



ADDICTION | SUISSE

Lausanne, août 2024  
Rapport de recherche N° 168

# **Collaboration entre domaines des soins et spécialistes des addictions impliquant un service de liaison, des pairs aidants ou du travail social – Revue des bénéfices, vécus et éléments de mise en œuvre**

Nicole Egli Anthonioz, Malika Naula et Guillaume Bornet

*Rapport établi dans le contexte du projet IIZS Collaboration directe addiction– mandaté par le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA) et financé par Promotion Santé Suisse*

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE

## Remerciements

Nos remerciements vont à Promotion Santé Suisse, au Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA) et plus spécialement à Christophe Al Kurdi du GREA, à tous les partenaires du projet et aux personnes ayant répondu à nos questions relatives aux différents projets de collaboration en cours pour leur soutien lors de la tenue de la présente étude. Au près d'Addiction Suisse, nos remerciements vont également à Marina Delgrande Jordan, pour son soutien dans les différentes phases du projet, relectures et commentaires sur le rapport, à Luca Notari pour une relecture et des commentaires sur le rapport, et à Rahel Bischof, pour la mise en page du rapport.

## Impressum

---

<b>Compléments d'information:</b>	Nicole Egli Anthonioz, tél. ++41 (0)21 321 29 56 neglianthonioz@addictionsuisse.ch
<b>Réalisation:</b>	Nicole Egli Anthonioz, Malika Naula, Guillaume Bornet
<b>Numéro du rapport:</b>	Rapport de recherche N° 168
<b>Graphisme/mise en page:</b>	Addiction Suisse
<b>Copyright:</b>	© Addiction Suisse Lausanne 2024
<b>DOI:</b>	10.58758/rech168
<b>Citation recommandée:</b>	Egli Anthonioz, N., Naula, M. & Bornet, G (2024). La collaboration entre domaines des soins et spécialistes des addictions impliquant un service de liaison, des pairs aidants ou du travail social – Revue des bénéfices, vécus et éléments de mise en œuvre. Lausanne: Addiction Suisse.

---

# Table des matières

Liste des tableaux .....	III
<b>1 Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1 Le projet « Collaboration directe addiction » en bref.....	7
1.2 Objectifs de la recherche de littérature .....	7
<b>2 Méthode.....</b>	<b>9</b>
2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion .....	9
2.2 Stratégie de recherche de littérature .....	9
2.3 Sélection finale des publications .....	10
2.4 Documentation des publications sélectionnées .....	10
2.5 Analyse .....	10
<b>3 Résultats .....</b>	<b>12</b>
3.1 Remarque liminaire.....	12
3.2 Programmes intégrant des pair·e·s aidant·e·s .....	12
3.2.1 Définitions (sélection) de la paire aidance.....	12
3.2.2 Activités, objectifs et effets attendus de l'intégration de pair·e·s aidant·e·s .....	14
3.2.3 Avantages et désavantages de l'intégration de pair·e·s aidant·e·s .....	14
3.2.4 Freins, facilitateurs, pratiques conseillées.....	20
3.3 Programmes intégrant un service de liaison .....	25
3.3.1 Activités, objectifs et effets attendus de l'intégration d'un service de liaison.....	25
3.3.2 Avantages et désavantages de l'intégration d'un service de liaison .....	26
3.3.3 Freins, facilitateurs et pratiques conseillées.....	31
3.3.4 Exemples de collaborations en Suisse .....	35
3.4 Programmes intégrant les services sociaux.....	37
3.5 Formations.....	37
3.5.1 Formations proposées en Suisse (sélection) .....	38
<b>4 Freins, facilitateurs et pratiques conseillées à retenir .....</b>	<b>40</b>



<b>5 Bibliographie .....</b>	<b>42</b>
<b>Annexe 1 : Algorithmes de recherche .....</b>	<b>58</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des programmes intégrant des pair·e·s aidant·e·s .....	13
Tableau 2 – Programmes intégrant des pair·e·s aidant·e·s – Efficacité .....	16
Tableau 3 – Programme intégrant des pair·e·s aidant·e·s – Ressentis .....	18
Tableau 4 – Programme intégrant une équipe de liaison – Efficacité .....	28



# Résumé détaillé

## Améliorer les collaborations entre réseau professionnel des addictions et milieu hospitalier

Le projet « Collaboration directe addiction », financé par Promotion Santé Suisse et géré par le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA), a pour objectif d'améliorer les interfaces entre les réseaux professionnels de prévention et de prise en charge des addictions et le milieu hospitalier. À cette fin, des projets pilotes régionaux seront réalisés et évalués entre 2024 et 2026. En parallèle, une étude en deux volets a été réalisée par Addiction Suisse. Le premier comprend un inventaire des collaborations existantes, en Suisse, entre structures hospitalières et organisations ou personnes spécialisées dans le domaine des addictions. Le deuxième est une revue de la littérature internationale et nationale visant à identifier les pratiques recommandées. Le présent rapport de recherche est dédié à ce second volet de l'étude.

## Revue de littérature sur les facilitateurs et obstacles des collaborations

La revue de littérature a été effectuée sous la forme d'un « *scoping review* » (ou étude de la portée) centré sur trois formes possibles de collaboration interprofessionnelle dans le domaine des addictions : l'intégration de pair-e-s aidant-e-s, les équipes de liaison, et le travail social. Les principales contraintes de recherche étaient la langue (anglais, français, allemand) et l'année de publication (à partir de 1990) dans une sélection de trois banques de données (*Web Of Science*, *PubMed* et *Ovid Medline*). Par ailleurs, une recherche de littérature grise sur des collaborations existantes en Suisse a été effectuée sur les sites Internet officiels des hôpitaux cantonaux et des cantons ainsi qu'au travers du moteur de recherche *Google*.

En juin 2023, 5872 références ont été extraites des trois banques de données utilisées. Après exclusion des doublons, 5844 références ont été pré-sélectionnées, dont 94 ont finalement été retenues pour l'analyse. Concernant les pratiques au niveau Suisse, 57 documents ont été identifiés, dont 31 ont été retenus.

Il est à noter que de nombreuses collaborations existantes n'ont pas fait pas l'objet d'une publication, puisqu'il s'agit souvent de démarches pratiques, sans vocation de recherche. Ceci représente une limitation importante dans cette revue de littérature, dont les enseignements ne reflètent ainsi que les publications recensées puis sélectionnées en suivant la méthodologie choisie.

## Pair-aidance et services de liaison : des démarches prometteuses mais exigeantes

Les **pair-e-s aidant-e-s** (ou praticien-ne-s, abrégés PAs)<sup>1</sup> sont l'objet principal de 41 publications retenues. Celles-ci traitent du rôle et de l'intégration des PAs, de la faisabilité et des avantages, de l'impact de leur intégration sur divers indicateurs de santé des patient-e-s, ainsi que des descriptions d'implémentations concrètes ou des outils et recommandations. Il en ressort que l'implication des PAs semble améliorer les résultats de santé des patient-e-s, tant en termes de consommation que de comorbidités. Leur implication favoriserait également de meilleures relations entre les patient-e-s et le personnel soignant, de même qu'une meilleure qualité de vie au travail pour ce dernier. Il est possible

---

<sup>1</sup> La définition retenue pour cette revue est celle proposée par l'association Re-pairs (2021): « Un pair praticien en santé mentale (PPSM) est un professionnel de la santé qui a souffert d'un trouble psychique ou d'une addiction. Après avoir progressé sur la voie du rétablissement et pris assez de recul sur son vécu, il a accompli une formation certifiante afin de soutenir le rétablissement d'autres personnes. Il a ainsi un rôle d'expert par expérience. ».

que cette implication apporte également des bénéfices personnels aux PAs elles-eux-mêmes, bien qu'ils-elles doivent surmonter de nombreux défis dans ce rôle.

Les différents facilitateurs et obstacles identifiés mettent en évidence certains éléments nécessaires à l'intégration réussie d'un-e pair-e aidant-e dans un service. Le mode de financement et la présentation du programme au sein de l'institution sont des étapes préalables cruciales. Ensuite, l'introduction d'un-e-pair-e aidant-e nécessite un accompagnement et une définition préalable claire des rôles de chacun-e. L'adéquation du-de la pair-e aidant-e en termes de formation, de caractéristiques, de personnalité et d'historique personnel (p.ex. type de substance consommée, expérience carcérale, troubles associés) avec les exigences du rôle est essentielle. La formation préalable du-de la pair-e aidant-e et du personnel en place facilite leur intégration. Enfin, une supervision doit être mise en place.

Les **services de liaison en addictologie** sont des équipes mobiles, qui ont pour tâches principales de former et assister les équipes soignantes, intervenir auprès des personnes ayant des troubles de type addictif et élaborer des protocoles de soins et de prise en charge ; ces équipes apportent ainsi un soutien également en termes de problématiques somatiques. Au total, 43 publications retenues se réfèrent principalement à un service de liaison. Les publications traitent des impacts sur les patient-e-s et en particulier leur santé, ainsi que de l'impact sur les coûts de la prise en charge. Elles thématisent également les difficultés des soignant-e-s au sein des équipes de liaison, l'intérêt de disposer de telles équipes, les avis des équipes soignant-e-s, des rôles et compositions des équipes de liaison ainsi que de l'implémentation et de l'audit de telles équipes.

L'introduction d'équipes de liaison semble avoir des effets positifs sur les résultats des patient-e-s concernant la dépendance à l'alcool, et sur les mesures relatives à la gestion de ce trouble (mais pas sur l'abstinence). D'autres bénéfices seraient que les services de liaison peuvent diminuer les coûts de la prise en charge, situer l'addiction en tant que maladie au sein de l'hôpital, proposer du soutien aux équipes et élaborer des protocoles de traitement pour la prise en charge médicamenteuse du trouble d'une part, et pour la gestion de la douleur d'autre part.

Pour l'établissement d'un service de liaison, les facteurs essentiels relevés sont son intégration dans les structures préétablies de l'hôpital ainsi que la communication sur l'existence même du service, ses apports et les processus pour y recourir. La collaboration avec les structures externes à l'hôpital doit également être priorisée et préparée. Ensuite, dans le contexte de la prise en charge, ces équipes doivent offrir une expertise relationnelle et somatique. Leur succès tient au fait d'intégrer des approches de prévention, d'évaluation et d'intervention (y compris pharmacologique) fondées sur des preuves et standardisées. L'évaluation continue et le suivi de l'implémentation du service de liaison permettent de détecter et de résoudre les difficultés assez tôt.

Concernant les **services sociaux**, seulement cinq publications retenues traitent principalement de ce type de collaboration. En effet, bien que les services sociaux soient très fréquemment intégrés dans des services de liaison, peu d'articles traitent explicitement du rôle, des avantages et des difficultés de ces services. Dans les articles retenus à leur sujet, leur capacité à mener des entretiens motivationnels est relevé.

D'une manière générale, la formation facilite la collaboration interprofessionnelle et permet d'améliorer la prise en charge. Cinq articles retenus traitent essentiellement des résultats de formations en ligne et de leurs avantages. Les formations présentées sont évaluées positivement par les participant-e-s, qui se sentent plus à même de gérer des cas complexes suite à la formation. Toutefois, la seule étude qui a tenté d'évaluer l'impact sur les traitements utilisés, n'en a pas relevé.

## **Une vision encore parcellaire des initiatives en Suisse**

La littérature grise relative à des initiatives en Suisse contient uniquement des exemples de collaborations sous forme d'équipe de liaison ou de formations. Cette image reste toutefois très partielle, car beaucoup de collaborations ne font pas l'objet d'une documentation publiquement accessible.

Quant aux possibilités de financement, une étude relève un manque dans les possibilités de rémunérer des tâches de coordination pourtant essentielles pour une bonne collaboration interprofessionnelle

## **En conclusion**

La revue de littérature suggère que la pair-aidance et les services de liaison peuvent améliorer non seulement la prise en charge des patient·e·s et leur santé, mais aussi la satisfaction au travail du personnel soignant et une réduire des coûts par le biais de la prise en charge interprofessionnelle.

Les freins et facilitateurs relevés se situent à différents niveaux. Au niveau systémique, afin de créer un contexte favorable pour la collaboration interprofessionnelle, le développement d'un mécanisme de financement adapté est essentiel. L'essentiel des recommandations se situe toutefois au niveau institutionnel, à commencer par la définition claire des rôles et des cahiers des charges, la mise en œuvre de formations et un soutien, y compris administratif, afin de surmonter les résistances individuelles et les problématiques interpersonnelles qui peuvent freiner ces initiatives.

# Zusammenfassung

## **Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem professionellen Suchtnetzwerk und dem Spitalmilieu**

Das Projekt „Collaboration directe addiction“, das von der Gesundheitsförderung Schweiz finanziert und vom Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA) verwaltet wird, hat zum Ziel, die Schnittstellen zwischen den professionellen Netzwerken für Suchtprävention und -behandlung und dem Spitalumfeld zu verbessern. Zu diesem Zweck sollen zwischen 2024 und 2026 regionale Pilotprojekte durchgeführt und evaluiert werden. Parallel dazu wurde von Sucht Schweiz eine zweiteilige Studie durchgeführt. Die erste umfasst eine Bestandesaufnahme der in der Schweiz bestehenden Zusammenarbeit zwischen Spitalstrukturen und Organisationen oder Personen, die sich auf den Suchtbereich spezialisiert haben. Der zweite umfasst eine Übersicht über die internationale und nationale Literatur mit dem Ziel, empfohlene Praktiken zu identifizieren. Der vorliegende Forschungsbericht ist diesem zweiten Teil der Studie gewidmet.

### **Literaturrecherche zu Förderern und Hindernissen der Zusammenarbeit**

Die Literaturübersicht wurde in Form einer „scoping review“ (oder Reichweitenstudie) durchgeführt, die sich auf drei mögliche Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Suchtbereich konzentrierte: die Integration von Peer-HelferInnen, Liaison-Teams und Sozialarbeit. Die wichtigsten Sucheinschränkungen waren die Sprache (Englisch, Französisch, Deutsch) und das Jahr der Veröffentlichung (ab 1990) in einer Auswahl von drei Datenbanken (Web Of Science, PubMed und Ovid Medline). Darüber hinaus wurde eine Suche nach grauer Literatur über bestehende Kooperationen in der Schweiz auf den offiziellen Webseiten der Kantonsspitäler und der Kantone sowie über die Suchmaschine Google durchgeführt.

Im Juni 2023 wurden 5872 Referenzen aus den drei verwendeten Datenbanken extrahiert. Nach Ausschluss von Duplikaten wurden 5844 Referenzen vorausgewählt, von denen schließlich 94 für die Analyse ausgewählt wurden. In Bezug auf die Praktiken auf Schweizer Ebene wurden 57 Dokumente identifiziert, von denen 31 in die engere Wahl kamen.

Es ist anzumerken, dass viele der bestehenden Kooperationen nicht veröffentlicht wurden, da es sich oft um praktische Ansätze handelt, die nicht auf Forschung abzielen. Dies stellt eine wichtige Einschränkung in dieser Literaturübersicht dar, deren Ergebnisse nur die Veröffentlichungen widerspiegeln, die nach der gewählten Methode ermittelt und ausgewählt wurden.

### **Peer-Aiding und Liaisondienste: vielversprechende, aber anspruchsvolle Ansätze**

Peer-HelferInnen (oder PraktikerInnen, abgekürzt PPs<sup>2</sup>) sind der Hauptgegenstand von 41 ausgewählten Publikationen. Diese befassen sich mit der Rolle und Integration von PPs, der Machbarkeit und den Vorteilen, den Auswirkungen der Integration auf verschiedene Gesundheitsindikatoren der PatientInnen sowie mit Beschreibungen konkreter Implementierungen oder Tools und Empfehlungen. Daraus geht hervor, dass die Einbeziehung der PPs die Gesundheitsergebnisse der Patientinnen und Patienten sowohl in Bezug auf den Konsum als auch auf Komorbiditäten zu verbessern scheint. Ihr Einbezug würde auch bessere Beziehungen zwischen den PatientInnen und dem Pflegepersonal sowie eine höhere

---

<sup>2</sup> Die für diesen Bericht verwendete Definition wurde von der Vereinigung Re-pairs (2021) vorgeschlagen und übersetzt: "Peer Helfer in psychischer Gesundheit sind Gesundheitsfachkräfte, die selbst an einer psychischen Störung oder Sucht gelitten haben. Nachdem sie auf dem Weg der Genesung vorangekommen sind und genügend Abstand zu ihren Erfahrungen gewonnen haben, haben sie eine zertifizierte Ausbildung absolviert, um die Genesung anderer Menschen zu unterstützen. Sie haben somit die Rolle von Experten aus Erfahrung".

Lebensqualität am Arbeitsplatz für das Pflegepersonal fördern. Es ist möglich, dass diese Einbindung auch den PPs selbst persönliche Vorteile bringt, obwohl sie in dieser Rolle viele Herausforderungen zu bewältigen haben.

Die verschiedenen identifizierten Förderer und Hindernisse zeigen einige Elemente auf, die für die erfolgreiche Integration von Peer-HelferInnen in eine Abteilung notwendig sind. Die Art der Finanzierung und die Präsentation des Programms innerhalb der Einrichtung sind entscheidende Vorstufen. Zweitens erfordert die Einführung einer Peer-Helferin/eines Peer-Helfers eine Begleitung und eine klare vorherige Definition der Rollen aller Beteiligten. Es ist wichtig, dass der/die PeerhelferIn in Bezug auf Ausbildung, Eigenschaften, Persönlichkeit und persönlichen Hintergrund (z. B. Art der konsumierten Substanz, Hafterfahrung, assoziierte Erkrankungen) den Anforderungen der Rolle entspricht. Eine vorherige Schulung des/der Peer-HelferIn und des vorhandenen Personals erleichtert die Integration. Schließlich sollte eine Supervision eingerichtet werden.

Die Liaisondienste für Suchtkrankheiten sind mobile Teams, deren Hauptaufgaben darin bestehen, die Pflgeteams zu schulen und zu unterstützen, bei Personen mit (möglicher) Suchterkrankung zu intervenieren und Pflege- und Betreuungsprotokolle zu erstellen; diese Teams bieten somit auch Unterstützung in Bezug auf somatische Problematiken. Insgesamt 43 der berücksichtigten Publikationen beziehen sich hauptsächlich auf einen Liaisondienst. Die Publikationen befassen sich mit den Auswirkungen auf die Patienten, insbesondere auf ihre Gesundheit, sowie mit den Auswirkungen auf die Kosten der Betreuung. Sie thematisieren auch die Schwierigkeiten der Pflegenden in den Liaisonteams, den Nutzen solcher Teams, die Meinungen der Pflgeteams, die Rollen und die Zusammensetzung der Liaisonteams sowie die Implementierung und das Audit solcher Teams.

Die Einführung von Liaisonteams scheint sich positiv auf die Ergebnisse der Patienten bezüglich Alkoholabhängigkeit sowie auf den Umgang mit Suchterkrankungen auszuwirken (jedoch nicht auf die Abstinenz). Weitere Vorteile wären, dass die Liaisondienste die Behandlungskosten senken, die Sucht als Krankheit innerhalb des Krankenhauses verorten, den Pflgeteams Unterstützung anbieten und Behandlungsprotokolle für die medikamentöse Behandlung der Suchterkrankung einerseits und für die Schmerzbehandlung andererseits erstellen können.

Die wichtigsten Faktoren für die Einrichtung eines Liaisondienstes sind die Integration in die vorgegebenen Strukturen des Krankenhauses sowie die Kommunikation über die Existenz des Dienstes, seinen Beitrag und die Verfahren zur Inanspruchnahme.

Die Zusammenarbeit mit Strukturen außerhalb des Krankenhauses muss ebenfalls priorisiert und vorbereitet werden. Des Weiteren müssen diese Teams im Kontext der Betreuung relationales und somatisches Fachwissen anbieten. Ihr Erfolg hängt davon ab, dass sie evidenzbasierte und standardisierte Ansätze zur Prävention, Auswertung und Intervention (einschließlich pharmakologischer Maßnahmen) integrieren. Durch die kontinuierliche Evaluation und Überwachung der Implementierung des Liaisondienstes können Schwierigkeiten frühzeitig erkannt und behoben werden.

Nur fünf der ausgewählten Publikationen befassen sich hauptsächlich mit Sozialdiensten im Rahmen der Zusammenarbeit. Obwohl Sozialdienste sehr häufig in Liaisondiensten integriert sind, befassen sich nur wenige Artikel explizit mit der Rolle, den Vorteilen und den Schwierigkeiten dieser Dienste. In den Artikeln, die sich mit ihnen befassen, wird ihre Fähigkeit, Motivationsgespräche zu führen, hervorgehoben.

Im Allgemeinen erleichtert die Ausbildung die interprofessionelle Zusammenarbeit und führt zu einer Verbesserung der Betreuung. Fünf ausgewählte Artikel befassen sich hauptsächlich mit den Ergebnissen von Online-Schulungen und deren Vorteilen. Die vorgestellten Schulungen werden von den

Teilnehmerinnen und Teilnehmern positiv bewertet, da sie sich nach der Schulung besser in der Lage fühlen, komplexe Fälle zu bewältigen.

Die einzige Studie, die versucht hat, die Auswirkungen auf die verwendeten Behandlungen zu bewerten, hat jedoch keine solchen Auswirkungen festgestellt.

### **Ein noch bruchstückhafter Überblick über Initiativen in der Schweiz**

Die graue Literatur über Initiativen in der Schweiz enthält lediglich Beispiele für die Zusammenarbeit in Form von Liaisonsteams oder Schulungen. Dieses Bild bleibt jedoch sehr unvollständig, da viele Kooperationen nicht Gegenstand einer öffentlich zugänglichen Dokumentation sind.

Was die Finanzierungsmöglichkeiten betrifft, stellt eine Studie fest, dass es an Möglichkeiten mangelt, Koordinationsaufgaben zu vergüten, die für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit jedoch unerlässlich sind.

