

MARS 2018 - NUMÉRO 62

DÉPENDANCES



Fin de vie et
liberté

Revue éditée par
Addiction Suisse
et le **GREA**

SOMMAIRE

« Fin de vie et liberté »

Editorial p. 1

Jean-Félix Savary

La place des droits humains dans la politiques des addictions p.2

Luc Recordon

Des directives anticipées pour s'aider soi-même p.5

Shirin Hatam et Yasser Khazaal

Les fins de vie en contexte institutionnel p. 8

Marc-Antoine Berthod

Suicide assisté – soins palliatifs, réduction des risques, rétablissement : p.11

modèles contradictoires ou complémentaires ?

Exemple de l'EPSM Soleil Levant

Laurent Gobet et Juan Lopez

Usager de substances vieillissant : quel lieu de vie ? p.14

Vanessa Vaucher et Barbara Broers

Survivre et vivre p.19

Jean-Pierre Fragnière

Psychothérapie en fin de vie assistée par des substances psychoactives p.22

Peter Gasser

Consommations à risque et comportements addictifs du sujet âgé : enjeux d'avenir p.25

Panteleimon Giannakopoulos

Les tentatives de suicide : quels enjeux pour les professionnels p.28

Yves Dorogi, Stéphane Saillant et Laurent Michaud

ÉDITORIAL

La nouvelle Stratégie addiction met l'individu au centre. « Elle part du principe que l'individu est responsable de ses choix de vie et de son comportement individuel, y compris en matière de santé ». Son discours inclusif contente à la fois les activistes des droits humains, favorables à davantage de prise en compte des usagers, et à la fois les milieux les plus libéraux dans notre pays, qui y voient un retrait bienvenu de l'Etat. Ce nouveau discours, que l'on retrouve également dans la déclaration d'Ascona, fait progressivement son chemin et nous emmène vers des terres nouvelles, bien loin de la verticalité qui caractérisait nos systèmes de santé des décennies précédentes. A la « prise en charge » succède « l'empowerment » ; au retrait de l'Etat providence, qui garantit par le haut le bien-être des membres de la communauté, une société plus horizontale, où les individus et les groupes doivent s'approprier leur destinée, et assumer les conséquences de leurs comportements.

Concrètement, cela veut dire que la société n'a plus à s'immiscer dans les choix des individus, même si ceux-ci nuisent à leur propre santé, voire à leur vie. Nous avons donc dorénavant le droit de nous détruire, voire de choisir notre propre mort. La question du choix reste cependant délicate. Sommes-nous tous égaux face au « choix » ? Quelles sont les conditions qui garantissent un choix éclairé, non conditionné par des conditions-cadres défavorables ? La Stratégie addiction n'oublie pas cet aspect de la question, et rappelle qu'une vision libérale des conduites addictives ne saurait perdre un accent de promotion sociale. « C'est pourquoi le renforcement des ressources et des capacités individuelles en matière de santé revêt une importance stratégique. » Et pourtant, peut-on se contenter de cette déclaration d'intention, au moment où tous les budgets consacrés à cette belle logique de promotion de la santé sont sabrés sans ménagements ?

Cette tension caractérisera probablement le domaine des addictions dans les années à venir. En sortant progressivement du paternalisme qui a caractérisé notre domaine tout au long du XX^{ème} siècle, et dont la politique des 4 piliers en fut le dernier avatar, le réseau professionnel doit trouver de nouveaux équilibres face à ces questions. Restauration de la responsabilité, de la citoyenneté et de la dignité, mais aussi baisse de la protection de la société et des prestations sociales. La solidarité, ébranlée par ce tourment, doit, elle aussi, trouver de nouvelles voies d'expression, probablement loin des dispositifs (au sens foucaldien), mais plus proche des mouvements communautaires, issues de partenariats novateurs entre les acteurs concernés, en commençant par les consommateurs.

De nouveaux chemins sont possibles, dans une logique de « restauration de la capacité d'agir ». Mais jusqu'où faut-il aller trop loin ? *Dépendances* pousse ici la logique jusqu'au bout et aborde, entre autres, la question la plus importante la plus emblématique de toutes : la vie et la mort. Les droits, jusqu'au bout ?

Jean-Félix Savary, Grea

LA PLACE DES DROITS HUMAINS DANS LA POLITIQUE DES ADDICTIONS

Luc Recordon, avocat, docteur en droit, Lausanne

La présente contribution n'a pas la prétention de constituer un avis de droit ou un article scientifique. Conçue comme un résumé de la vision de l'auteur sur une question que les juristes suisses ont peu défri-chée, elle a pour vocation d'ouvrir des pistes de réflexions sur la thématique «Vers une nouvelle politique des addictions». Les questions qu'elle traite ne forment que l'ossature d'un très bref exposé introductif à une discussion interdisciplinaire.

Cet article se limite à un examen au niveau des textes constitutionnels, sans recherche systématique dans la jurisprudence, qui semble au demeurant fort rare, et encore moins dans la doctrine juridique. On passera ainsi successivement en revue les droits humains, tels que répertoriés par la Constitution fédérale suisse (Cst. féd.) et par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), voire par la Convention relative aux droits de l'enfant, dans la mesure où il exigent des autorités une abstention ou une prestation déterminée; tout au long de cet examen, on insérera au besoin une référence aux droits plus généraux et abstraits que sont les droits à la reconnaissance de la responsabilité individuelle et sociale (art. 6 Cst. féd.), à l'égalité (art. 8 Cst. féd.), à l'interdiction de l'arbitraire (art. 9 Cst. féd.) et à la proportionnalité de toute restriction d'un droit fondamental au but visé (art. 36 al. 3 Cst. féd.). Pour les uns comme pour les autres, il s'agira de rechercher, le cas échéant de façon innovante, si et dans quelle mesure ils entrent en considération pour orienter une nouvelle politique en matière d'addictions. L'auteur remercie ici vivement Mme Anne-Catherine Menétrey de lui avoir fourni sur la question un précieux éclairage non strictement juridique, mais faisant appel à diverses sciences humaines, et axé sur les expériences issues d'une large pratique.

LES DROITS À LA VIE ET À LA DIGNITÉ HUMAINE ET À LA LIBERTÉ PERSONNELLE

Bases constitutionnelle

L'art. 7 Cst. féd. dispose que la «dignité humaine doit être respectée et protégée», tandis que l'art. 10 se lit comme suit: «1. Tout être humain a droit à la vie. La peine de mort est interdite.

2. Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.

3. La torture et tout autre traitement ou peine cruels, inhumains ou dégradants sont interdits.»

Quant à la CEDH, ses art. 2 à 4 méritent d'être ici reproduits.
Art. 2 Droit à la vie

1. Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.

2. La mort n'est pas considérée comme infligée en vio-

lation de cet article dans les cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire:

- a) pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale;
- b) pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue;
- c) pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection.

Art. 3 Interdiction de la torture

Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Art. 4 Interdiction de l'esclavage et du travail forcé

1. Nul ne peut être tenu en esclavage ni en servitude.

2. Nul ne peut être astreint à accomplir un travail forcé ou obligatoire.

3. N'est pas considéré comme «travail forcé ou obligatoire» au sens du présent article:

- a) tout travail requis normalement d'une personne soumise à la détention dans les conditions prévues par l'art. 5 de la présente Convention, ou durant sa mise en liberté conditionnelle;
- b) tout service de caractère militaire ou, dans le cas d'objecteurs de conscience dans les pays où l'objection de conscience est reconnue comme légitime, à un autre service à la place du service militaire obligatoire;
- c) tout service requis dans le cas de crises ou de calamités qui menacent la vie ou le bien-être de la communauté;
- d) tout travail ou service formant partie des obligations civiques normales.

Réflexions

Dans les conceptions très généralement admises en Suisse et en Europe, le droit à disposer de sa vie va paradoxalement jusqu'à la menacer ou à la supprimer; ainsi que le relevait en France, en 1996, la Ligue des droits de l'homme dans un manifeste, «la liberté individuelle n'a pas pour finalité l'autodestruction», mais «le corps social n'a aucune légitimité à criminaliser des comportements qui intéressent avant tout chaque individu». L'art. 6 Cst. féd. fonde une telle appréciation, en posant que chaque «personne est responsable d'elle-même». La Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour EDH), en charge de dire le droit déduit de la CEDH, a eu l'occasion de reconnaître le droit à mettre fin à sa propre vie, notamment dans un arrêt concernant le canton de Zurich, certes rétracté ensuite pour des raisons formelles, mais pas moins significatif pour

autant (ACEDH du 14 mai, 2013, dans une affaire *Gross c. Suisse*) ; en fin de vie et face à des souffrances graves, le suicide, assisté ou non, est une décision protégée tant par le droit à la dignité humaine que par la norme au moins interprétative – dont on peut toutefois discuter le caractère éventuel de droit fondamental invocable à lui seul – de la responsabilité individuelle.

En milieu carcéral, la question pourrait peut-être se poser différemment en raison du rapport de puissance publique particulier liant le détenu à l'Etat, comme dans le cas du jeûne de protestation (« grève de la faim ») entamé en 2010 par Bernard Rappaz pour protester contre son emprisonnement : le Tribunal fédéral a jugé que, moyennant une base légale spécifique, l'alimentation forcée pouvait être imposée à un détenu par le canton chargé de l'exécution de la peine (ATF 136 IV 97), et relevé que plusieurs pays faisaient de même, quoique de manière restrictive (l'Allemagne et l'Autriche, approuvées par la Cour européenne des droits de l'homme, l'Italie, la France, et l'Espagne, mais pas le Royaume-Uni, arrêt cité, cons. 6.1.1 et 6.1.2, p. 107 – 110) ; il en résulte, sauf en droit britannique, une limite – dans des cas extrêmes – du droit à s'autodétruire, mais encore une fois dans la situation spéciale du milieu carcéral. Il est intéressant de noter, toujours dans le cas de la prison, que la seule contrainte allant à l'encontre d'une altération de la santé du détenu par lui-même en consommant de la drogue est celle de la sanction disciplinaire, mais pas l'ordre de participer à des programmes de désintoxication ou de substitution contre la volonté de l'intéressé (Andrea Baechtold, *Exécution des peines. L'exécution des peines et mesures concernant les adultes en Suisse*, Stämpfli, Collection CJS – Criminalité, Justice et Sanctions ; Nicolas Queloz, Franz Riklin, Ulrich Luginbühl édés, vol. 10, 2008, pp. 220-241 ; voir aussi Catherine Ritter, « Approche des addictions en milieu carcéral », in Dominique Bertrand et Gérard Niveau édés, *Médecine, santé et prison*, Chêne-Bourg, 2006, pp. 173-189).

USAGE DE PSYCHOTROPES

On retiendra *a fortiori* que celui ou celle, qui choisit de porter atteinte à sa vie par une mise en danger plus ou moins forte par des produits ou autres moyens addictifs, peut en principe se réclamer de cette portée négative du droit à la vie (l'Etat ne peut forcer quelqu'un à vivre), de la liberté personnelle, du droit à la dignité et de la responsabilité individuelle. Le manque de discernement, lié à l'âge ou à une maladie peut y faire obstacle et encore avec beaucoup de prudence, dès lors qu'il s'agit d'un choix éminemment personnel. A cela près, il y a donc lieu de mettre sérieusement en doute la constitutionnalité de toute restriction à la consommation de produits ou autres moyens addictifs. Il pourrait être tentant de justifier une telle atteinte aux droits fondamentaux par l'effet d'entraînement ou d'imitation que peut susciter une telle consommation ; cependant, l'aspect incitatif est ici manifestement trop faible pour valider une mesure d'interdiction ou de répression à cet égard.

Il en va différemment de la vente – surtout à large échelle et avec d'importants profits – et, probablement, aussi de la

donation de produits addictifs. En premier lieu, les dispositions constitutionnelles précitées ne sont alors d'aucun secours à l'auteur de la distribution, de toute évidence ; de surcroît, l'effet incitatif est bien plus grand. La remise de drogues de substitution à des fins de réduction des risques ou de désaccoutumance progressive est un cas tout à fait particulier, puisqu'elle tend à sauvegarder la santé et même la vie de tiers, tout comme la remise à des fins thérapeutiques par exemple en oncologie. On en traitera au point 3 ci-dessous.

Une tout autre question est celle de l'inefficacité du prohibitionnisme. Il est notoire que par exemple une telle politique n'empêche ni une large diffusion des produits visés, ni la circulation en milieu carcéral de drogues, y compris « dures » ; sans elles, il semblerait même que la gestion de certaines prisons soit très difficile. Mais surtout la prohibition tend souvent à renforcer les mafias faisant commerce illicite des drogues de toute espèce. Par suite, la prohibition viole le principe de proportionnalité, dans sa composante dite de la nécessité ; elle est inapte à atteindre le but qu'elle cherche à atteindre. L'anticonstitutionnalité est claire de chef, à plus forte raison vis-à-vis des consommateurs, mais aussi à l'encontre des vendeurs.

Enfin, se pose sérieusement le problème, à l'égard des uns comme des autres, du risque d'inégalité de traitement, voire d'arbitraire, dans la pénalisation. En effet, les différenciations dans l'interdiction et la répression sont souvent un peu hasardeuses, non fondées sur une évaluation comparative soigneuse de la dangerosité, pour devenir quelquefois tout à fait incompréhensibles : l'échelle d'appréciation des peines est déjà très curieuse, laissée en outre, à défaut de base légale, au gré d'une jurisprudence peu systématique à propos du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne (le cas échéant avec atropine), des pilules chimiques diverses, dont la thaï et l'ecstasy, des benzodiazépines, etc., vendus en toute illégalité. Que dire alors des médicaments, notamment des somnifères ou des stimulants, prescrits parfois à la louche par des médecins peu regardants, sans parler de produits dont l'usage est encore banal et licite hormis des situations particulières, comme le tabac et l'alcool, dont la nocivité – en tout cas à dose moyenne et élevée pour le second – est désormais reconnue. On notera enfin que l'addiction peut résulter de différents moyens entièrement légaux non ingérés par le système respiratoire ou digestif, ainsi que l'illustrent les problèmes sérieux posés par le jeu (au casino ou en ligne), la télévision ou l'internet lorsqu'ils deviennent compulsifs. L'usage et la diffusion de produits et moyens addictifs ne pourrait pour ce seul motif être exempté de toute sanction pénale, la règle « pas d'égalité dans l'illégalité » s'y opposant ; par contre, le Parlement ne saurait plus longtemps tolérer une jungle législative aussi touffue et source d'une rare incohérence. Cela d'autant moins que certaines peines peuvent s'avérer fort lourdes peines, voir se muer en internement.

LE DROIT DES ENFANTS ET DES JEUNES À UNE PROTECTION PARTICULIÈRE

Bases constitutionnelle et conventionnelle

L'art. 11 prescrit :

« 1. Les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement.

2. Ils exercent eux-mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement. »

Pour mémoire, la Convention relative aux droits de l'enfant conclue à New York le 20 novembre 1989, qui lie la Suisse, ne confère pas droit constitutionnel directement applicable, mais astreint les Etats parties, à son art. 6, à assurer « dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant » et, à son art. 12, à « garantir à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ». Enfin, les Etats parties sont astreints par l'art. 19 al. 1 à prendre « toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation (...) ».

Malgré l'étendue de ces pratiques, celles-ci restent peu visibles du public. C'est là que se situe la subtilité des industriels : toucher leur public cible, les jeunes et les fumeurs, sans que le grand public en soit conscient. Ceci permet de minimiser le phénomène du tabagisme et, par-là, d'éviter la mise en place d'interdictions.

Réflexions

Moins importantes en l'espèce que les autres droits fondamentaux, ces libertés ne sont quand même pas négligeables. Face à diverses tentations qu'ont çà et là les autorités locales d'éloigner de petits groupes de toxicomanes de quartiers déterminés, ceux-ci pourraient sans doute invoquer de telles règles pour s'opposer à ce genre de mesures, notamment sous l'angle de la proportionnalité, voire s'organiser formellement en associations. Concrètement, cela fournirait un appui indirect aux projets de lieux de réunion spécifiques tels que bistrot sociaux ou locaux d'injection.

LE DROIT À LA PROTECTION DE LA SPHÈRE PRIVÉE

Bases constitutionnelles

Relevons ici l'art. 13 Cst. féd., relatif à la protection de la sphère privée :

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications.

2. Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent. »

Notons aussi l'art. 8 CEDH, ayant trait au droit au respect de la vie privée et familiale :

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

Réflexions

Il s'agit des fondements du droit au respect du secret médical. Or, dans le contexte des dépendances, l'art 3c de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) permet de passer par-dessus le secret médical afin de dénoncer un toxicomane à une institution de soins ou d'aide sociale. La disposition n'a vraisemblablement que peu de portée pratique ; elle est conçue pour permettre une prise en charge forcée, tandis que l'expérience montre que le traitement d'une dépendance ne peut être efficace que si le patient collabore. S'il est dénoncé, la collaboration va être difficile à mettre en place.

