



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

**PREVENTION DES ABUS D'ALCOOL ET DE
SUBSTANCES DANS LES MILIEUX DE SOINS :
Quelles actions au-delà du règlement et de la sanction ?**

– Groupe n°26 –

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| – Maeva CANU | – Mathilde MAGUIS |
| – Sabrina CHARLES | – Cécile MARCHAL |
| – Fabrice LANGUMIER | – Virginie MBODJI |
| – Violette LE NEVEU-DEJAULT | – Catherine MULLER |
| – Isabelle MABIT | – Antoine SCHWARTZ |

Animateur :
Aymery CONSTANT

S o m m a i r e

INTRODUCTION	1
Partie 1 : Etat des connaissances sur le sujet	4
1. Un contexte sociologique spécifique au monde soignant	4
2. Clinique d'une pathologie à soigner	6
3. Des questionnements en suspens	8
Partie 2 : La perception de l'addiction aux substances par les personnels de santé	9
1. La prévalence de l'addiction : une préoccupation identique au reste de la population.....	9
2. Un esprit de corps influant fortement sur la gestion actuelle du problème	10
3. L'addiction aux substances est un tabou à l'hôpital et plus particulièrement chez les médecins.....	12
4. La tolérance par les professionnels de santé de la consommation des différents produits	14
5. Les raisons de l'addiction résident dans la rencontre d'un individu et d'un produit dans un environnement de travail propice.....	15
Partie 3 : Au-delà de la sanction et de la réglementation, quels dispositifs de prévention ?.....	17
1. Une prévention à la marge.....	17
2. Des dispositifs innovants	18
3. Efficacité et limites des dispositifs de prévention	20
4. Les actions souhaitables	21
CONCLUSION	24
Bibliographie.....	26
Liste des annexes.....	I
ANNEXE n°1 : Témoignages et histoires vécues de 10 élèves directeurs de soins	II
ANNEXE n°2 : Signes et symptômes d'abus de substances chez les soignants ..	VII

ANNEXE n°3 : Plaquette HAS, Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (alcool, cannabis, tabac chez l'adulte)	VIII
ANNEXE n°4 : Exemple de procédure (logigramme) de prise en charge (CHU Bordeaux)	X
ANNEXE N°5 : Résultats d'une étude sur la consommation de psychotropes chez les internes en médecine (facultés d'Angers et de Lyon)	XI
ANNEXE n°6 : Grilles des entretiens semi-directifs	XIII
ANNEXE n°7 : Tableau d'analyse des données recueillies durant les entretiens	XXIII
ANNEXE n°8 : Entretien avec un étudiant externe en médecine	XXIV
ANNEXE n°9 : Entretien avec un responsable de centre de prévention	XXVIII
ANNEXE n°10 : Entretien avec un ancien directeur d'hôpital	XXXII

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à nos questions dans le cadre des entretiens sur un sujet sensible comme celui-ci, et plus particulièrement le groupe d'élèves Directeurs des Soins qui nous ont éclairés par leurs témoignages.

Merci à M. Aymery CONSTANT, l'animateur de notre groupe, pour son suivi qui nous a régulièrement orientés dans la bonne direction, tout en nous faisant confiance et en nous laissant notre autonomie.

Nous remercions également Mme Emmanuelle GUEVARA, la coordinatrice du Module Interprofessionnel, pour sa réactivité et ses réponses précises à nos demandes.

Enfin, merci à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique d'avoir mis en place ce travail de recherche inter-filières, qui nous a permis d'avoir des échanges particulièrement riches entre futurs professionnels aux expériences plurielles.

Liste des sigles utilisés

APHP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre hospitalier

CHSCT : Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

INPES : Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé

MILD : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les toxicomanies

RESPADD : Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions

SFAR : Société Française d’Anesthésie Réanimation

SMART : Site de Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail

AVANT PROPOS

- Professeur, en tant que médecin anesthésiste, que pensez-vous de la proposition d'un député qui consisterait à installer des éthylotests à l'entrée des blocs opératoires ?

Pourquoi installer un tel dispositif pour nous médecins ? Si on met en place un tel dispositif, qui va faire la mesure et qui va contrôler la validité de la mesure ? Si un dépassement du seuil est constaté, qui va faire appliquer la sanction ? En même temps, c'est du bon sens, il faut être en pleine possession de ses moyens pour exercer notre métier.

- Saviez-vous qu'un infirmier travaillant dans un service d'addictologie du CHU et en charge de l'animation des groupes de parole sur la consommation d'alcool était lui-même alcoolique ? Il semble que dans cette situation, « le bon sens » n'ait pas été un rempart suffisant. Qu'en pensez-vous ?

Silence.

- Pensez-vous que les professions médicales soient plus touchées par les addictions que le reste de la population ?

Je pense que les niveaux de consommation sont identiques à ceux de la population générale.

