

ACTES

RENCONTRE RÉGIONALE
organisée par le RESPADD en collaboration
avec la FÉDÉRATION ADDICTION et l'IPPSA

Tabac,
alcool,
drogues:

L'infirmier(ère) FACE AUX ADDICTIONS

MARDI 21 MAI 2013

→ CH GUILLAUME RÉGNIER | RENNES
Salle du CSTC (Centre social thérapeutique et culturel)

Inscription gratuite mais obligatoire sur
www.respadd.org

Revue Annales de l'Infirmier



Actes des rencontres
régionales du RESPADD
«L'infirmier(ère) face aux
addictions »

Rennes, CH Guillaume Rénier,
21 mai 2013

Rédaction :

Anne-Cécile Cornibert, RESPADD

Pour plus d'information :

Contact : contact@respadd.org

Plénière d'ouverture

Intervenants :

Bernard Garin, directeur du centre hospitalier Guillaume Rénier

Xavier Guillery, secrétaire général adjoint et délégué régional du RESPADD, région Bretagne

Martine Guinard, professeure en sciences infirmières, Ecole des hautes études en santé publique-EHESP, Rennes

Corinne Huon-Martin, déléguée régionale Bretagne du Groupement des infirmiers au travail-GIT

Laurence Parrot, déléguée régionale Bretagne de la Fédération addiction

Florence Tual, Agence régionale de santé de Bretagne

Le directeur du centre hospitalier Guillaume Rénier (CHGR), Bernard Garin, ouvre la séance en rappelant l'enjeu de cette conférence régionale à l'attention des infirmiers(ères), comme étant la première déclinaison d'une conférence nationale organisée par le RESPADD, dans lequel le centre hospitalier Guillaume Rénier est impliqué, notamment en la personne de Xavier Guillery, secrétaire général adjoint et délégué régional du RESPADD. Il salue l'implication les partenaires de cette conférence : la Fédération addiction, le CIRDD, l'IPPSA, l'AIRDDDS, le GIT, l'EHESP, l'IPPSA et l'ARS Bretagne. Le directeur du CHGF se dit honoré et heureux que cette première conférence régionale « l'infirmier(ère) face aux addictions » ait lieu à Rennes puisqu'il s'agit bien d'un sujet de préoccupation pour les professionnels de santé de la région. Les pratiques infirmières en addictologie témoignent de la richesse et la diversité de la profession d'infirmier. Le CHGR possède un pôle « addiction et précarité » et s'est engagé à développer progressivement

une filière de soin complète en interne pour rapprocher les différentes unités d'hospitalisation. Les structures travaillant dans l'addictologie sont nombreuses au CHGR : l'*Envol* un CSAPA méthadone, un centre ambulatoire en addictologie, un hôpital de jour en addictologie en partenariat avec le CHU de Rennes, des lits d'hospitalisation pour des cures de sevrage et des patients atteints de maladies psychiatriques ayant des comorbidités addictives, et des structures de prise en charge des addictions sans produit. Cela représente une richesse, une vraie diversité des pratiques, propice à la prise en charge des addictions, qui doit s'effectuer en réseau avec de très nombreux partenaires. Le CHGR travaille avec beaucoup d'autres établissements en Bretagne et avec des réseaux comme *alcool 35*, et avec la médecine de ville... C'est à la fois la richesse et la complexité du métier : aujourd'hui, il ne semble plus possible de penser addiction sans penser simultanément coordination des acteurs pour une véritable efficacité de l'accompagnement et du soin.

Xavier Guillery renouvelle ses remerciements aux partenaires de cette journée ainsi qu'aux intervenants. Le CHGR s'est en effet investi depuis quelques années auprès du RESPADD qui a le mérite de promouvoir la problématique addictive tant dans la formation que dans l'organisation de journées et le soutien méthodologique à différents partenaires, et le CHGR est ravi de pouvoir poursuivre ce partenariat. Xavier Guillery achève son propos par un clin d'œil à l'espace dans lequel cette conférence a lieu, espace dédié aux patients, et donc à forte symbolique, le patient étant au centre de la prise en charge.

Martine Guinard remercie les organisateurs et partenaires présents pour cette journée puis présente la structure dans laquelle elle exerce : le département sciences infirmières et paramédicales de l'EHESP. Il s'agit de la première structure de l'enseignement supérieur (master, doctorat) en France dont le département a été conçu par des infirmiers. La France semble encore peu encline à reconnaître la spécificité des sciences infirmières. Manque de reconnaissance paradoxal puisque sa légitimité au niveau international est aujourd'hui établie. Le thème des addictions est un thème complexe, omniprésent dans la pratique de l'infirmier(ère) et touche toutes les

catégories sociales. Or il est important aujourd'hui de comprendre que la pratique infirmière dépasse l'empirisme. Et plusieurs *théories d'une science infirmière* ont été proposées. Elles se basent le plus souvent sur une approche globale de l'individu, de son environnement, des différentes interventions spécifiques des infirmières, comme la prévention, la protection et l'éducation qui constituent les trois piliers de la promotion de la santé. La science infirmière s'inscrit dans une forme de transversalité, avec l'apport des sciences humaines, dans une visée thérapeutique. Cependant elle ne bénéficie pas encore en France du statut de discipline universitaire. En effet, les infirmières titulaire d'un doctorat, ont pour l'instant obtenu leur doctorat dans des disciplines autres que les sciences infirmières, comme la philosophie, la sociologie, l'histoire. On voit là tout l'intérêt de construire un espace unique et opératoire où soient regroupés ces travaux afin qu'ils participent au développement des connaissances et des pratiques infirmières. Le chemin vers la reconnaissance effective de cette discipline est encore long mais il est amorcé, en témoigne l'organisation d'un séminaire d'étude en sciences infirmières en juillet 2014 confiée à l'EHESP. Ce séminaire se tiendra à Rennes, nouvelle preuve de l'attachement de cette ville à la reconnaissance du métier infirmier et de la problématique des addictions.

Corinne Huon, à son tour, remercie les organisateurs de cette conférence et se réjouit du nombre de personnes présentes, signe d'une réelle préoccupation à l'égard de la problématique addictive. Elle souligne que quels que soient les lieux d'exercice de chacun, les problèmes posés par l'usage de substances psychoactives concernent aussi bien l'infirmier(ère) en structures de soin, en établissements scolaires ou les infirmiers(ères) de santé au travail. Concernant la pratique de ces dernières, tous les secteurs d'activité et tous les salariés, quelque soit leur niveau hiérarchique peuvent être touchés. Plusieurs études associent la prévalence des accidents du travail à l'usage de substances psychoactives qui serait responsable de 15 à 20 % de ces accidents. C'est la loi qui définit les missions des services de santé au travail : ils doivent veiller à la santé des individus, évaluer les risques professionnels, assurer la prévention des consommations de

drogues et d'alcool sur le lieu de travail...Dans ce contexte législatif, l'infirmier(ère) apparaît de plein droit comme un acteur essentiel dans la mise en œuvre de ces missions.

Laurence Parrot adresse ses remerciements au RESPADD et aux partenaires de cette journée. Elle rappelle l'historique de la prise en compte de l'aspect sanitaire de la problématique addictive en plus de ses aspects sociaux au sein de la Fédération addiction, suite à une fusion de l'Anitea (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie) et de la F3A (Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie) et se réjouit de pouvoir s'adresser à des infirmiers(ères). Etant donné le caractère multifactoriel de la problématique, il est important de déployer des services variés et gradués et dépasser une vision technocratique du soin qui pense « filières » pour se doter des capacités nécessaires pour accompagner l'utilisateur et son entourage et développer une alliance thérapeutique dans les différentes étapes du trajet de l'utilisateur. Les infirmiers(ères) sont présents dans les trois champs d'action élaborés en réponse aux addictions : la prévention, la réduction des risques et le soin, répondant au vœu de la Fédération addiction de réunir les acteurs au-delà de l'appartenance à un secteur donné et exclusif. Parce qu'il existe des facteurs de vulnérabilité et de protection chez les individus qui sont parfois particulièrement propices aux addictions, il est important de renforcer le rôle des infirmiers(ères) dans cette voie, et de générer une culture éducative au service de tous. Historiquement, les infirmiers(ères) étaient le plus souvent cantonné(e)s dans l'accompagnement au sevrage. Aujourd'hui ils (elles) se voient impliqué(e)s dans des fonctions très diversifiées : ils (elles) dispensent les traitements de substitution associés ou non à des trithérapies, elles organisent des groupes de parole, ils(elles) ont un rôle essentiel dans les CAARUD. L'infirmière occupe bel et bien différentes fonctions, sans les disqualifier les unes à l'égard des autres. Cette journée doit être perçue comme un symbole de l'engagement fort du métier d'infirmier(ère) dans la transdisciplinarité. Enfin Laurence Parrot rappelle les notions de bienveillance et d'éthique qui sont au fondement du métier d'infirmier(ère).

