

Face aux addictions, une dynamique réflexive pour un processus opérationnel

Pour donner aux lecteurs toutes les clés de lecture, il me semble indispensable de faire une rapide présentation de mon parcours. J'ai durant une dizaine d'années, travaillé au sein d'institutions médico-sociales en tant que moniteur-éducateur et ensuite éducateur spécialisé. Depuis plus de 25 ans, je dirige une association de prévention qui intervient dans tout le département de l'Hérault auprès des élèves d'écoles primaires, de collèges, de lycées et auprès des jeunes adultes. Les thématiques de prévention sont la promotion du bien vivre ensemble, la prévention des risques liés au mal-être, l'accompagnement à la vie affective et sexuelle et bien sûr la prévention des addictions.

Mon expérience professionnelle m'amène également dans le cadre des formations organisées par Actif, à intervenir dans les instituts médico-sociaux de toute la France pour former les équipes sur ces mêmes thématiques. Ajoutons que mon approche pragmatique de la prévention a été complétée par un Master II en action de prévention sanitaire et sociale. Et que pour finir le tableau en lien avec notre sujet, je suis né à Cognac.

Bertrand Blanchard

Holisme communication - Prévention santé, Intervenant ACTIF

I - UNE HISTOIRE HUMAINE

Je pense qu'il est indispensable que les établissements du secteur médico-social s'intéressent à la question du produit et des addictions, car on ne peut dissocier ces derniers, de notre humanité. Des plus lointaines traces de l'Homo sapiens apparaît la présence des drogues. Aux alentours de 6 000 ans av. J.-C., les hommes ont commencé à fabriquer de l'alcool et du vin. Les paléontologues ont confirmé des zones d'expérimentation de boisson fermentée aux alentours de 30 000 av. J.-C. Et selon Matthew Kerrigan généticien : « *Il y a 10 millions d'années une mutation apparue chez l'ancêtre de l'homme lui a permis de métaboliser l'alcool éthylique 40 fois plus vite.* » offrant ainsi aux humains des possibilités d'expérimentation plus importante de ce produit¹.

Notre quête du sacré et de la spiritualité s'entrelacent parfois avec d'étranges histoires sur de l'eau qui se transforme en vin et du vin en sang divin², sur des interdits terrestres qui seront récompensés par des rivières de breuvage viticole³, sur des champignons qui nous amènent plus proche des dieux, et Bob Marley promettait : « *Fumer de l'herbe te révèle à toi-même.* » ou comment selon Charles Baudelaire la consommation de vin nous aide à devenir une troisième personne hybride entre l'homme et Dieu⁴.

Mais la consommation de produits, c'est également une manière de se sentir appartenir à une région, une culture, une famille, un groupe. Du collégien qui expérimente en toussant la première cigarette pour se sentir en connivence avec son groupe de pré-ados, au rituel du vin d'honneur pour forcer la convivialité par une désinhibition liée à l'éthanol, en passant par le plaisir partagé durant les années jeunesse par l'inhalation de fumée illicite, jusqu'au patriotisme exhorté par le fait de boire un verre en terrasse comme résistance au terrorisme ; les hommes sont des animaux sociaux qui ont trouvés dans les substances psychoactives des moyens de renforcement du lien social.

Pour finir, combien d'histoires d'amour, de sincères amitiés sont nées dans une proximité avec une consommation qui nous a amenés à cette euphorie et nous a aidés à exalter nos émotions ? Notre littérature et notre cinématographie regorgent de ces scènes où l'empathie réciproque se confond avec l'ivresse⁵.

1. L'alcool, accélérateur de l'évolution humaine, N° 843, mai 2007, Sciences et Avenir.

2. Mathieu chapitre 26 verset 27, Bible.

3. Sourate XLVII (47) verset 15, Coran.

4. Charles Baudelaire, *Du Vin et du Haschisch*.

5. Un Singe en hiver (1962) de Henri Verneuil ou Barfly (1987) de Barbet Schroeder.

II - ENTRE BIEN-ÊTRE ET SOUFFRANCE

Cependant si cette première réflexion laisse à penser que les substances peuvent amener du bien-être, elles s'accompagnent également d'un lot de souffrances concomitantes illustrées par ces quelques chiffres :

- ⇒ en France, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable, autour de 70 000 décès chaque année⁶ et 49 000 décès sont imputables à l'alcool⁷ ;
- ⇒ en 2012, dans le cadre des infractions à la législation sur les stupéfiants, plus de 50 000 personnes sont condamnées par an, dont près de 60 % pour usage, principalement de cannabis ;
- ⇒ 124 000 sont condamnées pour infraction de sécurité routière aggravée par l'alcool⁸ ;
- ⇒ dans une enquête de 2012, pour les violences subies hors ménage, il apparaît que sur les personnes se déclarant victimes, 36 % disent, au sujet de l'auteur, qu'il était sous l'emprise d'alcool ou d'une drogue dans le cas de violences physiques. Ce taux atteint 49 % pour les femmes s'étant déclarées victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint⁹.