Une telle restriction au droit à la protection de la sphère privée est discutable aux points de vue politique ou éthique. Juridiquement, la liberté fondamentale en cause peut être restreinte moyennant une base légale et un intérêt public (art. 36 al. 1 et 2 Cst. féd.), ce qui semble être le cas ici. Le législateur devrait cependant se demander sérieusement si le respect de la proportionnalité (art. 36 al. 3 Cst. féd.) n'est pas enfreint, sous l'angle de sa composante dite de nécessité, un droit humain ne pouvant être limité si ça ne sert pas à grand-chose ; or, on l'a dit, la disposition querellée n'est guère efficace.

CONCLUSIONS

Le constat est net : les droits à la vie et à la dignité humaine, ainsi que la liberté personnelle, sont les droits humains les plus riches en potentialités en vue d'une politique des addictions nouvelle ou simplement consolidée. De plusieurs autres droits, quelques possibilités pourraient naître, moindres et plus fragiles, ceux d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse, de recevoir une information appropriée, de se réunir et de s'associer. Quoi qu'il en soit, tout cela ou presque reste à explorer en détail sur le plan juridique.

courriel : luc.recordon@span.ch

DES DIRECTIVES ANTICIPÉES POUR S'AIDER SOI-MÊME

Shirin Hatam, Pro Mente Sana; Yasser Khazaal, Service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève, et Université de Genève

Dans le champ des addictions, les directives anticipées sont un outil de prévention et de gestion des crises à développer et à encourager, car elles favorisent l'« empowerment » des patients. A condition de faciliter et bien accompagner leur rédaction. Propositions. (Réd.)

Les directives anticipées, qui doivent revêtir la forme écrite (art. 371 CC), permettent à une personne d'anticiper la perte de discernement induite par une maladie en déterminant les traitements médicaux auxquels elle consent. Depuis 2013 (introduction du droit de la protection de l'adulte), ces directives sont exclusivement médicales, c'est-à-dire que leur champ s'est rétréci à ne plus pouvoir se déterminer que sur ce qui pourrait apparaître dans un plan de traitement (art. 377 et 433 CC) établi à l'hôpital. Désormais, la personne qui souhaite une assistance personnelle non strictement médicale dans le but d'enrayer le processus de crise, ou une prise en charge de ses affaires patrimoniales, doit procéder par mandat pour cause d'incapacité (art. 360 à 369 CC), lequel exige la forme olographe ou authentique ainsi que la rémunération du mandataire.

Le médecin doit respecter les directives anticipées (art. 372 CC) lorsqu'il établit un plan de traitement pour une personne incapable de discernement (art. 377 CC). Toutefois, le strict respect des directives anticipées souffre une exception en cas de traitement des troubles psychiques durant un placement à des fins d'assistance (ci-après PAFA) : afin de garantir la possibilité d'un traitement sans consentement (art. 434 CC) voulue par le législateur, la loi a prévu que, en cas de PAFA et en cas de PAFA seulement, les directives anticipées doivent être prises en considération mais non pas respectées.

Cette exception au respect de la volonté du patient doit être interprétée de façon étroite. D'une part, elle consacre une violation de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (ci-après CDPH-RS 0.109) ratifiée par la Suisse après l'entrée en vigueur de l'article 434 du Code civil, qui légalise le traitement non conforme aux directives anticipées. Puisque la CDPH garantit le droit des personnes handicapées au respect de leur intégrité mentale sur la base de l'égalité avec les autres, le traitement psychotrope forcé (qui porte une atteinte, même momentanée, à l'intégrité psychique) viole le principe d'égalité contenu par la CDPH, du fait qu'il est réservé aux seules personnes souffrant de troubles psychiques. A cela s'ajoute que l'article 12 CDPH exige que les mesures relatives à la capacité juridique des personnes handicapées respectent leur volonté et leurs préférences, de sorte que le non-respect des directives anticipées heurte cette disposition. D'autre part, le Code civil suisse justifie le PAFA par la nécessité de porter assistance à la personne concernée. Or, ne pas respecter les directives anticipées dans le but d'instaurer un traitement que la personne a refusé contredit clairement la notion d'assistance qui fonde le PAFA. Il s'ensuit que pour être aussi respectueux que possible du droit supérieur, le traitement médical non

conforme à la volonté du patient devrait être le seul moyen de lui porter une assistance vitale. De plus, le traitement sans consentement ainsi prescrit devrait être fidèle, sinon à la volonté, en tout cas aux préférences exprimées par le patient dans ses directives anticipées.

Le patient qui rédige des directives anticipées court plusieurs risques : celui de les exprimer si maladroitement qu'elles en soient inapplicables, celui d'être si vivement influencé par la personne ou l'institution qui l'aide à les rédiger qu'elles ne correspondraient pas à sa volonté, enfin, *last but not least*, le risque que ses directives ne soient pas respectées durant un PAFA en application de l'article 434 du Code civil. Il y a diverses manières d'éviter ces écueils.

Premièrement, il est possible de chercher de l'aide à la rédaction en dehors des institutions médicales afin de contrer leur tendance naturelle à orienter les directives vers le traitement qu'elles souhaitent proposer/imposer. La volonté du patient s'élaborera une fois la crise passée avec l'aide de personnes de confiance (médecin traitant, infirmier indépendant, proche, pair, etc.) pour être ensuite soumises à l'hôpital sous forme de document dûment pensé. Un certain recul est d'autant plus avantageux que les directives anticipées n'ont pas à envisager d'emblée tous les cas de figure, et que le patient n'a pas à donner ses instructions pour toutes les hypothèses de soin. Les doutes et les hésitations qui jalonnent le chemin du rétablissement ont leur place dans les premières directives anticipées qu'un patient décide de rédiger : il s'y racontera, exprimera ses valeurs et dira ce qu'il faut pour guider le médecin dans le choix d'un traitement respectueux. C'est seulement au cours des épisodes de soin suivants que ses directives s'affineront des préférences vers les volontés, et qu'elles iront jusqu'à embrasser toutes les éventualités.

Deuxièmement, pour que les patients puissent librement s'approprier les directives anticipées comme une thérapie salutaire de longue haleine, il faut que les institutions les reçoivent comme l'expression d'une volonté mature et respectable. Du fait que la loi leur permet de passer outre lorsque les conditions légales sont remplies, il est essentiel qu'elles s'engagent activement à appliquer scrupuleusement les directives comme le meilleur moyen de porter assistance. Si l'institution devait juger les directives inapplicables, elle devrait expliquer franchement pour quelles raisons, et dans quelles circonstances, elle ne pourrait pas s'y plier. Seule une information transparente permet à un patient rassuré d'aborder sereinement le chantier de sa volonté intime pour la construire sur un terrain solidement aménagé.

DES DIRECTIVES ANTICIPÉES FACILITÉES PAR LES SOIGNANTS?

Il faut faire le constat que cet outil d'« empowerment », est peu utilisé spontanément par les personnes confrontées aux troubles mentaux, aux addictions et au risque de traitements sous contrainte [1]. C'est d'autant plus intrigant que les épisodes de crise se reproduisent selon des patterns communs de répétition des prodromes de rechutes jusqu'aux réponses médicales, environnementales et institutionnelles. Les patterns de rechute et de réponses aux crises étant connus, il devrait être possible d'établir des directives anticipées précises, puisque la loi exige que la situation en cours corresponde à celle que décrit la directive. En théorie, la situation idéale serait d'avoir déjà vécu une crise pour pouvoir bien l'anticiper.

Plusieurs facteurs contribuent à la rareté des directives anticipées de personnes confrontées aux troubles mentaux et aux addictions [2], notamment la crainte du non-respect de celles-ci, ainsi que des difficultés de conceptualisation et de rédaction.

En effet, les périodes de crise vécues de manière traumatique sont souvent suivies de phases d'évitement. Les personnes concernées évitent de penser en détail aux événements (même préoccupées ou envahies par ceux-ci) ou esquivent certains aspects des soins. Elles éviteront, en particulier, de penser de manière précise à ce qui a été douloureux, culpabilisant, honteux, injuste ou humiliant. C'est peut-être là, ce qui explique le peu de directives anticipées spontanées.

C'est là que les soignants, d'autres intervenants, des associations proches de patients, peuvent jouer un rôle important en facilitant la directive anticipée. Cette facilitation est bien acceptée par les patients, fréquemment ouverts à une assistance [3]. Les facilitations peuvent provenir de différentes personnes et intervenir à différents moments. En effet, elles peuvent être menées par les soignants (qu'ils soient intervenus aux moments les plus aigus, durant l'exercice de la contrainte à l'hôpital, ou en ambulatoire), ou par d'autres facilitateurs (pairs praticiens, avocats, associations, etc.) [4].

Le facilitateur devrait être clairement accepté dans ce rôle par le patient et très scrupuleux dans sa démarche, consistant à aider le patient à se déterminer sans le faire à sa place. Malheureusement, la crainte des soignants, quant à de tels outils d'expression de la volonté des patients [10], pourrait être une barrière à la facilitation. Un questionnement empathique et transparent sur les risques vécus, les risques potentiels et les manières de les gérer, dans le respect de des valeurs du patient, est un fondement majeur du travail de facilitation des directives anticipées. Notons encore que la facilitation des directives anticipées par l'exploration détaillée des périodes de crises, par le soutien à l'autodétermination des personnes et par l'intégration transparente, positive et créative des risques est un élément essentiel au processus de rétablissement [5] et une réponse possible à la contrainte [6].

Le moment où le travail sur les directives anticipées débute est celui où le patient a sa capacité de discernement quant aux points traités par ses directives. Dans ce moment, parfois appelé, « cool moment », il peut à la fois être relié aux paramètres de la crise et faire ses choix dans une bonne connexion avec sa volonté et ses valeurs propres [7], en considérant de manière précise les risques auxquels il est confronté. La rédaction peut en être plus ou moins rapide selon les questions ciblées par les directives et les difficultés à explorer ces questions pour élaborer des réponses adaptées.

Toute directive anticipée doit prévoir sa propre révision systématique à chaque crise, ou si des changements importants intervenaient entre temps. L'expérience clinique nous montre dans le champs des addictions [1], comme dans celui d'autres troubles mentaux, que ce travail bénéficie habituellement d'améliorations au fil des révisions [3].

Dans le champ des addictions, la question des directives anticipées a été moins étudiée que dans d'autres domaines de la psychiatrie [1]. Cependant, l'élaboration de directives anticipées ainsi que l'accès à des voies de facilitation sont de première importance, puisqu'une partie des personnes avec addictions sont confrontées à de fortes comorbidités psychiatriques, à des crises récurrentes, à des patterns de rechute identifiables, à des risques pour elles-mêmes ou autrui lors des rechutes, à des pertes de discernement et à des réponses médicales, sociales et judiciaires contraignantes. Une telle approche est cohérente avec le modèle de l'entretien motivationnel [8], déjà utilisé en addictologie et mettant au centre le point de vue du patient sur le changement. L'expérience clinique nous montre l'acceptabilité de cette approche et son utilité auprès des patients à haut risque de rechute.

Le constat clinique, qu'a permis de faire l'introduction du « Case Management de Transition » [9] pour les patients à haut risque de rechute ou de relais ambulatoire difficile, est que les directives anticipées ont d'autant plus de chances d'être rédigées qu'un case manager intègre la facilitation de ces directives dans ses missions. Dans ces cas, la plupart des patients sortent de l'hôpital avec une forme de directives anticipées. Ceci est probablement rendu possible par la relation et le temps à disposition durant ces interventions initiées à l'hôpital, et prolongées pendant plusieurs semaines après la sortie.

Les directives anticipées peuvent rejoindre, dans leur modèle clinique, d'autres formes de plans de crise anticipées comme les plans de crise conjoints [10]. Elles ont cependant une dimension légale différente et s'appuient, en théorie, moins sur un consensus de personnes avec le patient que sur ses choix spécifiques.

Le plus souvent, les directives anticipées, comme les autres formes de plan d'anticipation des crises, tentent de préciser les contours de la crise dès ses prémices. C'est un atout, car la personne peut ainsi demander des interventions particulières, avant même l'acmé de la crise, qui permettent d'en bloquer l'évolution ou d'en modifier les conséquences. Il se peut que, lors des prémices, le patient soit en pleine possession de son discernement. A ce moment précis, en cas de crise, la

décision du patient primerait sur sa directive, qui ne serait plus qu'un moyen de rappeler des stratégies pré-définies. Cet élément est cliniquement particulièrement important à ce moment. Les directives anticipées relèvent d'un droit des personnes à l'autodétermination. Même si elles sont encore peu étudiées en addictologie, elles sont, de par la démarche clinique qu'elles impliquent, aussi une opportunité prometteuse pour le travail. A l'avenir, des études devraient se pencher plus en détails sur les facteurs facilitant cette démarche et son utilité à long terme, non seulement sur la récurrence des crises mais surtout sur des réponses aux crises moins contraignantes, et plus en adéquation avec la volonté des patients.

courriels : shirin.hatam@promentesana.ch et Yasser.Khazal@hcuge.ch

Références

1. Manghi R, Rathelot T, Khazaal Y: Directives anticipées et addictions, de nouvelles perspectives cliniques? *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie* 2012, 163(3):92-97.
2. Nicaise P, Lorant V, Dubois V: Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health & social care in the community* 2013, 21(1):1-14.
3. Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzenstadler L, Molodynski A: Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Frontiers in public health* 2014, 2:37.
4. Ruchlewska A, Mulder CL, Smulders R, Roosenschoon BJ, Koopmans G, Wierdsma A: The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomised controlled trial. *BMC psychiatry* 2009, 9:41.
5. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, Perkins R, Shepherd G, Tse S, Whitley R: Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 2014, 13(1):12-20.
6. Molodynski A, Khazaal Y, Callard F: Coercion in mental healthcare: time for a change in direction. *BJPsych Int* 2016, 13(1):1-3.
7. Szmukler G: The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. *International journal of law and psychiatry* 2017, 54:90-97.
8. Miller WR: Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive behaviors* 1996, 21(6):835-842.
9. Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y: Effect of Case Management Interventions for Patients with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry* 2017, 8:51.
10. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, Barrett B, Byford S, Henderson C, Sutherby K et al: Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013, 381(9878):1634-1641.

photo © matthew ansleey/unsplash



LES FINS DE VIE EN CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Marc-Antoine Berthod, anthropologue, professeur à la Haute école de travail social et de la santé – éesp, Lausanne

Les avancées technologiques, médicales et sociales notamment, ont accru notre espérance de vie et modifié notre perception de la mort, de sa temporalité et de ses lieux. L'auteur nous convoque ici pour une réflexion renouvelante des lieux institutionnels, de l'articulation de leurs logiques fonctionnelles aux besoins des personnes prises en charge. (Réd.)

Dans les années 1950-1960, un ensemble de transformations ont mis à l'épreuve sinon bouleversé les comportements face à la mort et ses représentations. Beaucoup parmi les commentateurs de cette époque ont associé ces transformations à l'existence d'un 'déli' ou d'un 'tabou' de la mort dans les sociétés occidentales. Ce 'déli' résulterait de la disparition présumée des rituels et de l'effacement des prises en charge collectives de la mort, par contraste avec d'autres sociétés – en particulier africaines – où la mort y aurait une place beaucoup plus vivante si l'on peut dire.

Or cette idée du déli de la mort a été avancée au moment même où ces transformations – démographiques, économiques, technologiques, médicales et sociales – ont affecté en profondeur la temporalité du mourir et les pratiques qui l'accompagnent. S'il est désormais acquis que cette idée de déli doit être relativisée, elle aura néanmoins permis d'alerter l'opinion publique sur ces transformations que bon nombre d'études ont véritablement commencé à analyser de manière empirique dès les années 1980.

L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE TEMPORALITÉ : LA FIN DE VIE

Au fond, ce qu'il convient de prendre en considération pour comprendre le rapport actuel à la mort tient moins à la notion de 'déli' ou de 'tabou' qu'à l'émergence d'une période de la vie qui a gagné en consistance et a commencé à être définie pour elle-même dès le milieu du vingtième siècle : la 'fin de vie'. Les individus ont progressivement pris acte de cette temporalité spécifique qui est conditionnée par plusieurs facteurs : les progrès de la médecine ont permis une meilleure prise en charge des maladies. Le paternalisme médical a perdu en influence au profit de l'autonomie des patients.

Dans cette perspective, la prise de décision et l'anticipation sont devenues déterminantes. Les avis médicaux et les traitements qui en résultent se négocient dans une temporalité nouvelle, qui ne correspond plus à la seule agonie ni à l'imminence de la mort. Il en résulte souvent auprès des patients et des proches qui les soutiennent une impression de mourir soit trop tôt, soit trop tard. Cela s'explique par la tension qui se fait ressentir entre certitude et incertitude dans l'approche de la mort. Cette tension caractérise ce temps de la 'fin de vie' qui s'allonge et se chronicise parfois ; de cette temporalité qui se vit avec plus ou moins d'intensité, en fonction des options thérapeutiques qui se présentent à la personne malade et à ses proches.