Florence Tual prend la parole pour adresser à son tour ses remerciements au RESPADD et à ses partenaires pour cette journée qu'elle perçoit et salue comme une opportunité de témoigner à la fois de l'intérêt de l'ARS Bretagne pour la problématique addictive et aussi de son intérêt pour le métier d'infirmier(ère), dans sa globalité. Elle encourage les personnes présentes à s'exprimer, à témoigner de leur expérience afin qu'elle puisse s'en faire l'écho auprès de ses collègues de l'ARS. Les addictions sont une priorité pour l'ARS Bretagne. Cette préoccupation est visible dans le plan régional de santé qui lui consacre 22 occurrences spécifiques. Ce plan régional de santé mobilise l'ensemble des acteurs des directions des ARS et a permis de mobiliser toutes les lignes de crédit à leur disposition. Les infirmiers(ères) sont associé(e)s à la mise en œuvre de ce plan par l'ARS. C'est une volonté constante dans la constitution des groupes de travail que de promouvoir la pluri-professionnalité. A titre d'exemples, un groupe de travail ayant pour objet les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA) était constitué d'infirmiers(ères). Les travaux menés par le CIRDD sur les intoxications éthyliques aiguës aux urgences a fait appel également à l'expertise infirmière. Au niveau des programmes territoriaux de santé, un groupe de travail addiction est présent sur chaque territoire qui implique des infirmiers(ères). Parce que les infirmiers entrent dans les maisons, accompagnent les patients, ils connaissent bien leur environnement. Ils les voient devant un verre d'alcool le matin, accidentés sur la route pour conduite en état d'ivresse, en explosion d'agressivité, blessés après une chute en état d'ébriété... Cette grande proximité au quotidien favorise la confiance. En établissement scolaire, le rôle de prévention collectif ou individuel, le rôle de repérage ou d'orientation du jeune sont aussi les missions de l'infirmier(ère). Concernant les services spécialisés, nombreux en Bretagne, on trouve 16 CSAPA et 14 antennes sur le territoire, 4 CAARUD, 22 sites d'hospitalisation spécialisée en addictologie, 12 lits d'hospitalisation de jour, 9 structures de soin de suite et de réadaptation spécifiques en addictologie, 23 équipes de liaison et 6 programmes d'éducation thérapeutique du patient. Dans tous ces services spécialisés, l'infirmier(ère) est souvent le premier contact avec le patient, son premier

interlocuteur, d'où son rôle très important. L'infirmier intervient dans ses fonctions propres : la prévention, la prise en charge, l'aide à la prise de conscience, à l'évaluation des risques et à l'engagement dans une démarche de soin. Il (elle) travaille également au sein des équipes multidisciplinaires et joue un rôle de médiateur entre les différents professionnels par sa connaissance du dispositif social, médical et éducatif. Au niveau de la formation professionnelle, un travail est engagé par l'ARS au sein des IFSI pour évaluer la part des problématiques addictives dans l'enseignement auprès des futurs professionnels de santé et comment investiguer plus avant cette question d'ici la fin de l'année 2013. Dans le cadre de la formation continue, de nombreuses choses existent déjà et de nombreux infirmiers(ères) se sont déjà engagé(e)s dans des DU de tabacologie ou addictologie et l'on voit aisément l'intérêt suscité par ces questions auprès de cette population de soignants. Au niveau des territoires, l'agence régionale de santé a missionné l'ANPAA pour organiser des formations au RPIB, formations pluridisciplinaires, s'adressant aux médecins, infirmiers(ères), pharmaciens pour favoriser les échanges et faciliter la continuité des soins. Une réflexion sur le DPC et les axes prioritaires pour les régions est en train d'être menée et l'ARS de Bretagne entend proposer que le thème des addictions en fasse partie. Enfin une réflexion plus complexe sur l'exercice coordonné et les délégations de tâches est en cours. Autant de signaux d'une évolution dont le programme de cette conférence, riche et pluriel, devrait rendre compte.

Plénière 1 :

« De nouveaux enjeux pour la profession infirmière »

Intervenante : Martine Guinard, professeure en sciences infirmières, Ecole des hautes études en Santé Publique – EHESP

Depuis quelques années, on assiste au développement d'un savoir scientifique, moteur d'un processus de professionnalisation du métier d'infirmier(ère). Si l'on s'attarde un instant sur la genèse de ce métier, il a été structuré socialement à partir des pratiques de soins prodiguées par les infirmiers(ères), structuration qui s'est vue par la suite confortée par la législation. Les techniques du métier d'infirmier(ère) ont été transmises dans le temps d'une personne à une autre, sur des bases empiriques. L'approche de soin s'est transformée et pour ainsi dire modernisée notamment à travers des congrégations religieuses ou organismes laïques. La notion d'hygiène est apparue, rapportée le plus souvent aux soins des infirmiers(ères). Cette notion a évolué vers la notion d'auxiliaire médical(e) repéré(e) comme l'image moderne de la fonction. S'est dessiné cependant, pas à pas, un rôle thérapeutique autonome, à partir de soins professionnels infirmiers. Quelques repères historiques, la fonction infirmière a émergé en 1878 avec l'hygiène, puis cette profession a été enregistrée en 1929. On observe un monopole d'exercice en 1946, une autonomie dans la pratique, la formation et la gestion en 1978 puis enfin, avec l'ordre infirmier en 2006, une forme d'autorégulation, bien que celle-ci soit assez discrète du fait notamment de l'oubli de l'aspect « recherche ». Les soins infirmiers concernent 4 champs d'activité qui sont constamment en interrelation : la pratique clinique, l'encadrement, la formation et la recherche, encore embryonnaire. Ces différents moments de l'histoire ont engendré des ruptures épistémologiques (changement de paradigme scientifique) parfois insensibles. Or si la clinique est basée sur une recherche cognitive, l'autre versant, très pratique, est lié à une fonction thérapeutique. Par contre, le socle de valeurs est absolument commun : les bénéficiaires des soins infirmiers et leur nature sont basés sur des valeurs communes. Le caractère systématique des pratiques infirmières, bien qu'elles s'éprouvent dans la quotidienneté, les constitue en savoir scientifique. Les sciences infirmières sont ainsi une science humaine poursuivant une finalité thérapeutique. Les sciences infirmières ont pour finalité la diffusion du concept moderne du « care » dans le monde entier.

L'anthropologie du soin est également une dimension importante des soins infirmiers de même que les cadres législatifs.

Quels sont plus précisément les champs d'étude des sciences infirmières ?

On retrouve le champ de recherche clinique :

- Santé
- Comportements de santé et leurs déterminants
- Interventions de soins infirmiers

Et les champs de recherche afférents à la clinique :

- Formation
- Gestion
- Profession infirmière

Qu'en est-il de la production des sciences infirmières en termes de publications ?

On recense 72 publications scientifiques indexées avec facteur d'impact. Une étude descriptive transversale a permis l'étude de 1072 articles issus de 30 pays, 84,9% des auteurs sont des femmes. Parmi les sujets de recherche identifiés,

- Champs d'activités cliniques
 - Soins médicaux/chirurgicaux: 19,4%
 - Soins de santé primaire: 16,7%
 - Soins aux personnes âgées: 14,5%
 - Soins à l'enfant: 8,6%
 - Soins oncologiques: 5,8%
 - Soins en réanimation: 3%
- Pratique clinique infirmière: 25,7%
- Formation infirmière: 4,4%
- Gestion des équipes infirmières: 3,5%
- Méthodologie de recherche

61,7 % des études réalisées bénéficiaient d'un financement.