### **Abschließend**

Die Literaturübersicht legt nahe, dass Peer-Aiding und Liaisondienste nicht nur die Betreuung der Patientinnen und Patienten und deren Gesundheit verbessern können, sondern auch die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals erhöhen und durch interprofessionelle Betreuung Kosten senken können.

Die festgestellten Hemmnisse und Erleichterungen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. Auf der systemischen Ebene ist die Entwicklung eines geeigneten Finanzierungsmechanismus entscheidend, um einen günstigen Kontext für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen. Die meisten Empfehlungen sind jedoch auf institutioneller Ebene zu finden, angefangen bei der klaren Definition von Rollen und Pflichtenheften, der Durchführung von Schulungen und der Bereitstellung von Unterstützung, einschließlich administrativer Unterstützung, um individuelle Widerstände und Probleme zu überwinden.

# 1 Introduction

## 1.1 Le projet « Collaboration directe addiction » en bref

Les hôpitaux apparaissent comme un cadre idéal pour détecter les personnes à risque de développer ou souffrant d'un trouble de type addictif, intervenir dans le but d'améliorer leur gestion de ce trouble voire sa prise en charge thérapeutique. C'est le cas pour deux raisons principales : on peut supposer, comme cela a été observé aux États-Unis, que beaucoup de personnes ayant un trouble de type addictif figurent parmi les patient·e·s des hôpitaux (Suen et al., 2022), et l'hospitalisation peut représenter un moment où ces personnes sont disponibles pour l'initiation d'une intervention en addictologie (Englander, Mahoney, et al., 2019).

Le projet « Collaboration directe addiction », initié par le Groupement romand d'études des addictions (GREA) et financé par Promotion Santé Suisse, ambitionne de mettre en œuvre de telles collaborations sous forme de trois projets pilotes. Les partenaires du projet sont le GREA, le Fachverband Sucht, Ticino Addiction, la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) ainsi qu'Addiction Suisse, le projet étant accompagné dans une démarche d'évaluation formative par Interface.

L'implantation et la mise en œuvre de projets de collaborations interprofessionnelles exigent d'avoir connaissance des facteurs pouvant faciliter la réussite de telles démarches, et des obstacles qui peuvent se présenter. C'est pourquoi, en guise de préliminaire à la mise en place de ces trois projets pilotes, le projet inclut une revue de littérature sur les freins et éléments facilitateurs en la matière. Pour cela, les formes de collaboration prévues par le projet « Collaboration directe addictions » pour la mise en œuvre de ces projets pilotes, à savoir

- pair·e·s aidant·e·s,
- équipes de liaison,
- et travail social,

sont également celles retenues pour définir le périmètre de la revue de littérature.

## 1.2 Objectifs de la revue de littérature

L'objectif de la revue de littérature est de suppléer autant que possible les expériences qui seront faites dans le cadre des trois projets pilotes avec des évidences issues de la littérature scientifique, principalement sous forme de retours d'expérience internationaux. Ces retours peuvent inclure des difficultés rencontrées, des solutions apportées et des conseils ; ces éléments pourront être utilisés afin de créer une cartographie de pratiques conseillées pour les trois formes de collaboration.

La revue de la littérature doit permettre de répondre aux questions concrètes de mise en œuvre de collaborations directes relatives aux addictions dans le domaine des soins. Elle le fait par des éléments de la littérature internationale, mais aussi nationale. Elle forme la base d'un outil en ligne qui doit aider les personnes intéressées à mettre sur pied une collaboration ainsi qu'à concevoir leur projet sur la base de connaissances et expériences déjà vécues dans d'autres contextes.

La revue de la littérature doit répondre à la question suivante : « Quelles sont les caractéristiques, freins et facilitateurs des collaborations relatives aux addictions dans le domaine des soins, faisant intervenir des pair·e·s aidant·e·s, un service de liaison ou le travail social? ». Afin de répondre à la question, la revue de littérature vise d'abord à dresser un inventaire des retours d'expérience documentés dans la littérature scientifique. De plus, elle vise à compléter cette littérature internationale par des caractéristiques publiées



de collaborations déjà existantes en Suisse. Cette deuxième partie s'ajoute aux collaborations documentées à l'occasion d'une enquête en ligne menée en parallèle par Addiction Suisse auprès des institutions<sup>3</sup>.

Elle permettra donc d'identifier des pratiques conseillées à partir de la littérature scientifique, puis de compléter cette littérature avec des initiatives ayant lieu en Suisse. Pour ce faire, la revue de littérature couvre la littérature scientifique internationale pour la première partie, et la littérature grise helvétique pour la seconde.

---

<sup>3</sup> Afin de dresser l'inventaire des collaborations existantes en Suisse, une enquête a été menée, impliquant l'envoi d'un questionnaire à 380 adresses sélectionnées parmi la liste des institutions publiée par Infodrog et de personnes travaillant dans les soins. Les collaborations relevées par ce biais ont été complétées par des entretiens, et seront publiées sur un site Internet.

## 2 Méthode

Une recherche de littérature sous forme d'étude de la portée (ou étude de délimitation de l'étendue, « *scoping review* ») a été menée. Ce type de revue est préconisé pour des questions larges, notamment afin d'identifier des « caractéristiques clés ou facteurs liés à un concept » (Munn et al., 2018). La « *scoping review* » se distingue par exemple d'une revue de la littérature narrative et subjective par l'utilisation d'un protocole préétabli, une recherche large d'information, l'objectif d'être transparent et reproductible, l'inclusion d'étapes pour réduire l'erreur et de garantir la fiabilité et l'extraction et présentation des données de façon structurée (Munn et al., 2018). Une particularité de la méthode est l'absence d'évaluation de la qualité des études incluses, puisque dans le contexte de se limiter à donner une vue d'ensemble, les résultats d'études employant toutes sortes d'approches peuvent être considérées comme des sources d'information crédibles (von Elm et al., 2019). Dans le cas présent, cette démarche s'est avérée acceptable, l'identification des potentiels freins et facilitateurs ne dépendant pas de la seule qualité de l'étude, leur simple évocation pouvant suffire à permettre une réflexion à leur sujet. Concernant les rares pratiques conseillées repérées dans la littérature, leur adéquation avec les freins et facilitateurs identifiés a été vérifiée.

### 2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans le cadre de cette « *scoping review* » ont été incluses des études spécifiques et des revues de littérature traitant de collaborations dans les soins impliquant des spécialistes en addiction.

Aucune restriction quant au type d'institution dans laquelle ces spécialistes exercent n'a été imposée. Les publications peuvent par conséquent porter sur une gamme variée d'environnements incluant non seulement les services internes et externes à la structure de soins, mais aussi les établissements de formation ou des personnes-ressources spécialisées par exemple. De plus, la profession de ces spécialistes en addiction n'est pas délimitée, permettant une perspective large sur les pratiques collaboratives.

La période examinée s'étend de l'année 1990 à juillet 2023. L'inclusion d'articles avant 1990 n'est pas pertinente en vertu des modifications profondes qui ont eu lieu dans l'approche de la prise en charge des addictions à la fin du 20<sup>e</sup> siècle. Quant aux publications prises en compte, elles ont été sélectionnées parmi celles rédigées en anglais, en allemand ou en français en vertu des compétences linguistiques de l'équipe de recherche.

Sont exclues les publications qui indiquent les adaptations nécessaires à un service en raison de la pandémie de COVID-19, ainsi que les publications auxquelles aucun accès n'a pu être identifié via la bibliothèque cantonale et universitaire. Aucun critère d'exclusion en termes de qualité n'a été formulé, mais les protocoles pour de futures recherches ont été exclus.

Concernant les pair-e-s aidant-e-s, seules des références où les pair-e-s ont un rôle de professionnel-le ont été incluses. Des programmes où les pair-e-s sont des patient-e-s en traitement ou des participant-e-s de groupes de discussion ne sont pas inclus, les freins et facilitateurs dans ce type de démarche étant très distincts de ceux se présentant pour un-e pair-e praticien-ne.

### 2.2 Stratégie de recherche de littérature

Pour la littérature scientifique *peer-reviewed*, trois banques de données ont été sélectionnées : *Web Of Science*, *PubMed* et *Ovid Medline*. Les stratégies de recherche utilisées dans chaque banque de données

figurent dans l'Annexe 1. Les bibliographies des articles finalement retenus (voir ci-dessous) ont également été analysées pour d'éventuelles sources additionnelles.

Pour la littérature grise, en Suisse, les sites Internet officiels des 26 cantons ont été consultés, tout comme les sites des hôpitaux cantonaux. Une recherche à l'aide de *Google* avec les termes « coopération », « liaison », « addiction », ou « prévention dans les soins » a été effectuée. Uniquement les sites suisses ont été retenus. Une recherche spécifique avec le terme « prévention dans les soins » et le nom de chaque canton a également été effectuée sur *Google*.

## 2.3 Sélection finale des publications

Dans une première étape, le logiciel *Zotero* a été utilisé pour détecter et éliminer automatiquement les doublons. Ensuite, la sélection des documents pertinents, répondant aux critères d'inclusion, a été effectuée par une première personne en fonction du titre, puis du résumé et enfin sur la base du texte complet. Le processus de sélection a été contrôlé par une deuxième personne. D'éventuels désaccords ont été discutés. Un arbitrage par une troisième personne était prévu, mais le recours à ce dernier n'a pas été nécessaire.

Concernant la littérature grise relative aux programmes existant en Suisse, seules les sources faisant référence à une collaboration ont été retenues, excluant de simples mentions de l'existence d'un service spécialisé en addictions.

## 2.4 Documentation des publications sélectionnées

Une grille de documentation a été créée afin d'y consigner les éléments essentiels des publications retenues. Ces éléments sont les suivants :

- **Descripteurs de la publication** : Auteur-e-s, année de la publication, pays où la recherche a eu lieu, méthodologie, nombre de participant-e-s si pertinent
- **Descripteurs de la collaboration** : Setting, multiplicateurs, professions/personnes impliquées, public de destination, type de trouble addictif
- **Conclusions relatives à la collaboration** : faisabilité, freins, facilitateurs
- Pour les études incluant des mesures de l'efficacité, les informations méthodologiques pertinentes ont été relevées : taille de l'échantillon, type d'intervention, type d'étude (essai contrôlé randomisé, mesures avant-après<sup>4</sup>, p.ex.), groupe de contrôle et résultats (y compris niveau de significativité).

## 2.5 Analyse

Les publications ont été classifiées d'abord selon les trois formes de collaboration prévues : pair-e-s aidant-e-s, liaison/pluridisciplinaire, travail social. Une classe additionnelle, « formation » a été ajoutée au vu des éléments relevés. Puis, les résultats ont été résumés quant aux éléments essentiels pour cette revue : les avantages, les freins, les facilitateurs et les pratiques conseillées concernant la mise en œuvre. Concernant les pair-e-s aidant-e-s, les résultats ont de plus été sous-divisés par population concernée :

---

<sup>4</sup> Essai contrôlé randomisé: Les participant-e-s sont alloué-e-s de façon aléatoire à des groupes d'intervention et de contrôle. Les variables d'intérêt sont mesurées avant puis après l'intervention dans les deux groupes. Ces essais doivent permettre d'établir un lien de causalité entre l'intervention et les effets observés.

Mesures avant-après : les variables d'intérêt sont mesurées avant puis après l'intervention. Dépourvue de groupe de contrôle, ces études ne permettent pas de connaître l'efficacité de l'intervention, mais suggèrent des pistes à ce sujet.

patient-e-s, pair-e-s aidant-e-s et équipes de soins. Puis, les enseignements en termes d'implémentations concrètes ont été dégagés : quelles difficultés sont décrites, quels éléments sont indiqués comme facilitant la collaboration.

### **Structuration des éléments relevés selon Rawlinson et collègues (2021)**

Afin d'aider la structuration des éléments relevés, la structuration générale issue d'une revue de revues (Rawlinson et al., 2021) a été utilisée. Cette revue est basée sur une recherche d'articles effectuée en 2017 et récapitule les freins et facilitateurs identifiés dans différents types de collaborations entre la médecine de premier recours et d'autres domaines, respectivement entre médecin de premier recours et autres professions. Bien que cette revue ne traite pas spécifiquement de l'addiction, elle donne une structure générale et relève nombre de freins et facilitateurs également relevés dans la présente revue.

Ces freins et facilitateurs se situent à 4 niveaux : Système, Organisation, Inter-individuel et individuel.

Au **niveau du système**, le financement est relevé comme frein ; les facilitateurs sont un financement pérenne, l'introduction d'incitatifs pour l'implication des équipes, un remboursement du temps investi et une volonté politique de soutenir la collaboration.

Au **niveau de l'organisation**, les freins sont un manque de temps, de formation et de leadership avec comme facilitateurs la proximité, l'accès constant (collocation des ressources), la réorganisation de la pratique et l'inclusion de case manager, l'implémentation de trajectoires standardisées, des planifications de gestion qui améliorent les processus de prise en charge, des réunions régulières et du feedback pour améliorer la communication, le soutien par un·e médecin qui se fait l'avocat de la démarche et mise en lumière des bénéfices via des évaluations.

Au **niveau inter-individuel**, les freins sont un manque de définition des rôles, des responsabilités et de communication, l'identité professionnelle et le pouvoir ; les facilitateurs sont les actions permettant de renforcer ou de créer la cohésion au sein de l'équipe : communication, clarification des rôles, un climat de confiance où les compétences de chaque professionnel-le sont valorisées.

Finalement, au **niveau individuel**, les freins sont les doutes quant à l'efficacité et la résistance au changement, et les facilitateurs une forte implication des professionnel-le-s.

Dans ce qui suit, les freins, facilitateurs et pratiques conseillés dans le domaine de la collaboration dans les soins concernant l'addiction seront attribués à ces quatre niveaux.

## 3 Résultats

En date du 16 juin 2023, 5872 références ont été extraites à partir des banques de données utilisées (voir détails des recherches en Annexe 1). Concernant les pratiques suisses, 57 documents ont été relevés. Après exclusion des doublons, 5844 références sont répertoriées. 94 articles scientifiques ont finalement été retenus, en addition à 31 documents se référant aux pratiques suisses.

### 3.1 Remarque liminaire

La revue présentée reflète ce qui a été relevé et sélectionné à l'occasion de la recherche de littérature et, par conséquent, une partie de tout ce qui a été écrit sur le sujet. La littérature relevée ne reflète sans aucun doute pas toutes les démarches existantes, ces dernières n'ayant pas forcément été toutes documentées et les sources relevées étant conditionnées par la démarche employée, notamment par le choix des banques de données et le choix des mots-clés. C'est pourquoi cette démarche est rendue transparente et que le maximum a été fait pour en garantir la reproductibilité.

### 3.2 Programmes intégrant des pair·e·s aidant·e·s

Au total, 41 articles faisant référence à des pair·e·s aidant·e·s (abrégiés 'PAs') ont été retenus. Il s'agit d'études qualitatives (17) cherchant à décrire les effets de l'intégration des PAs ou leur rôle, d'études quantitatives (12) mesurant soit l'impact de l'intégration de PAs sur différentes issues (liées à la consommation ou à des maladies) soit l'évolution avant et après l'intégration des PAs, de revues de la littérature (3) relevant soit les impacts soit les différents modèles impliquant les PAs, d'études mixtes (2) portant soit sur la faisabilité, soit sur les bénéfices ou modèles, et finalement les opinions et recommandations (7) qui peuvent être descriptives (rôles) ou directives (outils, recommandations).

#### 3.2.1 Définitions (sélection) de la paire aidance

Les pair·e·s aidant·e·s (aussi appelés pairs praticiens) sont défini·e·s de façon variée dans la littérature. La définition retenue pour cette revue est celle proposée par l'association Re-pairs (2021), œuvrant en Suisse en faveur de la profession de pair praticien en santé mentale : « *Un pair praticien en santé mentale (PPSM) est un professionnel de la santé qui a souffert d'un trouble psychique ou d'une addiction. Après avoir progressé sur la voie du rétablissement et pris assez de recul sur son vécu, il a accompli une formation certifiante afin de soutenir le rétablissement d'autres personnes. Il a ainsi un rôle d'expert par expérience.* ». Il s'agit donc d'une définition avec 3 critères : une addiction (ou trouble psychique), un rétablissement, et une formation. Dans la littérature, les définitions des pair·e·s peuvent fortement varier en fonction des contextes et des objectifs des interventions, et inclure des personnes sans historique d'addiction, avec une addiction actuelle, et des formations diverses (Satinsky et al., 2021). De façon générale, les pair·e·s mentionné·e·s dans la littérature relevée sont toutefois des personnes qui correspondent à la définition de base ci-dessus.

Les pair·e·s aidant·e·s interviennent dans des cadres très variables, à savoir les hôpitaux généraux, spécialisés ou psychiatriques, les services ambulatoires, les unités de santé pour femmes enceintes, les urgences, la prison, l'hôpital pour vétérané·e·s.

Différentes équipes ou programmes intégrant des pair·e·s ont fait l'objet de publications. Les caractéristiques essentielles de ces programmes figurent dans le tableau ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des programmes intégrant des pair-e-s aidant-e-s

Nom du programme	Référence(s)	Caractéristiques
ACEM <sup>a</sup>	(Byrne et al., 2023)	Il s'agit d'un modèle où les PAs sont le premier point de contact avec le système de santé et/ou social des personnes. Il s'agit d'un suivi proactif, mettant les personnes en lien avec les services dont ils-elles ont besoins. Les pair-e-s n'ont que peu ou pas de contact direct avec les autres prestataires, mais sont à disposition de la personne concernée afin de l'aider à réduire la consommation mais aussi à améliorer son fonctionnement biopsychosocial et à améliorer sa qualité de vie. Selon des observations empiriques (pas d'évaluation d'impact), il s'agit d'une approche prometteuse pour augmenter l'engagement <sup>g</sup> des patient-e-s, réduire l'utilisation de l'hôpital ou la consommation d'alcool.
AMCT <sup>b</sup>	(Gehring et al., 2022; Hyshka et al., 2019)	L'équipe, qui consiste en un-e médecin spécialiste en addictions, un-e infirmier-ère spécialisé-e, des travailleurs-euses sociaux-ales, un-e conseiller-ère en addictions, et des pair-e-s aidant-e-s intervient dans un hôpital. Elle donne des soins addictologiques, de la réduction des risques, et des soutiens liés à la santé mais aussi sociaux pour les patient-e-s.
IMPACT <sup>c</sup>	(Collins et al., 2019; Englander, Collins, et al., 2018; Englander, Dobbertin, et al., 2019; Englander et al., 2017, 2020; Englander, Mahoney, et al., 2019; Englander, Wilson, et al., 2018; King et al., 2020, 2022)	Un service de liaison en addictions interne à l'hôpital constitué d'un médecin, un travailleur social, et deux pairs. Ce service va vers les patients, conseille les médecins concernant la gestion du sevrage et de la douleur, évalue les troubles de consommation de substances, initie le traitement médicamenteux de l'addiction. Un lien avec les institutions communautaires de traitement est également établi, en employant du personnel des institutions communautaires pour faire des évaluations à l'hôpital, pour effectuer le triage et la coordination entre systèmes. Cette équipe a fait l'objet de publications qualitative et quantitatives.
RESTORE <sup>d</sup>	(Park et al., 2023)	Dans une unité ambulatoire de maladies infectieuses, une équipe constituée d'un clinicien, d'un-e psychiatre addictologue, un-e thérapeute, et des pair-e-s, propose un traitement médicamenteux et du soutien par les pair-e-s. Dans le contexte de la pandémie, de la télémédecine et de groupes de soutien téléphoniques ont été mis en oeuvre.
EDPN <sup>e</sup>	(Santos et al., 2023)	Initié par un financement externe, le projet consiste en la création d'un programme de pair-e-s navigateurs, qui assistent les patient-e-s à prendre le premier rendez-vous aux services de rétablissement. Ils et elles offrent également du case management et de l'aide avec des besoins de services sociaux. Le programme inclut également la distribution de bons pour de la buprénorphine et la distribution de kits de naloxone. Une association statistique a été constatée entre l'introduction du programme et une diminution de consultations aux urgences et hospitalisation pour des raisons liés aux complications liées à la consommation d'opiacés et pour toute autre cause.
POINT <sup>f</sup>	(Dir et al., 2021)	Des pair-e-s interviennent aux urgences afin d'orienter les patient-e-s vers un traitement à la sortie. Il n'y a pas de médecin addictologue associé.

**Notes :**<sup>a</sup> Assertive community engagement model<sup>b</sup> Addiction medicine consult team<sup>c</sup> Improving addiction care team<sup>d</sup> Recognize. Empower. Support. Transform. Overcome. Reflect. Engage<sup>e</sup> Emergency department peer navigator<sup>f</sup> Planned outreach, intervention, naloxone, and treatment<sup>†</sup><sup>g</sup> L'engagement tel que défini dans les articles relevés ici concerne le fait de se rendre aux rendez-vous thérapeutiques.

D'autres publications ne nomment pas un programme ou une collaboration ; elles font partie des résultats rapportés ci-après.

### 3.2.2 Activités, objectifs et effets attendus de l'intégration de pair·e·s aidant·e·s

Forchuk et al. (2016) présentent clairement la gamme de soutien qui peut être proposée par des pair·e·s aidant·e·s, qui va d'un soutien amical au soin intégré dans la prise en charge médicale. De manière liée, les pair·e·s aidant·e·s peuvent intervenir dans divers contextes : dans les services hospitaliers, les prisons, ou directement dans les communautés (par exemple, sensibilisation dans la rue, visite au domicile des personnes ayant accepté de contacter les services). Ils-elles peuvent intervenir de diverses manières : en entretien face-à-face, en discussion de groupe, dans des activités quotidiennes (par exemple, lors de la cuisine), pendant des ateliers thérapeutiques, etc. (Walde et al., 2023).