- Avez-vous été informé de la distribution d'une brochure pour la prévention et la prise en charge des conduites addictives au travail au sein du CHU ?

Cela me dit quelque chose effectivement.

INTRODUCTION

Selon l'OMS, la dépendance se définit comme « *un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non.* »

Environ 167 à 315 millions de personnes de 15 à 64 ans seraient touchées par l'alcoolisme dans le monde : cette maladie touche tous les milieux sociaux et professionnels, le chômage étant considéré comme un facteur de risque important.¹ D'autres substances telles que le cannabis seraient consommées par 1% de la population active tous les matins avant d'aller travailler².

L'origine de la consommation et/ou l'addiction à l'alcool ou à d'autres substances est multifactorielle³ et provoque des problèmes de santé et de comportement. La prévalence de la toxicomanie chez les médecins et les personnels soignants est difficile à estimer. Elle serait aux Etats-Unis comprise entre 8% et 12%⁴, tandis qu'en France elle se situerait plutôt entre 1,5 et 5%. Dans les milieux de soins où ces produits sont souvent présents, leur consommation peut représenter un risque pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients⁵.

Ces consommations sont encadrées par une réglementation qui diffère selon les produits⁶ : en ce qui concerne les substances licites comme l'alcool et le tabac, la réglementation a intégré une forme de tolérance sociale et culturelle pour leur consommation⁷. La jurisprudence sociale précise que l'alcoolisme en lui-même n'est pas un motif de sanction car il relève de l'état de santé du salarié. Au contraire, l'état d'ébriété est une cause admise de licenciement si les conséquences sont particulièrement néfastes à la

¹ DIMITRASCU C. I., MANNES P. Z., GAMBLE L.J., et al., janvier 2004 « Substance Use Among Physicians and Medical Students », *Medical Student Research Journal.*, vol 3, pp 26-33.

² COLLIAT, E ; MASSACRET, M., *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel.* La documentation française, 2012

³ Dossiers CHSCT : *La prévention de l'alcoolisme au travail* <http://www.officiel-prevention.com>

⁴ CICALA R.S, *Substance Abuse Among Physicians : what you need to know.* Hospital Physician. July 2003 pp 39-46

⁵ BONNET F. *Conduites addictives chez les professionnels de santé.* Le Congrès des Infirmiers Anesthésistes diplômés d'Etat. SFAR. 2013. [en ligne] (consulté le 29 avril 2015)

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Conduites_addictives_chez_les_professionnels_de_sante.pdf

⁶ L'usage des substances licites (alcool et tabac) sont réglementés par les codes du travail, de la santé publique et de la route alors que l'usage et la détention des substances illicites sont réprimés (cf. Code pénal)

⁷ Article R4228-20 du code du travail : aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail.

sécurité ou à l'image de marque de l'entreprise⁸. Il est important de différencier l'usage abusif, « *consommation qui provoque une modification physique, psychologique, émotionnelle ou une nuisance sociale et conduit à une incapacité pour l'individu concerné, mais n'implique pas la recherche compulsive* », d'une dépendance, « *recherche ou consommation compulsive de la ou les substances concernées par un usage croissant et une tolérance aux produits et par l'apparition d'un ensemble de troubles et symptômes lors de l'arrêt de la consommation.* »⁹

A partir de ces éléments, il convient de s'interroger sur l'attention qui peut être portée sur la consommation de ces produits dans les milieux de soins. Des actions de repérage et de prévention spécifiques sont-elles mises en place ? Quelle perception ont les acteurs qui interviennent dans les milieux de soins quant à la consommation de ces produits ?

Ce travail de recherche a pour objectif d'aborder cette problématique à travers la perception des professionnels de santé. Il se propose de réaliser un état des lieux et d'explorer les multiples facettes de la problématique en ciblant plusieurs catégories de professionnels. La méthodologie de recherche retenue est celle des entretiens semi-directifs, réalisés après l'élaboration de trois grilles d'entretien. Il nous paraissait intéressant d'adapter certaines questions en fonction de la spécialité de la personne interrogée. Nous avons donc réalisé une grille spécifique pour chaque catégorie spécifique : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention¹⁰ et les personnels de direction. Nous avons réalisé 23 entretiens auprès de différents professionnels¹¹ : addictologues, étudiants externes et internes, infirmier, directeur des ressources humaines, cadres de santé, médecin du travail, CHSCT, directrice adjointe de clinique, directeurs des soins, chef de pôle et ordre des infirmiers. Nous avons interrogé des personnes exerçant sur tout le territoire français et dans des types de structures variées (CH, CHU, clinique, association, centre de prévention). Parallèlement, des rencontres ont eu lieu avec dix élèves directeurs des soins pour recueillir des histoires vécues et des expériences professionnelles au cours desquelles ils ont été confrontés à des professionnels sujets à des addictions à l'alcool ou à d'autres substances. Comme pour tout travail de recherche et de par la

⁸ Arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation du 16 décembre 2009.