Vers une légitimation des sciences infirmières en France

Pour favoriser le développement des sciences infirmières, plusieurs pistes ont été proposées, telle la détermination d'objectifs nationaux pluriannuels, ou le développement de programmes de recherche en soins infirmiers, la création de pôles d'excellence universitaires attractifs pour les enseignants-chercheurs, la stabilisation des programmes de formation, et la valorisation de la diversité épistémologique comme un atout. La reconnaissance de cette discipline encore naissante en France passera par le développement des compétences de chercheur chez les infirmiers(ères), la mise à disposition de financements dédiés, la création de laboratoires de recherche en soins infirmiers et de pôles de recherche centrés sur des programmes correspondant aux priorités de santé publique.

Plénière 2 :

« L'implication infirmière dans la prévention secondaire »

Intervenant : Philippe Michaud, Institut de promotion pour la prévention secondaire en addictologie – IPPSA

Apparition d'un nouveau paradigme

La reconnaissance de l'impact de la prévention secondaire en addictologie a été amorcée par des transitions culturelles liées au regard porté sur la consommation d'alcool. Ainsi, il y a peu, on considérait d'un côté « les alcooliques » et de l'autre côté, « les autres ». Or si l'alcool provoque chaque année 49 000 morts, ceux-ci n'étaient pas tous, loin s'en faut, des alcoolodépendants. Il y a des degrés dans les consommations : du premier verre d'alcool, à l'instant T où l'on va mourir de sa consommation d'alcool, des actions de prévention sont possibles. Il est d'ailleurs important de rappeler que l'alcool est le deuxième facteur de carcinogenèse en France, après le tabac, et l'un des enjeux du repérage précoce est aussi d'aller au-delà de la dualité du normal et du pathologique dans une logique de santé publique. Dès les premiers stades de la consommation à risque, il doit être possible de

rencontrer des professionnels de santé capables d'exercer une influence sur le parcours de l'utilisateur. Ceux-ci n'ont pas nécessairement besoin d'être des spécialistes en addictologie. Il s'agira ainsi d'intervenants de premier recours susceptibles de réaliser à la fois le repérage des conduites à risque, et les interventions requises.

Où peut-on décliner la prévention secondaire ?

La prévention secondaire est possible partout où un public professionnel peut accueillir les consommateurs en situation de risque. L'étude « boire mieux, c'est mieux » adaptation française des outils de repérage conçus par l'OMS, a montré qu'il est possible d'adapter cette forme de prévention à domicile. Ces outils ont été transmis aux médecins généralistes, intervenants de premier recours, afin de les inciter à évoquer les questions d'alcool avec leurs patients de façon relativement systématique et confortable. En 2005, les personnels du secondaire de l'académie de Versailles ont bénéficié d'une formation à l'usage du questionnaire DEPADO, questionnaire canadien comprenant 7 questions et plusieurs sous-questions permettant de définir des niveaux de risque : une consommation nulle, un faible risque, un risque élevé, des dommages débutants ou importants. Ces actions étaient portées par l'utilisation de l'entretien motivationnel, meilleure réponse proposée jusqu'à présent, pour aider les professionnels. L'approche motivationnelle est centrée sur la personne et dirigée vers un changement de comportement. Il s'agit d'un travail d'empathie empreint d'une volonté d'aider l'autre à trouver ses propres motivations pour le changement. C'est à la fois une approche humaniste et une technique qui a fait ses preuves. Ses effets sont cependant largement conditionnés par le cadre institutionnel dans lequel s'inscrit la démarche. Ainsi, une étude randomisée contrôlée a mis à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle une formation à l'entretien motivationnel adaptée dans des situations propices à l'intervention brève améliore le processus d'orientation des usagers vers des structures adaptées. Or les résultats de l'étude ne sont pas allés dans ce sens. En vérité, il est très difficile d'orienter un jeune repéré dans le cadre de l'éducation nationale vers une consultation

adaptée. Cependant, certains bénéfiques ont pu être observés, gage de la pertinence de l'outil en tant que tel : un lien a pu se créer entre le jeune et l'infirmier(ère) avec le(a)quelle il s'était entretenu, profitable à la fois pour le jeune qui trouvait là un appui et pour l'infirmier(ère), heureuse d'avoir su acquérir et mettre à profit de nouvelles compétences relationnelles. Issue du constat que le plus souvent, l'infirmière scolaire peut faire preuve d'une bienveillance contre-productive, l'étude Paprica a quant à elle cherché à mesurer l'impact sur ce réflexe d'une formation des infirmières à l'entretien motivationnel. La formation à l'entretien motivationnel n'avait pas entraîné spontanément des changements importants dans la prise en charge. Subsistaient en effet des comportements très directifs de la part des infirmiers(ères) formé(e)s. Cependant, en comparant deux groupes dont l'un était sous supervision, l'étude a montré qu'il est néanmoins possible de faire évoluer les infirmiers(ères) vers une meilleure appréhension des situations, en freinant ce réflexe correcteur. Les séances sous supervision avaient été en effet particulièrement bénéfiques, entraînant une amélioration très nette des compétences pour l'entretien motivationnel.

Une deuxième phase et un deuxième axe entendait renforcer les capacités de formation interne des personnels de l'éducation nationale. Or pour pouvoir toucher les quelques milliers d'infirmières en exercice en milieu scolaire, il a fallu former des co-formateurs, médecins et infirmières scolaires. 8 médecins scolaires ont été imposés par l'éducation nationale contre 2 infirmières. Deux participants sont allés au bout du processus : un médecin et une infirmière.

La troisième phase baptisée FORMADO se présentait comme une étude pragmatique. Elle entendait combler la distance entre intervenants de premier recours et intervenant de second recours, œuvrant au sein des consultations jeunes consommateurs (CJC), avec des actions menées en Bretagne et en Picardie notamment pour là encore faciliter le travail en réseau et les échanges interprofessionnels entre ces deux catégories d'intervenants parfois trop cloisonnées.

Que peut-on en déduire sur la place des infirmières dans ces circuits de prévention ?

Si l'on demande à une infirmière en Grande-Bretagne de réaliser un repérage précoce et une intervention brève auprès d'un usager, mission habituellement confiée au médecin, les résultats sont plus encourageants que si la mission avait été menée par le médecin. On peut y voir notamment l'effet d'un mode de communication plus « horizontal » chez l'infirmier(ère). Ils (elles) n'ont pas cette vision « descendante » de la communication que les médecins ont, souvent. Par ailleurs, en termes de légitimité cette fois, et à titre d'exemple éloquent, on ne peut imaginer ouvrir un centre de traumatologie aux Etats-Unis sans personnel capable de réaliser des interventions brèves. Il est fréquent en effet que certaines personnes accidentées l'aient été suite à une consommation d'alcool. Dans le domaine de la santé au travail, la situation est similaire : le corps des médecins du travail allant diminuant, les infirmiers(ères) du travail ont de plus en plus de responsabilité et éprouvent un intérêt manifeste dans l'apprentissage des techniques de repérage précoce et intervention brève. Les infirmiers(ères) ont un rôle essentiel à jouer dans les circuits de prévention. Ils/elles sont à la fois nombreux(ses) et bien disposé(e)s à intégrer dans leur pratique professionnelle de nouveaux outils et de nouvelles compétences.

Comment optimiser les formations pour qu'elles aient des effets dans la durée ?

Le problème de l'évaluation de l'efficacité des formations sur les pratiques est un problème récurrent. En quoi celles-ci amènent-elles les personnels de santé à faire évoluer réellement leurs pratiques professionnelles ? En vérité, être formé est une chose, reste que toute formation devrait s'accompagner de tout un processus de stimulation, de révision, d'entretien des acquis. A titre d'exemple, un dispositif en ligne élaboré par l'IPPSA permet aux infirmiers(ères) d'échanger sur leurs pratiques et expériences et de rester « mobilisé(e)s » bien que la supervision demeure un passage nécessaire dès lors que l'on veut apprendre des savoir-faire relationnels. En termes de dispositifs à mobiliser : les expériences de supervision par téléphone ont été

fructueuses : les personnes ont un entretien par téléphone avec leur formateur qui joue le rôle de l'utilisateur, puis bénéficie d'un retour critique sur cet entretien. Cependant là encore, ces dispositifs doivent être organisés bien en amont et susciter l'intérêt des parties prenantes pour être efficaces.

Table ronde 1

L'infirmière de santé au travail-un rôle de prévention des conduites addictives

Modérateur : Corinne Huon-Martin, déléguée régionale du GIT

Intervenants :

- Béatrice Juillard, Groupement des infirmiers du travail
- Emmanuelle Pasquier, Service de santé des gens de la mer

Comment s'organise la prévention des conduites à risque en santé au travail ?