Mais également ces chiffres montrent en creux des réalités que nous ne pouvons quantifier.

À côté des expérimentations et des usages qui n'occasionnent pas de dommages physiques, psychiques ou sociaux, la consommation des substances psychoactives peut être source de mal-être, de violence, d'absentéisme au travail ou scolaire, de dysfonctionnement relationnel, de solitude non désirée, de timidité que l'on masque avec des cachets, d'exclusion sociale que l'on étouffe à coup d'alcool ou de barbiturique, de toutes ces substances que l'on prend dans des tentatives obstinées d'automédication pour rendre supportable le quotidien.

« *Enfer et paradis entremêlent leurs tresses* »¹⁰. Tentons pour nos publics accueillis de démêler ce nœud gordien.

6. En 2012, selon l'estimation de Catherine Hill, directrice du service d'épidémiologie des cancers de l'Institut Gustave Roussy (IGR, Villejuif, Val-de-Marne) fondée sur les données de mortalité en 2004, publiée dans La Revue du praticien.

7. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2013/BEH-n-16-17-18-2013>

8. <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>

9. L'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) a publié en décembre 2012 les résultats d'une enquête menée auprès des victimes (dite « Enquête de victimation ») au sujet de l'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs de violences physiques ou sexuelles hors ménage ou au sein du ménage sur la période 2009-2012.

10. « Toulouse to win », Claude Nougaro.

III - NOS INSTITUTIONS NE SONT PAS EXTÉRIEURES AU MONDE

À 17 ans, les jeunes sont seulement 8 % à n'avoir jamais expérimenté l'alcool, le tabac ou le cannabis. 48 % des jeunes ont expérimenté le cannabis, et 9 % en font un usage régulier. Pour l'alcool 59 % des jeunes de cet âge ont déjà été ivres et 49 % ont connu une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois. 32 % des jeunes de 17 ans fument quotidiennement du tabac. 3,2 % ont expérimenté la cocaïne et 3,8 % ont expérimenté la MDMA/ecstasy¹¹.

Pour finir, on estime le nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11–75 ans, à presque 47 millions d'expérimentateurs pour l'alcool, 38 millions pour le tabac, 17 millions d'expérimentateurs pour le cannabis, autour de 2 millions pour la cocaïne et 1,7 ecstasy. Enfin sans doute 600 000 personnes ont déjà expérimenté l'héroïne¹².

Rappelons que ces chiffres ne parlent que des expérimentateurs, il n'évoque donc pas obligatoirement l'ampleur du problème, mais plutôt l'ampleur de la question.

Comment pouvons-nous imaginer que nos missions d'accompagnement ne prennent pas systématiquement en compte la question de la prévention voire de l'accompagnement autour de cette thématique ?

Comment des jeunes accueillis en MECS seraient-ils moins en confrontation avec ces sollicitations que d'autres jeunes ?

Comment le public accueilli en ESAT, Foyer, IME, IMPRO... de plus en plus souvent porteur de troubles psychiatriques et sachant l'importance de ces consommations dans cette catégorie du public, n'est-il pas systématiquement accompagné dans ses consommations ?

Nos institutions ne devraient donc plus se poser la question de savoir s'il convient de mettre en place ou pas un projet de prévention et d'accompagnement autour de la question des addictions, mais de comment le mettre en place.

Quel que soit le public accueilli, en raison de l'importance de la prévalence de ces consommations en France, notre mission d'accompagnement global nous oblige à cet engagement.

11. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014, Tendances 100, 2015, OFDT.

12. Baromètre santé, INPES, 2014.

IV - QUE DISENT LES PROJETS D'ÉTABLISSEMENT

Assez souvent, on ne trouve aucun texte précis dans les projets d'établissement sur les missions que pourraient se donner ceux-ci. Et quand il y en a un, c'est souvent un texte lapidaire dans le règlement de fonctionnement qui évoque une interdiction de consommation de drogues, en y ajoutant l'alcool et le tabac quand l'établissement accueille des mineurs.

