

RÉFLEXION AUTOUR DE LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF D'INDICATION

Pierre-Yves Bassin, président ASVOVA

Les dispositifs d'indication qui fleurissent en Suisse ont pour but une meilleure gestion de la prise en charge. Mais jusqu'où peut-on rationaliser une démarche de traitement, où la relation patient-soignant est au cœur du processus de rétablissement? Les procédures ne rendent-elles pas plus difficile l'accès aux soins pour les personnes les plus fragilisées? Comment les institutions vont-elles gérer la demande générée par le dispositif? Ouverture du débat. (réd.)

Le Conseil d'Etat du canton de Vaud a récemment publié ses axes prioritaires en matière de prévention et de lutte contre la toxicodépendance pour la législature 2008-2012. Cinq axes prioritaires, dont un qui concerne l'indication. « Le Conseil d'Etat entend mettre l'accent sur le premier axe prioritaire, à savoir améliorer l'adéquation entre l'offre de prestations et les besoins des usagers en développant un réseau de soins coordonné dans le domaine des dépendances. (...) Il s'agit en outre de soutenir l'amélioration de la qualité des prestations, soutenir le développement des collaborations et du travail en réseau et mettre en œuvre le dispositif cantonal d'indication dans le domaine des toxicodépendances en collaboration avec les partenaires concernés. Ce dispositif est destiné à toute personne toxicodépendante pour laquelle est envisagée une prise en charge dans le réseau spécialisé des addictions. Il permettra, sur la base d'un bilan intégrant les dimensions somatique, psychique et sociale, de définir le type de prestations nécessaires pour les personnes toxicodépendantes et d'évaluer la situation pour de nouveaux consommateurs afin d'envisager une intervention précoce. »¹

La question de l'indication est dans l'air du temps depuis de nombreuses années déjà, et ce tant au niveau cantonal que fédéral. Aujourd'hui donc, rien de véritablement nouveau ni de surprenant. Le dispositif cantonal d'indication qui va se mettre en place s'inscrit dans le prolongement de la politique vaudoise en la matière, qui a déjà instauré une première ébauche de dispositif cantonal d'indication en 2004, sous la forme d'un document d'évaluation et d'orientation obligatoire pour le financement des séjours résidentiels pour les problèmes d'alcool et de drogues. Plus récemment, un véritable dispositif cantonal pour l'indication ambulatoire et résidentielle alcool (EVITA) a été mis en place dans le canton de Vaud.

PRENDRE EN COMPTE LES CONSIDÉRATIONS HUMAINES

Sur le terrain, les professionnels de la dépendance n'ont pas attendu qu'on le leur demande pour procéder à des évaluations visant à orienter de manière pertinente les personnes dépendantes, en prenant en compte à la fois les considérations personnelles, la demande, les ressources de

la personne, les prestations des institutions et les aspects économiques de la prise en charge de la dépendance. Après les années fastes durant lesquelles l'argent public coulait à flots, de nouvelles formes de gestion publique ont vu le jour. Le secteur des dépendances n'a pas échappé à cette tendance. Pour rappel, nous signalerons ici les systèmes de management de la qualité mis en place dans le secteur résidentiel et, plus récemment dans le secteur ambulatoire, la mise en conformité par rapport à la loi sur les subventions pour le canton de Vaud, les contrats de prestations, etc.

Dans ce débat qui prend en considération avant tout les impératifs économiques et de gestion publique à court terme, les professionnels du terrain médico-social que nous sommes ont la responsabilité de défendre les aspects sociaux, humains, et replacer l'individu au centre des enjeux. Dans le canton de Vaud, l'Association vaudoise des organismes offrant des prestations dans le domaine des addictions (réseaux alcool et drogues, ambulatoire et résidentiel confondus), a constitué un groupe de travail sur l'indication afin justement de défendre non pas des acquis institutionnels, mais bien la place de l'individu dans la prise en charge de la dépendance. Et c'est là que réside tout l'enjeu de ce dossier complexe: comment concilier les impératifs économiques et les considérations professionnelles, institutionnelles, humaines et thérapeutiques. Plusieurs paramètres doivent dès lors être pris en considération dans ce débat:

Placer l'individu au centre du processus

Nous savons l'importance déterminante que constitue l'engagement de la personne dans son traitement. La participation de la personne dépendante au choix de son traitement permet d'accroître sa motivation et son engagement dans un projet thérapeutique, et ainsi améliore le pronostic. Il est impératif de donner à l'individu sa part de responsabilité dans le choix du traitement et dans sa réussite. Qui n'a pas été un jour surpris de la réussite d'un traitement auquel il ne croyait a priori pas, sur lequel il n'aurait pas misé? De très nombreux usagers de nos centres viennent nous rapporter que si ça a marché, c'est bien plus parce qu'une rencontre s'est produite à un moment donné avec un médecin ou un travailleur social que parce que le programme thérapeutique était meilleur ou plus adapté que les autres.

Cette alchimie qui s'opère lors de la rencontre est souvent déterminante dans l'évolution du parcours de la personne et permet de consolider la motivation et l'engagement dans le programme. Elle va constituer une base solide du travail thérapeutique. Encore une fois, l'engagement et la motivation de la personne dépendante ne doivent pas être minimisés car c'est bien sur ces éléments que va se construire l'accompagnement thérapeutique et c'est dans ce contexte que l'individu va pouvoir évoluer positivement et trouver un espace d'expression et de réflexion propice, basé sur le respect et la confiance. Il s'agit de redonner à l'individu sa part de responsabilité dans le processus et dans les résultats.

Accessibilité des prestations: les plus fragilisés resteront-ils sur la touche?

Sans remettre en question la volonté de procéder à des évaluations des situations et d'améliorer l'orientation des personnes dépendantes, il convient de tenir compte de la réalité, des ressources et des difficultés de ces personnes, de leur situation de vie. Le parcours menant à une demande d'aide est souvent long, sinueux et truffé d'embûches. Les procédures d'admission dans les institutions résidentielles s'avèrent parfois insurmontables, d'autant plus pour des personnes particulièrement désinsérées et fragilisées. Entre la prise de contact et la pré-admission (parfois sur deux rendez-vous), les démarches administratives, la lettre de motivation, les délais d'attente, la pré-admission en sevrage, l'organisation du sevrage et l'attente, d'innombrables difficultés doivent être franchies par le demandeur. Si la plupart d'entre eux arrivent à les surmonter, quelques-uns se découragent en cours de route et des projets avortent malgré l'accompagnement motivationnel proposé par les intervenants du secteur ambulatoire et des centres d'accueil. L'instauration d'un dispositif d'indication vient ajouter une difficulté de plus à ce «chemin de croix». Des rendez-vous supplémentaires à tenir, un nouveau récit de son histoire de vie, des documents administratifs à remplir, etc.



Photo: interfoto

Pour une politique de soins basée sur le principe du «step care», de la graduation des mesures proposées, on ne peut que s'étonner du paradoxe. Ces mêmes programmes résidentiels que la nouvelle organisation du dispositif réserve

aux personnes les plus désinsérées et les plus fragilisées requièrent des ressources qu'elles n'ont justement pas. Le décalage entre le niveau d'exigence requis pour entrer en thérapie résidentielle et le niveau de ressources des clients en devient choquant.

Faute de pouvoir réunir les ressources nécessaires à mener à terme ce parcours du combattant, les personnes les plus fragilisées se verront contraintes de demeurer au «camp de base», de s'acclimater avant de pouvoir envisager l'ascension finale. Une occasion de plus de se poser en victime du système, de se décourager ou au contraire de poursuivre le travail motivationnel et thérapeutique en ambulatoire, d'avancer malgré tout et de prouver que, finalement, on n'a plus besoin du résidentiel, de tester ses capacités de résilience? Tout dépendra de la relation qui existe entre la personne et son entourage, du regard porteur qui sera posé sur elle.

Gestion des coûts ou transferts des coûts?

Dans ce contexte, certaines institutions non spécialisées dans le traitement de la dépendance y voient une opportunité de diversifier leur offre, d'accueillir une nouvelle clientèle sans proposer de réelle prise en charge de la dépendance. De nombreux établissements médico-sociaux accueillent déjà très largement cette clientèle. Intéressante opération pour elles ainsi que pour les finances publiques, dans la mesure où les coûts de ces séjours sont financés en partie par les assurances maladies. Tout à fait légitimement, nous pouvons dès lors nous poser la question du transfert des coûts. Ne sommes-nous pas en train d'assister à un transfert subtil des coûts du public vers le privé, sous couvert d'une politique de prise en charge de la dépendance qui vise à offrir à la personne dépendante le meilleur suivi, au meilleur endroit, au meilleur moment, pour la bonne durée et le meilleur rapport efficacité-coûts?