Un premier constat s'impose, celui de l'importance des conduites addictives sur le lieu de travail et leur impact, à la fois sanitaire, social et économique au sein de l'entreprise.

Les risques générés par les conduites addictives en entreprise sollicitent la responsabilité des parties prenantes et nécessitent que soient bien définis les rôles respectifs de chacun, employeur, salarié, et personnel de santé au travail, dans la prévention et la prise en charge.

Les comportements à risques les plus fréquents en entreprises sont les pratiques autour des jeux vidéo (jeux en réseau), le port d'un baladeur, un usage abusif de son téléphone mobile, qui peuvent générer une vigilance et une production amoindries. On observe également des cas d'intoxication aux médicaments. Par ailleurs, la question du tabac en entreprise continue à diviser les salariés, non fumeurs face aux fumeurs, en termes de temps de

pauses dédiés, ou de tabagisme passif avant la loi de 2006. Enfin, la consommation d'alcool peut également générer des conflits au sein de l'entreprise. Sur cette question, une évolution des conduites relatives à la consommation d'alcool laisse penser que l'on assiste à de plus en plus de comportements de type compulsif. Que ces consommations aient lieu en entreprise ou hors les murs, elles ne seront pas sans conséquences sur la santé de l'individu : vigilance altérée, fatigue, altération de la perception des risques, non sans conséquences parfois tragiques sur le lieu de travail pour soi et pour autrui. Par ailleurs, un salarié dépendant à l'alcool, par exemple, connaîtra le plus souvent des troubles sociaux importants : divorce, isolement, précarité financière qui trouveront leur traduction dans l'absentéisme, les arrêts de travail à répétition, responsables de pertes en termes de productivité. L'employeur a évidemment dans ce contexte, une double préoccupation : les performances du salarié et sa sécurité.

Quelles sont les obligations des parties prenantes ?

D'après l'article 1384 du code civil, l'employeur est responsable des dommages qu'il peut causer de son propre fait mais aussi de ceux causés par des personnes dont il doit répondre. Pour se prémunir, l'employeur peut décider de prendre des mesures comme retirer le salarié de son poste de travail de façon temporaire ou définitive. Il peut décider de faire accompagner le salarié à son domicile mais devra s'être assuré qu'il sera pris en charge, une fois arrivé chez lui. La notion de non-assistance à personne en danger pouvant en effet être opposée à l'employeur qui n'aurait pas pris cette précaution. Si l'état de santé du salarié sur le lieu de travail s'aggrave, sans que l'employeur ne se mobilise pour une prise en charge, là encore la responsabilité pénale de ce dernier est en jeu. D'où l'importance des actions de prévention dans l'entreprise. Il est important que toute démarche de prévention soit collective, soutenue par le CHSCT et la hiérarchie. En termes d'outils à la disposition de l'employeur, on trouve le service social, le document unique qui recense tous les risques auxquels les salariés sont exposés dans le cadre de leur exercice et les moyens de prévention en

vigueur pour chaque risque. L'employeur peut s'appuyer également sur le règlement intérieur, pour les entreprises de plus de 20 salariés. Celui-ci comprendra toutes les normes d'hygiène et de sécurité de l'entreprise, la réglementation sur les boissons admises dans l'enceinte de l'établissement, les restrictions, les sanctions encourues par le salarié en cas d'enfreinte du règlement.

L'usage de l'éthylotest peut s'imposer dans certains contextes. Il est cependant très réglementé. Il sera utilisé dans des conditions précises pour des salariés exerçant dans un environnement exposé aux risques, et impliquant un vrai danger. Cette action s'effectue dans la confidentialité. Un cadre effectuera l'opération en présence d'un représentant du personnel. L'infirmière du travail, quant à elle, pourra utiliser l'éthylotest à des fins préventives mais non dans une démarche de détection.

Quelles sont les ressources en présence pour l'organisation d'actions de prévention ?

Des groupes de prévention à thème peuvent exister au sein de l'entreprise et l'infirmier(ère) y a toute sa place.

Une charte concernant l'usage d'alcool et de drogues peut être rédigée. Elle offrira des repères aux salariés quant à ses droits et devoirs et énoncera les responsabilités de chacun : le rôle du salarié, de l'employeur, du collègue.

Le médecin du travail exerce une fonction de conseil auprès des salariés, ces derniers peuvent le solliciter s'ils le souhaitent. Le médecin peut orienter un salarié vers un centre de soin, le cas échéant, lui porter secours et assurer un suivi avec l'infirmier(ère) en cas de détresse psychologique. Il intervient dans la rédaction du document unique et du règlement intérieur mais aussi dans l'évaluation de la correspondance des salariés, du point de vue de leur état de santé à leur poste de travail.

L'infirmier(ère) quant à lui (elle) aura deux rôles majeurs. Son premier rôle est la gestion des situations aiguës par le repérage d'un comportement anormal et l'intervention adaptée, en appliquant le protocole s'il existe, ou en sollicitant le SAMU ou les forces de l'ordre, selon l'état du salarié.

Un second rôle pour l'infirmier(ère) consiste en l'organisation et l'animation d'actions de prévention à l'intention des salariés de l'entreprise. Celles-ci peuvent prendre la forme d'action en faveur des apprentis, jeune population au sein de l'entreprise, avec des ateliers ludiques et pédagogiques permettant au jeune d'évaluer sa consommation d'alcool au regard des normes doses-barres, ses prises de risques à partir de logiciel de courbe d'ébriété, lunettes d'ébriété, voitures tonneau, simulateur de freins, simulateur de conduite à deux roues... En partenariat avec le CHSCT, la prévention routière, l'infirmier(ère) peut lancer des campagnes de sensibilisation qui auront d'autant plus d'impact là aussi qu'elles auront été soutenues par la direction de l'entreprise.

Quel est le contexte spécifique d'exercice du métier d'infirmier(ère) dans la prévention des addictions auprès des gens de la mer ?

Quelques définitions préliminaires : l'appellation « gens de la mer » tout d'abord concerne les marins à bord des navires de commerce, de pêche et de plaisance, les mécaniciens, électriciens, les personnels qui veillent sur les ponts, affiliés à l'Etablissement national des invalides de la marine, chacun exerçant un rôle dans la sécurité du navire.

Le Service de santé des gens de la mer (SSGM) quant à lui, est un service de médecine préventive appartenant à l'administration de la mer. En termes de composition, le SSGM est constitué de 26 médecins et 26 infirmiers répartis sur le littoral et outre-mer, de 4 médecins-chef de région, de 4 infirmiers(ères) régionales, d'un médecin chef à Paris et d'un médecin adjoint. La Direction interrégionale de la mer Nord Atlantique Manche Ouest (DIR NAMO), une des ses composantes est elle-même composée de 8 médecins, 2 vacataires et 8 infirmiers militaires.

Les risques professionnels maritimes sont nombreux, parmi ceux-ci : les risques traumatiques, les chutes à la mer, les explosions et incendies, le transport de charges, les équipements de travail, l'exposition au froid ou à la

chaleur, les risques en milieu hyperbare, les risques électriques, l'exposition aux vibrations, l'exposition au bruit, les risques chimiques et biologiques, l'exposition à des agents microbiens, les risques psychosociaux, suicide, harcèlement...

Plusieurs décrets encadrent la prévention des risques professionnels encourus par les gens de la mer, le milieu professionnel maritime étant un milieu dont le niveau de risque est le plus élevé tant au plan national qu'europpéen et mondial. Dans ce contexte, l'objectif de la Direction interrégionale de la mer Nord Atlantique Manche Ouest (DIRM NAMO) sont la mise en place d'une politique cohérente et pertinente de prévention des risques professionnels maritimes à l'échelle de l'inter-région sous l'égide de la Direction générale de la mer. Des groupes de travail sont actifs au sein de la DIR NAMO, notamment sur les conduites addictives.

Pour ne citer qu'un seul décret concernant les obligations de l'employeur, le décret n°2007-1227 et son article 6 précisent que « tout armateur désigne par navire un membre de l'équipage qualifié et chargé, sous l'autorité du capitaine, de la prévention des risques professionnels...il peut être entendu par les inspecteurs et contrôleurs du travail maritime et par les inspecteurs de la sécurité des navires. »

Le rôle du Service de santé des gens de la mer

Les missions du SSGM sont de deux ordres :

- Une mission régalienne : aptitude à la navigation, participation au visite de sécurité des navires et aux commissions de sécurité ;
- Une mission de santé au travail : aptitude aux postes de travail, étude de poste de travail.

