats et qu'il n'y ait pas des contre-indications. L'infirmier est donc responsable d'une vision globale du soin et des répercussions que le patient pourrait avoir en termes de soins sanitaires. Ceci est d'autant plus vrai dans le domaine de l'addictologie où la prise en compte de l'environnement communautaire du patient est encore plus importante. En effet, il est nécessaire d'intégrer l'environnement du patient lorsqu'un soin lui est prodigué : un patient SDF ne sera pas abordé de la même manière qu'un patient qui peut se déplacer dans une polyclinique. C'est pourquoi il est important que la personne soit mise en condition pour accepter un soin. Les paramètres de sécurité (et inversement d'insécurité), de nourriture et de logement sont des besoins essentiels pour le patient : sans cela le soin ne peut avoir lieu ou être accepté.

Très souvent, il s'agira de mettre en place un accrochage : celui-ci peut différer avec chaque patient et peut requérir plusieurs mois avant de fonctionner. Il peut se réaliser par le biais d'autres relations que le soin au sens général du terme, comme aider la personne à trouver une place pour dormir dans une structure d'accueil de nuit pour les personnes sans abris ou à déménager.

Ce sont ces types d'action qui fournissent un accrochage et qui permettent ensuite d'amener la sécurité nécessaire pour la mise en place de soins avec le patient. Le nombre de patients précarisés ayant significativement augmenté depuis quarante

ans, notre profession a donc dû évoluer avec ce nouveau paradigme afin d'accueillir le patient dans sa réalité temporelle et spatiale.

**Jean-Félix Savary :** Quelles seraient les compétences spécifiques et nécessaires aux autres professions traitant de l'addictologie ?

**Jean-Christophe Mieville :** La capacité d'accueil non jugeante, la connaissance du réseau socio-sanitaire, les capacités d'empathie et d'accompagnement sont primordiales, aussi bien dans la psychiatrie, le soin communautaire, ou le soin en addictologie. L'autonomie du professionnel est une autre spécificité de ce domaine.

**Jean-Félix Savary :** Quel est le parcours pour devenir infirmier spécialisé dans les addictions ?

**Jean-Christophe Mieville :** La formation d'infirmier est généraliste et dure quatre ans. Cependant, une fois sur le marché du travail, la personne nouvellement diplômée se retrouve relativement démunie. Afin de pallier cette situation, des formations sont alors très souvent effectuées à l'interne. En effet, le savoir-être dans des situations particulières, comment se comporter avec l'autre, créer une relation avec le patient, ces différents points ne sont pas ou trop peu enseignés par les hautes écoles. A l'inverse, les formations spécialisées tels que les CAS en addictologie amènent une réelle plus-value théorique. Il est néanmoins évident que le manque d'expérience doit être compensé à travers le travail effectué avec les patients, les pairs et les supervisions.

À mon humble avis, les collègues qui se spécialisent plutôt en addictologie ou en santé communautaire sont intéressés par le défi de prendre en charge des patients généralement rejetés et stigmatisés, même par le système médical. De ce fait, ces soignants doivent se forger une identité professionnelle au contact de leur patient. Cette réalité professionnelle signifie également que les risques d'épuisement peuvent être conséquents pour celles et ceux qui se spécialisent auprès de ces populations.

**Jean-Félix Savary :** Quelles sont les futures compétences à acquérir ? Ne pourrait-il pas s'agir de réapprendre celles du passé ?

**Jean-Christophe Mieville :** Effectivement ! Mais pour ce faire il faut également permettre aux espaces tiers d'être nettement plus utilisés afin de pouvoir « récupérer ». Il faut avoir la capacité et la possibilité de remettre en question ce qu'on fait, d'accepter ses faiblesses et ses doutes. Ceci n'est pas évident car ces questionnements et ces erreurs ne répondent pas à la dynamique de la performance de la société actuelle. Sans oublier que l'échec dans la construction relationnelle avec le patient peut arriver, il faut pouvoir en discuter et bénéficier d'un regard tiers, d'une personne de confiance afin de pouvoir avancer et ne pas reproduire les mêmes erreurs. De nos jours, nous vivons plutôt une taylorisation du système de santé qui n'investit que peu la réflexion sur la relation entre soignant et soigné.