Le·la pair·e peut opérer comme soutien psycho-social et comme point d'entrée dans l'ensemble des systèmes (logement, finances, éducation, social) dont les soins (Byrne et al., 2023). Il·elle intervient durant l'hospitalisation (Collins et al., 2019), afin d'agir comme un « pont » entre équipe de soins et patient·e. Un rôle important qui est souvent relevé est celui d'aide pour les transitions entre les soins y compris dans le cadre de la sortie et/ou du suivi en organisant la suite du traitement et en faisant des check-in réguliers voire en accompagnant les patient·e·s aux rendez-vous (Kawasaki et al., 2019; Santos et al., 2023). Les différentes tâches accomplies par les pair·e·s ont fait l'objet d'une analyse qualitative faisant intervenir 43 participant·e·s dans des focus groups et entretiens, et sont d'ordre direct (construire une relation, connecter avec des ressources, faciliter des groupes etc) et indirectes (planification, administration, supervision et formation p.ex.)(Jacobson et al., 2012). Les pourcentages de temps passé à accomplir ces tâches sont de 56% pour les tâches directes, et de 44% pour les tâches indirectes.

Les pair·e·s aidant·e·s prennent une posture de soins centrés sur la personne, sans jugement (Velez et al., 2017), l'objectif étant de construire une relation singulière avec les patient·e·s, basée sur la confiance et le partage d'expériences vécues, qui contribue à l'alliance thérapeutique générale (Collins et al., 2019; Francia et al., 2023; McCann & Lubman, 2021; Walde et al., 2023). Les patient·e·s perçoivent les pair·e·s aidant·e·s comme des personnes authentiques, attentionnées, honnêtes, sécuritaires et engagées, qui comprennent sincèrement la situation dans laquelle les personnes se trouvent (Francia et al., 2023; Launay & Maugiron, 2017), et qui, de par leur présence, offrent un point d'expérience d'engagement positif avec le système de santé (Collins et al., 2019). Leur présence augmente la crédibilité et la confiance envers l'équipe et les soins (Velez et al., 2017). De plus, les pair·e·s soutiennent la prise de décision, aident à naviguer et orienter les personnes vers différentes ressources, défendent leurs intérêts auprès de l'équipe médicale et de l'institution et ont un rôle de « traduction » entre les soignant·e·s et les patient·e·s (Collins et al., 2019; Stack et al., 2022; Walde et al., 2023).

### 3.2.3 Avantages et désavantages de l'intégration de pair·e·s aidant·e·s

#### 3.2.3.1 Pour les patient·e·s et les soignant·e·s

##### L'essentiel en bref

Les études spécifiques et les revues de littérature sélectionnées dans le cadre de la présente recherche de littérature suggèrent pour la plupart des effets positifs de l'intégration des pair·e·s aidant·e·s, tant sur le bien-être des patient·e·s que sur l'alliance thérapeutique. Globalement, les interventions impliquant des pair·e·s apparaissent comme prometteuses, bien que les effets sur la problématique d'addiction soient parfois faibles et pas toujours statistiquement significatifs.

En plus des études quantitatives spécifiques décrites dans le Tableau 2, des revues de la littérature traitant de la question de l'**efficacité** sont rapportées.

Une revue narrative traitant des interventions dans le système judiciaire (Hamilton et al., 2022) relève une augmentation de l'engagement dans les soins post-carcéraux si une équipe interdisciplinaire intervient en prison, ainsi qu'une réduction de la consommation de substances, des visites médicales non planifiées, de la dépression générale et de l'anxiété, ainsi qu'une augmentation de l'emploi et du revenu mensuel chez les patient·e·s en lien avec un·e PA.

Stack et al. (2022), dans le cadre d'une revue narrative, mettent en avant des bénéfices de la présence des pair·e·s dans les institutions de traitement et de rétablissement (par exemple, des centres communautaires) : une diminution de la consommation et une abstinence accrue ; une stabilité accrue du logement ; une diminution de l'utilisation des hôpitaux, des salles d'urgence et des centres de désintoxication ; une diminution des poursuites pénales ; et une réduction de l'anxiété et de la tension. Les auteurs relèvent aussi des problématiques liées à ce rôle : les PAs font face à de la stigmatisation, du stress émotionnel, de la discrimination, et le travail avec des personnes souffrant d'une addiction peut faire émerger des traumatismes indirects (Stack et al., 2022).

Une revue systématique (Eddie et al., 2019) signale que souvent l'intégration des PA n'a pas d'effets positifs, qu'ils sont d'ampleur faible à modérée lorsqu'ils existent et peuvent être attribués à des erreurs méthodologiques dans certains cas.

Ce même constat est partagé par Gormley et al (2021) dans une autre revue systématique ; des effets sont relevés, mais seules deux études parmi les douze répertoriées sont des essais cliniques randomisés, et seulement la moitié inclut un groupe contrôle. Là encore, les auteurs concluent que l'implication des PAs semble prometteuse, mais qu'il serait nécessaire de standardiser les outcomes mesurés, de décrire les interventions et qualifications des pair·e·s impliqué·e·s, et de mener des études de bonne qualité avec des groupes de contrôle.

Tableau 2 – Programmes intégrant des pair·e·s aidant·e·s – Efficacité

Référence	Type d'étude	Nom/descriptif de l'intervention	Indicateurs d'efficacité	Mesures des effets (au sens statistique)
<b>(Park et al., 2023)</b>	Longitudinale, sans groupe contrôle n=105	RESTORE <sup>a</sup> ; équipe multidisciplinaire	Rétention dans le programme, anxiété, consommation d'alcool, consommation d'héroïne, overdose non fatale	L'ensemble des indicateurs diminue de façon significative. La rétention dans le programme est de 83% après 3 mois, 76% après 6 mois
<b>(Beaudoin et al., 2022)</b>	Essai contrôlé randomisé n=648	Intervention behaviorale par un·e pair·e (contrôle : intervention standard par un·e travailleur·euse social·e)	Traitement pour troubles liés à l'usage de substances dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital,	Pas de différence significative (32 vs 30% dans les groupes, respectivement. Toutefois, ce taux relativement élevé de contacts avec un traitement indique qu'une intervention comportementale aux urgences peut être considérée comme potentiellement prometteuse, qu'elle soit dispensée par un·e pair·e ou un·e travailleur·euse social·e.
<b>(Bernstein et al., 2005)</b>	Essai contrôlé randomisé n=778	Intervention motivationnelle brève par des pair·e·s	Abstinence selon analyse capillaire	L'intervention augmente l'abstinence à 6 mois pour la cocaïne. Pour l'héroïne et pour les deux substances, la diminution n'est pas significative.
<b>(Jack et al., 2022)</b>	Analyse rétrospective n=111	Intervention brève fournie par les pair·e·s	Prescription de buprénorphine dans les 30 jours après la sortie, nouvelle hospitalisation ou le fait d'aller à un rendez-vous de suivi	Pas de différence significative entre les personnes ayant vu un·e pair·e ou non.
<b>(Englander, Dobbertin, et al., 2019)</b>	Analyse rétrospective, apparié par score de propension <sup>a</sup> n=624	IMPACT <sup>b</sup> : équipe multidisciplinaire proposant traitement médicamenteux, comportemental, réduction des risques et liens avec le traitement après sortie de l'hôpital	Participation au traitement (deux ou plus de demandes de traitement à des jours distincts)	Significativement plus de participation dans un traitement pour les troubles liés à l'usage de substances
<b>(Samuels et al., 2018)</b>	Analyse rétrospective n=151	Soins usuels, Naloxone à prendre à la maison, Entretien avec un·e pair·e (et établissement de liens pour traitement à la sortie si souhaité) et naloxone	Initiation de traitement médicamenteux pour les troubles liés à l'usage de substances, retour aux urgences pour cause d'overdose, mortalité après 1 an	Pas de différences significatives entre les groupes.

Tableau 2 – Programmes intégrant des pair·e·s aidant·e·s – Efficacité (suite)

Référence	Type d'étude	Nom/descriptif de l'intervention	Indicateurs d'efficacité	Mesures des effets (au sens statistique)
<b>(Santos et al., 2023)</b>	Analyse rétrospective n=149	Programme de navigation par les pair·e·s aux urgences	Nombre de visites aux urgences, nombre d'hospitalisations	Une diminution de ces nombres est constatée en association avec l'implémentation du programme.
<b>(Tracy et al., 2011)</b>	Essai contrôlé randomisé n=96	Mentoring par les pair·e·s et/ou traitement des doubles diagnostics	Engagement dans les soins (nombre de rendez-vous tenus) après sortie de l'hôpital	Le mentoring par les pair·e·s couplé au traitement des doubles diagnostics et le mentoring par les pair·e·s seul augmentent les deux le suivi par rapport au traitement standard. L'effet est comparable, ce qui indique une certaine efficacité du mentoring par les pair·e·s, dans le sens qu'un résultat comparable est obtenu avec cette intervention seule par rapport à cette intervention associée à un traitement des doubles diagnostics.
<b>(Magidson et al., 2021)</b>	Essai contrôlé randomisé	Intervention comportementale dispensée par les pair·e·s	Adhésion au traitement pour le VIH	L'adhésion au traitement contre le VIH est augmentée de façon significative.

**Notes :**

<sup>a</sup> Recognize. Empower. Support. Transform. Overcome. Reflect. Engage

<sup>b</sup> Improving addiction care team

<sup>c</sup> Apparié par score de propension: il s'agit de substituer un groupe de contrôle par des personnes similaires (en termes de certaines caractéristiques) aux participant·e·s.

Concernant les **ressentis** des patient·e·s et des soignant·e·s, le Tableau 3 résume les principaux résultats.

Tableau 3 – Programme intégrant des pair·e·s aidant·e·s – Ressentis

Référence	Type d'étude	Ressentis des patient·e·s	Ressentis des soignant·e·s
(Walde et al., 2023)	Qualitative ; 23 entretiens ou participants aux focus groups	Se sentir compris, construction d'espoir, effets sur les attitudes et point de vue vis-à-vis la thérapie et l'addiction. <i>Comportement du pair rappelant le passé de consommation.</i>	
(Collins et al., 2019)	Mixte : questionnaire et questions ouvertes, n=46 patient·e·s et 12 membres de l'équipe	Humanisation, non-jugement, PAs permettent de reprendre de l'agentivité sur les soins en augmentant leur confiance en leurs décisions, modification de l'attitude vis-à-vis de l'équipe (transfert de la confiance à l'équipe en entier) et du traitement, expérience positive avec le système de santé, ouverture vers un traitement après l'hospitalisation. <i>Perception des PAs comme manipulateurs·trices et agents secrets de l'hôpital.</i>	Comprendre davantage les expériences, et mieux ajuster les pratiques, augmenter la compréhension et l'empathie, désamorçage de situations difficiles et diminution de l'anxiété du personnel, établissement d'un climat de confiance et de crédibilité
(Francia et al., 2023)	Qualitative n=20	Etablissement de la confiance et la crédibilité, création de l'espoir, capacité d'approcher de manière informelle, accessibilité à long terme résulte en une alliance thérapeutique renforcée. Point de contact positif avec le système de santé.	
(Velez et al., 2017)	Qualitative n=32	Création de confiance et crédibilité, représentent la possibilité d'un rétablissement, compréhension de la situation du·de la patient·e	Développement de compréhension et d'empathie

De manière générale, les PAs sont vu·e·s positivement par les patient·e·s, bien que quelquefois des ressentis négatifs puissent également être relevés. Toutefois, tous·toutes les patient·e·s n'acceptent pas de voir un·e pair·e ; selon Liebling et al. (2021), 12% ont refusé la consultation.

Comme les patient·e·s, le personnel relève une augmentation de la compréhension. Qui plus est, grâce à leur position auprès des patient·e·s et des équipes de soin, les PA peuvent aider à l'identification des préoccupations dans les structures hospitalières, ce qui permet de développer par la suite des programmes visant à répondre à ces enjeux (Collins et al., 2019). Les PA peuvent faciliter le changement de culture à l'intérieur des structures hospitalières en partageant leurs connaissances et en modélisant des interactions moins hiérarchisées avec les patient·e·s, et peuvent réduire la stigmatisation et le manque de confiance entre soignant·e·s et patient·e·s (Stack et al., 2022). Les ressentis du personnel hospitalier autour de l'implémentation d'une intervention multidisciplinaire impliquant des pair·e·s aidant·e·s (Englander, Collins, et al., 2018) indiquent que cette intervention permet de situer l'addiction en tant que maladie, avec des traitements adaptés. Les professionnel·le·s ont relevé qu'avant cette intervention, l'hospitalisation ne prenait pas explicitement en charge l'addiction, menant à un environnement de traitement chaotique, de l'insatisfaction du côté du personnel et une prise en charge lacunaire des patient·e·s. L'intervention de spécialistes en addiction, resituant l'addiction en tant que maladie, a permis au personnel hospitalier de

changer de point de vue. L'implémentation de cette prise en charge claire avec des protocoles établis a allégé, clarifié et apaisé les interactions avec les patient·e·s.

Du point de vue des patient·e·s ainsi que du personnel, les PAs créent des ponts, et augmentent la compréhension mutuelle (Liebling et al., 2021).

Ce rôle de créer des ponts ne se limite pas à la relation entre patient·e·s et soignant·e·s, mais concerne également les différents services, en aidant les patient·e·s à naviguer dans le système. Ainsi, des pair·e·s intervenant chez des personnes souffrant de VIH et d'addiction ont permis d'aider les patient·e·s de surmonter le fonctionnement en silo entre maladies infectieuses et addictologie (Magidson et al., 2019). Les PA aident les personnes souffrant de VIH à intégrer un traitement pour d'éventuelles addictions, et peuvent également aider à détecter le VIH chez les personnes consommatrices de drogues injectables. Ces programmes de conseils et de dépistage volontaires menés par les PA peuvent améliorer l'accès au dépistage du VIH chez les consommateur·trice·s, bien que seulement une partie (40.7% parmi une cohorte de 600 consommateurs) ne soit d'accord de prendre un test rapide administré par un·e PA (Markwick et al., 2014). Par ailleurs, la volonté de s'engager dans ces programmes est prédite pas une exposition antérieure à des programmes dispensés par des pair·e·s (Markwick et al., 2014). L'objectif de réduction des risques du VIH ou d'autres maladies infectieuses peut également être articulé grâce aux pair·e·s : des études ont pu montrer une augmentation de dépistages du VIH et de l'hépatite B, une réduction de l'incidence et de la prévalence du VIH, ainsi qu'une augmentation de l'achèvement des traitements de l'hépatite C (Satinsky et al., 2021). En Norvège, des pair·e·s ont également mis en place un service de bus de proximité pour tester l'hépatite C, qui a pu tester des centaines de personnes, et est associé à un suivi approfondi en vue d'un traitement rapide (Lygren et al., 2019).

Toujours en Norvège, certain·e·s représentant·e·s de pair·e·s se sont engagé·e·s dans un conseil consultatif du conseil municipal de Bergen, ce qui a contribué à restructurer les salles d'injection pour permettre des modes de consommation plus sûrs (Lygren et al., 2019). De façon générale un modèle intégrant des pair·e·s est très acceptable pour les soins VIH ; des rôles différents pour les pair·e·s au niveau individuel et au niveau du système (formation des soignant·e·s, advocacy) sont identifiés et l'activité des pair·e·s est perçue comme pouvant réduire la stigmatisation (Magidson et al., 2022).

### 3.2.3.2 Pour les pair·e·s aidant·e·s

Être engagé·e en tant que pair·e aidant·e a pu être perçu comme permettant une progression dans le développement personnel, professionnel et dans ses objectifs de carrière (McCann & Lubman, 2021). Le fait de s'engager en tant que PA a aussi été défini comme « bénéfique » pour les objectifs de traitement des pair·e·s elles-mêmes : cela aide à réduire sa consommation ou maintenir l'abstinence, à rester ou se connecter aux traitements ainsi que de construire de meilleurs réseaux de soutien social (Satinsky et al., 2021; Tracy et al., 2011).

Cependant, le rôle de PA amène de nombreux défis : des sentiments de stress, un syndrome de l'imposteur, un épuisement dû au fait de toujours avoir besoin de légitimer son statut et de s'intégrer au milieu (ici hospitalier) (Collins et al., 2019), un rythme de travail rapide, l'intensité des soins et les fortes demandes des patient·e·s (Stack et al., 2022). La stigmatisation et la discrimination que peuvent ressentir les pair·e·s de la part de leurs collègues contribuent également à la détresse émotionnelle ou l'épuisement professionnel (Stack et al., 2022). Le travail émotionnel intense avec les patient·e·s peut mener à un épuisement émotionnel, ou même accroître le risque de rechute des pair·e·s elles-mêmes (Englander et al., 2020; McCann & Lubman, 2021). Ces difficultés sont plus ou moins intensifiées en fonction de la gravité des maladies des patient·e·s, ou de l'intensité de l'environnement hospitalier (Englander et al., 2020).

Une autre problématique est liée à leur faible rémunération, qui peut mener à ce que des tâches additionnelles leur soient déléguées dans un contexte où les financements des structures sont diminués. Les PA peuvent alors être vu·e·s comme des alternatives peu onéreuses à certain·e·s professionnel·le·s, dans le case management et le travail social notamment (Stack et al., 2022).

Les PA ont relevé qu'ils·elles ont eu besoin de s'accepter et d'avoir confiance en soi (notamment vis-à-vis des différentes attentes que leur rôle soulevait). Une peur particulière a été soulevée : celle du conflit entre s'assimiler à la culture professionnelle et de perdre son appartenance à ses pair·e·s ; de pouvoir naviguer entre la langue et communication professionnelle, puis de l'abandonner lorsqu'ils·elles se retrouvaient entre pair·e·s (Collins et al., 2019).

### 3.2.3.3 Conclusions avantages et désavantages

En résumé, malgré quelques résultats contradictoires, les bénéfices globaux de l'implication des pair·e·s pour **l'engagement des patient·e·s dans les soins et la création de liens**, menant à de meilleurs résultats en termes de santé que ce soit en lien avec la consommation ou avec les comorbidités ne semble pas mis en doute par les études dédiées à leur potentielle efficacité. Pour le personnel soignant également, les résultats rapportés dans la littérature semblent témoigner d'une meilleure relation avec les patient·e·s, et d'une meilleure qualité de vie au travail. Toutefois, sur ce point précis, un biais de publication est à craindre ; des expériences négatives, qui par hypothèse pourraient être désastreuses pour l'équipe, n'auraient que peu de chances d'être rapportées. De plus, dans la littérature, les résultats sur la santé et la méthodologie suivie pour l'intégration des pair·e·s sont rapportés séparément. Ainsi, le lien entre le profil précis d'une intervention et les éléments déterminants permettant d'obtenir des résultats positifs ou non n'est pas possible.

Les résultats pour les pair·e·s aidant·e·s eux·elles·mêmes sont plus mitigés et peu relevés de façon chiffrée. Il semblerait que si la possibilité d'un bénéfice personnel existe, de nombreux défis sont à surmonter pour ces personnes dans ce rôle. Ces personnes courent un risque réel de rechute si leur intégration n'est pas soignée et la supervision n'est pas suffisamment soutenue.

Ces éléments permettent de dire que dans le cadre d'une étude, il semblerait intéressant de relever les résultats liés aux patient·e·s, mais également des indicateurs de la santé au travail du personnel, que ce soit du point de vue de la satisfaction ou d'autres indicateurs liés à la santé au travail (jours d'absences, nombre de départs p.ex.) et des données concernant les pair·e·s aidant·e·s afin de contrôler le risque que cette implication peut représenter pour eux·elles.

### 3.2.4 Freins, facilitateurs, pratiques conseillées

#### 3.2.4.1 Freins / défis

Les freins se situent au niveau du contexte, c'est-à-dire systémique, au niveau de la structure, au niveau de l'équipe et finalement à des niveaux individuels.

Au niveau du contexte, les défis sont d'abord financiers. Les remboursements, qui nécessitent des processus de facturation complexes, freinent l'implémentation de PA. Le manque d'expérience des PA en ce domaine a pu conduire à des rapports inexacts, des pénalités financières, et il se peut que les remboursements ne couvrent pas tous les frais (Crisanti et al., 2022; Stack et al., 2022). Un autre défi à ce niveau-là est la pénurie du personnel, et en particulier des pair·e·s aidant·e·s, qui peut également être un facteur empêchant la mise en place d'un tel service (Crisanti et al., 2022). Un obstacle potentiel est relevé au Kentucky ; les patient·e·s noir·e·s ou afro-américain·e·s atteint·e·s de troubles d'usage de substances

sont moins susceptibles d'être inscrit·e·s dans le traitement proposé par les pair·e·s. De plus, bien qu'aucune différence ait été trouvée dans la population générale hospitalisée, les patient·e·s noir·e·s des urgences sont moins redirigé·e·s et accompagné·e·s vers un centre de traitement partenaire (Webb et al., 2022). Bien que ces résultats ne semblent pas directement transposables en Suisse, ils relèvent un risque de discrimination au sein de cette population qu'il s'agit d'identifier dans le contexte Suisse et prévenir.

Des défis spécifiques ont été relevés dans le contexte rural, où l'implémentation d'un programme intégrant des pair·e·s dans le service des urgences requiert plus d'adaptations, rencontre des obstacles liés notamment à la protection des données et aux transports des patient·e·s, se heurte à des lacunes dans la communication interne et des difficultés de culture interne, et finalement rencontre des barrières personnelles liées à des attitudes et croyances du personnel en place (Watson et al., 2022).

Au niveau de la structure hospitalière, la hiérarchie professionnelle rigide des hôpitaux, contrastant avec le rôle de pair·e, a été cité à plusieurs reprises comme un défi pour l'implémentation de ce type de pratique. Une méta-analyse se focalisant sur les pays à revenus faibles et intermédiaires soulève que les problèmes juridiques rencontrés par les institutions lors de la mise en place d'une intervention par les pair·e·s ont pu freiner certains projets (Satinsky et al., 2021). Un défi légal, l'exigence d'un casier judiciaire vierge pour un emploi par l'hôpital, peut être contourné en mandatant une organisation de pair·e·s (Crisanti et al., 2022), mais un autre défi, l'accès aux données des patient·e·s (Watson et al., 2022) peut alors survenir.