Il apparaît plusieurs réalités désolantes :

- un établissement n'a pas de projet explicite de prévention et d'accompagnement,
- l'évocation de la loi (soit similaire à la législation, soit singulière, à l'établissement) semble le seul levier éducatif,
- les équipes sont contraintes à gérer au quotidien des situations complexes, sans repères ni vision commune,
- la prévention est abandonnée puisque seule la transgression peut à l'occasion servir de démarrage à un projet individualisé sur un trouble addictif,
- en cas de transgression du règlement, l'éducatif est souvent mis sous le boisseau, pour laisser toute la place à la gestion de la sanction,
- comme le règlement n'évoque bien souvent qu'un interdit global, son application révèle bien souvent des variations qui sont fonction du niveau relationnel qu'entretient le résident avec les membres de l'équipe ou de la sensibilité propre de chaque professionnel, voire à des nécessités institutionnelles sans rapport avec un processus de réflexion et de décision lié aux addictions.

Bref si nous sommes convaincus que nous nous devons d'agir face aux addictions, mais que nous n'avons rien pensé collectivement ni façonné comme projet opérationnel, nous ne produisons que du cafouillage, du non-sens, du contreproductif.

V - AVANT D'AGIR, PENSER ET OBJECTIVER LA SUBJECTIVITÉ

Avant de commencer à élaborer un projet d'action, il importe de prendre du temps pour créer une dynamique réflexive au sein de l'établissement. Cette réflexion doit aborder deux champs : le savoir et les représentations sociales et faire appel à deux formes d'intelligence : la cognitive et l'émotionnelle. Plus précisément, Howard Gardner propose 8 formes d'intelligence différente. Nous pourrions dire que la réflexion appartient aux intelligences linguistique et logique et que l'intelligence émotionnelle se compose de l'intelligence inter-personnelle et intra-personnelle¹³.

13. Multiple Intelligences, Richard M. Langworth, Howard Gardner, Limited, 2010.
www.ReadHowYouWant.com

Les représentations sociales quant à elles forment certainement le bloc de réflexion à enclencher en premier. Les acteurs de prévention et de l'accompagnement en addictologie (mais également ceux qui interviennent sur les thématiques de la vie affective et sexuelle) ont mis en évidence que la façon dont je vois l'autre conditionne ma façon d'entrer en relation avec lui et donc influence la relation collaborative qui va se construire entre la personne accueillie et le professionnel.

Nos représentations s'enracinent dans nos valeurs, notre culture, notre histoire familiale, notre vécu personnel. Nous allons donc interpréter la consommation de quelqu'un, en fonction de la façon dont nous voyons le produit et ce sans grande objectivité, puisqu'enraciné dans la subjectivité de nos historiques de naissance, de nos cultures familiales.

Ce filtre qu'est notre parcours personnel va influencer notre évaluation de la dangerosité du produit et de sa consommation. Cette évaluation va être déterminée par notre propre expérience du produit, de la valence du souvenir mémorisé (agréable/désagréable) et des expériences de notre entourage (mort d'un proche, parent ivre) ainsi que du discours ambiant (médias, scandales, loi, etc.)

Cette construction mentale issue de l'intelligence intra-personnelle conditionne ma façon d'être à l'autre : l'intelligence interpersonnelle. Quels que soient nos niveaux de professionnalisme, si nous n'avons pas enclenché ce processus d'introspection, nos messages (au minimum sur le registre de la communication non verbale) seront parasités par nos représentations. Si nos représentations sont négatives vis-à-vis de la personne, elles créeront rapidement une distance qui ne nous permettra pas de construire les bases d'une collaboration bienveillante. Et si nos représentations minimisent le risque, elles forgeront « *notre* » évaluation du risque ne permettant pas d'aider la personne sur des critères objectifs et neutres à auto-évaluer son risque.

Nos opinions et nos avis s'enracinent pour partie dans toutes ces représentations, même si nous les habillons parfois d'un discours logique et rationnel. Et ce phénomène qui est avant tout individuel va venir se télescoper à celui des autres. À ne pas mettre en place un travail réflexif collectif ouvert à cette dimension, nous naviguons le plus souvent dans un magma de subjectivité saupoudré d'habillage cartésien.