⁹ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies, conduites addictives et milieu professionnel, rapport établi dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008.

¹⁰ CHSCT, médecin du travail, addictologue, coordinatrice-prévention (mission FIDES)

¹¹ Voir annexe 6

sensibilité du sujet, nous avons choisi d'anonymiser ces entretiens¹². Ces derniers ont été réalisés entre le 29 avril et le 10 mai 2015.

Après un exposé de l'état des connaissances, l'analyse des entretiens nous permettra de contribuer à la compréhension de l'origine des pratiques addictives en milieu de soins et ainsi de formuler des propositions de mesures visant à les prévenir.

¹² Voir annexe 1

Partie 1 : Etat des connaissances sur le sujet

La littérature sur le sujet est variée et permet d'envisager de premiers éléments de compréhension sur la question. Nous montrerons ici en quoi il s'agit d'un problème de santé publique puis nous aborderons, après avoir apporté des éléments sociologiques de compréhension, les signes permettant d'objectiver et de diagnostiquer ces toxicomanies et les éléments de leur prise en charge.

1. Un contexte sociologique spécifique au monde soignant

La consommation d'alcool au travail est historiquement tolérée en France et a même été recommandée dans certains métiers (fourniture quotidienne de vin par le patron pour les mineurs par exemple). Elle correspond toujours au XXI^{ème} siècle à un usage culturel ambivalent dans une société hésitant entre le contrôle, le plaisir de la boisson et la gestion des excès :

« En France, comme dans toute l'Europe occidentale, l'alcool occupe ainsi à l'heure actuelle une position ambiguë : il a conservé son statut de source de plaisir et synonyme de festivité, de « bien-vivre », tout en représentant parallèlement la source de bien des maux. Stigmatisées au nom des normes de santé publiques, les conduites d'alcoolisation font l'objet de campagnes de restriction au même titre que le tabac, et l'alcool se voit affligé de la même capacité de nuisance au point d'être vu comme un « fléau social. »¹³

La prévalence des toxicomanies par substances psychoactives (Classification internationale = CM10¹⁴) au travail chez les professionnels de santé (et étudiants de ces spécialités) est identique - voire inférieure - à celle de la population générale (INPES, 2010¹⁵), et aucune spécialité médicale ne semble plus exposée qu'une autre¹⁶. 15 à 20% des accidents du travail sont liés à la prise d'alcool¹⁷ et le risque de mortalité lié à ces addictions est d'environ 17%¹⁸. La toxicomanie toucherait entre 1 à 5% des médecins anesthésistes dans les pays anglo-saxons et 1,5% en France (enquête SFAR, décembre 2001). Or, l'alcool représenterait 60 % des cas, bien que la consommation soit le plus souvent mixte. Le milieu de l'anesthésie-réanimation et des urgences est particulièrement concerné par la consommation de stupéfiants et produits hypnotiques par voie intraveineuse, responsable

¹³ BADIA Lionel, « Le « boire » », Socio-anthropologie [En ligne], 15 | 2004, mis en ligne le 15 juillet 2006. <http://socio-anthropologie.revues.org/42> (consulté le 18 avril 2015)

¹⁴ DURAND R., GAYET E, BIJAOU A. Le dépistage des substances psychoactives en milieu travail. INRS. Documents pour Le Médecin du travail. N°99, 3^{ème} trimestre 2004

¹⁵ INPES, *Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail.* [en ligne] <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/004.asp> (consulté le 28 avril 2015)

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Dossiers CHSCT : La prévention de l'alcoolisme au travail. 2013. *Op. Cit.*

¹⁸ CICALA R.S, *Substance Abuse Among Physicians : what you need to know.* Opus cité.

d'un nombre de décès important (10 à 15% des consommateurs) ainsi qu'un fort taux de suicide (multiplié par 2 par rapport aux autres médecins). Chez les médecins généralistes, l'alcool est la première substance utilisée, suivi par des tranquillisants (benzodiazépines, neuroleptiques, kétamine, propofol) et des psychostimulants (cocaïne). Un des facteurs prédominants serait l'isolement de ces professionnels ainsi que la nécessaire performance permanente attendue de la part des patients¹⁹. Les spécialistes considèrent que le problème des addictions est possiblement dû à une pathologie neurologique ou psychiatrique, en lien avec des contributions génétiques, sociales, émotionnelles et psychologiques, en particulier la dépression²⁰.