Au niveau du service, l'introduction d'un·e pair·e amène des changements, qu'il faut accompagner et discuter, dans la redéfinition du périmètre de certains rôles plus « traditionnels », ou de l'interaction avec le personnel paramédical (Mutschler et al., 2019), sous peine de manque de clarté des rôles (Jack et al., 2018; Jacobson et al., 2012) ou de tensions au sein de l'équipe (Jack et al., 2018). La rotation des pair·e·s (Satinsky et al., 2021), et des médecins (Lygren et al., 2019) peut être un défi supplémentaire. L'irrégularité des demandes rend difficile une prise en charge constante (Crisanti et al., 2022). La perception des pair·e·s concernant l'addiction et l'objectif de rétablissement peut diverger de l'optique de l'institution. Dans une clinique centrée sur le traitement des troubles d'utilisation de substances, certain·e·s pair·e·s, en particulier les fumeurs·euses ont mentionné que l'abandon du tabac n'était pas une priorité dans leur coaching. 26% des pair·e·s interrogé·e·s ont fumé avec des patient·e·s, notamment également pour aider à construire un lien (Streck et al., 2023).

Au niveau individuel, il n'est pas toujours confortable pour les patient·e·s de demander de l'aide (Jack et al., 2018), et notamment dans un contexte pénal certain·e·s patient·e·s rejettent en bloc toute offre thérapeutique (Walde et al., 2023). Dans ce même contexte carcéral, il a été noté que bien que globalement positifs, les patient·e·s ne sont pas forcément au courant de l'existence des services par les pair·e·s, ou même du concept de soutien par les pair·e·s et de l'objectif visé ou du rôle joué par les pair·e·s et peuvent avoir des réserves, une méfiance générale ou une crainte d'être sondé·e·s (Walde et al., 2023).

Le rôle de pair aidant peut être mal compris, peu clair, ou même dévalorisé par leurs collègues (Collins et al., 2019; Jack et al., 2018); cela peut mener à de la stigmatisation et de la discrimination par leurs collègues. Un autre risque est le burnout dû aux demandes notamment émotionnelles de leur travail (Stack et al., 2022). Les PA peuvent également ressentir les revenus (faibles) comme un manque d'appréciation pour leur travail (Stack et al., 2022).

Les difficultés spécifiques liées au fait d'étudier l'implémentation d'une intervention dans un service d'urgences sont rapportés par Dir et al. (2021).

### 3.2.4.2 Facilitateurs

Concernant l'hôpital, la perception des preuves en faveur des programmes incluant des PAs facilite l'implémentation (Watson et al., 2022). L'inclusion des pair·e·s dans la conception des services a été évoquée (Lygren et al., 2019)

Au niveau des services, des définitions des rôles claires, de la formation spécialisée des pair·e·s (Ehrlich et al., 2020) et des soignant·e·s (Satinsky et al., 2021) et une bonne réputation du service (Hyshka et al., 2019) aident l'intégration des pair·e·s.

Pour terminer, au niveau individuel, des personnes hautement motivées (Lygren et al., 2019) et une bonne correspondance entre le-la pair·e et le rôle sont essentiels (Crisanti et al., 2022).

### 3.2.4.3 Pratiques conseillées

Bien que peu de résultats probants aient pu être relevés, un consensus semble se dégager sur certaines pratiques. Ce consensus est toutefois entaché d'un soupçon de contamination, c'est-à-dire qu'il est vraisemblable que les auteur·e·s se soient inspiré·e·s de leurs écrits respectifs. Cela vaut la peine de mentionner spécifiquement un ensemble d'études, autour de l'initiative IMPACT. Ces études incluent une étude quantitative sur des patient·e·s apparié·e·s par score de propension (Englander, Dobbertin, et al., 2019) et des études qualitatives (Collins et al., 2019; Englander, Collins, et al., 2018; King et al., 2022; Velez et al., 2017). Les résultats de ces démarches scientifiques confèrent aux descriptifs de la conception du programme (Englander et al., 2017), d'outils et de recommandations (Englander et al., 2020; Englander, Mahoney, et al., 2019) une crédibilité certaine. Les articles liés à ce programme prennent une place importante dans ce qui suit.

#### La préparation et l'embauche d'un·e pair·e aidant·e

Il s'agit de préparer la structure, préciser les rôles, préparer l'équipe en place et choisir la personne.

En terme de structure, il est primordial de planifier le mode de financement du programme et comment ce programme est présenté au sein de l'hôpital (Englander et al., 2020).

La définition claire du rôle des pair·e·s et de leur cahier des charges est une nécessité (Ehrlich et al., 2020; Englander et al., 2020). Pour le cahier des charges, prévoir des temps de repos conséquents est parfois préconisé (Launay & Maugiron, 2017). Stack et al. (2022) complètent cette liste en mettant en avant qu'il est nécessaire de préciser quelles sont les compétences demandées, et ce également afin de définir le rôle et le champ d'exercice. L'approche dans laquelle s'ancre le programme de pair·e·s est également à discuter (Tracy et al., 2011).

Plus concrètement, les pair·e·s peuvent remplir des rôles différents. Quatre activités principales ont été identifiées : aider à naviguer dans le système de soin, apporter du soutien dans le changement de comportement, réduire les impacts négatifs des troubles d'usage de substances, et établir des relations (Jack et al., 2018). Mais les pair·e·s peuvent aussi mener des groupes thérapeutiques (Walde et al., 2023) et remplir un rôle de dépistage de problématiques liées à la consommation, par exemple dans des départements des urgences (Gertner et al., 2021). Il s'agit de choisir parmi ces différents rôles et de préciser le périmètre des activités des pair·e·s.

Le rôle des pair·e·s peut donc être centré dans un service, ou comme décrit par Tracy et al (2011) dans l'établissement hospitalier, où ils-elles aident les patient·e·s à s'orienter. Quel est le rôle pour lequel un·e PA sera engagé doit être déterminé en amont de son emploi, tout comme ses caractéristiques. Dans le

cas particulier du milieu carcéral par exemple, la consommation passée de substance n'est pas considérée comme suffisante, mais il est nécessaire pour les patient·e·s que le·la pair·e ait eu une expérience carcérale (Walde et al., 2023). Afin de garantir la correspondance entre PA et tâche, ce qui est identifié ci-dessus comme un facilitateur, engager plus d'un·e pair·e aidant·e peut être important. En effet, cela permet d'avoir des caractéristiques personnelles différentes (par exemple, le genre, l'âge, l'origine ethnique, la personnalité, le type de substance consommée, ou encore des troubles concomitants) afin de correspondre au mieux aux personnes, à leurs besoins et leurs parcours (Walde et al., 2023).

Des systèmes de certifications peuvent conditionner le remboursement des services de pairs (Stack et al., 2022). Par ailleurs, pour la structure et le service, il est nécessaire de penser aux formations initiales et continues auxquelles devront participer les personnes embauchées (Englander et al., 2020).

Le processus d'embauche doit être précisé ; Englander et al. (2020) prônent un processus collaboratif et structuré pour l'embauche et le maintien des pair·e·s dans l'équipe. Launay et Maugiron (2017) préconisent, lors des entretiens, de privilégier les candidat·e·s avec qui le contact passe bien, qui ont un certain enthousiasme, une perception positive des soins ou encore ayant une capacité à utiliser leur propre parcours de rétablissement comme un outil d'échanges futurs avec les patient·e·s.

Stack et al. (2022) mettent en avant que les aspects liés à la discrimination et la stigmatisation doivent être abordés au niveau systémique, et en intégrant pleinement les PA au sein des équipes. Par ailleurs, la reconnaissance formelle du rôle peut également se faire au niveau salarial et des avantages sociaux (Stack et al., 2022). Ces décisions sont également prises avant l'engagement des PA.

Une fois le rôle et le fonctionnement décrits, Crisanti et al. (2022) résument les étapes nécessaires pour soutenir l'intégration des pair·e·s et l'adhésion de l'équipe hospitalière de la façon suivante : (1) l'embauche d'un·e pair·e qui convienne bien au contexte dynamique du service dans lequel il·elle s'insère, (2) la formation du personnel du service sur la valeur et le rôle des pair·e·s, (3) l'établissement de protocoles de flux de travail et finalement (4) fournir aux pair·e·s une formation et une supervision appropriée.

### **L'intégration des PAs**

Le processus de supervision est primordial afin de permettre aux PA de bien comprendre leur rôle et faire face aux défis. Ce processus doit être réfléchi et préparé (Englander et al., 2020). Les PA ont insisté sur l'importance de prendre soin de soi, d'être en contact avec la communauté de guérison (comme par exemple, continuer à se rendre aux cercles de parole) et de bénéficier d'une supervision (Collins et al., 2019). Stack et al. (2022) préconisent de faire une supervision appropriée et formelle une fois par semaine pour examiner la charge de travail et les diverses interactions. Il est conseillé que le·la superviseur·se ait une expérience avec les personnes en rétablissement, et puisse prendre en compte les divers traumatismes que les addictions ont pu créer. Cette supervision doit être axée sur le rétablissement selon Stack et al (2022). Il arrive que le·la superviseur·se coanime les ateliers et les entretiens menés par les pair·e·s (Tracy et al., 2011). Byrne et al. (2023) mettent en avant que la supervision peut se faire par un·e pair·e plus expérimenté·e et/ou par la co-supervision de clinicien·ne·s (par exemple, un·e conseiller·ère en addictions, un·e psychologue clinicien·e) sous la forme de séances de supervision régulières, individuelles et de groupe. L'expérience rapportée par Launay et Maugiron (2017) ne prévoyait pas de supervision, mais deux soignant·e·s de « référence » qui avait pour mission de favoriser l'intégration du·de la pair·e, de l'accompagner et d'être disponibles pour des temps d'échange.

La préparation de l'équipe à l'arrivée d'un·e pair·e aidant·e nécessite de discuter et d'anticiper les changements de posture que va apporter l'intégration de pair·e·s dans les services, et de créer un espace pour que les doutes et les craintes puissent être exprimés et que des réponses puissent être apportées ; par ailleurs, les pair·e·s devraient faire partie intégrante de l'équipe, et non fonctionner seul·e de leur côté. Il·elle est par exemple présent·e lors des réunions de synthèse (Launay & Maugiron, 2017).

Ehrlich et al (2020) identifient la nécessité de veiller à l'intégration des PA dans l'équipe. Le fait de prévoir une phase d'intégration, réfléchi à plusieurs pour éviter les incertitudes et les mécompréhensions est une bonne pratique (Launay & Maugiron, 2017). Dans l'expérience rapportée, cette phase d'intégration a débuté avec une période d'observation afin de se familiariser du service, faire connaissance avec les membres de l'équipe ainsi que les patient·e·s, et se familiariser avec les méthodes et la philosophie de travail. Ensuite, dans un second temps, il-elle co-animait certains groupes d'éducation thérapeutique, et d'échanges de parole.

### **La posture du·de la PA et l'interaction avec les patient·e·s**

Les patient·e·s ont relevé que la confiance a pu se construire en tête-à-tête, mais également lors d'interactions informelles et occasionnelles, notamment lors d'activités quotidiennes (comme par exemple la cuisine ou la pâtisserie, ou de visites dans les services), ou encore en écoutant le-la pair·e parler à d'autres patient·e·s (Walde et al., 2023).

Les petits gestes humanisant les patient·e·s, comme par exemple passer dire bonjour, rassurer la personne, etc., ont été relevés comme significatifs par les bénéficiaires (Collins et al., 2019; Francia et al., 2023). De plus, les patient·e·s et l'équipe de soin ont estimé que les PA communiquaient franchement et directement, ce qui permettait aux bénéficiaires des soins de bien comprendre les enjeux (Collins et al., 2019).

Certains articles ont relevé des phrases prononcées par les pair·e·s aidant·e·s qui ont pu aider sur divers aspects (Collins et al., 2019; Francia et al., 2023). P.ex :

- Les pair·e·s aidant·e·s expliquent aux patient·e·s qu'ils-elles n'ont rien à signaler au reste de l'équipe, à part les rapports obligatoires. Ceci permet de construire une relation de confiance, permettant aux patient·e·s de se confier.
- En se portant garant·e·s de l'équipe médicale : « si l'équipe ne se souciait pas de vous, ils ne m'auraient pas embauché... ». Ce type de phrase permettait aux personnes de rester dans les soins, et donc de les recevoir.
- En partageant des exemples pratiques d'actions à mettre en place, « essaye ça ou ça, et regarde vers où ça te mène », qui permettent de donner espoir et de mettre en avant les capacités des patient·e·s.
- En soutenant et réhumanisant le-la patient·e. Par exemple en rappelant à la personne qu'elle n'est pas mauvaise ou aussi aliénée qu'elle le pense.

### 3.3 Programmes intégrant un service de liaison

Au total, 49 articles se réfèrent à un service de liaison. Parmi ceux-ci, certains intègrent également des pair·e·s aidant·e·s et, pour cette raison, 6 ont été détaillés dans le chapitre précédent. Deux seront mentionnés à nouveau dans ce chapitre à certains endroits, p.ex. la description de la composition de ces services. Deux relèvent de la formation et un traite plus spécifiquement du travail social. Parmi les 40 articles restants, 7 sont des études qualitatives traitant des impacts sur les patient·e·s, leur rôle d'acteur de leurs propres soins, des difficultés des soignant·e·s au sein des équipes de liaison, et l'intérêt à disposer de telles équipes. À cela s'ajoutent 19 études quantitatives qui s'intéressent essentiellement aux impacts sur la santé de patient·e·s, aux coûts, et aux avis des soignant·e·s, ainsi que trois revues de la littérature et quatre études mixtes traitant du développement, de l'audit, des apprentissages de services de liaison ont été relevées. Pour terminer, cinq études sont de l'ordre du retour d'expérience ou d'opinion, décrivant les rôles et compositions des équipes de liaison et les bienfaits perçus.

#### 3.3.1 Activités, objectifs et effets attendus de l'intégration d'un service de liaison

Les services de liaison en addictologie sont des équipes mobiles, qui ont comme tâches principales de former et assister les équipes soignantes, intervenir auprès des personnes ayant des troubles de type addictif et élaborer des protocoles de soins et de prise en charge (Jenny et al., 2020; Ministère du travail et des affaires sociales, 2000). Une taxonomie des différents modèles hospitaliers de prise en charge des addictions fait un inventaire de 6 modèles, dont 3 de type « liaison », incluant notamment le service de liaison en addiction interprofessionnel, et des modèles décrits comme fondés dans la pratique, intégrant le traitement de l'addiction dans la prise en charge standard (Englander et al., 2022). Les services de liaison en addictologie se distinguent de la psychiatrie de liaison puisque l'addictologie comporte également une expertise concernant les conséquences somatiques de l'usage de substances psychoactives en plus des interventions brèves et entretiens motivationnels (Poloméni et al. 2018). Voilà pourquoi les services de liaison en addictologie sont seuls traités dans cette revue.

Concrètement, lorsque le·la clinicien·ne de référence soupçonne ou diagnostique un problème relatif à une consommation de substance psychoactive, le service de liaison intervient et évalue le risque d'addiction du·de la patient·e. En fonction de la gravité du problème dépisté, une intervention spécifique est définie pouvant mener par exemple à une désintoxication pharmacologique, la participation à des entretiens motivationnels pour réduire la consommation (Bernal-Sobrino et al., 2023) ou la gestion médicamenteuse de l'addiction et/ou de la douleur (Englander, Mahoney, et al., 2019). Parfois, le service de consultation-liaison vise le changement de comportement des médecins, en participant régulièrement aux tournées de soins primaires de routine (Diehl et al., 2009). Au-delà des soignant·e·s, les équipes de liaison peuvent intervenir pour renforcer une collaboration interdisciplinaire et la transmission d'outils dans des hôpitaux où chaque service (par exemple somatique et psychologique) travaille en silo, répondant ainsi au manque de légitimité ou de connaissances exprimé (Jenny et al., 2020; Ong et al., 2018).

Quant au personnel constituant un service de liaison, Murphy et al (2009) décrivent une équipe constituée d'un·e médecin addictologue, d'un·e psychologue et d'un·e travailleur·euse social·e. Pour sa part, l'équipe de type IMPACT, dont il a déjà été question dans le chapitre dédié aux pair·e·s aidant·e·s (voir section 3.2.1) est constitué de médecins (1.3 ETP), d'un·e infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e (1.0 ETP), de travailleur·euses sociaux·ales (2.0 ETP) et de pair·e·s (1.5 ETP) (Englander, Mahoney, et al., 2019). Ces deux exemples montrent qu'en dépit d'objectifs comparables voire identiques, les choix quant aux professionnel·le·s constituant l'équipe peuvent varier.

Les services de liaison sont, de façon générale, considérés comme acceptables par les soignant·e·s et répondent à un besoin (Beckett et al., 2022; Brothers et al., 2021) ; les horaires et la connaissance des services sont des points importants.

Afin de tenir compte des spécificités des pays, sont intégrés dans ce chapitre également des articles traitant de services addictologiques en soutien aux services somatiques impliquant un degré de collaboration. Il ne s'agit pas de services de liaison correspondant à la définition ci-dessus, mais qui impliquent de la collaboration interprofessionnelle. Un tel service est par exemple la *Bridge Clinic*: lorsqu'une personne aux urgences est identifiée avec un trouble d'usage des opioïdes, celle-ci est redirigée vers cette clinique pour un traitement complet (soins primaires, maladies infectieuses, gestion de la douleur et psychologie comportementale) d'une durée maximale de trois mois (Audet et al., 2023).

Un autre exemple se situe en Écosse, dans une clinique de soins aigus pour patient·e·s atteint·e·s d'hépatite C, où l'hôpital a mis en place un service ambulatoire d'infirmières de liaison en addictions, dont la principale responsabilité est d'évaluer et prendre en charge des patient·e·s souffrant de problèmes d'addictions. Le service remplit différentes fonctions : évaluation de l'addiction ; passation d'examen cognitifs ; orientation ultérieure vers des services spécialisés ; recherche et évaluation ; formation et éducation du personnel infirmier, médical et autre ; soutien à la prise en charge par méthadone/suboxone ; éducation et promotion de la santé ; gestion du sevrage de substances ; interventions psychosociales ; conseils et soutien en matière de dépendance aux drogues illicites et licites (Brown et al., 2013). Les infirmier·ère·s peuvent également proposer une prise en charge individuelle des soins liés à l'alcool, comme proposé dans l'intervention CHOICE ayant lieu dans des soins primaires (Bradley et al., 2018). Au Canada, un centre de soin a quant à lui mis en place un service de liaison en médecine des addictions (AMCS) non officiel organisé par des médecins-assistant·e·s en formation postgrade (Brothers et al., 2021).

Finalement, un modèle de traitement résidentiel combiné pour des patient·e·s requérant un traitement antibiotique par intraveineuse d'au moins deux semaines et un traitement addictologique s'est soldé par un échec ; beaucoup de patient·e·s déclinaient le traitement résidentiel, en souhaitant prioriser le traitement somatique avant d'envisager un traitement de l'addiction (Englander, Wilson, et al., 2018).

### 3.3.2 Avantages et désavantages de l'intégration d'un service de liaison

#### L'essentiel en bref

Le Tableau 4 suggère que l'introduction d'équipes de liaison a, de manière générale, des effets positifs sur les résultats des patient·e·s concernant la dépendance à l'alcool, et pour des mesures relatives à la gestion du trouble plutôt que l'abstinence. Pour d'autres substances psychoactives et des résultats liés à la diminution de la consommation, les résultats sont le plus souvent statistiquement non significatifs.

Qualitativement, les services de liaison peuvent, de par leur vocation de formation, situer l'addiction en tant que maladie au sein de l'hôpital et proposer des protocoles de traitement ainsi que du soutien aux équipes. Ceci aide à la déstigmatisation des patient·e·s, à la généralisation d'une prise en charge fondée sur les preuves quant à l'efficacité (médication p.ex) et à l'amélioration de la satisfaction au travail des soignant·e·s.

Le Tableau 4 présente les **études quantitatives** qui apportent des éléments de réponse quant à l'efficacité, notamment en termes de réduction de la problématique d'addiction des patient·e·s, de l'intégration d'une équipe de liaison.

Outre les études quantitatives spécifiques, des **revues de la littérature** traitent également de la question de l'efficacité. Une première telle revue a montré que l'initiation de la buprénorphine aux urgences est bénéfique si elle est associée à une sortie où un lien a été établi avec l'institution de traitement qui prendra en charge la personne par la suite (Salter et al., 2020). Bien que cette revue ne traite pas directement des équipes de liaison, les deux éléments constitutifs du succès (prescription de buprénorphine et lien avec l'institution de traitement) sont visés directement par les objectifs des équipes de liaison, que ce soit par le biais d'une intervention directe auprès des patient·e·s ou par les efforts de formation auprès du personnel. Ce résultat est confirmé par des simulations (Barocas et al., 2022) basées sur la littérature qui estiment que, par rapport aux soins habituels, une intervention médicamenteuse, la mise en place de services de liaison en addiction et la stratégie combinant ces deux approches augmenteraient chacune l'espérance de vie (de 0.5, 0.94 et 1.01 ans respectivement) et diminuerait les hospitalisations (de 808, 1187 et 1326 hospitalisations respectivement).