Le profil des défunts a par ailleurs changé. Les sociétés contemporaines ont connu une chute spectaculaire de la mortalité infantile et font désormais face à un vieillissement considérable de la population. Une forte augmentation du nombre des défunts, surtout très âgés, adviendra : environ 60'000 décès sont actuellement recensés en Suisse par année contre 90'000 attendus en 2050. La 'fin de vie' devient par conséquent un véritable enjeu de santé publique. De plus, avec l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé, un plus grand nombre de générations se côtoient ; parfois, les premiers deuils de personnes très proches surviennent seulement à l'âge adulte. Le nombre de deuils s'élève au sein de la famille ascendante et descendante, alors que les structures familiales connaissent d'importantes modifications avec les taux élevés de divorces et les recompositions familiales. Tous ces éléments combinés ont contribué à modifier les rapports à la mort, du temps du mourir à celui du deuil.

LA MUTATION DES LIEUX DE DÉCÈS

En un peu plus d'un demi-siècle, les lieux de décès ont aussi connu une véritable mutation. Ils sont passés du domicile aux structures hospitalières et institutionnelles : seule une petite minorité des décès survient à domicile de nos jours. La plupart des secteurs de prise en charge du mourir, de la mort et du deuil se sont dès lors professionnalisés, institutionnalisés, voire médicalisés. Entre expertises médicales qui permettent d'attester la mort d'une personne avec la signature d'un acte de décès et industrie funéraire qui propose ses services aux familles, de nouveaux acteurs sont apparus et proposent des pratiques innovantes qui prennent en considération les souhaits des familles tout en les formatant.

Ces transformations sociales – qui ont contribué à façonner cette nouvelle temporalité de la fin de vie – requièrent une capacité à négocier les décisions adéquates qui la jalonnent. Ces négociations peuvent être plus ou moins bien vécues. Elles correspondent à la nécessité de résoudre de multiples questionnements très pratiques et organisationnels au fil de la maladie grave et de la phase terminale de la vie : anticiper la qualité de vie en fonction de l'option thérapeutique choisie ; réorganiser les rôles et les dynamiques familiales ; combiner du mieux possible activité professionnelle, vie privée et accompagnement, tout particulièrement du point de vue des proches. Cela se traduit dans l'importance accordée désormais, notamment par les professionnels, aux directives anticipées (Brzak, Papadaniel et Berthod 2016).

Ces aspects sont d'autant plus complexes à gérer qu'ils s'inscrivent dans des contextes institutionnels, où survient la majorité des décès. Il s'agit en effet d'y coordonner un ensemble de services et de prestations impliquant une pluralité de corps professionnels en dehors du domicile des mourants; d'en faire des lieux de vie jusqu'au décès des résidents et de respecter la volonté de ces derniers et de leurs proches. Le rapport de synthèse du programme national de recherche sur la fin de vie (PNR 67, www.pnr67.ch) souligne à ce propos que « la probabilité de mourir dans une institution augmente pour les personnes qui vivent dans une région comptant de nombreux établissements médico-sociaux et qui sont célibataires ou veuves. Le genre joue lui aussi un rôle: alors que les hommes meurent proportionnellement plus souvent à la maison ou à l'hôpital, presque la moitié des femmes passent la dernière phase de leur vie dans un établissement médico-social, alors que ce n'est le cas que d'un quart des hommes » (Zimmermann et al. 2017: 14).

LA RÉCENTE INTÉGRATION D'UNE RÉFLEXION SUR LA FIN DE VIE

Au-delà de ces variations géographiques et sociologiques, il est intéressant de noter que la plupart des institutions confrontées au vieillissement de leurs résidents et à leur fin de vie ne délèguent plus systématiquement la prise en charge aux établissements médico-sociaux, aux hôpitaux ou aux maisons de soins palliatifs. Elles développent désormais des réflexions et des savoir-faire ciblés sur les spécificités de leurs prises en charge. Nous pouvons non seulement mentionner les institutions qui accueillent des personnes en situation de handicap (Chazelle 2015), mais aussi les prisons (Marti et al. 2017) ou encore les couvents (Anchisi et al. 2016). Les récents travaux menés au sein de ces différents contextes institutionnels montrent comment ces derniers intègrent les réalités de la temporalité de la fin de vie dans leurs propres murs, en s'adaptant aux nécessités des soins et en innovant dans leurs pratiques; ou ils relèvent au contraire l'absence d'un cadre propice à gérer les fins de vie et invitent alors les institutions concernées à entreprendre des démarches à cet égard.

Pour leur part, les institutions et associations prenant en charge les différentes formes de dépendance commencent à engager des réflexions similaires, en offrant par exemple des journées de sensibilisation et de formation. Cela dénote le renouvellement très actuel d'une thématique pourtant vieille comme le monde – la mort – sous l'angle de la fin de vie comme enjeu de santé publique dans la plupart des contextes institutionnels, y compris celui des dépendances. La littérature francophone reste toutefois quasi inexistante en la matière; il est néanmoins possible de trouver quelques ressources utiles dans la littérature anglophone, à l'instar de l'ouvrage de Bushfield et DeFord (2010).

MOURIR EN INSTITUTION: QUELQUES ENJEUX

Dans tous les lieux de vie institutionnalisés, l'un des défis constants des professionnels consiste à articuler – pour chaque activité de la vie quotidienne – les logiques organisationnelles et normatives aux besoins et envies des personnes prises en charge. Ce défi est particulièrement saillant durant cette temporalité de la fin de vie car un idéal du 'bien mourir' la sous-tend régulièrement: pouvoir offrir l'accompagnement le plus personnalisé possible aux bénéficiaires de prestations.

C'est en partie pour cette raison que la question de la mort a régulièrement été abordée sous l'angle de la gestion de la diversité d'un point de vue institutionnel, notamment sur les pratiques rituelles à mettre en œuvre à la suite d'un décès. L'objectif consiste à adapter de manière opportune les soins et les prises en charge aux valeurs, croyances et modes de vie des personnes et de leurs proches, en particulier celles issues de cultures, de religions ou de communautés spécifiques, à l'instar des populations migrantes. Cette préoccupation vaut désormais pour la temporalité du mourir.

Si ce point est bien sûr important, il est moins courant d'appréhender – dans une perspective symétrique – la diversité des valeurs, croyances et points de vue sur la fin de vie et la mort que les professionnels véhiculent, de manière plus ou moins affichée, dans leurs interventions respectives. Prendre en considération l'hétérogénéité des représentations liées à la fin de vie, à la mort et au deuil dans la mise en œuvre de 'bonnes pratiques' institutionnelles constitue certainement l'un des principaux enjeux pour articuler de manière adéquate prise en charge institutionnelle de la vie quotidienne et personnalisation de l'accompagnement durant la fin de vie.

Cela permet d'anticiper les risques de 'culturalisation' des prises en charge et de prévenir la potentielle stigmatisation relative à certains bénéficiaires ou à certaines demandes singulières, au-delà de la gestion des symptômes et du traitement de la douleur. Il est possible de mentionner à ce propos les difficultés auxquelles font face les personnes homosexuelles ou transsexuelles dans les situations de fin de vie (Marie Curie 2016), ou les réactions très vives et contrastées que peuvent susciter les demandes d'assistance au suicide.

Les personnes concernées par une dépendance sont exposées aux mêmes risques, sachant que les professionnels tardent parfois à prendre en compte – voire sous-estiment – le rôle que jouent la consommation et l'abus de drogue et d'alcool dans les situations de fin de vie. Il importe par conséquent d'encourager le développement et la diffusion des connaissances en la matière, en traitant la question de la diversité simultanément du point de vue des bénéficiaires et du point de vue des professionnels, tout particulièrement dans les prises en charge institutionnelles du mourir.

Courriel: marc-antoine.berthod@eesp.ch

Références

Anchisi Annick, Amiotte-Suchet Laurent, Toeffel Kevin, 2016, « Vieillir au couvent : stratégies des congrégations et paradoxe des laïcités », *Social Compass*, Vol. 63(1), pp. 3-19.

Brzak Nicole, Papadaniel Yannis, Berthod Marc-Antoine, 2016, « Les proches au cœur des décisions médicales de fin de vie : anticiper, représenter, hésiter », *Anthropologie & Santé*, No 12 [mis en ligne le 01 juin 2016, consulté le 09 janvier 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2009>].

Chazelle, Yvette, 2015 (dir.), *Aller plus loin dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap*, Numéro spécial de la revue *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, No 120 (1).

Marie Curie (2016). Hiding who I am. The reality of end of life care for LGBT people. Report from Marie Curie – Care and support through terminal illness [<https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/policy-publications/june-2016/reality-end-of-life-care-lgbt-people.pdf>].

Marti Irene, Hostettler Ueli, Richter Marina, 2017, « End-of-Life in High Security Prisons in Switzerland. Overlapping and Blurring of 'Care' and 'Custody' as Institutional Logics », *Journal of Correctional Health*, vol. 23(1), pp. 32-42.

Young Bushfield, Suzanne, DeFord Brad, 2010. *End-of-Life Care and Addiction. A Family Systems Approach*, New York, Springer Publishing Company.

Zimmermann Markus et al. (éds.), 2017, *Rapport de synthèse PNR 67, 'Fin de vie'*, Berne, Fonds National Suisse.



AG ET COLLOQUE 2018 GREA

LES SCIENCES DU CERVEAU AU SERVICE DU RÉTABLISSEMENT

QUE PEUVENT APPORTER LA PSYCHOLOGIE SOCIALE, LES SCIENCES COGNITIVES ET LES NEUROSCIENCES AU MONDE DES ADDICTIONS ?

JEUDI 14 JUIN 2018
GENÈVE

www.grea.ch | 024 426 34 34



Addiction et parentalité : implications au sein de la famille et possibilités d'intervention

Formation continue théorique et pratique ayant pour objectifs de :

- Être informé sur l'impact d'un problème de consommation sur la parentalité et le système familial
- Acquérir des compétences pour aborder cette thématique avec les parents dépendants
- Se sentir mieux outillé pour renforcer les personnes dépendantes dans leur rôle de parent tout en veillant à la protection de l'enfant

Public :
Professionnel-le-s travaillant en lien avec des familles touchées par la dépendance de l'un ou des deux parents

Lieu :
Addiction Suisse, Av. Ruchonnet 14, 1001 Lausanne (à 2mn de la gare)

Date : Jeudi 14 et vendredi 15 juin 2018

Prix : 420.-

Formatrices :
Alicia Seneviratne, psychologue psychothérapeute FSP, Service d'alcoologie / CHUV
Marion Forel, chef de projet senior, Addiction Suisse

Renseignements : mforel@addictionsuisse.ch / 021 321 29 76

Inscription : <http://www.addictionsuisse.ch/actualites/formation/>

 **ADDICTION | SUISSE**

SUICIDE ASSISTÉ (SA) – SOINS PALLIATIFS, RÉDUCTION DES RISQUES, RÉTABLISSEMENT : MODÈLES CONTRADICTOIRES OU COMPLÉMENTAIRES ? EXEMPLE DE L'EPSM SOLEIL LEVANT (SL)

Laurent Gobet, infirmier, Levant ; Dr Juan Lopez, responsable médical, Levant, Lausanne

L'EPSM du Soleil Levant accueille des usagers au vieillissement singulier du fait de leur profil complexe, mêlant polyaddiction, troubles somatiques et/ou psychiatriques. A partir de sa pratique et dans une démarche associant direction, personnel et résidents, il mène et développe une réflexion sur une prise en charge et un accompagnement fondés avant tout sur la prise en compte des besoins des résidents. (Réd.)

ÉLÉMENTS D'HISTOIRE ET CONTEXTE ACTUEL

Le SL est passé en 20 ans d'un établissement de soins palliatifs de fin de vie, durant l'épidémie de Sida dans les années 80, à un EMS, puis à un EPSM (établissement psychosocial médicalisé) accueillant des usagers au profil complexe, mêlant une polyaddiction à des troubles somatiques et/ou psychiatriques concomitants.

L'espérance de vie de cette population a notablement augmenté, du fait de l'amélioration des traitements anti-rétroviraux et de la nette diminution des maladies opportunistes, avec, en parallèle, un vieillissement prématuré, et une accumulation d'atteintes somatiques. La qualité de vie en est très altérée avec une perte d'objectifs de vie, chez des personnes qui ont souvent le sentiment d'avoir dépassé leur pronostic vital.

L'entrée en vigueur en 2013 de la loi sur le SA, le statut d'EPSM et l'accueil de résidents répondant souvent aux critères diagnostics d'accès au SA (polypathologies invalidantes, sans perspective de guérison), mais n'ayant souvent plus de logement propre, nous ont conduits à accompagner de tels projets par le biais d'Exit.

Ces nouvelles demandes de SA, ont été vécues par les collaborateurs comme un élément disruptif, en apparence contradiction avec les valeurs prônées par les modèles sur lesquels s'appuyaient les prises en soins jusqu'ici : réduction des risques, modèle psychologique du rétablissement, soins palliatifs. Ont alors émergé les questions de la capacité de discernement (nombre de résidents ont des troubles cognitifs), de la représentation légale ou thérapeutique (ordre de préséance pour les prises de décision) et des demandes particulières.

La direction et le personnel soignant ont été incités à réfléchir, en collaboration avec les résidents, à des solutions innovantes de prévention des impasses conduisant au SA, dans le respect de l'autonomie de décision de l'intéressé.

ACCOMPAGNEMENT D'UN PROJET DE SA

Lorsqu'un résident évoque un projet de SA, un accompagnement spécifique est rapidement mis en place. Cette expérience a nourri l'élaboration d'un document d'informations pour les résidents, et d'un autre pour les professionnels. Seront principalement développées ici les spécificités du SL.

Sens de la demande

L'accompagnement débute par l'exploration de ce qui a conduit à un sentiment d'impasse : ce qui fait perdre le sens de la vie (douleurs, anxiété, limitations fonctionnelles, sans espoir d'amélioration), ainsi que son impact sur ce qui fait habituellement sens (critères personnels de qualité de vie, valeurs ou projets qui dirigent la vie).

Des menaces de suicide par overdose volontaire émergent dans des moments de frustration. Elles se désamorcent lorsqu'on aide à reformuler ce projet en termes de faible qualité de vie ou de désespoir, en exprimant de la compassion. Des explications concrètes sont données sur le risque de survie à une overdose tout comme ces personnes ont déjà survécu à des complications médicales majeures, avec une possibilité d'aggravation de leur état, voire d'aboutir à un état végétatif chronique. Nous abordons également la question du lien, et les sensibilisons aux réactions prévisibles des autres résidents ainsi que de leur entourage, lorsque le suicide non assisté se met en scène dans des lieux publics. Sans faire de prosélytisme, nous rappelons l'existence d'EXIT¹. Dans la mesure du possible, la discussion est orientée vers ce qui fait sens dans leur vie et en quoi la personne a du pouvoir d'agir.

Alternatives palliatives adaptées²

Le traitement de la douleur, de l'anxiété et de la dépression est une préoccupation permanente. Toutefois, une problématique addictive étant souvent présente, l'évaluation et le traitement de la douleur doivent être adaptés. L'accoutumance aux opioïdes peut justifier des doses de 10 à 100 fois celles préconisées par le Compendium, ce qui doit être expliqué aux soignants des services de soins aigus extérieurs. L'autoévaluation de la douleur n'est pas toujours exploitable (ex : demande de réserves supplémentaires malgré une somnolence majeure, secondaire à une surcharge en antalgiques opioïdes). Sans remettre en question l'autoévaluation, elle est enrichie par les observations des soignants (attitudes corporelles, mimiques). Des mots sont posés sur la recherche d'effet pic, comme avec les drogues, face à l'ennui, à la frustration ou à l'angoisse.

Le cannabis (THC) occupe une place à part, avec une certaine tolérance (voir ci-dessous).

Capacités de discernement, représentants légaux, famille, représentant thérapeutique

Les abus de substance au long cours sont source d'atteintes cognitives limitant la capacité de discernement. Celle-ci doit toutefois être évaluée spécifiquement pour le SA : le résident comprend-il ce qui fait impasse, la non-réversibilité de certaines décisions, l'existence des soins palliatifs ?

La question se complique en cas de curatelle, ou lorsqu'un membre de la famille est le représentant thérapeutique, mais n'est pas au clair sur les valeurs du résident, ou pense ne pas devoir les respecter du fait des atteintes cognitives, et de mises en danger successives. Il est donc indispensable d'anticiper ses questions, et dans la mesure du possible d'organiser des rencontres avec les proches et les différents représentants, en accord avec le résident.

Testament, organisation des obsèques, prise de congés avec les proches et les autres résidents

Si le résident possède des biens, nous l'incitons à rédiger un testament afin d'éviter des malentendus ou des conflits. Nous l'informons que, par défaut, la Justice de paix devra régler cette question.

L'organisation des obsèques par le résident est également une exigence : prise de contact avec les pompes funèbres, choix du cercueil, choix entre inhumation, incinération, avec ou sans dispersion des cendres.

Les résidents concernés sont invités à annoncer leur projet de SA, aux proches et aux autres résidents, avec une possibilité de conseil sur la communication.