La spécificité du monde soignant est qu'il s'agit d'un « *métier de l'humain*²¹ », construit sur l'empathie et le soin à l'autre. Il est constitué de facteurs professionnels déterminants : tensions physiques et psychiques, pratiques culturelles (convivialité, repas en commun, pots de départ), disponibilité des produits (en fonction du métier) et organisation du travail exigeante (relations hiérarchiques, horaires contraints,...²²). Dans ce contexte, le professionnel qui boit de l'alcool ou utilise des substances peut rechercher un des cinq effets physiologiques de ces substances (ivresse, euphorie, excitation, sédation voire hallucinations) afin de soutenir son énergie, stimuler ses perceptions, favoriser la communication, se détendre, s'adapter à un environnement, oublier ses souffrances, puis en cas de dépendance d'éviter les syndromes de manque.²³

Le risque redouté est celui de mauvaise pratique et de négligence, avec des actes délétères pour le patient, estimé à environ 100 000 accidents évitables/an²⁴, voire de violences sexuelles²⁵. Pourtant beaucoup de soignants alcooliques ou usagers de substances addictives continuent d'exercer de manière habituelle pendant de nombreuses années car ils sont capables d'être sobres durant leurs heures de travail et de poursuivre leur activité avec sérieux et sans accident. Un risque particulier est toutefois identifié : celui de vols à

¹⁹ BONNET F. Conduites addictives chez les professionnels de santé. Le Congrès des Infirmiers Anesthésistes diplômés d'Etat. SFAR. 2013. [en ligne] (consulté le 29 avril 2015)

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Conduites_addictives_chez_les_professionnels_de_sante.pdf

²⁰ *Ibid.*

²¹ CIFALI M., « Métier «impossible» ? une boutade inépuisable », *Le Portique* [En ligne, consulté le 20 avril 2015], 4. 1999, mis en ligne le 11 mars 2005. URL : <http://leportique.revues.org/index271.html>

²² INRS. Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Texte court de recommandations. Références en santé au travail. N°134, Juin 2013

²³ *Ibid.*

²⁴ DURAND R. et all Conduites addictives et travail. INRS. Documents pour le Médecin du travail. N°115, 2^{ème} trim, 2008

²⁵ SHAW M.F, Mc GOVERN M.P, ANGRES D.H, RAWAL P. Physicians and nurses with substances use disorders. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 47(5), 561-571

répétition et de détournement de substances actives à partir de l'arsenal thérapeutique à disposition de ces professionnels²⁶.

2. Clinique d'une pathologie à soigner

Les causes d'une toxicomanie chez les professionnels de santé sont les mêmes que dans la population générale : elles combinent probablement des facteurs génétiques prédisposant, une pathologie psychiatrique sous-jacente (dans plus de 90% des cas²⁷) une histoire familiale spécifique (faible estime de soi et sentiment de rejet dans l'enfance) et différentes vulnérabilités : biologique (activation du système cérébral de récompense, psychique (anxiété, angoisse, dépression) et sociale (stress professionnel, attente de performance, manque de reconnaissance par les pairs ou la hiérarchie sans soutien familial et/ou amical à la hauteur des attentes).²⁸

La difficulté du diagnostic est due à plusieurs facteurs imbriqués : la capacité de l'utilisateur d'alcool ou de substances à cacher son addiction, un déni marqué accompagné de colères afin de contrer les accusations (« *tu essayes de ruiner ma carrière ?* »), et la crainte de son entourage personnel et professionnel de « dénoncer » l'utilisateur en raison de possibles sanctions par l'employeur et une réinsertion professionnelle difficile à envisager après un éventuel sevrage²⁹.

Rarement pris « *en flagrant délit* » d'imprégnation alcoolique – ou de substances – le professionnel présente toutefois des signes objectivables³⁰. Par ailleurs, les premiers symptômes qui apparaissent sont ceux d'un changement d'attitude au travail, des modifications dans les relations individuelles et une baisse d'implication dans les activités collectives³¹. En phase chronique, la personne invoque en permanence de nombreux problèmes personnels, familiaux et professionnels³² et les troubles du comportement sont plus labiles.

²⁶ Point réglementation n° 7, *Prévention des conduites addictives en milieu professionnel dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières*. Mise à jour février 2014

²⁷ CICALA R.S, *Substance Abuse Among Physicians : what you need to know*. *Op. cit.*

²⁸ DURAND R. et al Conduites addictives et travail. INRS. Documents pour le Médecin du travail. N°115, 2^{ème} trimestre 2008

²⁹ BONNET F. Conduites addictives chez les professionnels de santé. Le Congrès des Infirmiers Anesthésistes diplômés d'Etat. SFAR. 2013. [en ligne] http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Conduites_addictives_chez_les_professionnels_de_sante.pdf (consulté le 29 avril 2015)

³⁰ Voir annexe 2

³¹ CICALA R.S Substance Abuse Among Physicians : what you need to know. *Hospital Physician*. July 2003 pp 39-46

³² BONNET F. Conduites addictives chez les professionnels de santé. *Op. cit.*

En cas d'incapacité par le professionnel d'assurer son travail en toute sécurité, la prise en charge repose sur un triptyque : alerte de l'employeur, éviction de l'activité soignante et demande d'avis médical³³. La littérature anglo-saxonne signale que les infirmiers présentent des signes plus sérieux, reçoivent moins de traitement initial et continuent d'effectuer de longues journées de travail après la prise en charge. De plus, ils sont plus fréquemment et sévèrement sanctionnés que les médecins³⁴.