Tableau 4 – Programme intégrant une équipe de liaison – Efficacité

Référence	Type d'étude	Nom/descriptif de l'intervention	Indicateurs d'efficacité	Mesures des effets (au sens statistique)
<b>(Clifton et al., 2022)</b>	Mesure avant-après initiation n=512	COMET <sup>a</sup>	Prescription de sortie de buprénorphine ou de méthadone	La prescription d'agonistes durant l'hospitalisation est augmentée après l'initiation de COMET
<b>(Hillman et al., 2001)</b>	Mesure avant-après initiation (n=100)	Specialist Alcohol Liaison Service	Complétion d'un traitement de réhabilitation	Parmi les personnes commençant un traitement, le taux de complétion est significativement plus élevé après l'introduction du service de liaison (88% contre 40%).
<b>(Bernal-Sobrinio et al., 2023)</b>	Analyse rétrospective n=615	Équipe de liaison addictologique dans un programme de traitement de l'addiction à l'alcool	Mortalité à l'hôpital, durée de séjour, risque de réadmission 12 mois	Les 3 indicateurs baissent pour les patient·e·s référés à l'équipe de liaison.
<b>(Woodruff et al., 2014)</b>	Essai contrôlé randomisé n=700	SBIRT <sup>b</sup> (contrôle : intervention sur la sécurité routière)	Abstinence	Pas d'effet de l'intervention SBIRT. Les problèmes psychiatriques et médicaux ont diminué dans les deux groupes
<b>(Bradley et al., 2018)</b>	Essai contrôlé randomisé n=304	CHOICE <sup>c</sup>	Nombre de jours de grande consommation, abstinence ou consommation dans les limites recommandées	Aucune différence dans les mesures primaires. Un plus grand pourcentage de jours d'abstinence est constaté à 3 et à 12 mois pour les participant·e·s du groupe contrôle, et l'état de santé est meilleur dans le groupe intervention à 12 mois.
<b>(McCall et al., 2022)</b>	Analyse rétrospective n=2195	SBIRT <sup>b</sup>	Hospitalisation, visites aux urgences et coûts associés	Pas d'effets significatif pour la totalité des personnes concernées (consommation d'alcool ou de substances illicites). Pour les personnes ayant une consommation problématique d'alcool, diminution significative du nombre d'hospitalisations ou visites aux urgences, et une réduction des coûts
<b>(Baird et al., 2007)</b>	Essai contrôlé randomisé, analyse secondaire n=539	Intervention motivationnelle brève + booster,	Blessure en rapport avec l'alcool et conséquences négatives à 12 mois	Effets significatifs sur les deux outcomes. La participation à la « booster session » est un prédicteur positif.

Tableau 4 – Programme intégrant une équipe de liaison – Efficacité (suite)

Référence	Type d'étude	Nom/descriptif de l'intervention	Indicateurs d'efficacité	Mesures des effets (au sens statistique)
<b>(Nordeck et al., 2018)</b>	Analyse rétrospective	Initiation de traitement agoniste à l'hôpital	Nouvelle hospitalisation à 30, 60, 90 et 120 jours	L'association n'est pas significative.
<b>(Saitz et al., 2013)</b>	Essai contrôlé randomisé n=563	Mise en œuvre d'un service de liaison avec soins longitudinaux (contrôle : rendez-vous de soins primaires et liste de ressources pour le traitement),	Abstinence, sévérité d'addiction, qualité de vie en rapport avec la santé, problèmes liés aux stupéfiants	Pas de différence significative pour la population en entier. Différence significative pour les personnes avec une dépendance à l'alcool, pour qui les problèmes liés à l'alcool (mais non la consommation) ont diminué.
<b>(Diehl et al., 2009)</b>	Étude cas-contrôle	Mise en œuvre d'un service de liaison par l'inclusion d'un·e psychiatre dans les visites des soins primaires	Taux de détection des troubles de consommation d'alcool	Dans le service de soins primaire incluant le psychiatre dans les visites, les taux de détection des troubles de consommation d'alcool a significativement augmenté. Il a également été montré que les patient·e·s ont davantage été orienté·e·s vers les traitements spécifiques à l'addiction à l'alcool <sup>d</sup>

**Notes :**

<sup>a</sup> Caring for patients with Opioid Misuse through Evidence-based Treatment ; il s'agit d'un service de liaison constitué d'un·e médecin hospitalier·ère et un·e travailleur·euse social·e

<sup>b</sup> Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment

<sup>c</sup> Choosing Healthier Drinking Options in Primary Care ; suivi des soins personnalisé par un·e infirmier·ère auprès d'ancien·ne·s combattant·e·s ayant des problèmes d'alcool

<sup>d</sup> Les médecins de cette étude se sont prononcé·e·s en faveur de la poursuite du service de consultation-liaison.

Une étude qualitative montre par ailleurs que le ressenti des patient·e·s est positif par rapport à une initiation d'un traitement pendant l'hospitalisation via le service de liaison en addictions. Cette intervention facilite l'engagement des patient·e·s dans le traitement, peut motiver un changement de comportement en matière de consommation d'opioïdes, garantir une prise en charge adéquate de la douleur et ainsi mener à un maintien du traitement de substitution et aider la relation patient-soignant (Calcaterra, Lockhart, et al., 2022). Une étude qualitative centrée sur les soignant·e·s (Callister et al., 2022) relève que les les médecins hospitaliers sont plus confiants dans leur prescription de méthadone et de buprénorphine pour traiter le sevrage des opioïdes suite à la disponibilité d'un service de liaison addictologique. De leur point de vue ceci améliore les résultats pour les patient·e·s et une meilleure satisfaction au travail. Toutefois, les infirmier·ères indiquent que la prescription varie entre médecins et que des protocoles pourraient pallier ce problème. Par ailleurs, des difficultés dans la gestion de la douleur persistent (Callister et al., 2022). Des soignant·e·s affirment que la présence d'un tel service de consultation permet de réduire la stigmatisation parmi des soignant·e·s hospitalier·ères internalisée et favorise le traitement des troubles d'utilisation de substances fondé sur des preuves (Hoover et al., 2022).

De manière globale, un groupe interprofessionnel spécialisé intégrant des pair·e·s (IMPACT) a permis à une grande partie des patient·e·s d'améliorer leur confiance en le personnel médical, bien qu'il existe un groupe de patient·e·s qui a une confiance basse et persistante. Les éléments permettant d'augmenter cette confiance sont le non-jugement, l'autonomie, et la perception de compétence dans le traitement des addictions et des douleurs. Cette augmentation de la confiance reste souvent limitée aux membres du groupe spécialisé (King et al., 2022), mais elle est particulièrement importante, la peur de la stigmatisation et du jugement, voire de ne pas être traité correctement pouvant mener à ne pas consulter (Troberg et al., 2022). Une analyse des profils de suivi des patient·e·s pris·e·s en charge par ce groupe interprofessionnel montrent des niveaux de consommation de substances inférieurs aux profils de référence (King et al., 2020).

L'utilité des équipes de liaison dans les services d'urgence est illustrée pour aider à identifier des syndromes d'hyperémèse cannabique (Pélissier et al., 2016). Un service de liaison en addictologie et en addiction à l'alcool pour les adolescent·e·s à Sydney a permis de faciliter l'engagement et la participation au traitement pour les jeunes référé·e·s (Phillips et al., 2014). Un descriptif du service (données relevées entre 2008 et 2012) montre que l'efficacité des interventions et des services de liaison varie en fonction de la population : les adolescent·e·s ayant eu des antécédents de violence et d'agressivité, ou les jeunes autochtones d'Australie ainsi que les personnes en provenance des urgences (qui représente largement la plus grande part des jeunes référés), ont été les plus difficiles à impliquer dans les soins.

La description d'une collaboration interprofessionnelle dans le domaine des soins prénataux pour des femmes enceintes souffrant d'une addiction indique que celle-ci aurait permis d'améliorer la coordination des soins et accru la satisfaction des patientes et des prestataires. Elle aurait également permis d'améliorer les attitudes exprimées par les soignant·e·s vis-à-vis des patient·e·s (Goodman, 2015). L'introduction d'un service de liaison en obstétrique aurait permis d'augmenter nettement la détection des trouble d'utilisation de substances chez les femmes enceintes (Morrison et al., 1995). Ces deux éléments sont des retours d'expérience.

La nécessité de soins intégrés pour les adolescent·e·s est illustrée par Chadi et al. (2020) avec des exemples de cas de maladies chroniques qui exacerbent la consommation de substances.

Des entretiens qualitatifs ont permis de relever l'importance de collaboration dans le domaine du VIH et des addictions. En discutant du rôle « d'agent·e·s de santé communautaires » (ASC), qui font le lien entre les patient·e·s et l'hôpital et en ce sens constituent une liaison, ces entretiens ont fait émerger que celui-ci permet une détection des problèmes de dépendance aux substances, en particulier lors de visites à

domicile (Magidson et al., 2019). Cependant, ces mêmes entretiens ont mis en avant que les ASC peuvent avoir des réactions stigmatisantes envers les patient·e·s qui consomment et ont parfois transmis des messages inexacts aux patient·e·s. puisqu'ils et elles ont eu peu de formation en termes de dépistage des conduites addictives et n'ont que peu de connaissances des traitements possibles ou des ressources vers lesquelles rediriger les patient·e·s. Par ailleurs, les patient·e·s ayant participé à l'étude préféreraient que le service soit proposé par des pair·e·s. En terme de compréhension de l'addiction, des résultats similaires ont été obtenus dans une étude qualitative chez des soignant·e·s qui voient souvent l'addiction comme un échec individuel de la personne, et des patient·e·s qui redoutent ce point de vue, mais des postures empathiques ont également été relevées chez le personnel (Pauly et al., 2015). Des grandes différences de vision de la problématique et des patient·e·s entre personnes travaillant dans le service spécialisé et étant impliqué dans le suivi de ces patient·e·s en dehors de l'équipe spécialisée ont été relevées (Gehring et al., 2022), notamment aussi sur la nécessité de se préoccuper des besoins sociaux des patient·e·s à l'hôpital.

De manière globale ces éléments soulignent l'importance de la mission de formation des équipes de liaison addictologiques.

Un audit de dossiers de patient·e·s en détoxification alcoolique référés au service de psychiatrie montre des manquements dans le traitement que ce soit par l'équipe des soins primaires, ou par l'équipe psychiatrique. Toutefois, les différents oublis sont complémentaires, concernant les soins psychiatriques/addictologiques et somatiques respectivement. Ces audits soulignent les améliorations possibles avec la mise en œuvre d'un service de liaison (Ong et al., 2018).

Comme pour la partie sur les pair·e·s, des effets sur le personnel sont ici également possibles. Une seule étude qualitative les relève. L'épuisement professionnel des personnes travaillant dans un service de consultation en addictions était lié à des obstacles systémiques. Ces facteurs génèrent de la frustration, de l'impuissance. La résilience quant à elle est renforcée par le sens du travail, le fait de faire une différence concrète dans la vie des patient·e·s. Finalement, la dynamique de l'équipe joue un rôle dans les perceptions d'épuisement professionnel et de résilience, mais peut faire partie des deux facettes (Bredenberg et al., 2023).

### **3.3.2.1 Conclusions avantages et désavantages**

Moins d'éléments peuvent être apportés concernant les avantages et désavantages des équipes de liaison que pour les pair·e·s aidant·e·s. Toutefois, les équipes de liaison semblent plutôt favoriser une initiation de traitements agonistes aux opiacés et avoir des effets positifs surtout concernant la consommation problématique d'alcool : sa détection, la diminution de problèmes liés à cette consommation voire une diminution des hospitalisations et des coûts. Des articles relevant l'importance de collaboration traitaient de la maternité, des urgences et de traitements pour le VIH spécifiquement. Un des objectifs des équipes de liaison en addictologie est la formation ; là encore des besoins sont relevés. La présence de l'équipe de liaison et son interaction avec le personnel aiderait à diminuer la stigmatisation et à augmenter la satisfaction au travail des soignant·e·s.

### **3.3.3 Freins, facilitateurs et pratiques conseillées**

Jenny et al (2020) relèvent plusieurs freins au travail des équipes de liaison en addiction et proposent des pistes de solution. En premier lieu, leur mission institutionnelle de sensibilisation et de soutien des équipes est freinée par le fait que le soin des patient·e·s passe au premier plan. Par ailleurs, la représentation des soignants des personnes souffrant d'addiction et de l'addictologie en tant que discipline, ainsi que des addictions par lesquelles les soignant·e·s peuvent être concerné·e·s eux et elles-mêmes peut être erronée.

La relation de soin est compliquée de par les demandes intenses des patient·e·s concerné·e·s par les addictions, qui peuvent générer de l'agacement par les soignant·e·s.

Un facteur facilitant le succès d'un service de liaison a été sa notoriété (Brothers et al., 2021). Elle permet d'atténuer un autre défi soulevé qu'est celui du référencement des patient·e·s au service de liaison. Même lorsque tout·e·s les prestataires de soin ont connaissance de l'existence du service de liaison, certain·e·s professionnel·les n'ont jamais orienté de patient·e·s vers ce dernier. De plus, parmi celles et ceux qui ont été référé·e·s au service, 32% ne se sont pas présenté·e·s (Brown et al., 2013). Bernal-Sobrinó et al. (2023) ont mis en avant différents biais impactant la détection des problèmes d'addiction par les services de médecine somatique. Les professionnel·les peuvent être réticent·e·s à discuter avec les patient·e·s de leurs consommations, les patient·e·s peuvent ne pas souhaiter participer à ce type de conversation ou d'intervention par la suite. La consommation excessive d'alcool est parfois considérée comme un comportement « normal » et pas identifié comme un problème nécessitant des soins médicaux à moins qu'il y ait des problèmes médicaux directement liés à l'alcool, et finalement, lorsque les problèmes de dépendance à des substances sont déjà inscrits dans le dossier des patient·e·s, les professionnel·les considèrent parfois que les patient·e·s ont déjà été évalué·e·s et suivent un programme.

Quant à la mise en place du service de liaison lui-même, cela demande de revoir l'organisation et les priorités des services. En effet, dans le contexte de l'étude de Diehl et al. (2009), la mise en œuvre du service de consultation-liaison a nécessité jusqu'à 3 heures de travail supplémentaire par semaine pour le psychiatre de liaison, et jusqu'à 1 heure supplémentaire pour les médecins de premier secours avec lesquels ils-elles travaillent. Deux mises en place de services de consultation en addiction sont décrites (Calcaterra, McBeth, et al., 2022; Englander et al., 2017). Les deux commencent par une analyse des besoins et des structures existantes. Les différentes parties prenantes sont impliquées rapidement, notamment la direction de l'hôpital et les partenaires futurs (centres de traitement). Puis, un financement est trouvé. Dans un cas, ce financement a été obtenu en établissant les gains attendus par le programme (en terme de jours d'hospitalisation de la population concernée) et juxtaposés aux coûts du programme (Englander et al., 2017) afin d'établir un « business case ». Dans l'autre programme, le financement obtenu était sous la forme d'une bourse pour la mise en œuvre du programme, qui est centré sur la formation de médecins hospitaliers à l'addictologie (Calcaterra, McBeth, et al., 2022). La suite (en termes financiers) n'est pas détaillée.

Ensuite, des contacts sont établis avec les structures de traitement aux opioïdes. Une fois le personnel engagé, le programme est implémenté et une forte communication du service est préconisée, afin que l'ensemble de l'hôpital puisse connaître son existence. Les liens avec les structures existantes étant considérés particulièrement importantes, les travailleur·euses sociaux·ales ont visité les centres de traitement aux opioïdes et plus généraux (Calcaterra, McBeth, et al., 2022).

Finalement, des entretiens menés auprès de prestataires de soin et de patient·e·s d'un centre médical ayant mis en place une Bridge Clinic, c'est-à-dire un service hospitalier servant de pont entre les urgences et les services de traitement à l'extérieur de l'hôpital, ont relevé de nombreuses difficultés (Audet et al., 2023) : En premier lieu, les prestataires ont mentionné des difficultés à identifier les personnes ayant un trouble addictif dans le service des urgences, et à les réorienter vers la clinique. Ces obstacles sont notamment basés sur la stigmatisation et les préjugés utilisés pour identifier cette population, dont seulement un sous-type spécifique de profil est reconnu. De plus, les prestataires ne sont pas toujours familiers avec la Bridge Clinic et reconnaissent ne pas rediriger les patient·e·s, notamment car aucun protocole clair n'avait été défini. Cet aspect pourrait être amélioré par une plateforme de planification en ligne à laquelle tous·tes les prestataires de soin pourraient accéder. Pélissier et al. (2016) mentionnent que le manque de temps dans le service des urgences est un obstacle majeur au dépistage de la consommation de drogues. Le fait que les personnes soient renvoyées le plus rapidement possible dès que leur état de santé leur permet rend difficile une démarche addictologique.

Du point de vue des facilitateurs, les protocoles pour la médication, la gestion du sevrage, la politique de l'hôpital relative à la consommation de substances (Englander, Mahoney, et al., 2019; Jenny et al., 2020) et des aides à la prise en charge de la douleur facilitent le travail des équipes soignantes et le travail des équipes de liaison. Le ministère de santé de New South Wales (2015) fournit des propositions de protocoles et d'implémentation d'un service de liaison en addictologie. Il souligne que les façons de contacter ce service en tout temps doivent être claires et accessibles pour le personnel de soin.

Barocas et al. (2022) ont rapporté qu'au vu de l'expérience clinique, les services de consultation en addictologie connaissent plus de succès lorsqu'ils sont créés dans un milieu où se trouvent des personnes pouvant prescrire des traitements agonistes ou des médecins spécialisés en addictologie. En effet si le service de consultation est seul habilité à prescrire ces médicaments, la fonctionnalité en serait réduite en raison des capacités limitées auxquelles est restreint ce type de service qui, selon les estimations des auteur·ice·s, ne pourrait évaluer que 25% des personnes souffrant d'une addiction aux substances.

Au vu de ces différents freins et facilitateurs se dégagent quelques démarches générales à adopter.

Au niveau de la structure, les professions suivantes sont toujours impliquées : des médecins (addictologues), des infirmiers·ères spécialisé·e·s ainsi que des personnes compétentes pour un soutien psycho-social. Pour ce troisième groupe, il peut s'agir de psychologues, travailleurs·euse sociaux·ales, de pair·e·s, ou de conseillers·ères certifié·e·s en addictologie (Englander, Mahoney, et al., 2019; McDuff et al., 1997; Murphy et al., 2009). Attwod et al (2022) soulignent l'importance d'inclure un·e spécialiste des maladies infectieuses.

La formation permet de s'accorder sur la pratique ; ainsi les ELSA en France sont formées au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), ainsi qu'à des techniques d'entretien, par exemple motivationnels (Poloméni et al., 2018).

Un processus pour la mise en place d'un service dirigé par des infirmiers·ères visant la prévention des overdoses chez les personnes hospitalisées est décrite par Dogherty et al (2022). Ce processus inclut quatre étapes : l'identification du problème, l'analyse de l'éthique de la démarche, l'adaptation des politiques et des pratiques et finalement la formation du personnel. La communication, l'inclusion des parties prenantes dans le processus, mais aussi l'accès qui doit être garanti en termes d'horaires et en termes d'anonymat et de non-jugement, la formation du personnel des unités, la collecte des données, et la sécurité sont des éléments à prendre en compte dans cette mise en œuvre. D'autres facteurs essentiels sont d'abord la collaboration avec les différents services de l'hôpital, qu'il s'agisse de consultations formelles ou de conversations informelles relatives à la prise en charge de patient·e·s avec une dépendance, puis le financement, qui peut être interne mais aussi externe, ainsi que l'équipe elle-même. Pour finir, la formation de prestataires de soins est également importante selon les auteurs (Murphy et al., 2009).

Au niveau interpersonnel, l'équipe de liaison en addiction doit communiquer sur la façon de l'atteindre, y compris quand ses membres ne travaillent pas (New South Wales Ministry of Health, 2015). Afin de faciliter le contact et les demandes au service, de l'information proactive via des formations internes, des présentations, des réunions de l'ensemble des départements sont préconisés (Tran et al., 2021) ; la notoriété faciliterait le recours au service de liaison (Brothers et al., 2021). Murphy et al (2009) soulignent l'importance, surtout au début, d'avoir une présence très visible auprès des collègues médecins. Dans ce cadre, il est également important de spécifier pour quelles addictions sont mobilisées les équipes de liaison. Les ELSA par exemple travaillent sur tous les types d'addiction, excepté le tabac lorsqu'il est consommé seul (Jenny et al., 2020).

Les premières heures suivant la présentation au service des urgences peuvent être un moment critique pour une intervention en matière d'addiction. Une intervention précoce de ce service peut contribuer à un soulagement rapide des symptômes et éviter une occasion manquée de s'impliquer dans un traitement pour le-la patient-e (Braithwaite et al., 2021) et un service de liaison devrait donc viser à pouvoir faciliter une intervention précoce (Lanvin et al., 2022).

Quant à la prise en charge elle-même, Attwood et al (2022) soulignent l'importance de l'absence de stigmatisation dans le traitement des patient-e-s. Ils relèvent également la nécessité de la gestion des maladies infectieuses, et la nécessité d'appliquer un modèle d'évaluation et de traitement fondé sur des preuves dans la gestion de la consommation des substances et des comorbidités psychosociales. Cela rejoint les résultats présentés par (Poloméni et al., 2018) selon laquelle les équipes ELSA offrent une expertise relationnelle et somatique, une intégration des aspects de prévention, des outils d'évaluation, des techniques d'intervention relationnelles spécifiques et une attitude adaptée ; ou des interventions standardisées, et de la pharmacothérapie.

Par ailleurs, dans le souci de promotion de l'amélioration continue d'un service, il est important de mesurer les résultats et d'intégrer le processus de dépistage dans la documentation électronique (Tran et al., 2021). Le fonctionnement d'un service spécialisé (Addiction Medicine consult team AMCT) intégrant médecins, services sociaux, conseiller-ère en addictions et infirmier-ère praticien-enne fournissant des soins spécialisés a été analysé et révisé. Le fonctionnement inclut les soins spécialisés en addiction pour les patients hospitalisés ou aux urgences, et facilite le recours au traitement et à d'autres services de santé et sociaux communautaires après la sortie. Après avoir relevé qualitativement les facilitateurs (dont notamment le bouche à oreilles) et barrières (dont la dissonance entre non-jugement de l'équipe spécialisée et l'expérience vécue au contact d'autres équipes de soins ou de sécurité) des mesures ont été prises. Celles-ci incluent notamment un service de consommation supervisé, palliant des problèmes de confiscation du matériel de consommation et de surveillance par le service de sécurité, des séances de formation avec l'intervention de personnes avec une expérience vécue de la consommation et la création d'une communauté de pratique en médecine des addictions et réduction des risques (Hyshka et al., 2019). Ce cas illustre l'importance du suivi de l'implémentation d'un tel service afin de détecter des problèmes et pouvoir y remédier.