Notre expérience montre que le fait d'aborder de manière ouverte tous ces aspects concrets a permis à plusieurs résidents de se représenter de manière plus réaliste les conséquences de leur projet de SA, notamment sur les liens interpersonnels, et le plus souvent de temporiser ou de renoncer à leur projet, sans pression de notre part.

Le seul résident qui a mené à son terme le SA au SL nous a obligés à réfléchir à notre posture et à nos limites du fait de demandes particulières avec transfert de responsabilités personnelles sur l'équipe, auxquelles nous ne pouvions pas répondre. Il s'agissait en l'occurrence de faire des choix d'obsèques et de prévenir sa mère de son projet, à sa place.

PRÉVENTION DU RISQUE DE SA

Réduction des risques adaptée

Sur le plan addictologique, l'abstinence à toute substance n'est souvent pas un objectif auquel nos résidents peuvent adhérer. Le focus est plutôt mis sur les conséquences des consommations pour l'intéressé, pour les autres résidents ou pour l'équipe soignante. Par exemple, il est arrivé qu'en dernier recours une boîte de récupération des aiguilles usagées soit placée dans la chambre d'un résident en état somatique critique, ne parvenant pas à renoncer aux consommations par injection, afin d'éviter les accidents d'exposition au sang.

Une tolérance est accordée pour le cannabis, perçu par certains résidents comme un traitement antalgique complémentaire, un moyen d'augmenter l'appétit pour d'autres, ou encore une forme de réduction des risques vis-à-vis d'autres abus de substances, qui passent au second plan ou disparaissent. Des modalités pratiques (local ventilé pour la consommation, stockage sécurisé, groupe de discussion, groupe de régulation) ont été mises en place. Le bilan à un an montre qu'il est actuellement plus aisé d'aborder le sujet des consommations lors d'entretiens individuels, sans que cela devienne un sujet écran envahissant tout l'espace individuel, ce qui ouvre parfois la porte à un travail psychothérapeutique. Les tensions avec le personnel soignant autour des consommations ont diminué. Par ailleurs, la modification de la loi sur les stupéfiants de 2011, ouvre la possibilité de prescrire de manière marginale des dérivés de cannabis.

Directives anticipées (DA) systématiques et adaptées^{3,4}

Nombre de nos résidents ont une santé précaire et la probabilité élevée de survenue de complications médicales à court/moyen terme est élevée. Ils craignent que leur qualité de vie ne se dégrade encore en cas de nouvelle péjoration de leur état de santé. Les DA sont donc recommandées, mais leur rédaction est difficile chez des personnes qui ont survécu à de nombreuses complications médicales potentiellement fatales, et ont du mal à se projeter dans une issue fatale. Généralement, ils peuvent difficilement se prononcer sur leur souhait d'être ou non réanimés, le cas échéant. Nous proposons donc une clarification par un collaborateur de ce qu'implique tel ou tel choix au niveau des interventions lors d'une crise majeure, et l'évolution défavorable potentielle en cas de non-intervention (décès par détresse respiratoire ; possible dégradation notable de l'état de santé et de la qualité de vie, sans issue fatale à court terme).

Projet de vie et modèle du rétablissement⁵

Avoir survécu au SIDA, aux overdoses ou à tout autre dégât collatéral à la drogue, contrairement à nombre de leurs amis consommateurs, donne aux résidents concernés le sentiment d'avoir dépassé leur pronostic vital, avec toutefois le constat de la déchéance physique et psychique, de la perte d'autonomie.

Une accumulation d'événements de vie négatifs et d'échecs de projets a nourri un sentiment d'impuissance apprise, avec son corollaire, une faible capacité d'engagement, limitant le développement et l'entretien d'activités gratifiantes (en dehors des abus de substance dont ils perçoivent les risques majorés) ou de projets. Les difficultés de socialisation ont conduit à une prise de distance des proches, un évitement de la socialisation, et finalement un sentiment de vie désormais inutile.

Dans ce contexte, une démarche de type rétablissement, ne visant plus la guérison, mais l'acceptation d'une vie avec incapacité et une redéfinition de l'identité, permet de réinsuffler un peu d'espoir. L'autoévaluation de ce qu'est le

rétablissement, des besoins, des ressources et du besoin d'aide, peut aider à poser des actes et à développer du pouvoir d'agir (ELADEB: Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins; AERES7: Auto-évaluation des Ressources).

CONCLUSIONS

Depuis la création de l'EMS SL, plusieurs résidents ont évoqué l'éventualité d'un projet de SA, peu se sont inscrits à EXIT, un seul a mené son projet jusqu'à son terme. Ce type d'accompagnement reste donc marginal. Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'accès facilité aux soins palliatifs, la focalisation sur les besoins de la personne, et l'accompagnement à la rédaction des DA expliquent en partie ce résultat.

L'apparente contradiction du cadre théorique de différents modèles a pu être dépassée, en se focalisant sur les besoins des résidents et le développement de leur pouvoir d'agir, ainsi que leur responsabilité. Le SA mis en œuvre est, dès lors, l'aboutissement d'un processus de prise en soin optimal, parvenu à une réelle impasse. Le projet de vie – ou parfois de mort – du résident est au cœur de cette prise en soins.

Courriels: laurent.gobet@levant.ch, juan.lopez@levant.ch

Références

1. www.exit-geneve.ch/
2. <http://www.who.int/cancer/palliative/fr/>
3. https://www.fmh.ch/fr/services/directives_anticipees.html
4. <http://www.promentesana.org/upload/application/232-directivesanticipes2011.pdf>
5. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176316000250#!>

photo © aaron mello / unsplash



USAGER DE SUBSTANCES VIEILLISSANT: QUEL LIEU DE VIE?

Vanessa Vaucher, infirmière spécialiste clinique et Barbara Broers, médecin, HUG, Genève.

Les usagers d'opioïdes « baby-boomers » vieillissent prématurément. L'augmentation de leur population, leur vieillissement spécifique interrogent les systèmes de soins des addictions et de prise en charge des personnes âgées. Enquête sur ce qui est et ce qui doit être anticipé et mis sur pied: quel type de lieu de vie? quelles nécessités adaptations et innovations institutionnelles? quelles formations spécifiques pour les professionnels? (Réd.)

Jean, 58 ans, en traitement de méthadone depuis 30 ans, vit dans un studio au 3^{ème} étage sans escaliers. Il est suivi par son médecin de famille pour une hypertension, un diabète, une insuffisance pulmonaire sévère (sur tabagisme). Il se déplace de plus en plus difficilement (dyspnée), et a de la peine à faire ses courses et à aller à sa pharmacie 2 fois par semaine pour chercher son traitement. Il s'isole de plus en plus et a de la peine à se nourrir correctement. Après une chute avec fracture de la hanche, Jean est hospitalisé et le retour à domicile semble compromis.

INTRODUCTION

Les systèmes de soins en addictions devraient se préparer aux besoins spécifiques des « baby-boomers » vieillissants (1). Obsan (2011) prévoit que d'ici 2030, la population de plus de 65 ans, qui nécessite des soins, augmentera de 46%. Le système de soins doit anticiper et s'adapter rapidement. L'enjeu principal est le nombre de places et, surtout, la diversité de l'offre face à des incapacités de différents degrés et à des soins qui se veulent individualisés, comme les soins à domicile et des lieux de vie adaptés (2).

Le vieillissement d'un sous-groupe nous préoccupe particulièrement. C'est la population d'usagers d'opioïdes en Suisse, dont le vieillissement est décrit comme prématuré et dont les affections sont plus fréquentes. Depuis plusieurs années, la moyenne d'âge des personnes en traitement basé sur les traitements d'agonistes augmente. Concernant les traitements de diacétylmorphine – héroïne pharmaceutique, 12% avaient plus de 54 ans en 2016, alors qu'en 2005 il n'y en avait pas. Outre les polymorbidités et les médications lourdes (psychiatriques incluses), il y a un manque de tissu sociofamilial (3), dû à des pertes répétées, tant dans la vie affective que professionnelle, qui peuvent parfois mener à l'exclusion sociale. Cela pose évidemment des défis particuliers pour l'organisation des soins et la formation des soignants. Dans cet article, nous proposons une réflexion sur les lieux de vie qui existent, adaptés ou pas pour l'usager de substances vieillissant, fondées sur des expériences locales et des visites outre-Romandie. Le tableau résume certains avantages et désavantages de chaque modèle, sans prétention d'être exhaustif.

L'EXISTENCE D'UN LOGEMENT: POINT D'ANCRAGE

Le modèle de soins actuel pour les personnes sous traitements de substitution aux opiacés est un modèle centralisé. La personne doit se rendre en pharmacie, au cabinet ou dans un centre spécialisé. Il s'agit de soins ambulatoires qui atteignent leurs objectifs d'un point de vue médical, c'est-à-dire l'amélioration de l'état de santé globale et une intégration sociale, cela grâce à l'existence d'un logement. En cas de perte d'autonomie et de mobilité, les structures de soins ont développé des alternatives temporaires en partenariat avec les soins à domicile. La difficulté qui persiste est l'accès au traitement de substitution. Plus particulièrement pour le traitement de diacétylmorphine (DAM) – héroïne sur prescription médicale – qui dépend à la fois d'un règlement strict pour l'administration et le stockage, et de la perception positive ou négative de la part des professionnels. D'un point de vue législatif, des aménagements existent, seule la prescription ne peut être déléguée. Des expériences en Suisse romande et allemande ont permis de tester l'administration de comprimés de DAM à domicile, à court terme, mais pas de traitement injectable à ce jour. C'est uniquement dans le canton de Berne qu'une expérience positive de « délégation » de traitement DAM par intraveineuse existe (Fondation Solina, voir plus bas). Quand la situation perdure, des problèmes logistiques se posent au niveau des ressources humaines pour administrer le traitement à domicile par le centre spécialisé, ou par les soins à domicile.

Janine, 61 ans, est suivie dans un programme de prescription de diacétylmorphine (DAM) depuis 18 ans. Depuis qu'elle est suivie dans ce programme, elle a pu stabiliser sa vie chaotique, vit dans un foyer pour femmes, et se rend tous les jours au centre pour son traitement. Elle a eu plusieurs hospitalisations depuis 2 ans (fracture de la hanche, pneumonies, cancer du larynx opéré), et présente des troubles de mémoire. Les responsables de foyer disent que Janine ne peut plus rester dans le foyer, depuis qu'elle a mis le feu au lit. Janine refuse d'aller ailleurs, car elle veut rester à proximité du centre, pour elle le traitement de DAM est primordial.

A long terme, l'option actuelle choisie est d'opter pour un changement de traitement : morphine retard, méthadone, buprénorphine haut dosage. Toutefois, ceci peut être un problème pour certaines personnes traitées, qui ne sont pas prêtes à renoncer à un certain mode de traitement, ou à une certaine molécule qui leur convient (comme l'exemple de Janine).

Cela n'est pas envisageable qu'avec un logement, or bon nombre de patients, selon les régions géographiques, ne bénéficient pas d'un logement adéquat.

Quand toutes les alternatives sont épuisées et que les incapacités physiques et psychiques s'aggravent, une institutionnalisation du lieu d'habitat s'impose. Différentes structures existent à ce jour, sans pour autant constituer une offre de soins répartie sur tout le territoire suisse. Une description de la prise en charge la plus « légère » à la plus intensive peut permettre de mesurer ce qui manque pour cette population, et donner des pistes pour les années à venir en matière de planification sanitaire.

Les logements type IEPA (immeuble avec encadrement pour personnes âgées), anciennement « D2 », sont des lieux de vie indépendants : la personne a son propre logement avec un droit de bail et une présence infirmière 24h/24, ainsi qu'une possibilité de livraison de repas, d'aide administrative et d'organisation de loisirs. Pour y avoir droit, il faut être en âge AVS, sauf exception, mais il dépend surtout du préavis du propriétaire, de l'âge, du degré d'autonomie, ainsi que de la situation financière du bénéficiaire. Le séjour se construit autour d'un contrat avec des obligations (4). La population d'usagers d'opioïdes peut se retrouver dans certains critères d'admission et d'autres pas. L'exclusion sociale fréquente ne favorise pas l'acceptation des règles de vie strictes.

Il existe également des « foyers » ou hôtels communautaires qui proposent des chambres, éventuellement une présence infirmière, et des activités ainsi que des repas en commun. Ces structures, où se côtoient parties privées et collectives, nécessitent une certaine autonomie et une capacité de vie commune. Elles ont l'avantage de retisser le lien social. Pour y avoir accès, il faut être au bénéfice des prestations AI (assurance invalidité), ce qui n'est pas le cas de tous les usagers d'opioïdes.

Ces deux types de lieux de vie, non stigmatisants par ailleurs, ne sont pas « préparés » à la consommation active de substances. La cohabitation entre seniors, sans et avec problématiques de dépendances aux produits, nécessite un accompagnement sociomédical spécialisé pour le soutien des résidents comme des équipes. Ces structures, par ailleurs, tendent à manquer.

La remise de stupéfiants reste un problème qui cherche une solution pérenne. Des coffres sont obligatoires pour le stockage des stupéfiants, et le personnel doit être formé aux soins d'urgence ainsi qu'à la prise en charge de ces traitements. Le règlement précise une dotation en personnel minimale pour l'administration ainsi qu'une gestion du stock. Des spécificités professionnelles sont

requis. Dans de toutes petites structures, ces exigences complexifient le recrutement, et peuvent influencer le coût de fonctionnement.

Pour faciliter le maintien à domicile (logement autonome, IEPA ou foyer), des approches de type Assertive Community Treatment (ACT) et FACT (avec F pour Flexible) ont été développées, avec de très bons résultats, pour maintenir les patients hors des hôpitaux psychiatriques et préserver leur lieu de vie (5, 6). En quoi cela consiste-il ?

Le ACT est né aux USA dans les années 70, dans la lancée du mouvement de désinstitutionnalisation des années 60. Il s'adresse à des patients souffrant de maladies mentales sévères, et a pour objectif une réintégration dans la communauté afin de permettre une autonomisation et un bien-être de tous les aspects fondamentaux, tels que le travail, la santé, l'administratif, les relations sociales et le logement. Selon un modèle précis, une équipe ACT multidisciplinaire peut prendre en charge jusqu'à 100 patients psychiatriques (24h/24h), d'un groupe très spécifique et très précaire (par exemple dépendant et schizophrène), avec des collaborateurs formés, et incluant toujours un spécialiste logement et un « patient expert » (= une personne concernée en phase de rétablissement).

Le FACT, d'origine des Pays-Bas, est issu du modèle ACT et offre une flexibilité dans l'approche, pour des personnes plus stables et avec des pathologies plus diverses. La même équipe multidisciplinaire et multitâche peut prendre jusqu'à 250 patients en charge à différents stades de leur évolution, incluant les rechutes (5,6).

Ces suivis intensifs se veulent proactifs entre les différents champs d'autonomisation, ainsi ils permettent l'intégration et le maintien dans le lieu de vie.

Par exemple, à Rotterdam, la Fondation Bouman propose un foyer avec des logements protégés, avec encadrement médical, pour des usagers de substances diverses et multitorbides, qui ont un suivi en parallèle dans l'équipe FACT (7). Des personnes avec une démence liée à l'alcool cohabitent ainsi avec des anciens héroïnomanes en chaise roulante ou souffrant d'insuffisance pulmonaire sévère. Des activités diverses sont proposées dans d'autres sites de la Fondation (atelier protégé, jardin). Cette approche permet une spécialisation du lieu de vie, adaptée aux besoins spécifiques, avec un renforcement de l'extérieur. Le risque est la ghettoïsation des usagers de substances, même si nous avons été frappés par la bonne intégration dans un quartier résidentiel de la ville.

En Suisse, à notre connaissance, les modèles ACT et FACT n'existent pas pour le moment, mais le modèle « d'équipe mobile » se développe en psychiatrie depuis 2002 (8), ainsi que dans le domaine des addictions depuis 2014. Toutefois la problématique du logement n'est que peu abordée dans ce modèle, les « patients experts » ne font pas systématiquement partie des équipes, qui semblent développer leur propre façon de faire. Il nous semble intéressant de s'inspirer des approches validées qui permettront d'intégrer la problématique du logement.

LES LIEUX DE SOINS DEVIENNENT LIEUX DE VIE

Quand le maintien à domicile n'est plus possible, des structures, tels que les établissements médico-sociaux (EMS), peuvent répondre aux besoins spécifiques de soins qui ne peuvent plus se faire en ambulatoire. Leur modèle est à cheval entre un service hôtelier et un service de soins, leur cahier des charges est défini par la LaMal. Les EMS s'adressent à la personne en âge AVS, et demandent une adhésion à des règles de vie communes prédéfinies. Le bénéficiaire s'adapte à la structure. Il y a là une forme « d'institutionnalisation » du lieu de vie. Les usagers de substances, par leurs parcours de vie souvent en perte de repères, cumulant les exclusions, ne répondent pas aisément à ce type de structures, car ils sont confrontés du jour au lendemain à un mode de vie qui n'est pas le leur. D'autre part, ces institutions ne sont pas non plus préparées à la gestion de la consommation active de produits psychotropes (par exemple : fumer du cannabis) ni à la prescription de stupéfiants comme la DAM. Une mécompréhension peut se développer entre le bénéficiaire et le personnel, avec souvent à la fin une rupture de contrat. Ce qui réactive le sentiment d'exclusion, alors que le lieu de soins n'est pas adapté aux besoins spécifiques des personnes souffrant de dépendances. D'autre part, selon les estimations des besoins à venir de ces résidences de soins, on constate une stagnation des constructions et une offre moindre par rapport à la demande (9).