Le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre la drogue et les conduites addictives recommande des actions spécifiques dans le monde du travail, « *en facilitant la mise en place d'une politique de prévention collective des conduites addictives en matière de drogues et alcool, améliorant la connaissance des effets de la consommation [...] sur la sécurité et la santé au travail ainsi que sur les relations de travail et diffusant cette connaissance dans le monde du travail* »³⁵. Le médecin du travail, maillon incontournable de la prise en charge est un « *médecin d'aptitude (au travail) et non pas d'expertise (de soins spécialisés)* ». La mesure de l'alcoolémie et la déclaration d'aptitude sont de sa compétence³⁶ mais le dépistage des stupéfiants n'est pas réalisable en situation du travail (avis CCNE 16 octobre 1989). La pratique du dépistage systématique se heurte à la réglementation³⁷ et au respect de la vie privée.

Le médecin du travail doit s'astreindre à un dépistage systématique auprès de tous les salariés. En cas de besoin, il est saisi par écrit par l'employeur (demande motivée et argumentée avec les circonstances de survenue et le comportement précis du professionnel) et doit rendre un avis écrit et motivé. Le maintien dans le poste doit être privilégié, mais l'orientation vers des soins peut être obligatoire en cas de pathologie avérée car il est indispensable de « *tenir compte de la dimension intégrative du travail* » et des principes de liberté individuelle³⁸. En cas de nécessité de retour à domicile immédiat pour le salarié, il doit se faire accompagner³⁹. Il ne faut pas envisager une sanction avant d'avoir pris en

³³ INRS. Pratiques addictives en milieu du travail. *Op. cit.*

³⁴ SHAW M.F, Mc GOVERN M.P, ANGRES D.H, RAWAL P. Physicians and nurses with substances use disorders. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 47(5), 561-571

³⁵ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1^{ER} MINISTRE. MILDT Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives. 2013-2017. [en ligne]

http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/sitepro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_20132017/pdf/plan_gouvernement_al_drogues_2013-2017_DF.pdf (consulté le 29 avril 2015), page 21

³⁶ DURAND R. et all Conduites addictives et travail. INRS. Documents pour le Médecin du travail. N°115, 2^{ème} trimestre 2008

³⁷ DURAND R., GAYET E, BIJAOU A. Le dépistage des substances psychoactives en milieu travail. *Op. cit.*

³⁸ INRS. Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. *Op. cit.*

³⁹ Pratiques addictives et travail un cocktail particulièrement dangereux - Travail et sécurité-Nov 2012

compte le fait que la question initiale est celle de la prise en charge d'une personne malade, sinon cette sanction pourrait être jugée discriminatoire⁴⁰.

3. Des questionnements en suspens

Il est à noter que ces dépendances peuvent parfois être mises en lien avec d'autres addictions : nous parlons ici des « *workaholics* ». Ainsi, en partant de la perception des acteurs de la santé que nous avons recueillie lors des entretiens, notre étude tentera de répondre aux interrogations suivantes. Existe-t-il une spécificité des professions médicales et paramédicales concernant la consommation d'alcool et de substances psychoactives ? Dans quelle mesure l'établissement employeur et les conditions de travail peuvent y contribuer ? Comment respecter la confidentialité dans le cadre d'une prise en charge sur le lieu de travail ? Quid de la réinsertion professionnelle après le traitement ?

En effet, les réponses à ces questions doivent nous permettre de comprendre comment un établissement serait en mesure de mettre en place des actions de prévention au-delà de la sanction et de la réglementation.

⁴⁰ *Ibid.*

Partie 2 : La perception de l'addiction aux substances par les personnels de santé

1. La prévalence de l'addiction : une préoccupation identique au reste de la population

Selon les personnes interrogées, les professionnels de santé sont exposés au même titre que le reste de la population à des comportements addictifs concernant la consommation de produits licites ou illicites : alcool, médicaments et stupéfiants. Ils ne consommeraient donc pas plus ces produits que d'autres professions. Pour autant, seulement la moitié ont été capables de citer une donnée chiffrée même approximative concernant le nombre de professionnels concernés (12 sur 23). Les professionnels nous ont fait remarquer l'absence d'études ou d'enquêtes à ce sujet. Pour certains, la consommation semble sous-estimée, elle serait « anecdotique » ou elle pourrait être relativisée malgré une surestimation. Ainsi selon un médecin externe, les problèmes de dépendance ne concerneraient « *seulement* » qu'une personne sur six.