Des institutions condamnées à naviguer à vue

Au niveau des institutions, la mise en place de dispositifs d'indication ne va pas manquer de poser d'importants problèmes de gestion et de planification. Certaines institutions y sont du reste déjà confrontées. En effet, comment les Directions d'institutions peuvent-elles planifier de manière fiable le nombre de places et les ressources disponibles si elles n'ont plus aucun regard ni aucune maîtrise sur le «carnet de commandes»? C'est bien là que réside le principal danger pour les institutions, tant celles du secteur résidentiel que celles du secteur ambulatoire. Sans savoir qui va faire appel à ses services, ni pour quelle durée, ni dans quelle situation le demandeur se trouvera, les institutions risquent d'être amenées à naviguer à vue, à se trouver tour à tour en sous-occupation ou en sur-occupation, amenées à licencier du personnel puis de le réengager. Devrons-nous introduire du chômage partiel en fonction de la fluctuation des indications ou en fonction des relations que nous entretenons avec l'instance d'indication? Serons-nous contraints d'adapter les prestations, l'encadrement, la durée des

séjours, le programme thérapeutique au coup par coup en fonction de la demande de cette instance? Comment les institutions vont-elles accepter des placements décidés par une instance externe, débarquée dans la course à des fins d'évaluation et d'indication? Dans un tel contexte, gérer une institution risque de relever plus de la loterie que d'une réelle planification.

Le calcul du coût de la prise en charge des séjours résidentiels devra prendre en compte les fluctuations incontrôlables de la demande, qui les fera inmanquablement augmenter. Les économies effectuées par une priorisation de l'accompagnement ambulatoire seront dès lors annulées par l'augmentation du prix de séjour résidentiel pour ceux qui auront les ressources d'y arriver.

CONCLUSION

La mise en place d'un dispositif d'indication dans le secteur des dépendances ne doit pas être exclusivement dirigée par l'évidence scientifique et par des impératifs économiques et de gestion publique à court terme. Elle doit impérativement prendre en compte les considérations humaines et institutionnelles et se baser sur le réseau local en place, et ce dans une vision à long terme. Le lien qui s'est tissé entre le demandeur et son référent, ainsi que la connaissance qu'il a de la situation et des offres de prestations constituent des éléments de base pour la construction d'un projet thérapeutique pertinent.

Références:

¹ Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud : Axes prioritaires 2008-2012 en matière de prévention et de lutte contre la toxicodépendance

Courriel:

zonebleue@bluewin.ch



Formation
continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

Certificat en gestion d'équipe et conduite de projets (CAS HES-SO de 15 crédits ECTS)

Public cible : professionnels qui prennent des responsabilités et deviennent « cadres » dans les institutions, ou qui sont appelés à conduire des projets.

Objectif : acquérir les qualifications nécessaires pour occuper la fonction de responsable d'équipe ou diriger une petite institution.

Début de la formation : septembre 09

Diplôme en art-thérapie (DAS HES-SO de 40 crédits ECTS)

Public cible : personnes intéressées à la fois par l'art et par la thérapie et qui ont une expérience personnelle et/ou professionnelle dans les deux champs.

Objectif : établir la capacité d'exercer l'art-thérapie sur le terrain en tant que spécialiste et la capacité de modéliser sa pratique par une mobilisation et une (re)construction des savoirs.

Début de la formation : septembre 09

Travailler avec un groupe dans une perspective systémique (Module d'approfondissement de 6 crédits ECTS)

Objectif : ce module s'adresse à tout intervenant social ou médico-social formé à l'approche systémique (minimum 300 heures) et qui souhaite approfondir ses compétences dans le sens du travail avec un groupe.

Début de la formation : septembre 09

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet :

<http://ufc.eesp.ch>

ou

au secrétariat de l'Unité de formation continue

Tél. : +41 21 651 03 10