Une expérience fort intéressante existe à Spiez (BE). La Fondation Solina propose, depuis plus d'un siècle, un lieu de soins et de vie avec un encadrement médico-social ainsi qu'un lieu de travail, ouverts vers la communauté. Son objectif est d'accueillir les personnes de tout âge, avec des difficultés diverses, et de permettre une certaine réhabilitation de la qualité de vie (10). L'objectif ici est de répondre aux besoins des bénéficiaires et non pas aux besoins de l'institution. Par un processus d'inclusion, l'équipe permet une cohabitation entre personnes âgées, personnes avec handicap physique ou psychique, où le dialogue et le respect de chacun prévalent. Même dans les unités de soins, cette volonté de « non-spécialisation » et de mélange de population de patients est respectée, nécessitant donc une polyvalence hors du commun des soignants. Sous l'égide de son responsable, le charismatique Kaspar Zölch, l'équipe profite de formations continues régulières, et porte les valeurs de l'institution.

Depuis 2006, parmi les 180 résidents, elle en accueille 14 sous traitement de substitution d'opiacés (TSO – dont la DAM). La consommation est prohibée au sein du bâtiment, mais elle est tolérée à l'extérieur. Le résident doit veiller à être en capacité de recevoir son traitement, une forme de consommation contrôlée.

Cette expérience avec les usagers de substances, qui ont des incapacités physiques empêchant le maintien à domicile, est née d'une envie de tenter l'aventure dans une structure déjà existante, dont les ressources sont conséquentes. L'approche a été d'essayer plutôt que de

conceptualiser. Soutenue par la direction, la Fondation Solina a su mettre à égalité les résidents avec leurs différentes maladies, et a pris le temps de communiquer avec les familles et le personnel. A tel point que les injections de DAM se font en chambre et peuvent être fractionnées selon l'état de santé du résident : une individualisation des soins.

Pionnière en Suisse, la fondation offre une alternative qui ne demande pas de construire d'autres structures, rassemble des besoins en soins très divers dans un espace varié et communautaire. Son historique très particulier et sa longue expérience dans les soins de groupes très diversifiés ne permettront probablement pas une « duplication » directe en Suisse romande, mais nous pensons qu'elle pourra servir comme sources d'inspiration.

Le « Soleil Levant » à Lausanne (12) est un modèle très intéressant de soins spécialisés pour les usagers de substances d'âge avancé et polymorbide. Nous référons à l'article dans ce numéro de Dépendances. Ce modèle permet d'avoir un personnel qualifié et, en théorie, l'accès à des TAO, dont la DAM. Le risques de ce modèle sont une stigmatisation du lieu, et une surspécialisation, peu de flexibilité et des soucis de taux d'occupation en cas de changements « épidémiologiques » des populations cibles.

CONCLUSION

Les personnes dépendantes de substances, qu'il s'agisse d'opiacés, d'alcool, de benzodiazépines, de cannabis, ont autant, voire plus de besoins de soins avec l'âge. Leurs besoins physiques et psychiques prématurés peuvent correspondre à ceux d'une personne de vingt ans leur aînée, avec la particularité que la chronicité de la maladie des addictions ne conduit pas forcément à l'abstinence. Les structures d'accueil, quelles qu'elles soient, doivent s'adapter. Cela implique une approche centrée sur les patients, issue d'un partenariat. Les institutions doivent innover. Le Fachverband Sucht a émis des recommandations (10) après une rencontre l'été dernier. L'association préconise la sensibilisation des politiques, une évaluation précise des besoins, la collaboration accrue entre partenaires de soins, la modification des conditions cadres des institutions, la promotion de la formation du personnel, une réflexion orientée solutions et, pour finir, le développement de la recherche dans ce domaine (voir encadré pour plus de détails).

A ce titre, la loi cadre Oastup permet de déléguer l'administration à des institutions non spécialisées, si la prescription de diacétylmorphine est maintenue dans le centre spécialisé. Un changement de pratique est donc possible.

L'étape suivante est probablement une réponse à toute situation et une augmentation des capacités d'accueil des structures. Les modèles ACT et FACT sont des modèles de suivi, qui permettent de pérenniser le maintien à domicile et de soutenir des équipes non spécialisées dans le domaine des addictions et des soins psychiatriques.

Pourquoi ne pas imaginer ce type de soutien pour les soins en institutions ?

La diversité de l'offre de soins au sein d'une même entité ainsi que la collaboration interinstitutionnelle sont d'autres pistes pour trouver une réponse au manque de structures. C'est probablement aux professionnels du terrain d'exprimer les besoins des personnes concernées et des équipes, et ainsi de faire des ponts entre acteurs de soins, décideurs en matière de santé et d'aménagement du territoire. A l'horizon 2030, il faudra augmenter le nombre de lits de 50% (Obsan) pour les personnes en âge avancé.

Courriel: vanessa.vaucher@hcuge.ch

Références

1. P. Giannakopoulos. Consommations à risque et comportements addictifs du sujet âgé: à propos des enjeux d'avenir, Dépendances 62, 2018, no X, page YY
2. E. Lavigne. Le vieillissement de la population bouscule le système de santé. Planète Santé 16/6/2017. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Personnes-agees/Soins-des-aines/Le-vieillissement-de-la-population-bouscule-le-systeme-de-sante>
3. <http://www.ssam.ch/d8/sites/default/files/empfehlungen/recommandations-tbs-05-03-2013.pdf> chapitre V7
4. Fonctionnement des IEPA http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/planification-reseau-soins/doc/information_aux_partenaires_modifs_ocplfv5.pdf
5. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-007-9089-4>
6. FACT: équipe de suivi intensif flexible dans la communauté <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2016/02/16-02-Manuel-FACT-Francais-Final.pdf>
7. Boumanstichting Romanohof, Rotterdam <https://www.boumanggz.nl/locaties/intensief-beschermd-wonen-romanohof-rotterdam/>
8. Bonsack C. et al: Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie: l'expérience lausannoise. Revue Med Suisse 2008, 1960-69. <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-171/Equipes-de-psychiatrie-mobiles-pour-les-trois-ages-de-la-vie-l-experience-lausannoise>
9. Besoins en logement pour personnes âgées: https://www.cronosfinance.ch/fileadmin/docs/pdf/Bulletins/Brochure_standard_02.pdf
10. Lieu de soins Solina, Spiez: <http://www.solina.ch/Home/Solina-Standorte/Solina-Spiez>
11. Fachverband Sucht – recommandations: https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhaenger_Frauen_und_Manner_def.pdf
12. Article Soleil Levant

Lieux de vie pour usager de substances vieillissant

Modèle de soins	Exemples	Avantages	Désavantages
Soins à domicile	IMAD, Spitex, SADS	Propre domicile Coût Pas de stigmatisation Remboursé caisse maladie Certaine flexibilité	Seulement pour patient « autonome » Personnel fluctuant, pas toujours formé Isolement social Remise stupéfiants difficile, pas de DAM iv
Logement indépendant adapté avec soins	IEPA (D2)	Indépendance Pas de stigmatisation	Liste d'attente Relative autonomie Isolement social Remise stupéfiants difficile, pas de DAM iv
Foyer	Armée du Salut, fondations diverses	Rencontres sociales Activités diverses Pas de stigmatisation	Personnes à l'AI « Règles » Personnel pas toujours formé Remise stupéfiants difficile, pas de DAM iv
Logement adapté et accompagnement spécifique	FACT ou ACT Fondation Bouman, Rotterdam	Personnel bien formé Suivi interdisciplinaire Remise stupéfiants dans lieu habituel	N'existe pas dans la plupart des villes suisses Coût Faible flexibilité Nécessite une certaine autonomie
EMS classique		Lieu non stigmatisant	Âge d'entrée pas adapté Personnel pas formé Cannabis peu accepté
Établissement général de soins médicaux	Solina	Personnel bien formé Pas de stigmatisation Prescription DAM possible	Indication « médicale » doit primer
Lieu de soins « spécifique »	Soleil Levant	Qualité des soins Personnel bien formé Prescription DAM en théorie possible	Coût Faible flexibilité Taux d'occupation Stigmatisation

Résumé des recommandations pour l'amélioration des soins
pour personnes dépendantes vieillissantes (H/F)
(élaborées par Fachverband Sucht pour la Suisse alémanique, 2017 (10))

1. Représentants et collaborateurs des organisations professionnelles communales et cantonales doivent informer les politiciens locaux sur le type et la gravité des problèmes qu'il y a actuellement dans les soins pour les usagers de substances vieillissantes.
- 2) Les cantons, avec les communes, doivent identifier les lacunes dans l'offre de soins pour cette population, et développent ensemble des stratégies et mesures pour y remédier, sans oublier les aspects genre et migration.
- 3) Les cantons doivent stimuler la mise en réseau des institutions impliquées dans les soins médicaux, des personnes âgées et des personnes dépendantes, par exemple en organisant des journées à thème, ou en créant une instance de coordination.
- 4) Les conditions-cadres des institutions qui s'occupent des personnes dépendantes vieillissantes doivent être améliorées. Après identification des barrières (au niveau fédéral, cantonal et communal), les cantons développent une stratégie et des recommandations sur «Addiction et vieillissement», y inclue la création d'un poste de coordinateur pour ce thème.
- 5) La formation des soignants divers, à tous les niveaux (pré- et postgrade, continue), tant dans le domaine des dépendances que le domaine du vieillissement, doit être améliorée, par exemple en créant une formation inter-professionnelle commune, et des jours de formation dans les lieux de soins divers.
- 6) Les organisations professionnelles (médecine de famille, gériatrie, addictions) doivent inviter leurs membres à réfléchir sur leurs rôles respectifs dans les soins pour cette population, à développer des collaborations, et à chercher des solutions pragmatiques.
- 7) Au niveau fédéral, un mandat de recherche doit être donné pour identifier les besoins pour les personnes dépendantes vieillissantes, pour discuter les résultats avec un groupe d'experts et de proposer des recherches complémentaires.
- 8) Les organisations professionnelles proposent des aides concrètes et orientées vers la pratique, comme site web avec outils et documents, aide pour l'élaboration de questionnaires ou outils, organisation des journées d'échange interprofessionnelle.

photo © alex boyd / unsplash



SURVIVRE ET VIVRE

Jean-Pierre Fragnière, éditeur, Lausanne

Comment vivre après avoir vu la mort de près? Témoignage sous forme d'invitation à la réflexion et à son partage. (Réd.)

Nous sommes relativement nombreux à avoir frôlé la mort, et de près. Pour des raisons fort diverses et dans des circonstances chaque fois singulières.

Et nous l'avons repoussée, cette mort qui semblait devoir s'imposer! Le plus souvent, pas tous seuls; nous avons bénéficié de solides coups de main. Mais nous l'avons écartée, et c'est très bien. Nous voilà bien vivants et engagés dans une nouvelle tranche de vie. Il reste peut-être quelques séquelles, mais nous ne les montrons pas trop, nous sommes fort occupés à «vivre encore».

Les transformations majeures des conditions de vie associées à des innovations spectaculaires dans les techniques de soin ont multiplié les situations de «survie» inattendue. Concrètement, des catégories de malades que l'on considérerait généralement comme condamnés ont vu leur horizon s'éclaircir, une porte de sortie assimilable, si ce n'est à une guérison, au moins à un important sursis, s'est ouverte à eux.

L'ÉMERGENCE D'UNE POPULATION DE SURVIVANTS

Ainsi, autour de nous, on observe une forte augmentation des personnes frappées par des maladies lourdes, qui côtoient la mort et sont «sauvées» par des interventions complexes de l'art médical. Elles sont conduites à entrer dans une «nouvelle vie» marquée du sceau de l'incertitude, et exigeant un suivi thérapeutique à très long terme, voire «à vie». C'est en particulier le cas des personnes ayant bénéficié d'une transplantation d'organe ou qui ont survécu à un cancer classé comme très avancé. C'est aussi le cas des personnes atteintes par le sida; au milieu des années 1980, elles étaient considérées comme «condamnées», en marche vers une mort certaine. Vingt ans plus tard, de solides perspectives de survie ont vu le jour.

Toutes proportions gardées, un phénomène similaire est en train de s'esquisser, pour les personnes atteintes de diverses formes de la maladie d'Alzheimer. Quelques plans thérapeutiques se révèlent prometteurs et un vaccin est annoncé.

Entre ces «malades sauvés», les institutions de santé, les institutions sociales, des rapports permanents doivent se construire, des interdépendances se développent; plus généralement, de nouveaux rapports s'établissent entre les organismes de soins, les services sociaux, l'hôpital et la société. Une telle évolution engendre des effets sur l'organisation des prestations, sur les pratiques soignantes et sur de nombreuses institutions sociales.

Pour les soignants, les accompagnants, les spécialistes de tout genre et les proches, l'horizon se transforme également de manière radicale. Bien sûr, ils accompagnent quelques-uns vers la mort, ils assistent à des interventions thérapeutiques qui se révèlent être inopérantes. Mais connaissent aussi cette forte satisfaction de voir les espoirs

ils renaître et les horizons s'habiller de cette question: «Et maintenant, que vais-je faire?»

Retenons le fait que ces situations s'accroissent numériquement à vive allure; qui n'a pas un « survivant » dans son entourage proche? Toutes ces personnes bénéficient de longs sursis autorisés par des « progrès » de diverses natures. Elles se trouvent en quelque sorte en situation d'apprentissage de modes de vie qu'elles sont amenées à choisir et à consolider, mais aussi des rapports aux institutions et aux champs de compétences dont elles ont besoin pour «vivre encore».

Cet effet de nombre et de proximité tend à redéfinir la position et la mission d'un grand nombre de personnes que les circonstances ont engagées dans ces aventures. Difficile, voire impossible, de reculer, difficile de se draper dans le déni, difficile de se blottir dans la routine et les traditions; tôt ou tard, il faudra bien prendre toute la mesure des conséquences de ces succès que nous avons construits et mis en œuvre. Nos vies quotidiennes et nos projets vont être transformés par ces perspectives presque «à portée de main».

RENAÎTRE, MAIS COMMENT?

Entrer dans l'espoir de guérir, c'est très bien. Découvrir la perspective d'une nouvelle tranche de vie, c'est le plus souvent savoureux et bienvenu. Mais, pour quoi faire? Celles et ceux qui ont frôlé la mort le savent bien. Il n'est pas facile de retrouver sa place, surtout lorsque notre entourage nous a quasiment «vu partir». Qui va à la chasse perd sa place? Ce dicton pointe souvent le bout de son nez.

En d'autres termes, on n'est pas guéri lorsque l'on sort de l'hôpital ou lorsque le traitement arrive à son terme. Bien sûr, nous entrons dans une nouvelle étape, nous sommes au seuil d'un nouveau chapitre, encore faut-il donner du contenu à ce temps qui vient. Nous devons passer du statut de « survivants » à celui de « vivant », tout simplement.

Un double apprentissage s'impose. D'abord il faut obtenir de soi-même une sorte de «droit de vivre encore»; et cela passe par la construction de véritables projets, on dirait des projets de vie. A court terme bien sûr, mais aussi à moyen terme et, pourquoi pas, à long terme. Oser, il faut oser des projets; ce sont nos élixirs de vie sans lesquels les pilules qui garnissent notre semainier risquent d'être peu opérantes. Le fait de sentir que l'on échappe à la mort peut donner des ailes, se traduire en un élan vital pourvoyeur d'énergies inattendues et, souvent, de plaisir retrouvé.

Il faut également obtenir le «droit de vivre encore» de notre entourage, y compris des proches et des amis. Oh! Ils sont bienveillants, ils veulent le meilleur pour nous et pour tous. Ce n'est pas par méchanceté qu'ils vous assènent un «repose-toi!» Ou qu'ils vous chuchotent: «Ne te fatigue pas, tu as assez travaillé, pense à ta santé!» Sont-ils prêts, cependant, à nous faire une vraie place dans la société, dans leur société, celle que nous n'avons jamais réellement quittée?

ON NE MEURT JAMAIS VRAIMENT

Attention, ne nous faisons pas d'illusions. Il est très réel ce moment où nous devenons un corps que l'on dit « sans vie ». Le constat de mort cérébrale est fait. Nous percevons cependant tous une réalité forte : à cet instant rien n'est fini ; une vie se prolonge bien au-delà de cet état et de tous les symboles et rituels mis en place pour le gérer et lui donner un sens. On ne meurt pas, ou alors très lentement. Quelles que soient nos croyances, nous allons vivre de longues années, des décennies, et plus encore, dans le cœur et dans l'esprit de nos proches, de quelques amis, de quelques descendants.