**Jean-Félix Savary :** Qu'en est-il du cursus de formation en addiction pour les infirmiers et infirmières ?

**Jean-Christophe Mieville :** Malheureusement le sujet de l'addiction, ainsi que celui des soins communautaires, sont encore très peu présents dans la formation de base des soins infirmiers. Ceci concerne un peu moins les éducateurs qui se déplacent régulièrement dans les foyers et qui peuvent plus discuter ces sujets.

Indéniablement, il existe une stigmatisation qui entoure cette thématique. Si l'on prend un patient « addict » en charge, on s'attend à ce que, durant une certaine période, on ait l'impression d'aller d'échec en échec. Cependant, ce qui pourrait être vécu comme tel peut également être interprété comme une phase de l'histoire du patient. La réalité en addictologie signifie souvent que les patients soient suivis pendant plusieurs années. Les résultats recherchés sont multiples, comme permettre d'emménager dans un logement ou accompagner la personne dans une consommation plus contrôlée et, par ce biais, faciliter ses relations sociales. Cette approche de réduction des risques est importante pour cette population de patients et ne correspond pas nécessairement au cursus de formation des nouveaux diplômés qui ont appris à soigner pour aller mieux au plus vite.

Le fait que l'addictologie et la psychiatrie soient souvent reliées répond à cette même logique. Si on parle de pathologies assez lourdes, comme la schizophrénie, l'évolution peut être perçue comme lente et épuiser plus rapidement les soignants.

**Jean-Félix Savary :** Quelle serait la spécificité du travail du soignant dans les addictions ?

**Jean-Christophe Mieville :** En premier lieu, l'infirmier a un rôle de liant au niveau du dispositif de soins grâce aux connaissances importantes des acteurs professionnels et des possibilités d'accompagnement, ainsi que cette capacité d'être en interaction avec d'autres acteurs qui peuvent être des personnes ressources pour les patients. L'infirmier peut, toujours avec l'accord du patient, interagir avec un proche qui n'est pas forcément de la famille mais identifié comme ressource, un voisin par exemple, et l'intégrer comme acteur du réseau. La même approche peut être réalisée avec une personne côtoyée régulièrement au café. Cette externalisation des soins oblige la création de liens avec la communauté. Cette manière de faire se retrouve aussi souvent dans le travail social.

Actuellement de nombreuses connaissances sont requises autant dans le domaine social (par exemple en ce qui concerne les assurances sociales qui fluctuent régulièrement) que dans le domaine infirmier (par exemple les nouveaux médicaments et les indications de posologie qui changent). En fin de compte, l'interdisciplinarité fait la richesse d'une intervention auprès d'un patient, avec d'une part les actions des spécialistes et d'autre part

### *De nos jours, nous vivons plutôt une taylorisation du système de santé*

la capacité de se mettre d'accord sur un projet commun. Travailler à plusieurs, échanger des manières de faire et de comprendre une situation, se demander si la priorité n'est pas plutôt au somatique, au psychiatrique ou au social... tout ceci permet de s'adapter à l'évolution du patient.

**Jean-Félix Savary :** Dans certaines structures, on peut observer des infirmiers réaliser un travail social. Comment cette profession interagit avec les autres métiers ?

**Jean-Christophe Mieville :** En effet, l'infirmier est un peu à la croisée des chemins avec son rôle de *case manager*. Dans tous les domaines de la santé, en plus de développer des compétences métiers, les soignants sont amenés à s'enrichir professionnellement en développant des approches spécifiques. En addictologie, les formations prisées sont souvent celles du Nada (auriculothérapie), l'approche centrée sur la personne, la relaxation, le mindfulness, les massages, etc. Par contre il faut faire attention à ne pas se surspécialiser au détriment de sa formation de base au risque d'en oublier le cahier des charges pour lequel on a été engagé ! Et cela surtout dans des structures très interdisciplinaires où la frontière entre les professions est perméable. Cela a même amené des situations ubuesques confrontant des institutions à faire appel à des CSR car leur assistant social n'avait plus les compétences métier requises, ce qui n'a aucun sens pour les soins et les coûts de la santé.

**Jean-Félix Savary :** Quelles sont les relations avec les autres membres du corps médical que sont les psychologues et les médecins ?