La loi 2006-10 du 5 janvier 2006, article 47, vient en effet préciser que l'aptitude physique du marin est contrôlée par le SSGM. L'arrêt du 16 avril

1986 relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin, à bord des services de commerce, de pêche et de plaisance.

Concernant le rôle du SSGM dans la prévention des risques professionnels maritimes, des arbres décisionnels permettent de lire le circuit de vérification des aptitudes au travail et de repérage des conduites à risque.

Au cours de la visite médicale initiale, à titre d'exemple, un test de dépistage urinaire en biométrie avec consentement éclairé est réalisé. S'il est négatif, le candidat recevra une information de prévention primaire et son aptitude au travail sera validée. Si le test s'avère positif, soit l'examen est renouvelé 15 jours plus tard et si le contrôle urinaire est négatif, il sera identifié comme apte ou à revoir, en fonction des contextes.

Deuxième alternative, si le test est positif, un nouveau test est réalisé de contrôle de la consommation de cannabis, et un contrôle de *l'abuse screening test*, outils à la disposition du médecin, afin de repérer une consommation régulière ou ponctuelle. En cas de consommation ponctuelle, le candidat sera qualifié d'apte pendant une durée de un à trois mois, période après laquelle un nouveau contrôle urinaire sera réalisé. S'il est un consommateur régulier, il sera qualifié d'inapte pendant une période d'un à trois mois puis contrôlé à nouveau, et identifié comme « inapte temporaire » si le test est à nouveau positif. Le médecin les orientera alors vers des centres de soins adaptés. Dans certains cas particuliers cependant, l'emploi du salarié sera préservé. Par ailleurs, le cadre de ce dépistage est actuellement l'objet d'une modification de l'arrêté de 1986 cité plus haut vers une meilleure identification de son cadre d'application, avec inclusion du dépistage de la consommation des substances psychoactives. Quoiqu'il en soit, ces tests de dépistage constituent pour les infirmiers(ères) une première opportunité de dialogue avec les gens de la mer autour des consommations à risques, notamment leurs effets sur les aptitudes professionnelles. A titre d'exemples de cas rencontrés, un ancien héroïnomane a pu regagner son poste après une cure réussie, un second, en rechute a été qualifié d'inapte temporaire ou encore une personne souffrant d'alcoolisme a été qualifié d'inapte temporaire après une défaillance sur son lieu de travail.

Qu'en est-il du dépistage de la consommation d'alcool pour les gens de la mer ?

Il n'y a pas de dépistage systématique de la consommation d'alcool. Au-delà de 40 ans un bilan sanguin est demandé mais le dépistage n'est pas toujours systématique. Il est important de rappeler dans ce contexte que la confidentialité en médecine du travail est une notion difficile pour pouvoir travailler en interdisciplinarité. De plus en plus de compagnies font signer une attestation à l'embauche, par laquelle les salariés reconnaissent qu'il y a une prévention des conduites addictives au sein de l'entreprise, s'engagent à respecter cette convention, et savent qu'ils peuvent être soumis de façon occasionnelle et aléatoire à un test de dépistage de la consommation d'alcool ou bien de consommation de substances psychoactives au sein de l'entreprise par l'armateur ou par le capitaine du bateau. Si le test est positif, les symptômes seront communiqués à un médecin du centre de consultation médicale maritime. Chaque marin bénéficie d'une formation médicale appropriée à leur éloignement des côtes et ont des procédures à suivre.

Que dire du rôle de l'infirmière au travail à partir de ces éléments ?

Le rôle de l'infirmière au travail est délicat. La gestion du problème des addictions et des risques encourus par l'utilisateur et son entourage, s'effectuant dans des contextes interdisciplinaires traduisant la politique d'entreprise, interroge quant au respect des règles de déontologie et de confidentialité. Par ailleurs, dans des entreprises à tolérance 0, où l'employé perdra son travail s'il est repéré en état d'ébriété sur son lieu d'activité, il faut alors que l'axe de conduite de l'entreprise soit lui aussi exemplaire notamment exclure les cérémonies de départ avec boissons alcoolisées...La surestimation des capacités des salariés et la sous-estimation des risques étant souvent à l'origine des accidents. Forums, réunions d'accueil, toute action de communication est utile pour ne pas que ces sujets soient tabous

dans l'entreprise. Enfin une question importante a été soulevée concernant la prise en charge et ses modalités : ne surestime-t-on pas la part des dépendants dans l'activité de repérage et ne sous-estime-t-on pas l'activité de repérage des personnes qui sont en train de devenir malades ou en tout cas perturbés par la consommation d'alcool. Si l'on veut optimiser le repérage précoce, il faut définir une instance qui puisse le faire. Or la santé au travail semble la plus légitime pour le faire. Cependant la visite d'embauche ou visite périodique n'est pas propice au repérage : elle est courte et beaucoup de paramètres doivent être évalués. Il faudra se baser sur le témoignage des gens et risquer une sous-déclaration. Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) qui permet une évaluation de la consommation des patients pourrait dans ce contexte être investi par les services de santé au travail qui le soumettrait au salarié dans la salle d'attente. C'est du moins une option à considérer pour pouvoir disposer de données épidémiologiques plus précises.

Table ronde 2 :

« L'infirmière scolaire : intérêts et enjeux de la prévention secondaire »

Modérateur : Bénédicte Foret, CIRDD-AIRDDS de Bretagne

Intervenants :

Isabelle Chauvet-Lemarchand, infirmière conseillère technique départementale auprès du DASEN 35

Christine Chevalier, infirmière scolaire, collège de la Roche-aux-fées, Retiers

Annie Constant, infirmière scolaire, lycée Joliot-Curie, Rennes

Où et comment les actions concrètes de prévention en milieu scolaire trouvent-elles leur origine et leur impulsion ?

Les axes prioritaires de santé publique sont définis au niveau national. Les prérogatives sont alors distribuées et la politique publique déclinée au sein des rectorats. Le recteur dispose d'une certaine latitude cependant puisqu'il proposera un projet académique en accord avec les prérogatives nationales mais adaptées aux spécificités de chaque académie.

Le recteur est entouré de médecins et infirmiers « conseillers techniques » qui l'assistent dans la mise en place d'une politique de santé qui actualisent les orientations prises au niveau national.

Chaque chef d'établissement, lui-même entouré d'infirmier(ère)s techniques, participera à la réalisation d'actions de prévention dans son établissement.

Toute action locale peut être accompagnée dans sa mise en œuvre par les infirmiers conseillers techniques départementaux. Une dynamique de réseau est ainsi favorisée qui permet des recours entre les différents relais de la politique décidée au plan national, notamment lorsque les situations rencontrées sont complexes. Les infirmiers(ères) conseillers techniques au niveau départemental pourront intervenir dans ce contexte, en exerçant une mission d'appui.

Qu'en est-il des programmes de formation des personnels éducatifs dans ce contexte ?

Le plan académique est constitué de deux parties : l'une décrit l'environnement dans lequel le nouveau personnel va évoluer, tant en termes d'infrastructures que d'outils mis à disposition pour sa pratique au quotidien. Il évoque les missions qui sont celles de l'éducation nationale et parmi celles-ci les mesures qui concernent plus spécifiquement les différentes priorités de santé publique dont les conduites addictives, dont la formation est axée sur l'estime de soi chez l'adolescent et l'apprentissage de la responsabilité pour l'adolescent. La seconde partie développe un programme de renforcement des compétences. Les besoins individuels de formation sont identifiés et formulés auprès du rectorat et les formations sont élaborées en collaboration avec le service social. Il s'agit le plus souvent de formations qui visent à munir le personnel de réflexes opératoires face à des comportements

complexes et déroutants chez l'adolescent, à les informer sur des domaines plus larges qui peuvent comprendre aussi bien les conduites addictives que la vie affective et sexuelle à l'adolescence...