Nous serons « associés » à des lieux, à des événements et à des tranches d'histoire. Et nous ne parlons pas ici des personnalités qui ont accédé à la notoriété ou qui briguent le Panthéon. Non, cela concerne chacune et chacun d'entre nous. L'exemple et l'image de mon père, décédé il y a bientôt un demi-siècle, m'habitent encore fortement au crépuscule de ma propre existence. Forte présence, référence bienveillante, source d'élan vital. Et il est en bonne compagnie ; avec lui, d'autres proches, des amis, des camarades d'étude trop tôt disparus et quelques personnalités emblématique, aperçues de loin. On dit qu'ils ont été nos modèles ; c'est souvent vrai.

PASSER LE RELAIS

Tout cela est légitime, et inspire encore notre passage d'une décennie à l'autre et même notre entrée dans le temps de la vieillesse. Cela vaut pour le plus grand nombre. Une période féconde, porteuse d'avenir, au-delà de la succession des générations. Les transitions, les transferts, les relais sont possibles. Il est des flambeaux qui doivent se transmettre au-delà de la mort. Et ceci ne concerne pas que les grandes reines, les grands papes, les grandes politiciennes, les grands poètes, les grands acteurs, les grands inventeurs ou encore quelques mécènes et quelques Crésus.

Chacun est invité à la table du partage entre les générations, jusqu'au bout. Tout cela doit être rendu possible. Nous en avons les moyens, les ressources et les compétences. Reste à écarter quelques obstacles et à saisir la bêche, la faucille, le fer à souder et le marteau. Sur le fronton de l'atelier, on lira : « Vivre ensemble longtemps. »

C'est peut-être aussi cela notre « éternité ». Transmettre. Passer le relais, c'est d'abord un choix, puis un don, peut-être un partage, le sens que nous pouvons donner à nos derniers instants.

Non pas le temps qui « reste », mais le temps qui « vient » ! Nous abordons un enjeu majeur. Vous l'avez sans doute observé à de multiples reprises. Prononcer le mot partage, c'est susciter des réactions « diverses », le plus souvent ambivalentes. Certains applaudissent, plus ou moins vigoureusement ; beaucoup d'autres esquissent une moue qui en dit long. N'a-t-on pas inventé le mot « partageux » pour épingler les utopistes qui croient encore à une société qui s'appuie sur le partage et s'attache à le promouvoir ? Pourtant, souvenons-nous ! Le dernier siècle a été marqué par de multiples mouvements engagés dans la conquête des autonomies individuelles. Des droits propres ont été

reconnus aux femmes, aux enfants, aux employés, aux malades, aux prisonniers, aux migrants, etc. Ils se sont consolidés dans les relations familiales, dans les rapports professionnels, dans les relations entre les individus et les instances publiques et administratives, bien sûr avec des hauts et trop de bas. Ainsi, l'autonomie individuelle a été considérablement renforcée et garantie par le droit ; de multiples pratiques ont bouleversé la vie quotidienne.

Cependant, un individu, même bardé de droits propres et reconnus n'est pas un être isolé, jouissant seul de ses droits. L'autonomie n'a de sens et n'est viable que partagée.

Autrement dit, la pratique des solidarités est la condition de l'existence des autonomies. Nos droits propres, patiemment conquis, n'ont pas de sens ni de consistance en dehors d'une société qui cultive et entretient la cohésion sociale.

Pour réaliser un tel projet, la solidarité est l'instrument majeur. Faut-il redire ici que tout cela s'apprend, se discute, se communique et se partage ? C'est le cœur d'un projet que nous pouvons développer ensemble.

PAS D'AUTONOMIE SANS SOLIDARITÉ

Ainsi, les sociétés modernes sont façonnées pour des individus disposant d'une solide autonomie. Ceux-ci s'attachent à consolider ces acquis, c'est leur bon droit. Les systèmes démocratiques leur en donnent les moyens.

Ils n'atteindront cependant ces objectifs que dans la mesure où ils gagneront l'excellence dans la pratique des solidarités. Il leur faudra adapter et consolider les instruments déjà disponibles, tels que la sécurité sociale. Il leur incombe aussi de faire preuve d'inventivité, d'innovation, de sens de la justice et de générosité.

A tous les âges : pas d'autonomie sans solidarité, ou, mieux, consolidons nos autonomies par la pratique des solidarités !

Et il faudra bien mourir. Il y a quelques temps, j'ai eu le privilège de vivre une longue conversation avec un « Grand aîné », ami et nonagénaire. En toute lucidité, il savait qu'il allait bientôt s'effacer. Sa vie avait été marquée par de belles réalisations et un confortable réseau d'amis, de proches, de parents et d'alliés.

De quoi avons-nous parlé pendant cette dernière heure, pendant cette dernière conversation ? Il a souhaité que nous répondions à une seule question : « Qui m'aime ? » Il savait bien que la fin était toute proche. Il lui importait de faire défiler les visages des personnes qui allaient vivre encore plus ou moins longtemps avec sa « présence » inscrite dans leur quotidien. « Vivre avec », des décennies durant, longtemps. Tout mettre en œuvre, jusqu'au bout pour que cette présence/souvenir soit forte et chaleureuse à la fois ! Cela en vaut la peine. Après...

Courriel: info@jpfragniere.ch

Pour aller plus loin :

Bernard Crettaz, Jean-Pierre Fragnière, *Oser la mort*, Editions Socialinfo, Lausanne, 2017, 156 p.

27 - 29 juin 2018
Université de Fribourg, Suisse

JEU EXCESSIF

SCIENCE, INDÉPENDANCE, TRANSPARENCE

4^e symposium international multidisciplinaire



Le présent symposium fait suite aux journées intitulées « De la législation à l'action » et « Prévenir le jeu excessif dans une société addictive » organisées en 2005 et 2008 à l'Université de Lausanne ainsi que « Jeu excessif : connaître, prévenir, réduire les risques » organisée à Neuchâtel en 2014.

Face aux interfaces électroniques conçues pour être addictives, et dans le contexte transnational d'Internet, l'addiction aux jeux d'argent, mais aussi d'autres conduites addictives dites « sans substances » représentent un défi toujours plus grand pour les politiques de santé et de prévention, ainsi que pour leur évaluation.

La 4^e édition du symposium aura donc pour fil rouge les systèmes de monitoring et les moyens d'aborder et de traiter plus précisément les liens d'intérêts des parties prenantes.

Informations, appel à résumés et inscription sur www.gambling-problems-sympo.ch



PSYCHOTHÉRAPIE EN FIN DE VIE ASSISTÉE PAR DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Peter Gasser, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Soleure

Depuis les années 1960 déjà, on sait qu'une psychothérapie, assistée par du LSD ou d'autres substances psychoactives, se prête au traitement des conséquences psychiques de pathologies pouvant entraîner la mort. Ces dernières années, des études sur des traitements ont à nouveau permis de démontrer que le LSD et la psilocybine sont indiqués comme accompagnement thérapeutique, lorsque des personnes sont confrontées à une situation de fin de vie potentielle.

INTRODUCTION

En médecine et en psychothérapie occidentales, une prise de conscience croissante s'est développée ces quatre dernières décennies autour de l'importance d'apporter un traitement psychologique et un accompagnement professionnel aux personnes, qui souffrent et qui doivent faire face à leur mort prochaine. Il va sans dire que la culture, à laquelle nous appartenons aujourd'hui, est une culture marquée par la haute technologie, qui ouvre les portes de méthodes époustouflantes pour prolonger la vie et lutter contre la maladie, si bien que nous tentons souvent de refouler le rapport direct avec la normalité des processus de décès et leur fin naturelle, la mort, et que nous préférons nous réfugier dans une obsession de jeunesse et de santé débordante.

A d'autres époques et dans de nombreux autres endroits du globe, il en était et est encore toutefois autrement. Le Bardo Thödrol, le Livre des morts tibétains, ou encore l'Ars moriendi, l'ouvrage médiéval sur la préparation chrétienne à une belle mort, sont autant de témoins marquants d'une culture riche en ce qui concerne la façon d'aborder la réalité certaine et quotidienne de la mort. Par ailleurs, de multiples cultures pratiquent depuis des siècles des rituels traditionnels qui permettent, au moyen de substances altérant l'état de conscience (p. ex. la mescaline ou la psilocybine chez les peuples autochtones d'Amérique centrale, ou l'ayahuasca chez les Indiens du bassin amazonien), de se faire une idée du monde de l'au-delà, d'établir le contact avec des personnes décédées, ou de se préparer à sa propre mort.

PARADIGME MÉDICAMENTEUX ALTERNATIF

Pour nous autres Occidentaux, il n'est pas si simple de comprendre la fonction que ces substances peuvent avoir pour la vie de tout un chacun. Nous sommes habitués à ce que les principes actifs des remèdes entraînent une diminution des symptômes, comme un comprimé contre le mal de tête, contribuent à libérer le corps d'influences néfastes, comme avec les antibiotiques, ou encore le renforcent contre des attaques futures, avec un vaccin par exemple. La fonction du LSD et d'autres substances psychoactives est très différente. Ces psychotropes font office de catalyseurs pour un processus psychique ; ils sont capables de transformer le quotidien et la normalité de façon utile

et jusqu'à présent inconnue. Ils œuvrent pour ainsi dire comme un microscope pour les processus psychiques, comme un kaléidoscope d'une réalité quotidienne que l'on croirait autrement immuable.

« *Jede chunnt u jede geit, kene isch für ds Gah bereit.* »
(Chacun va et vient, mais personne n'est prêt pour le grand départ).
Tinu Heiniger

LE LSD EN GUISE DE SOUTIEN POUR MOURIR

On connaît l'histoire fameuse de la mort de l'auteur Aldous Huxley (1). Peu avant son départ, sa femme, Laura, lui a donné sur son lit de mort deux fois 100µg de LSD à un bref intervalle. Il avait émis ce souhait à plusieurs reprises lors de discussions antérieures. Une fois sur son lit de mort, il ne pouvait cependant plus communiquer clairement avec elle, et elle a été confrontée à des débats internes violents, se demandant si ce qu'elle faisait était juste. Ceci est la seule anecdote que je connaisse d'une personne ayant absorbé au moment précis du passage entre vie et mort une substance favorisant l'expansion de conscience. Laura Huxley a décrit en détail les circonstances du décès de son mari dans une longue lettre à des amis. En voici un extrait: « Ces cinq personnes ont toutes assuré qu'il s'agissait vraisemblablement de la mort la plus paisible et la plus belle que l'on puisse imaginer. Les deux médecins et l'infirmière ont quant à eux indiqué qu'ils n'avaient encore jamais vu une personne en aussi mauvaise forme partir ainsi, absolument sans lutte ni douleur. Nous ne saurons jamais s'il s'agissait uniquement d'un vœu pieux de notre part, mais, d'après les apparences extérieures et les ressentis personnels, ce départ a été beau, serein et léger. »

Le psychologue et spécialiste en science des religions américain, Bill Richards, a écrit dans son ouvrage, « The Sacred Knowledge », que ce dernier geste de Laura ressemblait, à ses yeux, à la volonté de rapidement humecter quelqu'un juste avant qu'il ne plonge dans l'océan (2). Voilà une image parlante et la formulation élégante d'un

doute quant au sens de l'action de la femme de Huxley. Quoi qu'il en soit, ce geste n'a visiblement pas rendu le passage de la vie à trépas plus difficile pour Aldous Huxley – au contraire, même, semblerait-il. Richards estime qu'il est préférable de vivre une expérience d'état modifié de la conscience à un stade en amont, lorsqu'il reste encore du temps pour intégrer, faire évoluer et mettre en œuvre ces expériences parfois tellement extraordinaires.

LE LSD EN GUISE D'AIDE EN FIN DE VIE

Le premier lien direct entre le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD) – substance fortement psychoactive découverte au début des années 1940 – et son effet potentiellement apaisant chez les patients atteints de cancer a été établi non par un psychologue mais par un anesthésiste. Au milieu des années 1960, Eric Kast, médecin anesthésiste américain, a étudié l'effet de différents médicaments sur les douleurs liées aux tumeurs (3). Il a, entre autres, examiné le LSD et a observé, outre l'efficacité antalgique, du moins temporaire, de cette substance, que les patients qui s'étaient vu administrer du LSD développaient souvent une attitude bien moins anxieuse face à leur maladie potentiellement mortelle. A noter que ces observations reposent uniquement sur la prise d'une dose de LSD, sans traitement psychothérapeutique. Dans les années qui ont suivi, Eric Kast, Walter Pahnke, Bill Richards et d'autres chercheurs ont mené plusieurs études sur le sujet. Toutes ont abouti à des résultats encourageants, voire très positifs. Malheureusement, l'interdiction totale d'utiliser le LSD comme un médicament, introduite en 1967, a mis un terme au recours à cette substance comme option de traitement. Cette interdiction mondiale du LSD, de la psilocybine et de la mescaline (d'autres substances ont été ajoutées à la liste par la suite), mise en place sous la pression des Etats-Unis, était censée durer 30 ans. C'était l'une des conséquences des bouleversements sociaux qui ont chamboulé les Etats-Unis et d'autres parties du monde occidental. La société bourgeoise s'est sentie de plus en plus menacée par les mouvements de protestation, hippies et marginaux, et le LSD était un symbole important et un catalyseur de cette contre-culture, ce qui a conduit à sa prohibition. Dans le cadre de la recherche et des traitements, il ne s'était produit aucun incident qui aurait justifié une réaction aussi draconienne que l'interdiction totale des substances. Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que la recherche et les traitements ont repris. Un groupe de chercheurs à Baltimore (E.-U., dirigé par Roland Griffiths et Bill Richards, mentionnés précédemment), a commencé à utiliser de la psilocybine avec des patients souffrant d'un cancer. Les chercheurs ont administré à ces derniers, à une ou à plusieurs reprises, de la psilocybine dans une atmosphère agréable, en compagnie d'un binôme de thérapeutes (femme/homme) bien formés. Leurs résultats ont été concluants (4). Une autre étude sur la psilocybine, menée à Los Angeles par Grob, a également abouti à des résultats encourageants en ce qui concerne la diminution des symptômes d'anxiété, les déclarations subjectives des patients sur la maladie et la sécurité du traitement (5).

LE LSD EN GUISE DE CATALYSEUR POUR UN PROCESSUS PSYCHIQUE

Une étude pilote en Suisse

Sur la base des résultats des années 1960 de Kast et d'autres chercheurs et de ceux, plus récents, de Griffiths, de Richards et de Grob, j'ai également sélectionné des personnes confrontées à des maladies potentiellement mortelles pour une étude pilote, ayant pour but de fournir des indications sur la sécurité et l'efficacité du traitement. Je me suis également heurté au préjugé selon lequel les patients que je choisirais comme « cobayes » auraient de toute façon un pronostic tellement mauvais que les exigences éthiques ne seraient plus tellement élevées.

Mis à part le fait que cet argument est cynique, et qu'il ne répond aucunement à la détresse psychique et au besoin d'assistance de ces personnes, la réalité était précisément tout à fait contraire. La commission d'éthique des Cantons d'Argovie et de Soleure, qui a donné son feu vert, a posé des exigences particulièrement rigoureuses, et tenait à s'assurer que chaque patient possède une capacité de discernement suffisante pour accepter ou rejeter le traitement, ce qui correspondait d'ailleurs aussi pleinement à ma conception de la psychothérapie. Les patients suivent un processus utile et bénéfique pour eux, qui se traduit également par un changement dans leur vie. Mon intention n'était pas de proposer un accompagnement en fin de vie comme Laura Huxley.

Le projet a été autorisé fin 2007 et s'est déroulé entre 2008 et 2012. Dans l'évaluation scientifique des traitements (6, 7), nous avons pu démontrer, comme le montrent les exemples ci-après, que les traitements comportant une psychothérapie assistée par du LSD se sont révélés positifs et efficaces pour les patients. Il va de soi que les douze patients qui ont participé à l'étude forment un groupe trop restreint pour tirer des conclusions statistiquement fiables et généralisables. Il ne s'agissait d'ailleurs que d'une étude pilote avec un petit nombre de traitements. Néanmoins, les dix patients interrogés un an après la fin de la thérapie ont déclaré toujours avoir l'impression de ressentir un bénéfice du traitement, et que, si l'occasion de présentait, ils y auraient à nouveau recours et le recommanderaient à des proches.

Des études complémentaires avec davantage de patients fourniront des renseignements encore plus probants concernant la psychothérapie assistée par du LSD chez les patients atteints d'un cancer ou, de manière plus générale, chez les personnes souffrant de maladies mortelles et développant de ce fait des angoisses existentielles et d'autres problèmes.

Contenus des expériences avec le LSD

Les expériences des séances sous LSD sont allées dans le sens de ce que suggère Bill Richards. Presque tous les participants ont évoqué des questionnements tels que : Que vais-je faire du temps qu'il me reste ? Avec qui ai-je envie d'être et, surtout, qui est-ce que je n'ai plus envie de voir, ou pas trop ? Quelles expériences ai-je encore envie de vivre ? Or, se pencher sur ces questions suppose effectivement un certain temps.