**Jean-Christophe Mieville :** En ce qui concerne les psychologues, on peut différencier ceux qui œuvrent dans la recherche et les cliniciens. Pour ces derniers avec qui nous collaborons quotidiennement, leurs compétences s'exercent au niveau de l'approche psychothérapeutique

en fonction de diverses écoles (systémique, analytique, cognitivo-comportementaliste) dans une dynamique individuelle ou de groupe mais aussi de travail sur la réduction des risques ou de l'approche motivationnelle. La collaboration avec le médecin est primordiale, car ce dernier a la responsabilité légale du patient. Ce n'est pas anodin car il s'agit de l'un des éléments qui modalise les relations entre les soignants et le corps médical et qui est déterminé par la direction des institutions. Si on prend l'exemple d'une structure uniquement médicale, cette dernière laisse, en général, peu d'autonomie aux soignants. Ce n'est pas le cas dans nos institutions actuelles où il y a trois pôles représentés dans les directions (médical, soignant et administratif) ce qui non seulement permet d'amener une plus-value sur le regard croisé du soin mais permet également de considérer chaque profession de manière horizontale.

Je connais des structures qui sont des institutions de formation qui comportent un nombre important de jeunes docteurs assistants. Les frictions peuvent exister à ce niveau car il y a des médecins, même des chefs de clinique, qui de facto étant en formation ont moins de compétences et d'expérience que des soignants qui sont à leurs postes depuis des années. Ces deux types de métier ont des statuts différents : le médecin est toujours en formation mais responsable légal de la prise en charge alors que le soignant est considéré comme formé. La direction des institutions doit être plus attentive sur les interactions entre les différents corps de métier.

**Jean-Félix Savary :** Y aurait-il d'autres exemples d'interdisciplinarité, entre autres à l'intérieur de l'hôpital ?

**Jean-Christophe Mieville :** Les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens sont aussi confrontés à ces patients, mais, comme pour beaucoup de monde, le peu de temps consacré à cette problématique dans les cursus HES peut les mettre en difficulté.

### *Cette externalisation des soins oblige la création de liens avec la communauté*



**Jean-Félix Savary :** Quels sont les défis auxquels s'attendre les prochaines années ?

**Jean-Christophe Mieville :** Actuellement nous sommes encore trop dans l'expectative que le patient vienne à nous. Premièrement, il s'agira d'amener les soins relatifs aux addictions dans la communauté, le travail de rue ainsi que chez le patient. On peut citer l'exemple du programme DAM (diacétylmorphine), qui avec l'arrivée du Covid a nécessité une réflexion sur la délivrance de ce traitement. En effet, lors de la première vague Covid, avec le semi-confinement, ce soin n'était dans la majorité des cas plus délivrable au sein de la polyclinique, à cause du risque pour les patients de se déplacer en transport public car fragilisés somatiquement. Cette situation a nécessité une adaptation pour pouvoir le délivrer directement dans le lieu de vie de nos patients. Cette démarche a été très bien vécue par tous les acteurs et a passablement interrogé et bousculé les représentations des uns et des autres.

Le deuxième défi est d'impliquer la communauté professionnelle dans le soin. On peut prendre l'exemple du travail auprès des pharmacies afin de dédramatiser les addictions et d'en faire des partenaires de soins. C'est aussi un travail pour les éducateurs, les assistants sociaux et les infirmiers d'accompagner les patients et de leur montrer que certains de leurs comportements peuvent être mal vécus et conduire à un rejet social. Il faut proposer un cadre où les acteurs de la communauté, considérés comme des partenaires, peuvent nous interpeller plus facilement. Tout cela sans oublier d'arriver à intéresser le monde au travail soignant, de revaloriser ces professions au risque que d'ici quelques années, notre système de soins soit en sous-effectif et complètement surchargé.

**Jean-Félix Savary :** Est-ce que cette profession est sujette à des défis d'élargissement des compétences ou aux coûts de prestation ?