Les habitudes de consommation semblent dès lors difficiles à évaluer pour ces professionnels de santé. Néanmoins, nous avons essayé de déterminer si ces derniers se considéraient tous concernés de la même manière par la consommation de ces produits. Suivant les entretiens et en fonction du produit cité, certaines catégories de population sembleraient plus ou moins exposées que d'autres. Par exemple pour l'alcool, il s'agirait pour certains d'une consommation plutôt masculine touchant les personnels techniques ou ambulanciers. Pour d'autres, les professions les plus exposées à la consommation de médicaments ou de stupéfiants seraient les médecins et personnels paramédicaux anesthésistes. Des entretiens font quant à eux état d'une surconsommation de la part des chirurgiens, des personnels de bloc opératoire, des infirmiers de psychiatrie ou encore des professionnels de santé chargés de la prévention. Parfois, ce sont les professionnels exerçant la nuit, d'astreinte ou de garde qui sont désignés comme étant les plus exposés que ce soit pour les produits licites (alcool, médicaments) ou illicites (drogues). Enfin pour certains, les médecins séniors seraient plus concernés par la consommation excessive d'alcool et les internes par la consommation de drogues.

L'analyse des entretiens semble donc corroborer l'idée que c'est en fait l'ensemble des professionnels de santé qui peuvent être touchés par la consommation de ces produits. De plus, 19 personnes interrogées sur 23 ont témoigné avoir eu un collègue concerné par une

consommation excessive sur le lieu de travail. Par contre, la reconnaissance d'un problème de dépendance est plus ambiguë : la définition d'un seuil au-delà duquel la consommation devient un problème de dépendance n'a jamais été mentionné. « *On pense toujours que c'est l'autre qui est concerné et pas soi-même* », selon un cadre supérieur de santé.

2. Un esprit de corps influant fortement sur la gestion actuelle du problème

Les entretiens ont fait état de nombreux problèmes dans la gestion des comportements addictifs par les établissements : accès aisé aux produits malgré la réglementation interne, manque de visibilité du problème pour la direction, gestion interne sous le régime de l'omerta et parfois dissimulation collective.

Premièrement, malgré les règlements intérieurs et protocoles mis en place dans les établissements, les produits restent facilement accessibles sur le lieu de travail. Le vol des médicaments notamment reste difficilement détectable. Les réglementations et les protocoles peuvent être différents suivant les établissements. Par exemple, la présence d'alcool peut être plus ou moins tolérée voire totalement interdite. Selon un directeur des ressources humaines, « *il ne s'agit pas de tout interdire tout le temps mais de pouvoir tracer raisonnablement les consommations* ». Néanmoins, concernant l'accès aux produits stupéfiants, tous les établissements ont mis en place des protocoles sécurisés. Par exemple, les armoires sont mises sous clefs, les accès se font par reconnaissance digitale, les stupéfiants sont recomptés etc. Pourtant plusieurs professionnels affirment que ces protocoles sont détournables et que les médicaments comme les hypnotiques ou les anxiolytiques sont « *en libre-service* » au sein des unités de soins.

Deuxièmement, le signalement à la direction des agents ayant une consommation excessive se fait souvent de manière « *trop tardive* », laissant peu de marge de manœuvre pour agir. La direction est informée lorsque la situation est grave, c'est-à-dire lorsque l'agent n'est déjà plus en état d'assurer son service (état d'ébriété ou sous l'emprise de drogues) et que ce comportement s'est répété plusieurs fois. Il représente alors un danger important pour lui-même, ses collègues et le patient. Plusieurs professionnels de santé affirment que la sanction s'avère nécessaire dans ces cas extrêmes. Cependant, ils reconnaissent également que la sanction et les injonctions de soins ne sont pas toujours efficaces. « *Malgré des sanctions comme le blâme ou malgré des cures, certaines personnes continuent de s'alcooliser. Il s'agit alors d'écartier ces personnes du lieu de travail et de recourir à des révocations* », selon le directeur d'un centre de prévention. De plus, comme l'ont souligné

plusieurs personnes interrogées, la personne exclue de son lieu de travail peut voir son état de santé s'aggraver. L'agent risque de continuer voire d'augmenter sa consommation au fur et à mesure que sa situation sociale et professionnelle se dégrade. Les entretiens montrent que la sanction occupe une place très ambivalente. Pour certaines personnes elle peut avoir au contraire un effet de déclencheur, « *de prise de conscience du problème* ».