Les équipes de liaison ont une vocation de formation, et sont donc au service des équipes soignantes pour améliorer leur prise en charge. Cela demande de leur part une écoute des difficultés de ces soignant-e-s (Jenny et al., 2020). À la suite de cette écoute, le service de liaison transmet des concepts et des outils utiles et adaptés afin de renforcer la confiance des soignant-e-s vis-à-vis des patient-e-s, tout en construisant en réseau une réflexion et une pratique spécifique pour adapter les soins à une population souffrant d'addiction. Finalement, elle veille à l'articulation entre le traitement hospitalier aigu et le suivi à long terme (Jenny et al., 2020).

Les patient-e-s ayant eu accès à la « Bridge Clinic » ont suggéré diverses améliorations : une aide pour de la nourriture et des vêtements, ainsi qu'une plus grande indulgence pour les heures de rendez-vous notamment en mettant en place un modèle sans rendez-vous (Audet et al., 2023), ce qui correspond à l'idée de proposer des réponses adaptées aux besoins de cette population. Par ailleurs, l'inclusion des patient-e-s dans l'évaluation des services de liaison/le travail interprofessionnel a fait l'objet d'une réflexion (Soklaridis et al., 2017).

Le transfert entre l'hôpital et les traitements ultérieurs mérite une attention particulière. Le fonctionnement d'une Bridge Clinic, où l'orientation est effectuée par les médecins formé-e-s en addictologie ou en médecine d'urgence et addictologie à la fois (ED-Bridge), est comparé au modèle ASSERT, où le transfert vers la prise en charge après la sortie de l'hôpital est organisée par des pair-e-s aidant-e-s ou des

travailleurs-euses communautaires présent-e-s aux urgences (Martin et al., 2020). Les différents modèles ont des avantages et inconvénients et le choix dépend du contexte ; si le modèle ASSERT dépend de places de traitement en suffisance, la Bridge clinic nécessite un investissement important et pose différents problèmes potentiels notamment de suivi par des personnes différentes alors que le modèle ED-Bridge, où le renvoi est effectué par des médecins urgentistes formés en addictologie, peut souffrir de problèmes de recrutement.

### 3.3.4 Exemples de collaborations en Suisse

En Suisse, dans le canton de Berne, la Klinik Südhang, spécialisée dans le traitement des personnes qui souffrent d'addiction, travaille en collaboration avec plusieurs autres institutions. Ce réseau comprend des unités qui ne sont pas spécialisées dans le domaine des addictions, auxquelles la Klinik Südhang peut apporter son expertise (Klinik Südhang, 2023a), notamment Localmed Bern et les Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG). Enfin, l'institution participe, dans le cadre du réseau WeST (Weiterbildung Suchttherapie), à des offres de formation sur le thème des addictions (Klinik Südhang, 2023b).

Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) compte des services spécialisés dans les questions des addictions : une policlinique de médecine des addictions (CHUV, n.d.-c), ainsi qu'une Équipe de liaison et de mobilité en addictions (ELMA) (CHUV, n.d.-a). La première est une unité d'accueil pour les patient-e-s sujet-tes à des addictions, ou leurs proches. L'ELMA, elle, propose un soutien pour permettre une bonne coordination, notamment dans les « phase[s] critique[s] de transition [...] ou une situation de complexification de la prise en charge ». Il existe également une unité de liaison hospitalière, à l'intérieur du département de psychiatrie (CHUV, n.d.-b).

Les Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) comprennent une unité spécialisée en tabacologie qui donne également des formations aux professionnel-le-s (HUG, n.d.-a), avec des liens renvoyant vers des associations actives spécifiquement dans le domaine, dont CIPRET. Une unité des dépendances pour la médecine de premier recours existe également (HUG, n.d.-b), et peut accueillir, renseigner, et éventuellement orienter les personnes concerné-e-s par un problème d'addiction. Là aussi, l'unité travaille en collaboration avec plusieurs associations actives et expertes dans le domaine, ainsi qu'avec les autres services des HUG. Pour les personnes qui présentent une problématique d'addiction, il existe également une prise en charge spécifique proposant du case management, et plus largement une aide dans les phases de transition à l'hôpital, ou à la sortie de l'hôpital (HUG, n.d.-c). Les prestations de liaison offertes dans ce cadre s'orientent, entre autres, vers les personnes « hospitalisé[es] [...] dans le département de psychiatrie pour [lesquelles] une évaluation de [leur] problématique addictive et une orientation sont nécessaires ».

Le projet SomPsyNet a été développé dans le canton de Bâle-Ville, et implique plusieurs hôpitaux du canton, en collaboration avec le département de la santé et l'Universitätsspital. Ce projet a été conçu spécifiquement dans le cadre de la stratégie nationale PDS, et est notamment financé par Promotion Santé Suisse. Ce projet réunit en un site toutes les ressources du canton en terme de professionnel les en santé psychologique, et les addictions peuvent être sélectionnées spécifiquement (SomPsyNet, n.d.). Par ailleurs, le projet impliquait une prise en charge de tout-e patient-e nouvellement arrivé-e dans les hôpitaux prenant part au projet, avec un questionnaire sur sa situation psychosociale, ainsi qu'un suivi à 6 mois après la sortie de l'hôpital (Basel-Express, 2020).

Le canton de Fribourg a conduit en 2021 (DSAS, 2021) une enquête sur le sujet des addictions chez les personnes âgées, et la prise en charge de cette problématique. Les différent-e-s acteur-rices de la santé

qui travaillent avec ces personnes ont été contacté·e·s<sup>5</sup> pour donner leur avis. Des liaisons entre le réseau des EMS et le réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM / FNPG) sont disponibles, selon les besoins de chaque cas. Les associations faitières demandent plus de contact, par exemple avec les EMS, pour avoir une idée plus précise « quant aux difficultés qui sont rencontrées sur le terrain en lien avec des personnes présentant une problématique addiction » (DSAS, 2021, p.51). Les médecins spécialisé·e·s en gériatrie, ou dans le domaine des addictions, déplorent le manque de structure spécialisée pour ces deux domaines, d'où une difficulté de prendre en charge les personnes concernées. L'accent est mis sur un besoin de synergie, de mise en réseau des informations et de partage de bons outils de dépistage, notamment pour pouvoir faire de manière plus correcte des diagnostics différentiels, par exemple avec la démence. Sur ce même thème de l'addiction des personnes âgées le canton de Genève (Secrétariat du Grand Conseil, 2019) cite comme mesure voulue la mise sur pied d'actions pour « prévenir les risques associés à la consommation d'alcool chez les personnes âgées » (p.61) avec l'intervention des HUG.

Addiction Valais (n.d.) relève les difficultés liées à la tentative de mieux prendre en charge les personnes potentiellement sujettes à l'addiction (ici à l'alcool) aux urgences. Des projets sont évoqués, pour agir tant auprès d'un public plus jeune que des consommateur·trices plus âgé·e·s. Ces interventions ne sont pas perçues comme source de surcharge pour les équipes, et être « adapté au service » (p.16). Le manque de temps est toutefois souligné comme limite, ainsi que la difficulté de maintenir le projet de manière pérenne, du fait du « tournus constant des médecins assistants » (p.20). La problématique des difficultés pour les professionnel·le·s de la santé d'évoquer la question de la consommation d'alcool est elle aussi mise en avant. Des pistes sont proposées, dont notamment un relai des problématiques d'alcool « dans la lettre de sortie adressée au médecin traitant », visant à « pérenniser la prise en soins » (p.22).

Dans le canton du Jura, un projet s'est récemment (au début de l'année 2023) mis en place pour créer une Équipe Mobile d'Interface et d'Articulation (EMIA) afin d'adapter le parcours de soins pour les personnes souffrant d'addiction (Promotion Santé Suisse, n.d.). Ce projet pilote a été relayé dans la presse, et semble s'orienter dans un premier temps vers les problématiques d'addiction et d'hépatite C (RTN - Radio Télévision Neuchâtel, 2023), mais avec l'objectif d'élargir son offre ensuite sur le reste de sa durée, jusqu'en 2026 (Promotion Santé Suisse, n.d.).

Un rapport publié en 2016 par la Confédération (Confédération Suisse, 2016) sur le rôle des pharmacies dans le système de soins de base constate que ces dernières sont impliquées activement dans la détection, entre autres d'addictions. Cette mise en avant des pharmacies est relevée depuis les années 1990, avec « un rôle des pharmaciennes et pharmaciens dans la prise en charge des personnes dépendantes qui a été fortement développé depuis 2007 » (p.15). Le rapport évoque également un document mis sur pied pour aider à la circulation des informations sur les addictions.

---

<sup>5</sup> Homes pour personnes âgées, soins à domicile (Spitex, ...), associations faitières, médecins spécialisé·e·s sur la question des addictions ou en gériatrie, et pharmacienne cantonale

### 3.4 Programmes intégrant les services sociaux

Dans la revue de la littérature, très peu d'articles, soit six, avaient une focale centrée sur les services sociaux. Un de ces articles a été intégré déjà sous le chapitre dédié aux PAs. Par ailleurs, les services sociaux sont très souvent engagés dans des programmes ou des équipes mixtes, incluses dans les chapitres précédents (IMPACT, AMCT, EDPN, divers services de liaison).

De plus, un de ces articles était une revue systématique de la littérature, qui a mis en avant que les études sur lesquelles elle se basait étaient de mauvaise, ou très mauvaise, qualité méthodologique (Ufere et al., 2022). Toutefois, une étude menée par Beaudoin et al. (2022) comparant une intervention comportementale délivrée soit par un·e pair·e aidant·e, soit par un·e travailleur·se social·e, montre qu'il n'en résulte pas de différence significative entre les deux groupes en termes d'inscription à un programme de traitement dans les 30 jours suivant l'intervention.

La période périnatale semble particulièrement intéressante pour le travail social. Un article souligne l'importance du rôle que le·la travailleur·euse social·e peut jouer dans le suivi de femmes dans la période périnatale, empreinte d'incertitudes vis-à-vis des traitements de l'addiction et de peur de se voir séparée de l'enfant (Howard, 2016). Ce rôle peut inclure un soutien pour réduire les réactions stigmatisantes, la coordination des soins avec l'équipe interdisciplinaire ou la mise en place des groupes de soutien par les pair·e·s et professionnel·les. Un autre descriptif de ce rôle est proposé par Cook (1997), qui estime que l'évaluation initiale est primordiale, et doit être précédée par une analyse des motivations propres du·de la travailleur·euse social·e et une formation concernant l'addiction, le processus de rétablissement et la prévention de rechutes. Puis l'intervention (interdisciplinaire) et les difficultés rencontrées (légales, raciales, liés au genre, à la culture...) sont décrites.

Un article comparant une intervention consistant en une hospitalisation brève avec des interventions diverses (entretiens motivationnels, re-dessin de son mode de vie, gestion des émotions) suivie d'une prise en charge par un·e travailleur·se social a un groupe contrôle n'ayant pas eu de traitement pour des personnes consommant de la kétamine, montre que l'anxiété et les besoins de traitement diminuent et que les personnes avancent dans leur chemin vers le sevrage de la précontemplation à la contemplation ou la préparation. Mais aucune différence n'a été constatée sur d'autres mesures, telles que l'auto-efficacité ou le mode de vie (Siu et al., 2018).

Finalement, un article comparant une intervention pluridisciplinaire intégrant les services sociaux à un traitement standard (traitement psychiatrique résidentiel focalisé sur la symptomatologie psychotique) pour des personnes avec un diagnostic de schizophrénie et un trouble d'utilisation de substances montre que le groupe intervention a une consommation d'alcool et de substances illégales réduite par rapport au traitement standard. Ces participant·e·s avaient également une meilleure qualité de vie et des améliorations des symptômes psychiatriques, ainsi que du fonctionnement social (Morrens et al., 2011).

Ainsi il est difficile de ressortir des lignes directrices pour les services sociaux, bien que les articles traitant des équipes multidisciplinaires indiquent souvent l'importance de ce volet social dans la prise en charge biopsychosociale.

### 3.5 Formations

Dans le chapitre relatif aux services de liaison, il a été relevé qu'une partie de leur mandat était la formation. Afin de formaliser l'importance de la formation dans le domaine de l'addiction que ce soit afin de faciliter la prise en charge elle-même ou la collaboration, ce chapitre supplémentaire est proposé. Il est en effet difficile de séparer les formations proposées par des services de liaison (et évaluées) d'autres formations relevées.

Le nombre d'articles est restreint ; 6 sont retenus, dont un a déjà été mentionnée dans la partie dédiée aux PAs. Ils focalisent essentiellement autour d'initiatives de télémentoring. Ce modèle (ECHO) permet d'atteindre des personnes travaillant dans des hôpitaux périphériques (Englander et al., 2021; Kawasaki et al., 2019) et des services ambulatoires (Tofighi et al., 2019). Les participant-e-s ont estimé la formation très bénéfique, et ont pu acquérir des connaissances relatives à la prescription de traitements de substitution et de la douleur ainsi que la législation en vigueur. La façon de voir ces patients a aussi évoluée pour les participant-e-s. En revanche, la pratique de prescription n'a pas évolué (comparaison avant-après les 10 semaines de cours), et dans une étude, les connaissances n'ont évolué que de façon minimale (Tofighi et al., 2019). Les procédures internes des structures, qui pouvaient ne pas permettre la substitution, constituaient un obstacle et la formation a ponctuellement amené des changements (Englander et al., 2021). Plus particulièrement chez les infirmier-ères, ECHO a été évalué de façon qualitative (Chicoine et al., 2022) ; les participant-e-s estiment avoir développé différentes compétences, et sont plus confiant-e-s en leur capacité de gérer des situation cliniques complexes. Le fait d'appartenir à un groupe et le contexte interprofessionnel facilitaient l'apprentissage. Toutefois, un manque de contenu spécifique à leur contexte local (notamment manque de ressources local) et relatif aux comorbidités était considéré comme problématique.

Une formation spécifique aux doubles diagnostics est évaluée, et les résultats sont très similaires : une plus grande confiance en le fait de pouvoir gérer des cas complexes, une grande motivation pour le cours et l'importance d'impliquer différents intervenants sont relevés (Rani & Byrne, 2012). Une grande quantité des données a été relevée (évaluations quotidiennes) ; les auteur-e-s conseillent de réduire et de prévoir, pour des programmes de formation, une évaluation globale.

Une étude a évalué s'il est efficace de former le personnel de soin à l'entretien motivationnel. Les résultats, bien que la possibilité de les généraliser n'est pas donnée, indiquent plutôt que le transfert vers une équipe de liaison résulte en des entretiens motivationnels de meilleure qualité (et en plus grand nombre) que le fait de former le personnel à mener eux-mêmes ces entretiens. Les effets sur la consommation n'ont, quant à eux, pas été mesurés (Martino et al., 2019). Ceci rejoint le constat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2020) qui relève que la collaboration interprofessionnelle tend à renforcer la professionnalité, et que la transgression dans le domaine de compétence d'un autre corps de métier est plutôt délétère et peut devenir un frein à une bonne collaboration si elle se reproduit.

### 3.5.1 Formations proposées en Suisse (sélection)

En Suisse, l'Université de Zurich dispense un cours de base sur les questions des addictions que les professionnel-les actif-ves dans le domaine de l'addiction peuvent suivre (Universität Zürich, 2023). À Zurich également, la fabb (Fachstelle für Abhängigkeitserkrankungen Bezirk Bülach) propose des formations pour différents profils, y compris les professionnel-le-s de la santé, qui souhaitent se perfectionner dans le domaine des addictions (fabb, 2023). Toujours à Zurich se déroulent les journées de la prévention. Ces journées ne mentionnent que très peu les questions d'addiction dans la prévention dans le domaine des soins. Une présentation, « Handlungsmöglichkeiten bei Suchtrisiken nutzen » (Kanton Zürich, 2023) a été relevée.

Dans le canton de Lucerne, l'association Akzent-Luzern, spécialisée dans le domaine des addictions, mentionne sur son site plusieurs formations qu'elle dispense (Akzent Luzern, 2023), en distinguant différentes approches selon l'âge des personnes concernées. Elle publie également des documents d'information, par exemple sur les questions d'intervention précoce chez les personnes en home pour personnes âgées (Akzent Luzern, 2014). Dans le canton de Soleure, l'association Perspektive, spécialisée dans le domaine des addictions, propose des modules de formation, notamment sur la question des jeux d'argent (Suchthilfe OST, 2023).

Dans le canton de Fribourg le RFSM tient des forums sur le thème de l'addiction chez les personnes âgées (COROMA, 2021). La fondation Le Torry, spécialisée sur les questions d'addictions, offre aussi des modules de formation (Le Torry, n.d.) pour professionnel-le-s de la santé. Les thèmes précis varient, et peuvent comprendre aussi bien des discussions sur les addictions liées à des substances comme l'alcool, que sur les problématiques liées aux écrans.

Promotion santé Valais propose des formations pour le personnel médical, par exemple sur les nouveaux produits du tabac (Promotion santé Valais, n.d.). Dans le canton de Neuchâtel, la ligue pulmonaire neuchâteloise dispense (ou du moins a dispensé) des formations dirigées vers des professionnel-le-s de la santé, par exemple sur la question des vaporettes (République et Canton de Neuchâtel, 2019). Dans le canton de Genève, c'est le CIPRET (Centre d'Information et de Prévention du Tabagisme) qui propose des modules d'enseignement pour les professionnel-les de la santé sur la tabacologie (CIPRET, n.d.). Il en va de même pour la Fédération Genevoise pour la Prévention Alcool / cannabis (FEGPA), qui offre également des cours (FEGPA, n.d.), ainsi que pour l'association Rien Ne Va Plus (RNVP) sur les questions de jeux d'argent et de jeux vidéo (RNVP, n.d.-a ; n.d.-b).

Pour finir, Le projet PEPra (pour Prävention mit Evidenz in der Praxis) est une plateforme développée par la FMH qui recueille des informations pour aider à la prévention chez les médecins. Elle se présente sous la forme d'un site internet qui réunit des pages d'informations à l'intention des professionnel-les de la santé<sup>6</sup>, ainsi que des conseils, des recommandations, et des modules de formation continue disponibles. Promotion Santé Suisse soutient financièrement le projet, qui est également financé par la FMH (Fédération des Médecins Suisses). Le projet a été lancé en 2020, et se déploie dans quatre cantons pilotes (Bâle-Ville, Fribourg, Lucerne, et Saint-Gall), avec pour date de fin de projet 2024. Chaque page comprend diverses informations, dont une section présentant les offres régionales disponibles, selon les cantons<sup>7</sup>, en lien à la problématique discutée. Un renvoi vers la page recensant les modules de formation continue est également présent. Sur ces pages consacrées aux modules de formation, une partie générique sur le contenu, les objectifs, le groupe cible, et les coûts est à chaque fois donnée pour décrire l'offre. Une section présente les expert-e-s qui interviennent dans la formation, et enfin une liste des dates prévues est fournie.

---

<sup>6</sup> Plus nommément, «des médecins de premier recours et des assistantes médicales (AM) et coordinatrices en médecine ambulatoire (CMA)» (PEPra, n.d.)

<sup>7</sup> Selon la région linguistique également, en fonction de la langue dans laquelle le site est affiché

## 4 Freins, facilitateurs et pratiques conseillées à retenir

Cette revue de littérature montre qu'il existe de fortes présomptions sur l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle dans les soins dans le domaine des addictions en termes de résultats pour les patient·e·s et de satisfaction au travail pour les soignant·e·s, surtout concernant l'intégration de pair·e·s aidant·e·s et d'équipes de liaison. La nécessité du travail social – forme de collaboration pour laquelle très peu de littérature a pu être relevée – n'est quant à elle absolument pas mise en doute. Les principaux points d'attention pour ces trois formes de collaboration sont la préparation des équipes et la communication. S'agissant de l'intégration des pair·e·s aidant·e·s, cette communication consiste en premier lieu en une définition claire de leur rôle au sein de l'équipe et une bonne gestion de l'intégration, impliquant une supervision régulière et l'inclusion des pair·e·s aidant·e·s lors des réunions notamment. S'agissant des équipes de liaison, il est capital qu'elles soient connues au sein des services et que les canaux de communication soient bien prédéfinis. Par ailleurs, des éléments essentiels de leur travail sont la constitution de protocoles standards de prise en charge et la transmission des connaissances liées aux addictions au sein de leur institution.

Un des avantages potentiellement importants est la possibilité d'augmenter la satisfaction au travail des soignant·e·s par le biais de la collaboration interprofessionnelle. Il s'agit de l'un des facteurs à surveiller selon les résultats de l'étude SCOHPICA (<https://scohpica.ch/resultats/>); en effet, ce facteur est (faiblement) corrélé à l'intention de rester dans la profession, mais est considéré comme étant insuffisant actuellement.

Certaines publications ou études recommandent directement des pratiques d'ordre général, qu'il est important de relever ici. Les pratiques conseillées par un comité du conseil scientifique canadien, mandaté par les pouvoirs publics concernés par l'addiction et la santé mentale, résulte en des constats similaires à ceux faits dans le présent rapport. Le premier point évoqué est d'impliquer les personnes atteintes d'un trouble lié à la consommation de substances dans les démarches afin de pouvoir proposer des services en adéquation avec leurs attentes (Addiction and Mental Health Collaborative Project Steering Committee, 2014). Un deuxième point retenu est qu'il est primordial de poser des questions concernant l'addiction lors de la prise en charge non-spécialiste. Par ailleurs, il faut que des protocoles, en particulier pour la prise en charge des addictions et du traitement de la douleur, soient en place.