Cette offre de formation régionale a lieu à Rennes. Tous les personnels de l'académie peuvent en bénéficier. Cette offre se voit également enrichie par les initiatives que prennent localement les conseillers techniques infirmiers avec les partenaires locaux, associatifs ou instances publiques comme les ARS dans une « dynamique inter-institutionnelle » qui doit permettre une professionnalisation de chacun des acteurs, notamment dans le repérage des jeunes en situation à risques.

De l'extérieur pourtant, les actions menées dans les écoles, ponctuelles, ne semblent pas émaner d'une véritable politique directrice, ni s'inscrire dans la durée.

C'est en effet une tendance à construire. Cependant des outils existent qui ont fait leurs preuves. Ainsi en est-il des Comité éducation santé et citoyenneté dans l'enseignement public (CESCEP). Ces comités ont été créés dans l'idée de générer des actions de prévention en sens plein du terme : actions concertées, aux effets mesurables et durables. Ces comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) s'inscrivent dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré, conformément aux dispositions des articles R 421-46 et 421-47 du Code de l'éducation. Ils sont définis par le Ministère de l'éducation nationale comme des instances de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Les CESC organisent le partenariat en fonction des problématiques éducatives à traiter.

Qui compose cette instance ?

Le CESC est composé par le chef d'établissement qui en est le président, des représentants des parents d'élèves et des élèves, des représentants du personnel administratif et ouvrier, des représentants des collectivités locales/conseil régional ou conseil général en fonction de l'établissement. Le chef d'établissement peut également s'entourer de partenaires territoriaux susceptibles de favoriser l'implémentation de sa politique de prévention.

Il convient de signaler cependant que la zone géographique de l'établissement peut être déterminante dans le fonctionnement de l'établissement qui aura tendance à solliciter quasi-exclusivement ses ressources en interne dès lors que sa situation géographique peu favorable permet peu d'échanges avec des partenaires extérieurs. Ces différences voire inégalités en termes d'accompagnement des établissements en zone urbaine ou rurale sont importantes à relever.

Quelques exemples d'action en collèges et lycées

A titre d'exemple, des changements conjoncturels dans les établissements, peuvent favoriser un changement d'orientation. Ainsi une confrontation entre jeunes ruraux et jeunes issus des villes, venus s'installer en zone rurale pour des raisons économiques ou familiales, a pu décider d'un changement de cap dans les directives de prévention et attirer l'attention sur l'émergence de conduites addictives dans l'établissement.

L'action de prévention s'est alors déployée tout au long du parcours de l'élève, pour éviter la redondance et accompagner l'adolescent, pas à pas. Ainsi, un travail d'écriture en collaboration avec les professeurs de français a donné lieu à des saynètes de 5 à 8 minutes, comme autant d'outils de sensibilisation des élèves aux dangers liés à la consommation de tabac. Un travail artistique lancé en début d'année afin que les élèves apprennent à se connaître, adhèrent au fonctionnement de la classe et soient plus pourvus

pour se prémunir des influences malveillantes constitue un autre exemple. Que les parents des élèves soient conviés à l'exposition des œuvres et impliqués, est un élément important. La difficulté à mobiliser les parents d'élèves a été rappelée dans ce contexte : certains établissements préféreront ainsi impliquer les parents dès la formulation des thématiques de prévention qui animeront l'année scolaire. Et même sans l'implication des parents, il est important de veiller à la complémentarité des acteurs. Ainsi, à titre d'exemples, les enseignants aborderont-ils les problématiques liées aux effets neurologiques de la consommation de substances psychoactives tandis que les infirmiers(ères) proposeront quant à eux/elles d'aider le jeune à identifier les structures d'accueil existantes.

Un autre exemple oriente le débat vers la question de l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention : une action initiée par le CESC d'un établissement auprès des élèves a fait intervenir un ancien toxicomane, aujourd'hui à la tête d'une association, et un ancien officier de police de la brigade des stupéfiants. Cette action originale a reçu un accueil favorable de la part des élèves et des parents. Fort de son succès, elle se voit renouvelée chaque année depuis 3 ans. Or, même plébiscitée par son public, cette initiative se heurte à la question de l'évaluation : comment mesurer son impact sur la population cible ? Qu'est-ce qui permet d'affirmer qu'elle a des conséquences positives sur les comportements des adolescents ? L'évaluation constitue un des écueils majeurs de toute action de prévention. La littérature internationale est peu encourageante. Un des axes à développer est bel et bien la formulation d'indicateurs et l'élaboration d'une méthodologie de projet qui inclut cette problématique de l'efficacité d'une action. Il existe cependant des recommandations qui proposent un certain nombre d'indicateurs comme l'implication du chef de l'établissement, l'existence d'instances de réflexion, l'existence d'un partenariat entre le rectorat et l'ARS...

Au niveau des lycées, des actions peuvent être mises en place, qui s'organisent en fonction des types de consommation des élèves : festive et occasionnelle ou problématique. A chaque type de consommation

correspondra une action. Généraliste et préventive pour les consommations non problématiques, ou sous la forme d'un entretien individuel avec une orientation éventuelle vers un centre d'accueil adapté pour les consommations problématiques. Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ne sont pas parmi les centres perçus comme des ressources dans ce contexte, faute d'une connaissance réelle de leurs actions et du fait de la mauvaise image qu'en ont les familles, qui le plus souvent ne voient pas bien comment un centre qui prend en charge les cas de toxicomanie avancés peut s'avérer pertinent pour leur enfant.

Toute une stratégie demeure à élaborer pour que ces structures soient identifiées par le personnel éducatif, et considérées comme des alliées. L'ARS dont une enquête a déjà mis en évidence tout récemment une méconnaissance des CJC et entend communiquer sur leur importance comme partenaires dans la prise en charge des comportements à risque des adolescents.

Pour conclure, l'Observatoire des Comportements des Elèves et des Pratiques de Prévention dans l'Académie a identifié quelques « bonnes pratiques » susceptibles d'optimiser l'impact des actions de prévention :

- un programme pensé tout au long de la scolarité, selon l'âge et les préoccupations des élèves
- la prise d'initiative des personnels enseignant dans l'élaboration des actions de prévention sous l'impulsion du chef d'établissement
- la participation des élèves dans l'animation des actions (témoignages d'anciens élèves), encadrée par des adultes référents.
- l'implication de l'infirmier(ère) scolaire dans la mise en place et l'animation des actions de prévention pour favoriser les démarches individuelles de recours auprès de l'infirmier(ère).

Pour en savoir plus sur les orientations pour une politique éducative de santé dans les territoires académiques, consulter les textes [ici](#)

Pour en savoir plus sur la mise en place d'actions de prévention en établissements scolaires, consulter le rapport [ici](#)

Table ronde 3 :

« Jeunes, errances et addictions : spécificités et enjeux »

Intervenants : Laurence Parrot, déléguée régionale de la Fédération addiction

Xavier Guillery, secrétaire général adjoint et délégué régional du RESPADD, région Bretagne

Circuit de l'addiction à l'adolescence

Le circuit de l'addiction à l'adolescence est présenté dans ses composantes psychiques, comportementales et environnementales.

La théorie des comportements problématiques distingue des facteurs de risque et de protection. Le patrimoine historique, la perception de l'environnement et l'environnement social constituent les facteurs de risque de développement d'un comportement addictif. La personnalité et les comportements sont définis comme des facteurs de protection. D'après la théorie de la prise de risque, un comportement addictif peut participer soit à la construction identitaire de l'individu, soit constituer un exutoire pour fuir les problèmes que l'individu rencontre. La notion de prise de risque est quasi consubstantielle à la phase adolescente. Les mutations corporelles, le désir de singularisation...tout concourt à faire de la prise de risque un passage obligé à l'adolescence, tel un rituel de passage. Et c'est à juste titre qu'on a pu comparer les comportements à risque à certains rituels mis en évidence par les études ethnographiques (rites chamaniques, intoxications religieuses).

Le normal et le pathologique

La difficulté est de savoir repérer le passage d'une conduite normale à une conduite pathologique. La conduite pathologique se définit comme une prise

de risque sur une durée estimée à plus de trois mois consécutifs. Elle se manifeste par la recherche excessive de sensations fortes. La destruction étant le plus souvent dans ce contexte l'apanage d'un psychisme appauvri parce que fragilisé par sa dépendance. Détruire y devient pour l'adolescent une forme de créativité. Pour discerner le normal du pathologique, il faut avoir à l'esprit les différents usages possibles des substances psychoactives : festif, créatif, auto-thérapeutique ou toxicomane. A ces niveaux d'usages correspond une échelle de consommations festives ou nocives, dépendance et abstinence. Le risque aigu sera évalué en fonction de la mortalité et des pathologies associées. L'efficacité du produit étant proportionnelle à sa toxicité aux yeux de l'adolescent, plus le produit est toxique plus il sera recherché.