Pour ceux qui ne seraient pas convaincus, je propose de demander à leur équipe s'ils peuvent se mettre rapidement collégialement d'accord sur :

- boire trop, c'est quoi ?
- fumer un joint une fois par semaine, c'est grave ?
- quelle est la substance la plus dangereuse ?

Le professionnalisme individuel vis-à-vis des addictions ne peut se passer de ce temps de travail sur nous-mêmes.

Le professionnalisme d'une institution se démontrera par sa capacité à faire émerger dans un temps collectif protégé, la confrontation de ses représentations. La confrontation devra se faire entre les représentations de chacun et les apports théoriques liés aux principaux concepts en addictologie.

Une fois reconnue et travaillée la subjectivité psycho-affective inscrite dans notre condition humaine, « *je pense mes émotions donc je suis* », nous pouvons nous atteler au deuxième plan du processus réflexif, c'est-à-dire à une mise à niveau des connaissances autour des addictions.

L'addictologie est une discipline qui est perpétuellement en évolution depuis les années 80.

Le concept d'Olievenstein : expliquant que la toxicomanie c'est la rencontre d'un produit, d'un individu et d'un contexte, nous a permis de nous recentrer sur la relation qu'entretient la personne avec le produit à un moment donné¹⁴.

Le glissement de la notion de toxicomanie à celle des addictions nous a permis de nous détacher d'une focalisation sur les substances et de poser les bases de la notion des différents types d'usage.

La nouvelle classification du DSM 5 qui inscrit les usages dans un continuum de dangerosité et non dans une segmentation des usages sous-entendue celle des usagers, offre des potentiels d'intervention plus précoce¹⁵.

L'extraordinaire bouleversement apporté par le concept de réduction des risques qui est à la fois intellectuel et opérationnel, nous a permis de construire des objectifs opérationnels tenables pour réduire massivement les dommages. Et de nous libérer d'une injonction à l'abstinence qui est par la méthode et la finalité, bien souvent irrespectueuse et intenable pour l'usager.

L'apport des neurosciences nous a apporté de nouvelles clés de compréhension, entre autres de nous rendre plus explicables des comportements de reprise jusqu'alors incompréhensibles tels que le « *craving* ». Dans le domaine de l'addiction, le *craving* désigne une envie irrépressible de consommer une substance¹⁶.

14. Claude Olievenstein, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Éditions Robert Laffont, 1977.

15. Le diagnostic de l'addiction (ou dépendance) repose sur des critères bien définis, fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel, le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM), dont la cinquième édition date de 2013.
<http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions>

16. Le Craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?, Marc Auriacombe, Fuschia Serre et Mélina Fatséas.

http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/data/documents/addicto_doc/ADDICT_C06.pdf

Et bien sûr, l'épidémiologie nous apporte à chaque étude une information actualisée sur les niveaux de consommation et les nouvelles formes de consommation.

Ces apports, quelles qu'en soient les modalités, sont indispensables pour aider l'équipe à construire un processus opérationnel. Il doit être offert à tous les secteurs de l'équipe : psychologue, éducateur, infirmier, assistante sociale, moniteur d'atelier... c'est cette dynamique réflexive interdisciplinaire qui sera l'étayage du processus opérationnel.

VI - PROCESSUS OPÉRATIONNEL : UN CADRE À NOS ACTIONS

Si nous sommes arrivés à la conclusion que nous devons agir face aux addictions.

Si nous sommes convaincus qu'il ne faut pas uniquement gérer les situations de consommation visible par uniquement des orientations injonctives vers le soin.

Si nous sommes persuadés que ce ne sont pas seulement ceux qui ont des consommations dangereuses et/ou illicites qui doivent être suivies, mais bien l'ensemble des personnes en possibilité de consommation qui doit être sensibilisé et si nécessaire accompagné.

Si nous avons intégré que la lutte contre les addictions ne se résume pas de facto à l'imposition d'une abstinence.

Si comme pour toutes les autres thématiques de santé, notre objectif n'est que d'apporter (dans le respect de la loi) le bien-être physique, psychique et social.

Si comme pour toutes les autres thématiques de santé, notre méthode se fonde sur un travail collaboratif avec l'usager.

Alors nous pouvons enclencher la dernière étape, à savoir la rédaction collégiale d'un processus opérationnel.