Par ailleurs, de nombreux patients ont éprouvé une forme d'apaisement par rapport à l'idée qu'ils se font de leur propre mort, malgré les incertitudes qui demeuraient quant à l'évolution de leur maladie et du chemin à parcourir jusqu'à cette mort. Peut-être qu'il comportera des souffrances aiguës, la sensation d'être sans défense et une absence de tout contrôle. Ces pensées restent présentes comme des menaces réelles. Ces épreuves difficiles à surmonter sont effectivement susceptibles de se présenter, et une thérapie au LSD ne permet pas de simplement les faire disparaître.

A noter qu'aucun des patients n'a demandé ce qui se passait après la mort, ou si le LSD lui permettrait de jeter un coup d'œil sur l'autre rive. Au vu du petit nombre de personnes traitées (12), cette observation n'est sûrement pas représentative, mais il semblerait néanmoins que la question de ce qui arrive après la mort n'est pas la question centrale, ou du moins la seule qui importe, aux yeux des personnes dont la fin de vie est proche. L'extrait ci-après, tiré d'un protocole d'une femme souffrant d'un cancer du sein métastatique, montre à quel point les expériences étaient liées à la vie: « Depuis combien de temps n'avais-je plus dansé? Alors que j'aimais vraiment danser, avant. J'ai été incroyablement heureuse de danser dans le cabinet du médecin. Je n'ai pas ressenti de honte, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Par contre, j'ai remarqué que je n'avais pas suffisamment expérimenté l'extase durant ma vie... Je caresserai encore sûrement le cul chaud d'une vache de mon vivant, et verrai peut-être même aussi la pyramide de Gizeh. » Un an après cette séance, j'ai reçu de cette femme une carte postale du Cap Nord et, l'année d'après, elle est décédée.

REMARQUES CONCLUSIVES

La thérapie psycholytique ne constitue pas une méthode de soins palliatifs ou psycho-oncologique au sens strict. Elle a été utilisée presque par hasard comme une méthode psychothérapeutique pour des personnes souffrant d'un cancer à une époque où la psycho-oncologie, qui offre la possibilité d'un accompagnement psychothérapeutique ciblé pour les personnes gravement malades, n'existait pas.

En son temps, elle a été accueillie favorablement dans la mesure où elle a permis de proposer un accompagnement thérapeutique et d'ouvrir une réflexion sur les maladies mortelles et la mort dans la médecine occidentale. Si, depuis sa réapparition officielle vers la fin des années 1990, la thérapie associée à des substances psychotropes se concentre à nouveau sur les patients en oncologie, cela est peut-être dû à des raisons historiques, mais aussi à son utilité au regard des réflexions existentielles et des expériences spirituelles.

Il est certain que de nos jours, d'autres approches thérapeutiques proposent des processus utiles pour les patients atteints de maladies graves, et il serait erroné de prétendre que la thérapie au LSD permette d'obtenir quelque chose qu'aucun autre traitement ne pourrait obtenir. D'un point de vue psychothérapeutique, je suis un partisan de la diversité et de la pluralité des méthodes; par exemple, seul un thérapeute avec une vision très étroite pourrait

s'opposer à la psychanalyse, en arguant que la thérapie comportementale est efficace, et que le patient n'a donc besoin de rien d'autre. Toute forme de thérapie acquiert sa légitimité de par le fait qu'elle répond sûrement et efficacement à une indication donnée, et il ne devrait pas en être autrement pour la psychothérapie associée au LSD.

Outre son efficacité psychothérapeutique au sens strict, qui peut se démontrer par la réduction des symptômes psychopathologiques, cette thérapie présente selon moi l'avantage majeur que les patients vivent très souvent des expériences dites spirituelles telles qu'une communion intime avec tout ce qui les entoure, une sensation de plénitude, etc. Ces expériences surviennent spontanément sans qu'il y ait besoin de préparer les patients d'une manière spécifique. La plupart du temps, les personnes qui vivent ces expériences ressentent une sensation d'accomplissement profond, d'apaisement complet et de construction de confiance.

Un des participants à l'étude a confié lors de l'entretien douze mois après la fin de la thérapie: « La lumière blanche, la vive lumière blanche constamment en arrière-plan était là pour ça. Le soleil brillait d'en haut dans cette pièce, j'étais surtout assis et me trouvais pour ainsi dire dans la lumière blanche. Ce n'est pas de la lumière. Les Tibétains parlent de 'cent mille soleils qui brillent sur la montagne'. C'est une lumière spéciale qui m'a totalement fasciné. »

Courriel: pgasser@gmx.net

Article paru en allemand dans *Sucht Magazin*, 2/2016

Références

1. Huxley, L. (1963): Lettre à deux de ses amis, datée du 8.12.1963. www.tinyurl.com/hgmraru, accès le 4.3.16 ; traduction libre en français d'après celle en allemand in : Usher S. (2014): Letters of note. Briefe, die die Welt bedeuten. Munich : Heyne.
2. Richards, W.A. (2015): The Sacred Knowledge, Psychedelic and Religious Experiences. New York: Columbia University Press.
3. Kast, E. (1967): Attenuation and anticipation: A therapeutic use of lysergic acid diethylamide. *Psychiatric Quarterly* 41: 646-657.
4. Griffiths, R.R./Richards, W.A./McCann, U. et al. (2006): Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology* 187: 268-283.
5. Grob, C.S./Danforth, A.L./Chopra, G.S. et al. (2011): Pilot study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced-stage cancer. *Archives of General Psychiatry* 68: 71-78.
6. Gasser, P./Holstein, D./Michel, Y. et al. (2014): Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 202(7): 513-20. Gasser, P./Kirchner, K./Passie, T. (2015): LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: A qualitative study of acute and sustained subjective effects. *Journal of Psychopharmacology* 29: 57-68

CONSOMMATIONS À RISQUE ET COMPORTEMENTS ADDICTIFS DU SUJET ÂGÉ : ENJEUX D'AVENIR

Prof. Panteleimon Giannakopoulos, Service des mesures institutionnelles, Direction médicale, HUG, Genève

La consommation de substances psychoactives – licites et illicites – augmente et continuera d'augmenter chez les personnes âgées. Cet article fait l'état des lieux de la situation actuelle et en analyse les possibles raisons pour donner les éléments nécessaires à l'élaboration de nouvelles stratégies thérapeutiques. (Réd.)

VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Le nombre de personnes âgées dans les sociétés occidentales augmente de manière discontinue. D'environ 500 millions en 2009, leur chiffre passera la barre de 1.5 milliard en 2050 changeant profondément notre manière de percevoir les priorités en termes de santé publique (1). Le fait que cette population est particulièrement exposée à l'utilisation des substances psychoactives tant en Europe qu'aux USA n'est pas nouveau. Entre 40 et 65% de sujets âgés consomment au moins une boisson alcoolisée par semaine. Bien que les chiffres de prévalence puissent varier considérablement en fonction des cultures différentes, cette consommation semble augmenter clairement aux USA et au Nord de l'Europe restant stable dans les autres pays de notre continent. Cette consommation peut devenir excessive plus fréquemment (sans pour autant être synonyme d'affection médicale) chez les âgés de moins de 75 ans, de sexe masculin qui ne vivent pas seuls. Le problème de la consommation de substances psychoactives à l'âge avancé ne se limite pas à l'alcool. Entre 6-8% des Américains et 16-25% des Européens consomment régulièrement des hypnotiques ou des anxiolytiques. L'utilisation des narcotiques et surtout des analgésiques est loin d'être négligeable avec des prévalences de 5-9% aux USA et en Europe. Ce type de consommation augmente avec l'âge notamment chez les femmes sédentaires. Sans surprise la prise concomitante d'alcool et d'autres substances psychoactives est également fréquente et atteint 20 à 30% des buveurs réguliers après l'âge de 60 ans (2).

Si l'on se réfère dans un pays avec une démographie jeune comme les USA, le nombre de personnes présentant un abus de substances après 50 ans est sensé doubler de 2.8 millions en 2006 à plus de 5.7 millions en 2020. Cette augmentation est due à l'effet combiné d'une augmentation du nombre de personnes âgées et de la fréquence de ces abus dans la communauté. La population entre 50 et 65 ans, celle des « baby boomers », est particulièrement exposée dans la mesure où son rapport avec les substances illicites et l'alcool diffère fondamentalement de celui des générations précédentes. Plus exposées à l'abus de substances qui a été pour eux synonyme de libération dans un

contexte social bien différente de celui que nous vivons, ces personnes représentent un réservoir de cas positifs qui arrivera à l'âge gériatrique dans la prochaine décennie. On estime que 5% des hommes et 1.5% des femmes dans cette tranche d'âge ont un diagnostic d'abus d'alcool. Parmi les personnes utilisant des drogues illicites après 50 ans, environ 20% présentent un abus de substances qualifiant pour un diagnostic au sens des classifications du DSM-V et CIM-10 (3).

LE PARADOXE DE L'ALCOOL : BÉNÉFICES ET MÉFAITS

Une série d'études épidémiologiques a démontré que la consommation modérée d'alcool est positive en termes de morbidité cardiovasculaire et de mortalité pour la personne âgée. De manière constante une courbe U est observée par rapport à ces paramètres, avec les abstinentes et les sujets dépendants montrant des valeurs nettement supérieures à celles des consommateurs modérés (4).

Cependant, et même si 40% des personnes âgées de plus de 65 ans sont non consommateurs et que le niveau de consommation baisse progressivement, le syndrome de dépendance reste en troisième position des pathologies psychiatriques à l'âge avancé. On pourrait ici distinguer deux grandes catégories : d'une part, les personnes ayant une consommation à risque au cours de la décennie qui précède et qui passent d'un usage nocif vers la dépendance franche (5) ; d'autre part, une nouvelle population de sujets dépendants, de manière prédominante des femmes sans antécédents de consommations exposées à des facteurs de stress psychosociaux tels que la diminution de leur mobilité, l'éloignement perçu des enfants, la retraite et la perte du rôle familial. Cette dernière population est appelée à grandir dans les années à venir, les jeunes femmes rattrapant très rapidement les prévalences de dépendance à l'alcool des hommes. Problème supplémentaire, leur identification et traitement se heurtent à des barrières importantes non seulement en lien avec des préjugés sociétaux mais aussi à cause du caractère peu bruyant de l'installation de la dépendance chez la femme âgée (6).

Sur un plan clinique, l'installation d'un syndrome de dépendance alcoolique à l'âge avancé est caractérisée par la triade isolement social, affects dépressifs et troubles

« La prescription facilitée des antidépresseurs par les médecins généralistes participe sans aucun doute à l'augmentation des cas d'abus notamment par les femmes sans compagnon et avec antécédents psychiatriques »

cognitifs. Des phénomènes de malnutrition, des épisodes de confusion mentale ou encore des chutes se retrouvent dans les cas les plus graves et aboutissent à des tentatives d'institutionnalisation. Celles-ci ne sont que rarement réussies. Moins exposées aux répercussions dans le monde du travail, les personnes âgées gèrent l'alcoolisme en solitaire (plus de 70% des consommations à risque) sous forme d'une automédication contre des angoisses envahissantes ou des insomnies. Les effets néfastes sont connus de longue date. Les changements physiologiques au niveau de l'absorption, de la distribution et du métabolisme, augmentent la sensibilité de la personne âgée aux substances psychoactives et en premier lieu l'alcool. Des altérations du métabolisme et de la pharmacocinétique peuvent également augmenter les effets neurotoxiques de l'alcool mais aussi péjorer des affections médicales telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Ce qui est beaucoup moins clair est l'effet de l'alcool sur le cerveau vieillissant. Contrairement à une idée répandue, il n'y a pas de preuves que l'alcool accélère la production des lésions neurodégénératives. Son effet pourrait même être légèrement protecteur dans la maladie d'Alzheimer (avec la même courbe en U mentionnée précédemment ; 7). En revanche, une utilisation excessive d'alcool ajustée pour la tranche d'âge est associée prioritairement à une diminution des volumes cérébraux et une atteinte de la substance blanche (dans sa macro et microstructure). La destruction des faisceaux inter-hémisphériques est une donnée robuste liant consommation d'alcool et atteinte de l'intégrité cérébrale (8).

CONDUITES ADDICTIVES AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES: FOCUS SUR LES FEMMES ÂGÉES

Les études de l'utilisation des traitements psychotropes sans prescription médicale restent rares. La prévalence de la dépendance aux benzodiazépines était de l'ordre de 2.5% avec une prédominance des femmes seules âgées de 65 à 74 ans. Des prévalences plus élevées frôlant le 10% ont été rapportées en association avec le sexe féminin, la dépression ou encore le risque de passage à l'acte suicidaire soulignant l'actualité de cette question dans la programmation des soins chez le sujet âgé. Sans surprise, l'interaction de l'alcool avec ces substances est problématique induisant de la sédation, une sensation des vertiges, ou encore des chutes. L'alcool facilite l'effet désinhibiteur de certaines molécules, augmente leur toxicité hépatique mais aussi

la tendance aux accidents. La prescription facilitée des antidépresseurs par les médecins généralistes participe sans aucun doute à l'augmentation des cas d'abus notamment par les femmes sans compagnon et avec antécédents psychiatriques. Les analgésiques méritent une mention particulière, leur utilisation chronique mais aussi les syndromes de dépendance étant loin d'être négligeables chez l'âgé. Leur utilisation régulière est de l'ordre de 7% pour les opioïdes et plus de 40% pour les non-opioïdes. On retrouve ici encore la vulnérabilité des femmes âgées seules en présence de douleurs chroniques (9).

LES DROGUES ILLICITES: UN NOUVEAU DÉFI

Parmi les différentes substances psychoactives, l'utilisation des drogues illicites est celle qui met le plus en exergue l'effet démographique de cohorte avec une transition générationnelle marquée par rapport aux comportements des utilisateurs âgés. Ainsi seul 0.7% des personnes de plus de 65 ans dans la communauté consomment régulièrement du cannabis mais ce pourcentage touche le 4% chez les individus entre 50 et 64 ans (10). Les pourcentages restent encore faibles pour les autres substances (cocaïne, inhalants, héroïne) mais les sujets qui rapportent leur utilisation présentent fréquemment un abus de substances médicalement documenté. On estime ainsi que dans les prochains 10 ans, le nombre de personnes âgées dépendantes à l'héroïne ou la cocaïne touchera les 5 millions aux USA, fruit d'une meilleure prise en soins de leurs comorbidités physiques. Après l'alcool, l'addiction aux opioïdes est la seconde cause la plus fréquente de consultation addictologique après 50 ans. Le nombre de sujets de plus de 50 ans en traitement pour cette addiction a presque doublé en 16 ans (de 1992 à 2008) passant de 6% à 12% (11). La demande de soins de cette population est loin d'être claire. Possiblement vivant dans une marginalisation contrôlée, bénéficiant au long cours des traitements de substitution, ils sont, pour certains, peu demandeurs d'aide. Mais d'autres soulignent la prévalence très élevée de troubles dépressifs et anxieux sur fond de bilan existentiel négatif et désertification relationnelle (12).

UN MONDE QUI CHANGE

Le survol des consommations régulières et des comportements addictifs de la personne âgée confronte le système des soins à ses failles liées à une vision statique du vieillissement psychique. L'effet de cohorte avec la venue des baby boomers à l'âge avancé nous oblige à reconsidérer certaines des croyances acquises de longue date dans ce champ. La sérénité de la personne âgée, sa tendance à une expression pulsionnelle mesurée, l'absence de comportements socialement dérangeants si ce n'est dans la solitude et l'autodestruction des pathologies dépressives.

Le paysage des addictions du sujet âgé est en train de se modifier en profondeur tout en gardant une forte hétérogénéité. Certaines tendances lourdes se dégagent: un nombre croissant d'utilisateurs âgés à risque de dépendance

à l'alcool, une vulnérabilité féminine accrue à la prise des psychotropes et des analgésiques, le poids de l'isolement dans le développement des comportements addictifs chez la femme, ou encore le nombre croissant de personnes âgées avec addiction aux opiacés. Cette évolution prend en partie au dépourvu les systèmes de soins communautaires mais aussi psychiatriques. Longtemps considérés comme des pathologies du jeune adulte régressant naturellement avec l'âge en lien avec un biais de survie, mais aussi grâce à l'amendement des pathologies psychiatriques qui les accompagnent, les addictions chez le sujet âgé montrent à ce jour un visage bien différent, beaucoup plus inquiétant en termes de conséquences psychosociales et systémiques.