De son côté, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2020) relève les freins principaux à la collaboration interprofessionnelle dans les addictions comme étant la vision différente de la problématique en fonction des professions et les différences formelles entre les médecins (en vertu de leurs responsabilités juridiques et administratives) et les autres corps de métiers. Si le premier frein est présenté comme étant facile à lever par le biais de la communication, le deuxième nécessite une posture non-dominante de la part des médecins. Les éléments facilitant la collaboration sont une compréhension partagée de l'addiction et des soins, être affilié à la même organisation pour différents services étatiques, des lieux de partage pour des problèmes avec des patient·e·s et l'allègement du travail de certains groupes professionnels grâce à la facilitation de l'interaction avec d'autres unités organisationnelles.

La littérature est peu abondante concernant le financement de ces collaborations, les valeurs sociétales associées ainsi que leur masse critique. Il s'agit de facteurs mentionnés par l'Académie Suisse des sciences médicales (2020), qui précise également qu'il s'agit d'un angle mort pour les professions médicales. Vraisemblablement ce dernier s'élargit aux professions sociales, peut-être dans une moindre mesure. Un important travail d'analyse concernant le financement a été accompli par Al Kurdi (2023), qui

relève la difficulté de financer les tâches spécifiques devant être accomplies dans le contexte de collaborations interprofessionnelles (coordination, travail aux interstices de l'offre de prise en charge, etc.) et propose des solutions pour le domaine des addictions. Bien que cela ne soit pas le cœur de leur rapport dédié aux bases de la politique (inter)cantonale en matière de pilotage de l'aide aux personnes dépendantes, Stremlow et collègues (2023) mentionne également la nécessité de pouvoir rémunérer les activités de coordination. Ils détaillent par ailleurs les difficultés posées par la dichotomie Médecine des addictions/Conseil en addictions qui semble spécifique à la Suisse.

En résumé, des pistes pour le financement existent, mais la mise en œuvre doit encore avoir lieu. Il s'agit d'un point particulièrement important, des indices existant que la collaboration interprofessionnelle pourrait mener à une diminution des coûts nette (Barocas et al., 2022; Englander et al., 2017).

En définitive, un soutien institutionnel voire structurel pour ce type de démarches est indispensable, pour leur intégration dans un contexte global d'une part, et pour leur financement d'autre part.

## 5 Bibliographie

- Addiction and Mental Health Collaborative Project Steering Committee. (2014). *Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice*. Canadian Centre on Substance abuse.
- Addiction Valais. (n.d.). *Présentation Hôpital du Chablais Riviera*. Retrieved May 30, 2023, from <http://cms.addiction-valais.ch/Upload/addiction-valais/forums/Presentation%20Hopital%20du%20Chablais%20Riviera.pdf>
- Akzent Luzern. (2014). *Leitfaden zum Umgang mit Gefährdeten. Frühintervention in Altersinstitutionen*. [https://www.akzent-luzern.ch/bestelltool/leitfaden/Leitfaden\\_Altersinstitutionen.pdf](https://www.akzent-luzern.ch/bestelltool/leitfaden/Leitfaden_Altersinstitutionen.pdf)
- Akzent Luzern. (2023). *Schulungen*. Akzent Luzern - Angebote. <https://www.akzent-luzern.ch/praevention/angebote>
- Al Kurdi, C. (2023). *Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addictions en Suisse: Enjeux et pistes d'action*. GREA. [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-sucht/finanzierung-suchthilfe.pdf.download.pdf/Financement%2520offre%2520addictions\\_2023\\_F.pdf&ved=2ahUKEwiri\\_TooN2HAXVSgv0HHbWwB98QFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw3-YTd\\_nQR7xFuvlfEx-SPU](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-sucht/finanzierung-suchthilfe.pdf.download.pdf/Financement%2520offre%2520addictions_2023_F.pdf&ved=2ahUKEwiri_TooN2HAXVSgv0HHbWwB98QFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw3-YTd_nQR7xFuvlfEx-SPU)
- Attwood, L. O., McKechnie, M., Vujovic, O., Higgs, P., Lloyd-Jones, M., Doyle, J. S., & Stewardson, A. J. (2022). Review of management priorities for invasive infections in people who inject drugs: Highlighting the need for patient-centred multidisciplinary care. *The Medical Journal of Australia*, 217(2), 102–109. <https://doi.org/10.5694/mja2.51623>
- Audet, C. M., Pettapiece-Phillips, M., Kast, K., White, K. D., Perkins, J. M., & Marcovitz, D. (2023). Implementation of a hospital-based intervention for MOUD initiation and referral to a Bridge Clinic for opioid use disorder. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 146, 208961. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2023.208961>
- Baird, J., Longabaugh, R., Lee, C., Nirenberg, T., Woolard, R., Mello, M., Becker, B., Carty, K., Minugh, P., Stein, L., Clifford, P., & Gogineni, A. (2007). Treatment completion in a brief motivational intervention in the emergency department: The effect of multiple interventions and therapists' behavior. *ALCOHOLISM-CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH*, 31(10), 71S-75S. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00498.x>
- Barocas, J. A., Savinkina, A., Adams, J., Jawa, R., Weinstein, Z. M., Samet, J. H., & Linas, B. P. (2022). Clinical impact, costs, and cost-effectiveness of hospital-based strategies for addressing the US

- opioid epidemic: A modelling study. *The Lancet. Public Health*, 7(1), e56–e64. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00248-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00248-6)
- Basel-Express. (2020, June). *Dank « SomPsyNet »—Mehr Lebensqualität für Spitalpatienten*. <https://issuu.com/baselexpress/docs/basel-express-06-2020/50>
- Beaudoin, F., Jacka, B., Li, Y., Samuels, E., Hallowell, B., Peachey, A., Newman, R., Daly, M., Langdon, K., & Marshall, B. (2022). Effect of a Peer-Led Behavioral Intervention for Emergency Department Patients at High Risk of Fatal Opioid Overdose A Randomized Clinical Trial. *JAMA NETWORK OPEN*, 5(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.25582>
- Beckett, M., Hering, R., & Urbanoski, K. (2022). Inpatient care provider perspectives on the development and implementation of an addiction medicine consultation service in a small urban setting. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 17(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00497-9>
- Bernal-Sobrino, J. L., Arias-Horcajadas, F., Varela-Rodríguez, C., Losada-Pérez, C., Blanco-Echevarría, A., Xsdel Yerro Alvarez, M. J., Martín-Mayor, M., & Rubio, G. (2023). A 3-Year Retrospective Study of the Impact of Integrating an Addiction Liaison Team into an Outpatient Alcoholism Treatment Programme. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, agad004. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agad004>
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE*, 77(1), 49–59. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.07.006>
- Bradley, K., Bobb, J., Ludman, E., Chavez, L., Saxon, A., Merrill, J., Williams, E., Hawkins, E., Caldeiro, R., Achtmeyer, C., Greenberg, D., Lapham, G., Richards, J., Lee, A., & Kivlahan, D. (2018). Alcohol-Related Nurse Care Management in Primary Care A Randomized Clinical Trial. *JAMA INTERNAL MEDICINE*, 178(5), 613–621. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0388>
- Braithwaite, V., Ti, L., Fairbairn, N., Ahamad, K., McLean, M., Harrison, S., Wood, E., & Nolan, S. (2021). Building a hospital-based addiction medicine consultation service in Vancouver, Canada: The path taken and lessons learned. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(7), 1892–1900. <https://doi.org/10.1111/add.15383>
- Bredenberg, E., Tietbohl, C., Dafoe, A., Thurman, L., & Calcaterra, S. (2023). Identifying factors that contribute to burnout and resilience among hospital-based addiction medicine providers: A qualitative study. *JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT*, 144. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108924>

- Brothers, T. D., Fraser, J., MacAdam, E., Morgan, B., Francheville, J., Nidumolu, A., Cheung, C., Hickcox, S., Saunders, D., O'Donnell, T., Genge, L., & Webster, D. (2021). Implementation and evaluation of a novel, unofficial, trainee-organized hospital addiction medicine consultation service. *Substance Abuse*, 42(4), 433–437. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1856291>
- Brown, J., McPherson, A., & Benson, G. (2013). An overview and evaluation of combining an addiction liaison nurse outpatient service with hepatitis C outpatient clinics in Glasgow, Scotland. *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 36(2), 98–104. <https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e3182895add>
- Byrne, K., Pericot-Valverde, I., Stevens, M., Melling, T., Jones, R., & Litwin, A. (2023). Evolution of the assertive community engagement model for peer recovery coaching informed by the assertive community treatment model. *ADDICTION RESEARCH & THEORY*. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2176847>
- Calcaterra, S. L., Lockhart, S., Callister, C., Hoover, K., & Binswanger, I. A. (2022). Opioid Use Disorder Treatment Initiation and Continuation: A Qualitative Study of Patients Who Received Addiction Consultation and Hospital-Based Providers. *Journal of General Internal Medicine*, 37(11), 2786–2794. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07305-3>
- Calcaterra, S. L., McBeth, L., Keniston, A. M., & Burden, M. (2022). The Development and Implementation of a Hospitalist-Directed Addiction Medicine Consultation Service to Address a Treatment Gap. *Journal of General Internal Medicine*, 37(5), 1065–1072. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06849-8>
- Callister, C., Lockhart, S., Holtrop, J. S., Hoover, K., & Calcaterra, S. L. (2022). Experiences with an addiction consultation service on care provided to hospitalized patients with opioid use disorder: A qualitative study of hospitalists, nurses, pharmacists, and social workers. *Substance Abuse*, 43(1), 615–622. <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1975873>
- Chadi, N., Schizer, M., Mountain-Ray, S., Thakur, A., Weitzman, E. R., & Levy, S. (2020). Co-occurring Substance Use Disorders in Youth With Chronic Medical Conditions: The Need for Integration of Addiction Treatment into Mainstream Medical Facilities. *Journal of Addiction Medicine*, 14(3), 261–263. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000557>
- Chicoine, G., Côté, J., Pepin, J., Boyer, L., Rouleau, G., & Jutras-Aswad, D. (2022). Experiences and perceptions of nurses participating in an interprofessional, videoconference-based educational programme on concurrent mental health and substance use disorders: A qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1), 177. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00943-w>

- CHUV. (n.d.-a). *L'Équipe de liaison et de mobilité en addictions (ELMA)*. CHUV - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Retrieved June 5, 2023, from <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/lequipe-de-liaison-et-de-mobilite-en-addictions-elma>
- CHUV. (n.d.-b). *Liaison hospitalière*. CHUV - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Retrieved June 6, 2023, from <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/liaison-hospitaliere>
- CHUV. (n.d.-c). *Policlinique du Service de médecine des addictions*. CHUV - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Retrieved June 5, 2023, from <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/policlinique-du-service-de-medecine-des-addictions>
- CIPRET. (n.d.). *Formation des professionnels*. Carrefour addictionS, CIPRET - Centre d'Information et de Prévention Du Tabagisme. Retrieved June 7, 2023, from <https://carrefouraddictions.ch/cipret/formation-cipret/formation-des-professionnels/>
- Clifton, D., Ivey, N., Poley, S., O'Regan, A., Raman, S., Frascino, N., Hamilton, S., & Setji, N. (2022). Implementation of a comprehensive hospitalist-led initiative to improve care for patients with opioid use disorder. *JOURNAL OF HOSPITAL MEDICINE*, 17(6), 427–436. <https://doi.org/10.1002/jhm.12837>
- Collins, D., Alla, J., Nicolaidis, C., Gregg, J., Gullickson, D. J., Patten, A., & Englander, H. (2019). "If It Wasn't for Him, I Wouldn't Have Talked to Them": Qualitative Study of Addiction Peer Mentorship in the Hospital. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05311-0>
- Confédération Suisse. (2016, December 10). *Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung*. <https://www.pharmasuisse.org/data/docs/de/4462/Bericht-Positionierung-der-Apotheken-in-der-Grundversorgung.pdf?v=1.0>
- Cook, C. (1997). The role of the social worker in perinatal substance-abuse. *Social Work in Health Care*, 24(3–4), 65–83. [https://doi.org/10.1300/J010v24n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J010v24n03_06)
- COROMA. (2021). *Forum Addiction Fribourg—Addiction entre l'âge actif et l'âge AVS*. COROMA - Collège Romand de Médecine de l'Addiction. [https://romandieaddiction.ch/sites/default/files/2021\\_ForumAddictionFribourg\\_Prg.pdf](https://romandieaddiction.ch/sites/default/files/2021_ForumAddictionFribourg_Prg.pdf)
- Crisanti, A., Earheart, J., Deissinger, M., Lowerre, K., & Salvador, J. (2022). Implementation Challenges and Recommendations for Employing Peer Support Workers in Emergency Departments to Support Patients Presenting after an Opioid-Related Overdose. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095276>

- Diehl, A., Nakovics, H., Croissant, B., Reinhard, I., Kiefer, F., & Mann, K. (2009). Consultation-liaison psychiatry in general hospitals: Improvement in physicians' detection rates of alcohol use disorders. *Psychosomatics*, *50*(6), 599–604. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.599>
- Dir, A. L., Watson, D. P., Zhiss, M., Taylor, L., Bray, B. C., & McGuire, A. (2021). Barriers impacting the POINT pragmatic trial: The unavoidable overlap between research and intervention procedures in “real-world” research. *Trials*, *22*(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05065-3>
- Dogherty, E., Patterson, C., Gagnon, M., Harrison, S., Chase, J., Boerstler, J., Gibson, J., Gill, S., Nolan, S., & Ryan, A. (2022). Implementation of a nurse-led overdose prevention site in a hospital setting: Lessons learned from St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, *19*(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00596-7>
- DSAS. (2021). *État des lieux: « Problèmes d'addiction chez les personnes âgées dans le canton de Fribourg »*. Rapport du Service du Médecin Cantonal. DSAS – Direction de la santé et des affaires sociales – État de Fribourg. <https://www.fr.ch/sites/default/files/2021-12/etat-des-lieux---problemes-daddiction-chez-les-personnes-agees-dans-le-canton-de-fribourg--smc-2021.pdf>
- Eddie, D., Hoffman, L., Vilsaint, C., Abry, A., Bergman, B., Hoepfner, B., Weinstein, C., & Kelly, J. F. (2019). Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder: A Systematic Review of Peer Recovery Support Services and Recovery Coaching. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1052. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01052>
- Ehrlich, C., Slattery, M., Vilic, G., Chester, P., & Crompton, D. (2020). What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, *34*(1), 107–115. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1612334>
- Englander, H., Collins, D., Perry, S. P., Rabinowitz, M., Phoutrides, E., & Nicolaidis, C. (2018). “We've Learned It's a Medical Illness, Not a Moral Choice”: Qualitative Study of the Effects of a Multicomponent Addiction Intervention on Hospital Providers' Attitudes and Experiences. *Journal of Hospital Medicine*, *13*(11), 752–758. <https://doi.org/10.12788/jhm.2993>
- Englander, H., Dobbertin, K., Lind, B. K., Nicolaidis, C., Graven, P., Dorfman, C., & Korhuis, P. T. (2019). Inpatient Addiction Medicine Consultation and Post-Hospital Substance Use Disorder Treatment Engagement: A Propensity-Matched Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, *34*(12), 2796–2803. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05251-9>
- Englander, H., Gregg, J., Gullickson, J., Cochran-Dumas, O., Colasurdo, C., Alla, J., Collins, D., & Nicolaidis, C. (2020). Recommendations for integrating peer mentors in hospital-based addiction care. *Substance Abuse*, *41*(4), 419–424. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635968>

- Englander, H., Jones, A., Krawczyk, N., Patten, A., Roberts, T., Korthuis, P. T., & McNeely, J. (2022). A Taxonomy of Hospital-Based Addiction Care Models: A Scoping Review and Key Informant Interviews. *Journal of General Internal Medicine*, 37(11), 2821–2833. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07618-x>
- Englander, H., Mahoney, S., Brandt, K., Brown, J., Dorfman, C., Nydahl, A., Weimer, M., & Gregg, J. (2019). Tools to Support Hospital-Based Addiction Care: Core Components, Values, and Activities of the Improving Addiction Care Team. *Journal of Addiction Medicine*, 13(2), 85–89. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000487>
- Englander, H., Patten, A., Lockard, R., Muller, M., & Gregg, J. (2021). Spreading Addictions Care Across Oregon’s Rural and Community Hospitals: Mixed-Methods Evaluation of an Interprofessional Telementoring ECHO Program. *Journal of General Internal Medicine*, 36(1), 100–107. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06175-5>
- Englander, H., Weimer, M., Solotaroff, R., Nicolaidis, C., Chan, B., Velez, C., Noice, A., Hartnett, T., Blackburn, E., Barnes, P., & Korthuis, P. T. (2017). Planning and Designing the Improving Addiction Care Team (IMPACT) for Hospitalized Adults with Substance Use Disorder. *Journal of Hospital Medicine*, 12(5), 339–342. <https://doi.org/10.12788/jhm.2736>
- Englander, H., Wilson, T., Collins, D., Phoutrides, E., Weimer, M., Korthuis, P. T., Calcagni, J., & Nicolaidis, C. (2018). Lessons learned from the implementation of a medically enhanced residential treatment (MERT) model integrating intravenous antibiotics and residential addiction treatment. *Substance Abuse*, 39(2), 225–232. <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1452326>
- fabb. (2023). *Fachpersonen—Unser Beratungs- und Schulungsgebot*. Fabb - Fachstelle Für Abhängigkeitserkrankungen Bezirk Bülach. <https://fabb.ch/fachpersonen.html>
- FEGPA. (n.d.). *Formations, rencontres d’équipes*. Carrefour addictionS, FEGPA - Fédération Genevoise Pour La Prévention Alcool / Cannabis. Retrieved June 7, 2023, from <https://carrefouraddictions.ch/fegpa/pros-et-collectivites/formations-rencontres-dequipes/>
- Forchuk, C., Solomon, M., & Viran, T. (2016). Peer Support. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 18 Spec No, 32–36. <https://doi.org/10.12927/hcq.2016.24480>
- Francia, L., Berg, A., Lam, T., Morgan, K., & Nielsen, S. (2023). “The peer workers, they get it”—How lived experience expertise strengthens therapeutic alliances and alcohol and other drug treatment-seeking in the hospital setting. *ADDICTION RESEARCH & THEORY*, 31(2), 106–113. <https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2124245>
- Gehring, N. D., Speed, K. A., Dong, K., Pauly, B., Salvalaggio, G., & Hyshka, E. (2022). Social service providers’ perspectives on caring for structurally vulnerable hospital patients who use drugs: A

qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1138. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08498-x>

Gertner, A. K., Roberts, K. E., Bowen, G., Pearson, B. L., & Jordan, R. (2021). Universal screening for substance use by Peer Support Specialists in the Emergency Department is a pathway to buprenorphine treatment. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100378. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100378>

Goodman, D. (2015). Improving Access to Maternity Care for Women with Opioid Use Disorders: Colocation of Midwifery Services at an Addiction Treatment Program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(6), 706–712. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12340>

Gormley, M. A., Pericot-Valverde, I., Diaz, L., Coleman, A., Lancaster, J., Ortiz, E., Moschella, P., Heo, M., & Litwin, A. H. (2021). Effectiveness of peer recovery support services on stages of the opioid use disorder treatment cascade: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 229, 109123. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109123>

Hamilton, J., Ti, L., Korchinski, M., & Nolan, S. (2022). Peer Support Specialists: An Underutilized Resource in the Criminal Justice System for Opioid Use Disorder Management? *Journal of Addiction Medicine*, 16(2), 132–134. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000866>

Hillman, A., McCann, B., & Walker, N. P. (2001). Specialist alcohol liaison services in general hospitals improve engagement in alcohol rehabilitation and treatment outcome. *Health Bulletin*, 59(6), 420–423.