C'est souvent un temps qui peut nécessiter plusieurs mois de travail et ne doit pas excéder un an. Ce travail peut se faire au début par une commission réunissant des représentants de chaque corps de métier de l'institution, un ou deux experts en addictologie externes à la structure. Les travaux seront au fur et à mesure présentés, discutés et validés par les équipes et la direction.

Les points à élaborer sont les suivants.

1. Mission de l'établissement

Il s'agit dans le cadre du projet d'établissement, au sein du chapitre consacré à la santé, de définir la mission de l'établissement vis-à-vis des addictions. Ce chapitre définit l'intention de principe général, précise le cadre législatif et le cadre philosophique et éthique de notre travail éducatif.

2. Élaboration d'objectifs opérationnels

Pour chaque service de l'établissement, le programme d'action précise des objectifs spécifiques vis-à-vis des addictions. Les objectifs spécifiques donnent des indications opérationnelles par équipe pour la prévention et l'accompagnement. Il est recommandé de les écrire en verbe d'action. Chaque objectif doit être évaluable.

3. Programme d'action

Dans la continuité des objectifs opérationnels, un programme d'action est défini. Il énonce des actions précises qui semblent utiles à mettre en place. Ce programme d'action peut se décliner en trois grands chapitres :

1. Vis-à-vis des personnes accueillies :
 - Actions collectives.
 - Actions individuelles.
2. Vis-à-vis des professionnels de l'établissement :
 - Sensibilisation formation.
 - Analyse des pratiques et régulation.
3. Vis-à-vis des partenaires :
 - Organisation du réseau.

4. Règlement de fonctionnement vis-à-vis des addictions et consommation de produits

Si nécessaire, il est possible de revisiter et compléter ce règlement afin de le mettre en cohérence avec la législation et le projet d'établissement. Il s'agit de définir au plus précis que cela puisse être :

- ✓ les critères qui seront considérés comme inacceptables de la part des usagers pouvant entraîner la rupture du contrat,
- ✓ les faits qui seront considérés comme transgressifs, mais dont la réponse institutionnelle sera aussi de l'ordre de l'éducatif de l'accompagnement.

Le règlement de fonctionnement pour avoir du sens sur cette thématique devrait être marqué du sceau de la faisabilité.

5. *Élaboration de référentiels vis-à-vis de situations récurrentes et/ou complexes*

Très souvent autour des questions des addictions se présentent des situations récurrentes qui laissent les équipes dans le désarroi entraînant des réactions individuelles, différenciées, et globalement insatisfaisantes.

Un travail important peut être entrepris, à partir de ces situations généralisées, pour élaborer un référentiel qui donne à l'institution, aux équipes, et à chaque professionnel :

- ✓ un cadre et un mandat clair,
- ✓ une conduite à tenir individuelle, collective, institutionnelle.

Ce référentiel donne des indications pour notre posture, les actions immédiates, les actions ultérieures d'accompagnement. Le référentiel n'est pas un carcan immuable, c'est un outil de cohérence de notre intervention qui devient par son évaluation après expérimentation, un moyen d'analyse de nos pratiques éducatives.

6. *Illustrations et questionnements de terrain*

Il apparaît donc que la ou les bonnes réactions seront celles qui seront le fruit de notre dynamique réflexive et de notre processus opérationnel propre à chaque type de situations rencontrées sur le terrain comme illustré ci-après.

Situation 1

Maison d'enfants à caractère social

Plusieurs jeunes du groupe des ados se retrouvent discrètement le soir derrière l'établissement. Plusieurs éducateurs subodorent qu'ils fument de l'herbe.

Que faire :

- » Ne rien faire.
- » L'appréciation de la situation est laissée au libre arbitre du professionnel.
- » Demander aux forces de l'ordre une fouille des chambres avec des chiens.
- » Mettre en place des tests salivaires au cannabis en retour de week-end.
- » Isoler et exclure les leaders.
- » Amener certains jeunes en consultations Jeunes consommateurs.
- » Organiser une séance collective spécifique addictions.
- » Revoir individuellement le projet personnalisé.
- » Repérer ceux qui semblent être dans l'expérimentation et ceux qui sont dans un usage régulier ou quotidien.
- » Mettre une punition sur l'argent de poche.
- » Mettre en place un partenariat avec un CSAPA.
- » Définir en équipe un guideline sur les conduites en cas de consommation.