Un élément important à prendre en considération dans les stratégies thérapeutiques à développer est la nature de la souffrance psychique des personnes âgées consommatrices régulières ou dépendantes aux substances. Le champ a été bien exploré pour l'alcool montrant, entre autres, la fragilité narcissique des buveurs âgés, leur tendance à l'isolement et à l'acte suicidaire. Ceci est beaucoup moins le cas pour les femmes âgées dont l'alcoolisme mais aussi la dépendance aux médicaments psychotropes ou autres passent souvent inaperçus et se déroulent en huis clos. Très sensibles à la perte de leur autonomie physique, mais aussi au bénéfice d'un entourage soutenant, les femmes âgées représentent une population cible pour des interventions psychothérapeutiques ciblées dans le champ des addictions. La méconnaissance des déterminants psychologiques concerne également les personnes âgées dépendantes aux opioïdes, cette population grandissante qui se trouve confrontée à un vécu d'échec, un sentiment de vie gâchée sans le soulagement, même passager, offert par l'agir et la recherche des sensations. Il nous faudra donc un nouveau regard pour s'adapter à des réalités plurielles que l'on saisit mal. La collaboration interdisciplinaire n'est pas ici un luxe que l'on s'octroie, mais une nécessité de base pour se montrer créatifs, innovants, et à la hauteur du défi des soins.

Courriel: Panteleimon.Giannakopoulos@unige.ch

Références

1. Kinsella K, He W. U.S : Census Bureau, International Population Reports P95/09-1. An ageing world : 2008, Washington DC : U.S. Government Printing Office, 2009.
2. Tevik K, Selbaek G, Engedal K, et al., Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3). PLoS One. 2017 Sep 8;12:e0184428. doi: 10.1371/journal.pone.0184428.
3. Wu L-T, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. Int J Epidemiol 2014;43:304-17.
4. Holahan CJ, Schutte K, Brennan PL et al. Late-life alcohol consumption and 20-year mortality. Alcohol Clin Exp Res 2010;34 :1961-71.
5. Chou KL, Mackenzie CS, Liang K, et al. Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2011;72:144-55.
6. Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z. J Women Aging 2007;19:31-48.
7. Solfrizzi V, D'Introno A, Colacicco AM, et al. Alcohol consumption, mild cognitive impairment, and progression to dementia. Neurology. 2007;68:1790-9.
8. Zahr NM, Pfefferbaum A. Alcohol's effects on the brain: neuroimaging results in humans and animal models. Alcohol Res. 2017;38:183-206.
9. Karp JF, Lee CW, McGovern J, et al. Clinical and demographic covariates of chronic opioid and non-opioid analgesic use in rural-dwelling older adults: the MoVIES project. Int Psychogeriatr 2013;25:1801-10.
10. Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. Am J Geriatr Psychiatry 2009;17:237-45.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. The TEDS Report: Changing Substance Abuse Patterns among Older Admissions: 1992 and 2008. Rockville, MD: 2010.
12. Rosen D, Morse JQ, Reynolds CF 3rd. Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. J Subst Abuse Treat. 2011;40:132-41.

LES TENTATIVES DE SUICIDE : QUELS ENJEUX POUR LES PROFESSIONNELS

Yves Dorogi infirmier, Stéphane Saillant, Laurent Michaud, médecins, Unité urgences et crises, CHUV, Lausanne

Les professionnels de la santé et du social soignent, soutiennent, protègent. Aussi vivent-ils, la plupart du temps, l'expérience du suicide, ou d'une tentative de suicide, d'un de leurs patients ou clients, comme un aveu d'impuissance. Mieux reconnaître la complexité de cet acte et ses conséquences peut contribuer, entre autres, à les aider à faire face à leurs émotions et à leurs ambivalences dans un tel moment. (Réd.)

INTRODUCTION

Le suicide figure parmi les vingt principales causes de décès à l'échelle mondiale, tous âges confondus. Chaque année, près d'un million de personnes décèdent en mettant fin à leurs jours, selon une estimation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En Suisse, le suicide constitue la quatrième cause de mort précoce (en termes d'années de vie potentielles perdues), après le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les accidents.

Les tentatives de suicide (TS) représentent également un enjeu majeur de santé publique. Dans le monde, entre 10 et 20 millions de personnes tentent de se suicider chaque année selon l'OMS. Les TS sont 10 à 40 fois plus fréquentes que les suicides et représentent une charge économique importante (1). En Suisse, environ 10'000 personnes par an doivent être prises en charge médicalement à la suite d'une TS, selon l'Office fédérale de la santé publique (Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse, 2016). Ces chiffres sont certainement sous évalués, car bon nombre d'entre elles ne font pas l'objet d'une prise en soins et ne sont donc pas déclarées. L'estimation annuelle de leur nombre se situe entre 20'000 et 25'000. Les adolescents et les jeunes adultes présentent un taux nettement plus élevé de TS que les autres classes d'âge selon l'OMS.

« Dans la mesure du possible, la discussion est orientée vers ce qui fait sens dans leur vie et en quoi la personne a du pouvoir d'agir. »

La présence de TS antérieure(s) constitue le facteur de risque le plus important de suicide avéré. Le pourcentage de suicide se situe entre 0.5% et 2% dans l'année qui suit la tentative et au-dessus de 5% neuf ans plus tard. Parmi les patients suicidants, le risque de suicide est donc plusieurs centaines de fois plus élevé que dans la population générale. Ce facteur de risque est aussi le principal pour la population adolescente.

La TS constitue ainsi à la fois le plus important facteur de risque pour un suicide avéré et une opportunité cruciale d'entrée en soins pour les personnes en souffrance psychique. A ce titre, elle doit faire l'objet d'une évaluation soigneuse et déboucher, dans toute la mesure du possible, sur une prise en charge ambulatoire ou hospitalière (2).

Les suicidants (les personnes ayant fait une TS) sont en grande souffrance psychique et la majorité d'entre eux souffre de troubles mentaux. La présence de comorbidités psychiatriques et somatiques joue par ailleurs un rôle important dans la répétition des comportements suicidaires (3).

LES ENJEUX

Nous considérons ici la TS dans son acception large selon la terminologie anglo-saxonne "self-harm" qui peut être définie par : « toute lésion auto-infligée n'ayant pas conduit au décès, sans considération du degré d'intentionnalité suicidaire du geste » (4). Cela permet de placer la TS sur un continuum prenant en compte les lésions auto-infligées avec des degrés d'intention suicidaire progressifs. La distinction entre les lésions auto-infligées avec ou sans intention suicidaire n'est pas appropriée. Il est relevé que ces lésions résultent de motivations à la fois multiples et simultanées. Il est donc difficile de savoir comment faire la part des choses et il y aurait un risque important pour les professionnels de négliger ceux qui sont perçus comme "sans intention" alors qu'ils sont en réalité également susceptibles de mourir par suicide (5). Comme le précise Pompili (6) les personnes ayant des comportements auto-dommageables peuvent avec le temps abandonner ce processus chronique pour s'engager dans des actions plus immédiates et plus graves, jusqu'au suicide, pour renforcer leur besoin « d'appel à l'aide » non encore entendu.

Aller à la rencontre d'une personne suicidaire ou suicidante est le premier pas indispensable pour tenter de comprendre la souffrance inhérente à cette problématique (2). Un individu en souffrance se livrera d'autant plus qu'il se sentira entendu et compris. L'accès à son processus suicidaire (pensées, comportements) est un enjeu important. Il passe par cette rencontre où l'alliance thérapeutique se tisse en accueillant la souffrance de la personne, tout en portant une grande attention à ses préoccupations suicidaires. Cette démarche doit être distinguée de celle de l'évaluation proprement dite.

La mise en mots de la pensée suicidaire, l'une des plus intimes qui soit, est un processus non dénué de difficultés et qui questionne la posture de l'intervenant face au suicide. L'identification et la mise en sens, en terme d'hypothèse, de son propre vécu émotionnel est sans doute incontournable pour offrir des soins les plus ajustés

possibles aux besoins des patients. Mais travailler sur ses affects ne va pas de soi, cela nécessite un encadrement clair, sécurisant, respectueux et non-jugeant. Force est de constater que cette attention particulière n'est pas toujours intégrée dans l'organisation du travail. Un enjeu pourtant important pour la qualité des soins mais aussi pour la prévention de l'épuisement professionnel.

L'accès à un professionnel, dont le dénominateur commun est la relation d'aide (enseignant, socio-éducatif, prof. de la santé, ...), est sans doute un enjeu important en termes de prévention. Celui-ci, de par sa proximité, a l'opportunité d'accueillir et d'identifier les premiers signes d'une suicidalité et ainsi engager le processus d'évaluation. Ces premiers instants sont potentiellement source d'ouverture pour un partage d'une préoccupation suicidaire souvent vécue comme honteuse et culpabilisante.

Le recours à un spécialiste de la santé mentale permet d'approfondir l'évaluation et de définir la prise en soins. Celui-ci a été identifié comme une mesure cruciale permettant de réduire les récives (2). Le réseau secondaire constitué de l'ensemble des professionnels impliqués représente un facteur protecteur pour le patient. Il doit néanmoins être utilisé et mobilisé en tenant compte des enjeux de coordination et de relai. Le risque étant d'être trop pris par le sentiment d'isolement suscité par la personne suicidaire et de ne pas y recourir : Ne pas rester seul et s'appuyer sur les compétences du réseau et des professionnels de la psychiatrie d'urgence.

L'intervention auprès des proches (réseau primaire) représente également un enjeu important. De fait, ils sont concernés de près, voire très impliqués (2). Il est recommandé de les impliquer avec bien entendu l'accord de la personne. Les proches peuvent être particulièrement fragilisés avec des affects douloureux et un sentiment de perte de sécurité déstabilisant l'ensemble du système (2).

Dans une étude exploratoire, il a été démontré qu'il était difficile de mobiliser rapidement les réseaux primaire et secondaire suite à une TS nécessitant des soins somatiques (2). Cela souligne la nécessité de réfléchir aux moyens mis en œuvre afin d'améliorer aussi ces interventions.

S'occuper des personnes ayant un comportement suicidaire est l'une des tâches les plus difficiles, quel que soit son champ d'expertise. Bien que leur prise en soins suscite un intérêt croissant dans la littérature scientifique, il est relevé toute la complexité de répondre de manière la plus ajustée possible aux besoins de cette population. Les professionnels de la santé, en particulier les infirmières, jouent un rôle important dans les soins aux personnes ayant tenté de se suicider. Les compétences relationnelles et les connaissances sur cette problématique sont déterminantes dans la gestion de ces situations complexes. Elles sont susceptibles d'influencer de manière importante leur pratique clinique et donc les effets des soins et le vécu des bénéficiaires (6). Il est reconnu qu'une attitude positive des professionnels contribue à l'efficacité des soins (7).

Néanmoins, de nombreuses études identifient des attitudes globalement négatives à l'égard de cette population, en particulier lorsque la tentative est perçue comme « manipulatrice » et considérée comme ayant une faible intention suicidaire. Cependant, des données récentes (7-9) nuancent un peu ce constat. De leur côté, les utilisateurs signalent un mécontentement envers le système de soins et de mauvaises expériences (10). Les patients estiment que les attitudes négatives des professionnels peuvent susciter des réactions émotionnelles négatives et entraîner un mouvement de rejet envers les soins (11).

LE VÉCU ÉMOTIONNEL DES PROFESSIONNELS : PISTES DE RÉFLEXION

Le suicide et la TS sont susceptibles de provoquer un vécu émotionnel majeur auprès des professionnels : tristesse, colère, culpabilité, frustration, peur, impuissance, irritation, dégoût, anxiété, incompetence, soulagement, etc. Ces affects douloureux sont courants dans le vécu des soignants confrontés à cette problématique.

Aux prises avec une angoisse d'abandon d'une part, une peur de la proximité d'autre part, le patient suicidaire est susceptible de vivre des sentiments de haine dans le transfert, qui viendront heurter l'intervenant de plein fouet (12). Par ailleurs, du fait même de son projet autolytique, la suicidalité est une attaque frontale à la fonction soignante de l'intervenant (12). Ces mouvements sont à l'origine de ce que Maltzberger (12), à la suite de Winnicott, a décrit comme une haine dans le contre-transfert de l'intervenant. Elle se trouve renforcée par l'ambivalence plus ou moins prononcée de l'intervenant dans le regard qu'il porte sur sa fonction soignante et ses propres capacités professionnelles. Comment faire face à cette personne dont le comportement et les pensées suicidaires attaquent la fonction soignante ?

Cette perspective où se jouent des réactions affectives entre l'intervenant et le patient, peut être complétée par un regard systémique. La relation est une expérience partagée intersubjective qui se co-construit dans la rencontre (13). Comme le précise Mony Elkaïm (14) au sujet du phénomène de résonance « ...un système humain n'est pas un système de personnes en relation mais un système [circulaire] de constructions du monde en relation ». De ce point de vue la difficulté de la rencontre où l'intervenant peut « sortir » de son rôle et de sa bienveillance peut être comprise comme une tentative de maintenir l'homéostasie des constructions du monde des membres du système (patient/professionnel). Ici, le mécanisme de résonance désigne le mouvement à partir duquel le professionnel, par son vécu, vient renforcer et protéger les constructions du monde du système du patient intriqué au sien. Comment ne pas maintenir (voire conforter) la construction du monde de la personne qui se vit à répétition comme rejetée si, soi-même comme professionnel, on est amené à être ou se vivre rejetant ?

Le suicide vient également nous heurter dans nos représentations. Sujet toujours tabou, pour lequel perdurent des idées reçues, des mythes et des préjugés (2), qui peuvent « emprisonner » le professionnel dans des postures qui le mettent en décalage avec la personne suicidaire. Les risques sont multiples : renforcer la stigmatisation du suicide, renforcer les mouvements affectifs décrits plus haut, renforcer un mouvement de rejet envers le système de soins, ne pas réellement rencontrer la personne en souffrance, etc. Ces représentations peuvent également être partagées au sein des professionnels de même culture (représentation sociale) et faire écho au fonctionnement d'une unité ou d'un service, questionnant par exemple sa mission ou ses valeurs. Comment dans un centre d'urgence vitale peut-on considérer la TS ?

PERSPECTIVES

Les enjeux de la TS et du suicide sont multiples, des aspects de définitions aux caractéristiques du dispositif de soins, en passant par les mouvements affectifs dans la relation interpersonnelle. Ils questionnent le rapport qu'entretient le professionnel avec la personne suicidaire ainsi que ses propres représentations au sujet de la problématique suicidaire. L'acquisition de connaissance est importante mais pas suffisante. Le savoir-être et le savoir-faire ont également à être développés, la formation des professionnels constituant en ce sens un enjeu capital (2).

Courriel: Yves.Dorogi@chuv.ch

Références

1. Czernin S, Vogel M, Fluckiger M, Muheim F, Bourgnon JC, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13648.
2. Michaud L, Bonsack C, Dorogi Y, Kapp C, Saillant S. PREVENTION DU SUICIDE Rencontrer, évaluer, intervenir. Chêne-Bourg, Suisse: Médecine et Hygiène; 2017.
3. Blasco-Fontecilla H, Rodrigo-Yanguas M, Giner L, Lobato-Rodriguez MJ, de Leon J. Patterns of Comorbidity of Suicide Attempters: An Update. *Current psychiatry reports.* 2016;18(10):93.
4. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Psychiatry.* 2016;3(8):740-50.
5. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* 2013;202(5):326-8.
6. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine.* 2005;12(4):169-78.
7. Karman P, Kool N, Poslawsky IE, van Meijel B. Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 2015;22(1):65-75.

photo © xopher wallace / unsplash



8. Rees N, Rapport F, Thomas G, John A, Snooks H. Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self harm: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77(6):449-56.
9. Saunders KE, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2012;139(3):205-16.
10. Pembroke L. Offer us what we want. *Mental health today* (Brighton, England). 2006:16-8.
11. Lindgren BM, Wilstrand C, Gilje F, Olofsson B. Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2004;11(3):284-91.
12. Maltzberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of general psychiatry*. 1974;30(5):625-33.
13. Dorogi Y, Campiotti C, Gebhard S. [Liaison psychiatry nurse: the development of supervision in somatic medicine]. *L'Encephale*. 2013;39(3):232-6.
14. M E. A propos du concept de résonance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseau*. 2010;45:171-2.

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction

Corine Kibora, *Addiction Suisse*
Jean-Félix Savary, *GREA*

Comité de rédaction

Pierre-Yves Aubert
*directeur adjoint Service Santé
de la Jeunesse (DIP) Genève*

Barbara Broers
*médecin, Service de médecine de premier recours,
HUG, Genève*

Etienne Maffli
psychologue, Addiction Suisse, Lausanne

Jean-Christophe Mieville
*infirmier chef, adjoint à la direction des soins
du département de psychiatrie, CHUV, Lausanne*

Renaud Stachel
*resp. du secteur suivi et
accompagnement thérapeutique, FVA, Lausanne*

Ann Tharin,
maître d'enseignement, éesp, Lausanne

Frank Zobel
vice-directeur, Addiction Suisse

Administration et abonnements

Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85 - fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse: Fr. 45.- par an
Étranger: Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.
La reproduction des textes est autorisée sous réserve
de la mention de leur provenance et de l'envoi
d'un justificatif à la rédaction.

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

Mise en page et lectorat

Sophie Laissue

ISSN 1422-3368