Hoover, K., Lockhart, S., Callister, C., Holtrop, J. S., & Calcaterra, S. L. (2022). Experiences of stigma in hospitals with addiction consultation services: A qualitative analysis of patients' and hospital-based providers' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 138(kai, 8500909), 108708. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108708>

Howard, H. (2016). Experiences of opioid-dependent women in their prenatal and postpartum care: Implications for social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 55(1), 61–85. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1078427>

HUG. (n.d.-a). *Tabacologie*. HUG - Hôpitaux Universitaires Genève. Retrieved June 12, 2023, from <https://www.hug.ch/direction-soins/tabacologie>

HUG. (n.d.-b). *Unité des dépendances*. HUG - Hôpitaux Universitaires Genève. Retrieved June 12, 2023, from <https://www.hug.ch/medecine-premier-recours/unite-dependances>

HUG. (n.d.-c). *UTHA - Unité de Transition Hospitalière en Addictologie*. HUG - Hôpitaux Universitaires Genève. Retrieved June 12, 2023, from <https://www.hug.ch/addictologie/unites-dhospitalisation>

- Hyshka, E., Morris, H., Anderson-Baron, J., Nixon, L., Dong, K., & Salvalaggio, G. (2019). Patient perspectives on a harm reduction-oriented addiction medicine consultation team implemented in a large acute care hospital. *Drug and Alcohol Dependence*, 204(ebs, 7513587), 107523. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.025>
- Jack, H. E., Denisiuk, E. D., Collins, B. A., Stephens, D., Blalock, K. L., Klein, J. W., Bhatraju, E. P., Merrill, J. O., Hallgren, K. A., & Tsui, J. I. (2022). Peer providers and linkage with buprenorphine care after hospitalization: A retrospective cohort study. *Substance Abuse*, 43(1), 1308–1316. <https://doi.org/10.1080/08897077.2022.2095078>
- Jack, H. E., Oller, D., Kelly, J., Magidson, J. F., & Wakeman, S. E. (2018). Addressing substance use disorder in primary care: The role, integration, and impact of recovery coaches. *Substance Abuse*, 39(3), 307–314. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1389802>
- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12, 205. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205>
- Jenny, O., Dubosc, D., Zannoni, E., & Cheval, C. (2020). Sensitization to addictology and collaboration with hospital caregivers. Experience of a liaison-team. *Annales medico-psychologiques*, 178(4), 384–388. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.04.014>
- Kanton Zürich. (2023, September 2). *Zürcher Präventionstag Prävention in der Gesundheitsversorgung*. Kanton Zürich - Prävention und Gesundheitsförderung. <https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/zuercher-praeventionstag-2023.pdf>
- Kawasaki, S., Francis, E., Mills, S., Buchberger, G., Hogentogler, R., & Kraschnewski, J. (2019). Multi-model implementation of evidence-based care in the treatment of opioid use disorder in Pennsylvania. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 106, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.08.016>
- King, C., Collins, D., Patten, A., Nicolaidis, C., & Englander, H. (2022). Trust in Hospital Physicians Among Patients With Substance Use Disorder Referred to an Addiction Consult Service: A Mixed-methods Study. *Journal of Addiction Medicine*, 16(1), 41–48. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000819>
- King, C., Nicolaidis, C., Korthis, P. T., Priest, K. C., & Englander, H. (2020). Patterns of substance use before and after hospitalization among patients seen by an inpatient addiction consult service: A latent transition analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 118, 108121. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108121>
- Klinik Südhang. (2023a). *Das Netzwerk der integrierten Versorgung*. Klinik Südhang. <https://www.suedhang.ch/die-klinik/versorgungsnetzwerk/>

- Klinik Südhang. (2023b). *Forschung zur Suchterkrankung*. Klinik Südhang. <https://www.suedhang.ch/die-klinik/forschung/>
- Lanvin, V., Vulser, H., Vinant, V., Chatellier, G., Airagnes, G., Hoertel, N., Limosin, F., & Lemogne, C. (2022). Early liaison psychiatry consultations and general hospital readmission: A retrospective cohort study. *General Hospital Psychiatry, 77*, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.03.007>
- Launay, C., & Maugiron, P. (2017). Integration of a peer support worker to a psychiatric healthcare team: The role and its functions. *ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 175*(8), 741–746. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.002>
- Le Torry. (n.d.). *Les Formations—Cours de formation*. Fondation / Stiftung Le Torry. Retrieved May 24, 2023, from <https://letorry.ch/ateliers-et-formations/>
- Liebling, E. J., Perez, J. J. S., Litterer, M. M., & Greene, C. (2021). Implementing hospital-based peer recovery support services for substance use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 47*(2), 229–237. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1841218>
- Lygren, O. J., Bjørnstad, R., Løberg, E.-M., Bonnier, M. L., Buljovic, V. B., Johansson, K. A., & Fadnes, L. T. (2019). Peer involvement and cross-sector efforts in establishing integrated treatment of hepatitis C virus infection for people with substance use disorders: Experiences from Norway. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 14*(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0245-y>
- Magidson, J. F., Joska, J. A., Belus, J. M., Andersen, L. S., Regenauer, K. S., Rose, A. L., Myers, B., Majokweni, S., O’Cleirigh, C., & Safren, S. A. (2021). Project Khanya: Results from a pilot randomized type 1 hybrid effectiveness-implementation trial of a peer-delivered behavioural intervention for ART adherence and substance use in HIV care in South Africa. *Journal of the International AIDS Society, 24 Suppl 2*(Suppl 2), e25720. <https://doi.org/10.1002/jia2.25720>
- Magidson, J. F., Joska, J. A., Regenauer, K. S., Satinsky, E., Andersen, L. S., Seitz-Brown, C. J., Borba, C. P. C., Safren, S. A., & Myers, B. (2019). “Someone who is in this thing that I am suffering from”: The role of peers and other facilitators for task sharing substance use treatment in South African HIV care. *The International Journal on Drug Policy, 70*, 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.004>
- Magidson, J. F., Rose, A. L., Regenauer, K. S., Brooke-Sumner, C., Anvari, M. S., Jack, H. E., Johnson, K., Belus, J. M., Joska, J., Bassett, I. V., Sibeko, G., & Myers, B. (2022). “It’s all about asking from those who have walked the path”: Patient and stakeholder perspectives on how peers may shift

- substance use stigma in HIV care in South Africa. *Addiction Science & Clinical Practice*, 17(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00330-5>
- Markwick, N., Ti, L., Callon, C., Feng, C., Wood, E., & Kerr, T. (2014). Willingness to engage in peer-delivered HIV voluntary counselling and testing among people who inject drugs in a Canadian setting. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(7), 675–678. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203707>
- Martin, A., Butler, K., Chavez, T., Herring, A., Wakeman, S., Hayes, B. D., & Raja, A. (2020). Beyond Buprenorphine: Models of Follow-up Care for Opioid Use Disorder in the Emergency Department. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21(6), 257–263. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.46079>
- Martino, S., Zimbrea, P., Forray, A., Kaufman, J., Desan, P., Olmstead, T., Gilstad-Hayden, K., Gueorguieva, R., & Yonkers, K. (2019). Implementing Motivational Interviewing for Substance Misuse on Medical Inpatient Units: A Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2520–2529. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05257-3>
- McCall, M. H., Wester, K. L., Bray, J. W., Hanchate, A. D., Veach, L. J., Smart, B. D., & Wachter Morris, C. (2022). SBIRT administered by mental health counselors for hospitalized adults with substance misuse or disordered use: Evaluating hospital utilization and costs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132(kai, 8500909), 108510. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108510>
- McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2021). Peer mentorship of hospital inpatients with substance use disorders is associated with beneficial outcomes. *Evidence-Based Nursing*, 24(2), 66. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103218>
- McDuff, D. R., Solounias, B. L., Beuger, M., Cohen, A., Klecz, M., & Weintraub, E. (1997). A substance abuse consultation service. Enhancing the care of hospitalized substance abusers and providing training in addiction psychiatry. *The American Journal on Addictions*, 6(3), 256–265.
- Ministère du travail et des affaires sociales. (2000). *Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives*. <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm>
- Morrens, M., Dewilde, B., Sabbe, B., Dom, G., De Cuyper, R., & Moggi, F. (2011). Treatment Outcomes of an Integrated Residential Programme for Patients with Schizophrenia and Substance Use Disorder. *European Addiction Research*, 17(3), 154–163. <https://doi.org/10.1159/000324480>
- Morrison, C., Siney, C., Ruben, S., & Worthington, M. (1995). Obstetric liaison in drug dependency. *Addiction Research*, 3(2), 93–101. <https://doi.org/10.3109/16066359509005228>

- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(143).
- Murphy, M. K., Chabon, B., Delgado, A., Newville, H., & Nicolson, S. E. (2009). Development of a substance abuse consultation and referral service in an academic medical center: Challenges, achievements and dissemination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *16*(1), 77–86. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9149-8>
- Mutschler, C., Miller, R., Bromage, B., Bellamy, C., Jordan, G., Lichtenstein, S., Blair, F., De la Reza, P., Loranger, M., McKinney, C., Mihalakakos, G., Olsen, S., Williamson, B., & Kidd, S. (2019). Boundary Crossing as a Guide in the Implementation of Peer Support Interventions in Mental Health. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *22*(1–2), 26–42.
- New South Wales Ministry of Health. (2015). *The hospital drug and alcohol consultation liaison—Model of care*. New South Wales Government. <https://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Publications/hosp-DA-consult-moc.pdf>
- Nordeck, C. D., Welsh, C., Schwartz, R. P., Mitchell, S. G., Cohen, A., O’Grady, K. E., & Gryczynski, J. (2018). Rehospitalization and substance use disorder (SUD) treatment entry among patients seen by a hospital SUD consultation-liaison service. *Drug and Alcohol Dependence*, *186*(ebs, 7513587), 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.043>
- Ong, J., Lee, J., Kwok, V., & Tan, S. (2018). An Audit of Alcohol Detoxification in a Consultation-Liaison Setting. *Addictive Disorders & Their Treatment*, *17*(2), 86–91. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000126>
- Park, J. N., Agee, T., McCormick, S., Felsher, M., Collins, K., Hsu, J., Schweizer, N., Lucas, G., & Falade-Nwulia, O. (2023). Retention and Overdose Risk among Patients Receiving Substance Use Disorder Treatment, Mental Health Care and Peer Recovery Support: A Longitudinal Analysis. *Journal of Addiction Medicine*. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001167>
- Pauly, B., McCall, J., Browne, A., Parker, J., & Mollison, A. (2015). Toward Cultural Safety Nurse and Patient Perceptions of Illicit Substance Use in a Hospitalized Setting. *Advances in Nursing Science*, *38*(2), 121–135. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000070>
- Pélissier, F., Claudet, I., Gandia-Mailly, P., Benyamina, A., & Franchitto, N. (2016). Cannabis Hyperemesis Syndrome in the Emergency Department: How Can a Specialized Addiction Team Be Useful? A Pilot Study. *The Journal of Emergency Medicine*, *51*(5), 544–551. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.06.009>

- PEPra. (n.d.). *À propos de PEPra*. PEPra - Prävention Mit Evidenz in Der Praxis. Retrieved June 12, 2023, from <https://www.pepra.ch/fr/a-propos-de-pepra>
- Phillips, N. L., Milne, B., Silsbury, C., Zappia, P., Zehetner, A., Klineberg, E., Towns, S., & Steinbeck, K. (2014). Addressing adolescent substance use in a paediatric health-care setting. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *50*(9), 726–731. <https://doi.org/10.1111/jpc.12622>
- Poloméni, P., Cleirec, G., Icard, C., Ramos, A., & Rolland, B. (2018). [Consultation/liaison addiction medicine: Tools and specificities]. *L'Encephale*, *44*(4), 354–362. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.12.007>
- Promotion Santé Suisse. (n.d.). *Projet «Équipe mobile d'interface et d'articulation des soins»*. Gesundheitsförderung Schweiz / Promotion Santé Suisse / Promozione Salute Svizzera. Retrieved June 12, 2023, from <https://promotionsante.ch/prevention-dans-le-domaine-des-soins/soutien-de-projets/projets-soutenus/projet-equipe-mobile>
- Promotion santé Valais. (n.d.). *Formation sur les nouveaux produits du tabac et nicotiques*. Promotion Santé Valais / Gesundheitsförderung Wallis. Retrieved May 30, 2023, from <https://www.promotionsantevalais.ch/fr/formation-nouveaux-produits-tabac-nicotiques-3134.html>
- Rani, S., & Byrne, H. (2012). A multi-method evaluation of a training course on dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(6), 509–520. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01808.x>
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., & Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care*, *21*(2), 32. <https://doi.org/10.5334/ijic.5589>
- Re-pairs. (2021). *Pair praticien?* <https://www.re-pairs.ch/pair-praticien>
- République et Canton de Neuchâtel. (2019, October). *Promotion santé—Newsletter octobre 2019*. [https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/Newsletter\\_octobre2019.pdf](https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/Newsletter_octobre2019.pdf)
- RNVP. (n.d.-a). *Formation de base aux jeux excessifs*. Carrefour addictionS, RNVP - Rien Ne Va Plus. Retrieved June 7, 2023, from <https://carrefouraddictions.ch/rnvp/pour-les-professionnel-le-s/formations-de-base-aux-jeux-excessifs/>
- RNVP. (n.d.-b). *Sensibilisation des professionnel.le.s*. Carrefour addictionS, RNVP - Rien Ne Va Plus. Retrieved June 7, 2023, from <https://carrefouraddictions.ch/rnvp/pour-les-professionnel-le-s/sensibilisation-des-professionnel-le-s/>

- RTN - Radio Télévision Neuchâtel. (2023, April 15). *Accompagner les personnes confrontées à des addictions*. <https://www.rtn.ch/rtn/Actualite/Region/20230415-Accompagner-les-personnes-confrontees-a-des-addictions.html>
- Saitz, R., Cheng, D. M., Winter, M., Kim, T. W., Meli, S. M., Allensworth-Davies, D., Lloyd-Travaglini, C. A., & Samet, J. H. (2013). Chronic care management for dependence on alcohol and other drugs: The AHEAD randomized trial. *JAMA*, *310*(11), 1156–1167. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.277609>
- Salter, H., Hutton, J., Cantwell, K., Dietze, P., Higgs, P., Straub, A., Zordan, R., & Lloyd-Jones, M. (2020). Review article: Rapid review of the emergency department-initiated buprenorphine for opioid use disorder. *Emergency Medicine Australasia : EMA*, *32*(6), 924–934. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13654>
- Samuels, E., Bernstein, S., Marshall, B., Krieger, M., Baird, J., & Mello, M. (2018). Peer navigation and take-home naloxone for opioid overdose emergency department patients: Preliminary patient outcomes. *JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT*, *94*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.07.013>
- Santos, C., Ramdin, C., Becceril, J., Al Kik, B., Jefri, M., & Nelson, L. (2023). The impact of an emergency department peer navigator (EDPN) program in improving clinical outcomes and healthcare utilization in an urban setting. *The American Journal of Emergency Medicine*, *68*, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.02.031>
- Satinsky, E. N., Kleinman, M. B., Tralka, H. M., Jack, H. E., Myers, B., & Magidson, J. F. (2021). Peer-delivered services for substance use in low- and middle-income countries: A systematic review. *The International Journal on Drug Policy*, *95*, 103252. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103252>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2020). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: Erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung*. *Swiss Academies Communications 15 (2)*. (15(2); Swiss Academies Communications).
- Secrétariat du Grand Conseil. (2019, September 11). *RD 1289, Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019-2023 ; R 894 Proposition de résolution du Conseil d'Etat approuvant le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019-2023*. <https://ge.ch/grandconseil/data/texte/R00894.pdf>
- Siu, A. M. H., Ko, F. S. L., & Mak, S. K. (2018). Outcome Evaluation of a Short-Term Hospitalization and Community Support Program for People Who Abuse Ketamine. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 313. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00313>

- Soklaridis, S., Romano, D., Fung, W. L. A., Martimianakis, M. A. T., Sargeant, J., Chambers, J., Wiljer, D., & Silver, I. (2017). Where is the client/patient voice in interprofessional healthcare team assessments? Findings from a one-day forum. *Journal of Interprofessional Care*, *31*(1), 122–124. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233393>
- SomPsyNet. (n.d.). *Über SomPsyNet*. Gesundheitsdepartement Des Kantons Basel-Stadt - SomPsyNet. Retrieved May 24, 2023, from <https://www.sompsynet.bs.ch/ueber-uns.html>
- Stack, E., Hildebran, C., Leichtling, G., Waddell, E. N., Leahy, J. M., Martin, E., & Korhuis, P. T. (2022). Peer Recovery Support Services Across the Continuum: In Community, Hospital, Corrections, and Treatment and Recovery Agency Settings—A Narrative Review. *Journal of Addiction Medicine*, *16*(1), 93–100. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000810>
- Streck, J. M., Regan, S., Werner, M., Glynn, A., Villanti, A. C., Park, E. R., Wakeman, S. E., Evins, A. E., & Rigotti, N. A. (2023). Preliminary feasibility of integrating tobacco treatment into SUD peer recovery coaching: A mixed-methods study of peer recovery coaches. *Addiction Science & Clinical Practice*, *18*(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00380-3>
- StremLOW, J., Eder, M., Knecht, D., & Wyss, S. (2023). *Grundlagen der (inter-) kantonalen Steuerung der Suchthilfe. Schlussbericht*. Soziale Arbeit, Hochschule Luzern. [https://ch-sodk.s3.amazonaws.com/media/files/f9507263/68ee/44ee/98da/1415b35cd09c/2023.11\\_HSLU\\_KKBS\\_Schlussbericht\\_DE\\_Publikation.pdf](https://ch-sodk.s3.amazonaws.com/media/files/f9507263/68ee/44ee/98da/1415b35cd09c/2023.11_HSLU_KKBS_Schlussbericht_DE_Publikation.pdf)
- Suchthilfe OST. (2023). *Weiterbildung Glücksspielsucht – Grundinformationen und Handlungsmöglichkeiten*. Suchthilfe OST. <https://suchthilfe-ost.ch/weiterbildung-gluecksspielsucht/>
- Suen, L. W., Makam, A. N., Snyder, H. R., Repplinger, D., Kushel, M. B., Martin, M., & Nguyen, O. K. (2022). National Prevalence of Alcohol and Other Substance Use Disorders Among Emergency Department Visits and Hospitalizations: NHAMCS 2014–2018. *Journal of General Internal Medicine*, *37*(10), 2420–2428. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07069-w>
- Tofighi, B., Isaacs, N., Byrnes-Enoch, H., Lakew, R., Lee, J. D., Berry, C., & Schatz, D. (2019). Expanding treatment for opioid use disorder in publicly funded primary care clinics: Exploratory evaluation of the NYC health + hospitals buprenorphine ECHO program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *106*, 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.08.003>
- Tracy, K., Burton, M., Nich, C., & Rounsaville, B. (2011). Utilizing peer mentorship to engage high recidivism substance-abusing patients in treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *37*(6), 525–531. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.600385>

- Tran, T. H., Swoboda, H., Perticone, K., Ramsey, E., Thompson, H., Hill, K., & Karnik, N. S. (2021). The substance use intervention team: A hospital-based intervention and outpatient clinic to improve care for patients with substance use disorders. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 78(4), 345–353. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaa408>
- Troberg, K., Lundqvist, K., Hansson, H., Håkansson, A., & Dahlman, D. (2022). Healthcare seeking among Swedish patients in opioid substitution treatment—A mixed methods study on barriers and facilitators. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00434-w>
- Ufere, N. N., Hinson, J., Finnigan, S., Powell, E. E., Donlan, J., Martin, C., Clark, P., & Valery, P. C. (2022). The Impact of Social Workers in Cirrhosis Care: A Systematic Review. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 20(2), 160–176. <https://doi.org/10.1007/s11938-022-00381-2>
- Universität Zürich. (2023). *Grundkurs für den Einstieg ins Arbeitsfeld Suchthilfe*. Universität Zürich - Schweizer Institut Für Sucht- Und Gesundheitsforschung. <https://www.isgf.uzh.ch/de/education/courses/Grundkurs.html>
- Velez, C. M., Nicolaidis, C., Korthis, P. T., & Englander, H. (2017). “It’s been an Experience, a Life Learning Experience”: A Qualitative Study of Hospitalized Patients with Substance Use Disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 32(3), 296–303. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3919-4>
- von Elm, E., Schreiber, G., & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 143, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>
- Walde, P., Hadala, J., Peipe, V., & Völlm, B. A. (2023). Implementation of a peer support worker in a forensic psychiatric hospital in Germany-Views of patients. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1061106. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1061106>
- Watson, D. P., Staton, M. D., & Gastala, N. (2022). Identifying unique barriers to implementing rural emergency department-based peer services for opioid use disorder through qualitative comparison with urban sites. *Addiction Science & Clinical Practice*, 17(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00324-3>
- Webb, C. P., Huecker, M., Shreffler, J., McKinley, B. S., Khan, A. M., & Shaw, I. (2022). Racial disparities in linkage to care among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 137, 108691. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108691>
- Woodruff, S. I., Clapp, J. D., Eisenberg, K., McCabe, C., Hohman, M., Shillington, A. M., Sise, C. B., Castillo, E. M., Chan, T. C., Sise, M. J., & Gareri, J. (2014). Randomized clinical trial of the effects of

screening and brief intervention for illicit drug use: The Life Shift/Shift Gears study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-9-8>

# Annexe 1 : Algorithmes de recherche

## Medline

#	Requête	Résultats du 14 Juin 2023
1	Hospitals/ or <a href="#">Hospital-based.mp</a>	132,419
2	Opioid-Related Disorders/ or Behavior, Addictive/ or Narcotics/ or Methadone/ or Substance-Related Disorders/ or addict*.mp. or Heroin Dependence/	203,483
3	<a href="#">care.mp</a> or "Delivery of Health Care"/	2,573,137
4	<a href="#">peer.mp</a>	115,384
5	social <a href="#">work.mp</a> or Social Work/	23,400
6	Mental Disorders/ or Psychiatry/ or <a href="#">liaison.mp</a> or "Referral and Consultation"/	287,494
7	4 or 5 or 6	419,845
<b>8</b>	<b>1 and 2 and 3 and 7</b>	<b>82</b>
9	addict*.mp.	84,381
10	h* <a href="#">pital.mp</a>	1,506,303
11	bonnes <a href="#">pratiques.mp</a>	256
12	<a href="#">liaison.mp</a>	9,275
13	travail* <a href="#">social.mp</a> or Health Personnel/	63,525
14	pair*.mp.	610,470
15	12 or 13 or 14	682,538

16	<b>9 and 10 and 11 and 15</b>	<b>1</b>
17	<a href="#">Sucht.mp</a>	241
18	<a href="#">Missbrauch.mp</a>	264
19	<a href="#">Spital.mp</a>	299
20	<a href="#">Krankenhaus.mp</a>	2,352
21	<a href="#">Konsiliar.mp</a>	28
22	<a href="#">Liaison.mp</a>	9,275
23	K&K.mp	2,883
24	Social Work/ or Sozialarbeit*.mp.	16,328
25	<a href="#">Peer.mp</a>	115,384
26	21 or 22 or 23 or 24 or 25	143,485
27	19 or 20	2,648
28	17 or 18	501
<b>29</b>	<b>26 and 27 and 28</b>	<b>0</b>

## Web of science and PubMed

« Hospital-based addiction care » AND (« peer mentors » OR « social work » OR liaison);

addiction AND hôpital AND (« bonnes pratiques » OR liaison OR « travail social » OR pairs)

(Sucht OR Abhängigkeit OR Missbrauch) AND Spital AND (Konsiliar OR Liaison OR K&R OR Sozialarbeit\* OR Peer)

## Google

"interprofessionnal collaboration in addiction" AND ("best practices" OR barriers OR facilitators)