Aussi, pour résoudre ce problème, le fait de détecter et prendre en charge les professionnels de santé le plus tôt possible semble être une volonté partagée par un grand nombre de personnes interrogées. Paradoxalement, les entretiens nous ont révélé que la situation des personnes souffrant de comportements addictifs est rarement signalée. De plus, les professionnels de santé semblent assumer le fait que ces situations soient « *gérées en interne* » dans le service concerné. Prévenir la direction au dernier moment serait donc un acte volontaire. La dépendance d'un agent ne serait signalée que lorsque la situation échappe aux professionnels souhaitant gérer eux-mêmes le problème. L'analyse des entretiens semble montrer que les professionnels de santé adoptent deux types d'attitude, une passive et une active :

- La plus répandue semble être une attitude passive. Les professionnels de santé détectent chez un membre de l'équipe une consommation excessive mais ils gardent le silence. Par exemple, ils n'abordent pas le sujet avec le collègue en question, ne le signalent pas à leur hiérarchie (cadre de santé) ou ne l'orientent pas vers un médecin compétent (médecine du travail). C'est alors la règle du silence voire de « *l'omerta* ». « *Moi déjà j'avais une collègue qui était alcoolique, je le savais très bien. Ba déjà ça se voit parce que j'ai l'habitude de travailler avec des alcooliques surtout quand j'étais en psychiatrie, il y a des signes qui ne trompent pas : les mains gonflées, la peau marquée et même le comportement à force on le connaît. Et c'est vrai que j'ai jamais eu le courage de lui dire* », témoigne une ancienne infirmière. Lors des entretiens certaines personnes ont pu avoir des attitudes défensives face à ces questions, comme un médecin interne : « *tout le monde le sait mais de toute façon tout le monde s'en fout.* »
- Les professionnels de santé peuvent aussi adopter une attitude plus active en « *couvrant* » l'agent concerné ou en dissimulant la situation. Il peut s'agir pour eux de « *protéger l'agent* » concerné ou de continuer à faire tourner le service. Pour les personnes interrogées, cela fait partie de la solidarité entre les équipes et d'une attitude bienveillante. « *J'ai vu beaucoup de chefs vraiment bourrés mais comme c'est les internes qui tiennent les hôpitaux, en fait...* », confie un médecin externe.

« Sur un de mes précédents lieu de travail une infirmière IBODE a été prise sur le fait en train de s'injecter des produits. Le chef de service et le cadre supérieur de santé ont étouffé l'affaire (..) Ils ont passé un contrat moral avec l'infirmière (..) elle devait se soigner sinon ils l'auraient signalé à la direction (..) moi j'ai mal réagi parce que l'on m'a caché l'affaire », raconte un cadre infirmier.

Les entretiens attestent aussi bien de l'existence d'un problème d'addiction répandu au sein de l'hôpital que de sa difficulté à le gérer. Plus particulièrement, la tolérance temporaire des équipes et les réticences à aborder le sujet avec la personne concernée illustrent l'importance du silence qui entoure ce problème.

3. L'addiction aux substances est un tabou à l'hôpital et plus particulièrement chez les médecins

« Ces consommations peuvent être occasionnelles, épisodiques ou constituer une maladie. Or, l'institution ferme souvent les yeux », le directeur d'un centre de prévention.

Il est possible de désigner les situations d'addiction comme un tabou, car en parler serait vécu comme une transgression des règles implicites du service et provoquerait un malaise. Ce malaise est engendré par des peurs : celle de porter atteinte à l'honneur et à la carrière de la personne, celle d'être vu comme « un délateur » et celle de dégrader l'image du corps soignant tout entier. Il est toutefois difficile d'affirmer que ce tabou est plus prégnant dans la sphère hospitalière qu'ailleurs, tant il est complexe de mesurer l'intensité d'un non-dit ou le respect d'un interdit culturel. Parmi les trois raisons qui expliquent ce tabou, deux sont propres au milieu hospitalier et peuvent soutenir l'hypothèse d'un tabou plus fort à l'hôpital sans l'étayer définitivement.

Ainsi, en premier lieu, l'addiction est une maladie. Or, pour un soignant au sens large, se considérer comme malade est difficile. Le malade est l'autre, le patient. De fait, il en résulte une incapacité à s'envisager soi-même comme malade, notamment dans le cadre d'une addiction, alors que pourtant, en tant que professionnel, les comportements à risque et les moyens de se soigner sont connus. « On n'a pas l'impression d'être un patient finalement (...) de pouvoir avoir les mêmes problèmes que nos patients », selon un interne en psychiatrie. Cette représentation du soignant sain est répandue au-delà de la sphère médicale et rend invisible ces comportements pour toute la société. Ainsi, une ancienne directrice d'établissement y voyait un paradoxe incompréhensible à ses yeux : « comment peut-on être acteur de santé publique et avoir une consommation de produits addictifs? ». Enfin, pour les EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015 - 12 -

médecins, l'addiction peut être vécue comme un constat d'échec : comment soigner les autres si l'on n'arrive pas à se soigner soi-même ?