Quels sont les effets recherchés ?

La consommation de substances psychoactives entraîne la génération d'une autre dimension spatio-temporelle, une « néo-réalité », qui peut s'avérer structurante pour l'adolescent, en recherche de repères. La prise de drogue est passible d'exprimer à la fois une volonté d'évasion ou de participer à une quête identitaire. L'*errance identitaire* se manifeste dès lors que le produit devient le repère de l'adolescent, lorsque s'opère une aliénation de l'adolescent dans la recherche des effets associés aux substances.

Qu'en est-il lorsque la liberté individuelle se heurte aux règles du collectif ?

Au quotidien, il n'est pas rare que les parents viennent cautionner des pratiques allant contre les mesures collectives émises dans les établissements scolaires notamment, comme l'autorisation de fumer. L'autorité du parent et sa légitimité en tant qu'éducateur devant être valorisés

auprès des adolescents, il est délicat de s'opposer à la parole des parents. Cependant, la question de la liberté individuelle au regard des règles de vie en société constitue un questionnement qui peut trouver son intérêt dans un débat avec les jeunes.

Quels sont les facteurs psychopathologiques associés à l'usage de substances psychoactives ?

On observe des troubles externalisés tels les troubles de la conduite, la consommation de toxiques, un trouble de l'attention avec déficit de l'attention et hyperactivité et des troubles internalisés, dépressions primaires et secondaires, troubles anxieux peuvent constituer un terrain favorable au développement d'une conduite addictive. Il est important dans ces contextes de connaître la place que le produit joue pour être plus à même de cerner l'étiologie du trouble observé.

Une bibliographie est proposée pour aller plus loin dans la compréhension des comportements à risque à l'adolescence

- La prise de risque à l'adolescence, Grégory Michel, Masson
- Le passage adolescent, Rassial, Eres
- Le toxicomane, Wieviorka, Dunod
- Le processus de subjectivation à l'adolescence, Dunod

« Jeunes en errance, de qui parle-t-on ? »

On peut décrire deux profils. Un premier profil quoiqu'assez peu présent est celui du jeune porté par des idéaux qui part sur les routes, rencontrer le monde et construire son expérience de vie, mû par le désir de trouver du nouveau. Les jeunes que l'on rencontre dans des situations d'errance sont des jeunes qui ont connu une rupture le plus souvent, avec leur idéal, avec leurs proches et leur vie sociale et qui sont attentifs à ce qui peut s'apparenter à un substitut familial. Ces jeunes qui errent dans la ville sont souvent accompagnés d'un chien, allant de lieux festifs en lieux festifs,

nomades. Un autre élément important est le fait que ces jeunes ne semblent pas se projeter dans un futur palpable ce qui tend à rendre plus difficile leur intégration dans un parcours de soin. Par ailleurs beaucoup des jeunes en errance souffrent de pathologies psychiatriques parfois importantes, de type psychose, troubles anxieux et troubles dépressifs.

Evolution des environnements festifs

D'une organisation quasi secrète dont seuls les initiés connaissaient les circuits - et l'on pouvait observer des individus ayant fait de ces milieux festifs des lieux de vie - on observe aujourd'hui une population de jeunes, parfois en errance mais plus aisément accessibles. Trois axes d'approche avaient pu être développés dans ce nouveau contexte : un axe de prévention des risques liés aux consommations, un axe autour des soins (traumatologie, coupures) et un travail de réassurance autour de la gestion des effets secondaires des consommations de substances (bad trip, anxiété, troubles psychiatriques délirants). Trois types de population se sont dessinés : une population de « touristes », curieux de la population que l'on trouvait dans ces milieux festifs, une population d'habitues qui produisaient du son sur ces festivals et près d'un tiers dans ce dispositif d'errance décrit plus haut. Cette possibilité de contact permettaient de découvrir une population extrêmement mobile, vivant le plus souvent sur ces espaces, quasiment tous en rupture sociale ou familiale, porteur d'une pathologie psychiatrique et souvent dans des poly-consommations. Cette géographie festive changeante ne favorisait pas une continuité dans la prise en charge, et empêcher de savoir ce que devenaient ces jeunes dans le temps. La prise en charge est une question complexe dans ce contexte d'errance, le soignant n'a que peu d'emprise sur cette population et de mesurer l'impact des discours de prévention des risques sur les comportements, dans la durée.

Dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), dans le cadre d'une action de réduction des dommages et d'accès aux soins, on rencontre régulièrement des jeunes en

errance vivant dans des squats, porteurs de difficultés sociales majeures, et souvent de problématiques psychiques importantes, en situation de poly-consommations. Même dans des espaces différents, on retrouve les mêmes caractéristiques que le premier groupe, bien que cette fois, il existe une opportunité réelle et facilitée de prise en charge. Un suivi dans le temps est possible, des échanges sont possibles dans la durée, pour les sensibiliser. C'est là que le travail infirmier prend toute sa dimension. Ils sont ceux qui établissent le premier contact avec ces jeunes, ils sont les garants du cadre institutionnel. C'est la cohérence de ce cadre qui va permettre aux soignants d'être efficaces et c'est la résistance et la solidité de l'équipe infirmière qui va permettre aux soignants de ne pas être débordés. L'infirmier est aussi le premier contact pour amener ces jeunes vers le changement, c'est là l'objectif : les amener vers le soin et les faire évoluer vers le changement. Il y a certes des progrès à faire pour s'outiller et se familiariser avec les outils comme l'entretien motivationnel qui est l'une des approches, mais il faut les renouveler. La finalité étant à terme de les aider à quitter leur situation à risque, et de les amener progressivement à cesser leur consommation de stupéfiants. Il est vrai que les médicaments comme la méthadone sont utiles dans ces contextes mais le travail institutionnel réalisé, le contact empathique qui n'est pas dans le jugement, dans l'accompagnement et la compréhension est un élément essentiel aussi et là c'est aussi la mission infirmière qui les réalise. Cette question des jeunes en errance constitue un vrai défi. Tout l'intérêt sera de les accompagner, de les faire évoluer pour les amener à changer leurs pratiques et à réduire les risques et dommages encourus. Parce qu'il s'agit d'une population difficile à capter, c'est important qu'il y ait des structures solides et efficaces qui permettent cet accès aux soins. Il y a aujourd'hui un débat concernant les salles d'accompagnement à l'injection mais il existe aussi des centres d'accueil d'accompagnement à la réduction des risques liés aux usages de drogues (CAARUD) dont les infirmiers ont un rôle majeur dans la chaîne de prise en charge de ces types de populations. Parmi les structures de 1^{er} accès aux soins, les CAARUD permettent aux usagers de drogues de trouver un point d'écoute, de recourir à un infirmier de recevoir des préservatifs pour la prévention des maladies

sexuellement transmissibles, des kits de snif, de la nourriture, ils peuvent y laver leur linge... Et ce qui fait la cohérence de ce système, c'est cette chaîne. Une manière de répondre à la polémique des salles d'accompagnement à l'injection c'est de les légitimer, en affirmant qu'elles appartiennent, en un temps donné, à la chaîne globale de prise en charge. Il s'agit en effet de structures qui sont les premiers contacts, lors de la phase aigue de l'addiction, une « lune de miel » en ceci que les usagers ne sont pas dans une dynamique de contrôle de leur addiction et de sevrage. Le fait que les chiens soient acceptés dans ces structures est essentiel. Le chien étant le plus souvent pour les personnes en errance un élément de substitut à l'entourage familial, et de projection de soi. Or les chiens ne sont pas acceptés dans les foyers et leur présence constitue toujours une question épineuse dans le cadre du montage de centres d'accueil du fait de l'entourage et des nuisances attendues. Certains CAARUD travaillent avec des chenils aussi pour que les chiens puissent être pris en charge le temps que durera le soin de leur maître. Il n'est pas rare qu'un rejet des soins soit motivé par le refus de se séparer de son chien.