Situation 2

Service d'accompagnement à la vie sociale

Un adulte handicapé vit seul dans son appartement au sein d'une résidence ordinaire. Depuis plusieurs semaines, nous constatons de la part de cet adulte handicapé une certaine tristesse, la présence de bouteilles vides dans son appartement et une voisine se plaint de son attitude agressive

Que faire ?

- » Attendre qu'il nous en parle.
- » Lui parler uniquement des remarques de la voisine.
- » Aborder avec la personne la question de sa possible consommation.
- » Proposer un rendez dans un CSAPA.
- » Envisager en équipe la possibilité d'un retour temporaire au foyer.
- » Aborder avec lui notre ressenti de sa tristesse.
- » Mettre en place des activités de lien social.
- » Définir en équipe une guideline sur les conduites en cas d'inquiétude vis-à-vis de consommations dans les espaces et temps privés.
- » ...

Situation 3

Foyers d'hébergement pour adultes handicapés

23 h, le veilleur de nuit voit deux résidents occasionnellement en couple rentrer dans la chambre de l'un. Il voit dans la chambre une bouteille de whisky.

Que faire ?

- » Ne rien faire.
- » Faire des visites inopinées durant la soirée.
- » Aborder la question de la présence de cette bouteille.
- » Demander à récupérer la bouteille.
- » Alerter l'équipe.
- » Les jours suivants, provoquer une discussion sur les dangers de l'alcool.
- » Amener une précision sur le règlement de fonctionnement.
- » Organiser des soirées santé : débat - animation - rencontres.
- » Aborder la question du consentement sous emprise de l'alcool.
- » Définir en équipe une guideline sur les conduites en cas d'inquiétude vis-à-vis de consommations mettant en danger les personnes (coma - accident - agression).
- » ...

Situation 4

Institut Médico-Professionnel

Plusieurs jeunes sont revenus de week-end en parlant de consommation d'alcool et de cannabis

Que faire ?

- » Ne rien faire.
- » Rappeler les interdits sur l'alcool pour les mineurs et sur les produits illicites.
- » Mettre en place des ateliers de sensibilisation santé pour tous les jeunes (infirmière - éducateur).
- » Mettre en place un parcours santé pour les jeunes avec visite de tous les lieux ressources en matière de santé.
- » Dialoguer avec eux sur le sens de leurs consommations de week-end.
- » Accompagner ceux qui semblent le plus à risques vers un centre d'addictologie.
- » Intégrer cette question au projet personnalisé.
- » Aborder cette question avec les parents.
- » Définir en équipe un programme global de prévention santé.
- » ...

Situation 5

Établissement et Service d'Aide par le Travail

Un travailleur handicapé qui travaille sur un atelier de découpe de bois inquiète l'éducateur technique. Il semble souvent arrivé le matin dans un état second.

Que faire ?

- » Ne rien faire.
- » Lui interdire l'accès aux machines dangereuses.
- » Le mettre dans un espace de repos.
- » Mettre en place un protocole de test d'alcoolémie pour l'utilisation des machines dangereuses
- » Alerter la médecine du travail.
- » Provoquer une alerte interdisciplinaire.
- » Aborder avec lui la question de son état le matin.
- » Lui faire part de notre inquiétude.
- » Lui offrir des possibilités de rencontres avec des intervenants spécifiques : psychologue-addictologue.
- » Retravailler avec lui son projet personnalisé.
- » Mettre en place pour tous les travailleurs des ateliers de sensibilisation : drogues et travail.
- » Définir en équipe une guideline sur les conduites en cas d'inquiétude vis-à-vis de consommations en lien avec le travail.
- » ...

VII - CONCLUSION

Pour conclure, il est nécessaire de replacer les réflexions abordées dans cet article dans le cadre des recommandations données par les pouvoirs publics. L'ANESM Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements médico-sociaux, recommande aux CHRS :

- ✓ d'organiser des actions de prévention et d'éducation adaptées aux problématiques rencontrées par les personnes accueillies,
- ✓ développer les démarches de prévention des conduites addictives et de réduction des risques et des dommages liés aux addictions¹⁷.