**Jean-Christophe Mieville :** Pour répondre à cette question, je dirais que malheureusement les structures actuelles ne sont pas bien utilisées. L'itinéraire du patient n'est pas suivi adéquatement autant sur la durée que sur le nombre d'intervenants. Avec la superspécialisation de chaque intervenant, chacun ne s'occupe que d'une petite partie du patient. A mon avis, nous sommes confrontés à un problème de riche... Lorsqu'un médecin déclare qu'il ne s'occupe pas des problématiques d'addictologie, on peut se demander comment son patient peut se sentir compris ou tout du moins entendu. Le travail de liaison sert à répondre à ce type de défi en permettant aux soignants ou aux spécialistes de l'addictologie d'agir en tant que personnes ressources pour d'autres professions, afin de développer d'autres compétences.

Les patients addicts subissent encore souvent une certaine stigmatisation, car assimilés à des SDF, repris de



justice, etc., ce qui peut être très remuant dans le cadre d'identification projective. Ce n'est donc pas un type de patient attrayant pour le médecin généraliste qui s'installe. C'est pourquoi il est nécessaire de soutenir ces partenaires professionnels à travers une intervention bifocale qui se compose, par exemple, d'un infirmier spécialiste en addictologie qui, en permettant de stabiliser la consommation du patient, soutient temporairement le médecin dans la prise en charge. Cependant la tendance actuelle est plutôt de s'engager rapidement avant de faire un bilan de la situation, ce qui court-circuite les autres dispositifs qui seraient probablement mieux adaptés.

### *Les patients addicts subissent encore souvent une certaine stigmatisation*

**Jean-Félix Savary :** Quel serait le rôle de la profession d'infirmier dans la politique addiction ?

**Jean-Christophe Mieville :** Mon espoir est que les infirmiers puissent développer leurs compétences dans les soins communautaires, sortir de nos murs, mettre en place des partenariats avec des médecins et des psychiatres installés ainsi qu'avec d'autres institutions par un travail de liaison. Les infirmiers accompagnent et soutiennent les patients lors de transitions dans leur parcours. Il peut s'agir de fournir de l'aide à la sortie de l'hôpital et de permettre un retour réussi au domicile. Cela signifie surtout de créer des liens avec d'autres structures mais également avec d'autres partenaires tels que la pharmacie, les services sociaux, la police, etc. Le suivi des soins en dehors des institutions me semble également primordial.

Il s'agit également de sécuriser les collaboratrices et collaborateurs lorsque leurs patients sont désinhibés, de réaliser des diagnostics différentiels, d'avoir la capacité

de comprendre les éventuelles interactions médicamenteuses, de donner des renseignements permettant de sécuriser au mieux l'intervention, etc.

En ce qui concerne les écueils, ils sont surtout d'ordre économique. L'infirmier indépendant, qui n'est donc pas salarié d'une institution, aura beaucoup de difficultés à œuvrer dans cette dynamique. Un changement de mentalité est toujours nécessaire pour intégrer ce nouvel acteur dans le champ du soin communautaire.

Un autre aspect est celui de la prévention dans la communauté. L'infirmier, comme les autres soignants, doit non seulement avoir une action de soin préventif auprès des patients (échange de matériel, hygiène, sensibilisation aux méthodes contraceptives, etc.) mais également faire de l'éducation dans la société au travers d'interventions sur les lieux de formation, les écoles, etc.

Enfin, un autre défi consiste à défendre le paradigme concernant certains médicaments prescrits, tel que la diacétylmorphine qui est un outil thérapeutique, un médicament comme n'importe quel autre pour autant qu'il soit utilisé dans un cadre de prise en charge. Cela permettra aussi d'aider à la compréhension que derrière un patient dépendant, il y a une personne avec une maladie, qui comme avec n'importe quelle autre maladie, vit des contraintes et des difficultés. Mais que cette personne a également des ressources, une vie sociale, professionnelle, amicale, amoureuse : à nous de travailler avec la complexité de l'ensemble de ces facteurs.

Jean-Félix Savary : Merci infiniment.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössische Zollverwaltung EZV  
Administration fédérale des douanes AFD  
Amministrazione federale delle dogane AFD  
Federal Customs Administration FCA



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

## Enjeux et défis de la prévention comportementale

### Rencontre intercantonale latine (RIL)

Le 5 avril 2022 de 13h15 à 17h00  
Hôtel Alpha-Palmiers Lausanne

La manifestation est gratuite, sur inscription. Plus d'infos dès janvier 2022 sur le site du GREA, [www.grea.ch](http://www.grea.ch).