Les jeunes en errance dans les contextes ruraux

Ces jeunes sont le plus souvent très difficiles à apprivoiser parce qu'ils ont vécu des événements souvent douloureux, ils ont un parcours de vie souvent chaotique, ils vivent le plus souvent en squats, dans un univers violent, ils ont très peu de ressources sociales, beaucoup ont moins de 25 ans. Lorsqu'ils arrivent à l'étape du soin, ils sont souvent méfiants. Il faut pouvoir les approcher, les acclimater afin que la confiance puisse s'établir, ce qui constitue déjà une première difficulté. Là encore, l'importance du travail infirmier est ici qui doit permettre de créer ce lien, et d'amener progressivement ces jeunes aux soins. Pas à pas, il s'agit de les sensibiliser, de les rassurer et de les amener progressivement vers un changement de comportement. Cette mission étant parfois facilitée dans certaines structures par la présence d'une assistante sociale qui peut œuvrer de son côté à la recherche des aides possibles (CMU...). Certains partenaires, dans les

foyers, pourront également participer à l'accueil des patients. C'est ce travail pluridisciplinaire qui rend la prise en charge possible.

Comment s'outiller pour traiter les cas difficiles ?

Devant ces jeunes en carence affective énorme et en situation de « révolte », il semble parfois impossible de susciter leur intérêt sur des questions de prévention et de réduction des risques. Pour sortir de ce type d'impasse, il faut à la fois s'efforcer de comprendre l'adolescent dans toutes ses composantes, y compris ce qui rend le dialogue entre les adolescents et les soignants difficile. Par ailleurs, il convient d'admettre que travailler seul dans ces contextes, est contre-productif. Il est évident qu'il existe dans chaque situation des appuis, soit des professionnels experts des conduites addictives, soit des experts de l'adolescence et des problématiques psychiatriques qu'ils peuvent rencontrer. Il s'agit de se constituer un réseau de partenaires et de se donner des objectifs humbles et réalistes, d'anticiper une absence possible de résultats ou une difficulté à évaluer son action dans l'immédiat. La situation de certains centres n'est certes pas idéale pour générer des partenariats, cependant il demeure possible de solliciter les villes environnantes. Par ailleurs, construire des actions avec les jeunes, en mobilisant leur imagination et leur imaginaire, souvent riches, peut aussi susciter des évolutions de comportement chez eux, du fait de cette implication.

Les « temps du soin » et le cheminement des jeunes en errance

Actuellement chez ces jeunes, il y a le temps du social, le temps du médical et le temps du psychologique. Or le temps psychologique est rarement ce qui « arrive » en premier. Ecouter l'histoire de vie du jeune constitue parfois un réflexe thérapeutique qui doit permettre au soignant de s'approprier le contexte des pratiques addictives. Cependant, le temps le plus prégnant est plutôt le temps du social. Respecter cette temporalité est essentielle dans une perspective de soin. Ce temps du social est primordial pour le patient :

sa santé va finir par l'intéresser parce qu'il se sentira plus à l'aise sur le plan social ou inversement le temps médical va primer sur le temps du social. Mais le plus souvent, quand le patient accepte de se confier au soignant, il s'agit d'une temporalité adjuvante aux précédentes. Respecter ces différents temps et les souhaits du patient sans essayer d'aller plus vite que lui ou de lui imposer des choses, c'est tout le travail du changement qui est un travail de partenariat, d'accompagnement qui ne peut se réaliser qu'à partir du moment où le contact s'est réalisé. Tout l'intérêt de ce premier contact, c'est de réussir à créer le lien avec ce patient et particulièrement avec ces patients qui sont en errance et qui sont extrêmement fragiles sur le plan psychologique. Lorsqu'il y a des ruptures familiales importantes, des violences subies de la part du père ou de la mère, le soignant incarne une image parentale d'où cet équilibre fragile entre proximité et distance, afin de n'être ni trop proche ni trop distant dans sa relation avec le jeune. Dans ces situations la question de la valorisation de l'autonomie est très importante. Le soignant est souvent confronté à la réponse à une urgence médicale ou sociale. Le clinicien sait que ces situations d'urgence sont souvent dues à leurs consommations, l'usager aussi mais pas de la même façon ni au même rythme que l'urgence diagnostique. Il y a tout un processus, à travers l'alliance que le soignant contracte avec eux, dès lors qu'il se met au service du patient pour ces premiers changements là, il lui sera toujours possible de négocier quelle sera l'étape suivante. Dès lors que l'on néglige l'autonomie de la personne, la réaction de rejet du soin qui peut s'ensuivre peut remettre en question le bon déroulement du parcours de soin du patient. C'est d'ailleurs souvent les encourager que de reconnaître devant eux les ressources dont ils disposent, qui leur ont permis d'évoluer dans un environnement difficile et d'être là, impliqué dans une démarche de soin.

Quelques éléments sur l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une approche de la relation thérapeutique qui est dérivée en partie de l'approche rogerienne. Ceci dit il s'en distingue en ceci que l'approche rogerienne est non directive et que ce travail consiste

essentiellement à changer en l'autre sa vision, sa façon d'être, sans viser de changement particulier. C'est la personne elle-même qui définira ce que sera pour elle un mieux-être, de son point de vue. Dans l'entretien motivationnel, il est une forme de tension permanente entre le respect de l'autonomie de l'autre et le maintien de l'objectif de changement désigné. On reste cependant centré sur la personne et ses motivations internes, en particulier sur les contradictions entre sa situation actuelle et ses objectifs propres. Le soignant prend appui sur les ressources de la personne. Le soignant n'argumente jamais en faveur du changement, c'est un parti pris de l'entretien motivationnel. Si le patient émet des jugements ambivalents sur son comportement, il faut entretenir cette ambivalence sans chercher à imposer le changement, jusqu'à ce que la perspective du changement apparaisse au patient comme une alternative plus favorable et qu'il ait provoqué cet état d'esprit « de lui-même ». L'entretien motivationnel est aussi une façon d'être. Cette approche serait assimilable à une manipulation si elle n'était sous-tendue par le respect de l'autonomie de la personne et désireuse de la renforcer. C'est très tangible en milieu carcéral : l'autonomie est un élément essentiel pour les détenus. Alors que la contrainte judiciaire pèse sur eux pour induire un changement de comportement, l'entretien motivationnel vise à rendre les détenus responsables et à l'origine de ce changement. C'est une approche qui se garde de prendre parti, d'énoncer des jugements de valeur, reformule les données entendues et rend visibles les contenus sous-jacents, pour une mise en valeur des motivations au changement du patient.

Conclusion :

Intervenants :

Xavier Guillery, secrétaire régional adjoint et délégué régional du RESPADD, région Bretagne

Florence Tual, ARS de Bretagne

Lors de cette journée, le métier d'infirmier a été porté au cœur du débat. Quel que soit son espace d'intervention et quel que soit son mode d'exercice, chacun est concerné par la problématique de l'addiction et œuvre avec les moyens dont il dispose pour réduire les risques et dommages des conduites addictives sur l'usager. Les compétences, plus peut-être que les connaissances ont été ici évoquées. Compétences en termes de savoir-être comme l'entretien motivationnel, ou de savoir-faire et au regard des différentes approches existantes, la notion d'harmonisation a été convoquée à plusieurs reprises, comme un axe possible d'amélioration des pratiques. Des compétences existent aussi en matière de recherche, et le potentiel épistémologique de la discipline a pu être souligné à juste titre. Toutes ces compétences doivent être développées et soutenues et il est important de saluer le travail des tutelles, dont l'ARS pour son soutien dans cette dynamique de développement. Beaucoup a été dit sur les jeunes usagers, moins sur les plus âgés bien qu'ils constituent une population toute aussi concernée par les conduites addictives. Cependant on ne pouvait envisager d'épuiser tous les aspects de cette problématique du rôle de l'infirmier face aux addictions dans le cadre de cette journée. Ce qu'il convient de retenir ici est que l'on observe une évolution palpable du métier d'infirmier, que cette journée a su en manifester les spécificités, et les échanges démontrer l'intérêt porté à ces mutations. Le nombre de participants a su témoigner de la prégnance de ces préoccupations autour de l'addictologie dans le milieu infirmier et d'une volonté positive d'évolution des pratiques que l'ARS entend accompagner. A titre d'exemple de projets en cours : la prévention en milieu scolaire et les stratégies à privilégier sont notamment l'objet d'un partenariat entre l'ARS Bretagne et le CIRDD.