L'ANESM, recommande également dans le cadre de l'accompagnement à la santé de la personne handicapée :

- ✓ De développer des modalités d'intervention permettant aux personnes handicapées de mieux appréhender leur santé.
 - En adaptant et construisant des programmes d'éducation à la santé en équipe interdisciplinaire, avec les personnes accompagnées et le cas échéant leurs proches, et avec l'appui de partenaires qualifiés.
- ✓ De formaliser dans le projet d'établissement ou de service les principales ressources dont dispose la structure et celles dont elle a besoin pour accompagner la santé des personnes.
 - En y définissant un objectif global d'accompagnement à la santé et d'accès aux soins conjuguant les soins préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs¹⁸.

Au niveau de la jeunesse, l'État dans le cadre du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives préconise pour les adolescents, que soient développées des actions de prévention dans tous les dispositifs accueillant des jeunes¹⁹.

Au niveau de la santé des mineurs, jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives, l'ANESM, propose de :

- ✓ L'accompagnement à la santé des mineurs/jeunes majeurs tout au long de la mesure, en intégrant la santé dans le document individuel de prise en charge (DIPC) et dans le projet personnalisé, en cohérence avec le Projet Pour l'Enfant (PPE).

17. Synthèse : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS, ANESM mars 2016.

18. Synthèse : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, ANESM juillet 2013.

19. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013–2017, collection de rapports officiels, La documentation française.

- En rédigeant systématiquement un volet « santé, bien-être et prévention » dans le DIPC et en le déclinant au sein du projet personnalisé.
- ✓ L'organisation des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées à l'âge et aux problématiques des mineurs/jeunes majeurs accueillis.
- En organisant des ateliers collectifs de prévention et d'éducation à la santé, accessibles aux mineurs/jeunes majeurs et/ou aux parents.
- En repérant, à partir des actions collectives de prévention et d'éducation à la santé, des problématiques de santé individuelles et en engageant avec le mineur/jeune majeur un travail d'accompagnement vers une consultation médicale²⁰.

Nous avons donc grâce à toutes ces recommandations, une légitimité et une responsabilité à nous engager dans la prévention et l'accompagnement autour des conduites addictives. Si l'exercice n'est pas simple, le défi est passionnant parce qu'il apporte en respiration nouvelle dans notre travail en équipe, dans nos démarches et postures éducatives.

Post-scriptum : pour ceux qui seraient intéressés pour aller plus loin dans la réflexion, plutôt que d'affubler cet article d'une longue bibliographie, je vous recommande cet ouvrage simple et complet sur l'addictologie :

« Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions », Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, Éditions Dunod 2015.

20. Synthèse : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives, ANESM janvier 2016.

Faire face aux addictions

Durée : 35 Heures

Lieu : La Grande-Motte : **du** 25 au 29/09/2017

Coût : 1064 €

CODE : 177

Présentation

Des produits culturels tel que l'alcool aux produits illicites du cannabis aux drogues de synthèse jusqu'aux addictions sans produits. Les établissements sont fréquemment confrontés à la prévention et l'accompagnement d'usagers consommateurs. Au-delà des non-dits individuels ou institutionnels, des réactions individuelles, entre exclusion et laxisme, comment dans une démarche institutionnelle cohérente : protéger, prévenir et accompagner ?

Personnes Concernées et Prérequis

Travailleurs sociaux, soignants, animateurs.

Objectifs

- Acquérir des connaissances sur les consommations et les conduites addictives.
- Développer des compétences et un savoir-être nécessaires pour la communication avec l'utilisateur sur le thème des produits et des addictions.
- Elaborer une méthodologie institutionnelle dans le repérage, la prévention et l'accompagnement.

Contenu

- Travail sur les représentations liées aux produits et aux addictions.
- Connaissance des produits et repérage des différents types d'usage.
- Données épidémiologiques sur les consommations et conduites.
- Addictions sans produit : écrans jeux.
- Effets biologiques et Incidences psychiques et sociales de la consommation et de l'arrêt.
- Réflexion sur le sens de la prise de produits.
- Construire un dialogue, une posture, un cadre pour échanger avec l'utilisateur sur ses consommations.
- Eléments pour orienter et accompagner vers le dispositif de soins.
- Elaboration d'actions de prévention, d'orientation, d'accompagnement.

Méthodes, moyens pédagogiques, évaluation des résultats

Analyses et échanges de pratiques à partir de situations professionnelles.

Apports théoriques : exposés, compte-rendu d'actions, débats.

Présentation d'outils de prévention.

Recueil de la réflexion collective et rédaction par le formateur d'une note de synthèse et des pistes d'action à envisager par l'établissement.

Animation

Bertrand BLANCHARD

Réalisable
en intra