Ensuite, la difficulté d'en parler vient de l'absence d'interlocuteur à qui confier son problème au sein de l'organisation. En effet, d'une part, la hiérarchie n'est avertie qu'au dernier moment. Ainsi, un addictologue nous précise l'importance du secret médical, « *dans tous les cas, si l'addiction a des répercussions sur le travail, les choses vont se savoir. C'est à la/le cadre de faire remonter les problèmes si besoin mais pas à moi.* » D'autre part, les structures d'aide et de prise en charge médicale sont peu connues et les actions de prévention sont largement ignorées. En effet, l'un des paradoxes de l'addiction est que celle-ci est tellement stigmatisante que toute prise en charge doit être cachée à la communauté des soignants. Elle doit être secrète, ce qui contribue à renforcer le non-dit.

Enfin, le tabou repose sur le fait que l'addiction est un phénomène de la vie privée et à ce titre toute remarque pourrait être vécue comme une intrusion. Cette raison n'est toutefois pas propre au milieu hospitalier et s'applique en général à toute la société.

Les entretiens soulignent la particularité des médecins. Chez eux, le phénomène de non-dit et de peur est plus virulent encore.

En premier lieu, le sentiment corporatiste qui anime les médecins renforce l'incitation à régler ces problèmes en interne. D'une part, cette logique est défendue par les médecins notamment pour protéger le collègue concerné ; les risques pour les patients n'étant que peu mentionnés car le professionnel de santé concerné est écarté par ses collègues qui prennent sa relève. Par exemple, selon un externe en médecine, le signalement des collègues n'est « *pas du tout dans notre culture (...). Dans le serment d'Hippocrate, par exemple, ils disent très bien qu'on est gentils avec nos collègues ou je sais plus ... un truc du genre confraternité* ». D'autre part, elle est déplorée par les responsables non médicaux car elle souligne leur impuissance. Par exemple, une ancienne directrice d'établissement affirme concernant les médecins, qu'« *il existe un grand déni : les collègues du médecin sont plus tolérants* » que ne le sont les cadres. L'Ordre des médecins n'apparaît pas efficace dans la gestion des addictions, aux yeux des personnels non médicaux. Dans le cadre de ce travail, nous avons sollicité l'Ordre qui n'a pas souhaité répondre à nos questions.

Plus encore, le médecin occupe une position sociale élevée, ce qui rend d'autant plus aigüe toute stigmatisation. La peur de la sanction, et en premier lieu la perte d'exercice, retarde d'autant plus tout signalement.

Finalement, la consommation addictive semble être taboue à l'hôpital. Toutefois, les manifestations du non-dit et l'appréhension de l'addiction par l'environnement professionnel sont clairement différentes en fonction des produits consommés. Il s'agit alors de décrire les différentes représentations associées aux produits.

4. La tolérance par les professionnels de santé de la consommation des différents produits

Il est apparu lors des entretiens que la reconnaissance du problème d'addiction pouvait être ambiguë en fonction du produit concerné. Il apparaît important à cette étape de notre étude de pouvoir introduire des éléments de comparaison concernant la tolérance par les professionnels de santé à la consommation de certains produits. On aurait pu faire l'hypothèse d'une corrélation entre la visibilité du produit consommé, la prise de conscience que la consommation de ce produit constitue un problème et la prise en charge des personnes touchées par la dépendance. Or cette hypothèse ne se vérifie pas. La consommation d'alcool est de ce point de vue emblématique. En effet, la majorité des personnes interrogées ont considéré qu'il était à la fois le produit le plus consommé et le plus problématique. L'alcool apparaît donc comme étant le produit le plus visible.

« *C'est (l'alcool) un problème majeur à traiter au quotidien pour les directeurs des ressources humaines* », selon un directeur des ressources humaines. Pour autant, les professionnels de santé semblent avoir une plus grande tolérance concernant sa consommation excessive surtout quand elle leur semble ponctuelle. Aussi, la prise de conscience nous semble moins évidente, plus ambiguë, plus difficile à reconnaître. Premièrement il peut s'agir d'une consommation considérée comme récréative. « *Fêtes, Noël, Nouvel An, Pâques, Galette des rois... tout est bon pour faire la fête (..) C'est divertissant parce qu'on a très peu l'occasion de le faire* », explique une ancienne infirmière. Deuxièmement cette consommation peut être considérée comme sociale et habituelle dans les services. « *Les équipes de gardes par exemple étaient habituées à prendre l'apéro, systématiquement chacun ramenait sa bouteille, le médecin, l'infirmier* », relate un cadre infirmier. Par ailleurs, ce cadre précise que les professionnels n'avaient aucune prise de conscience du risque qu'ils pouvaient faire courir à leurs patients. Ainsi il affirme que « *les*

personnes qui prennent l'apéro dans les services se disent tout à fait capables de prendre des césariennes en urgence, ou de réaliser leur garde ». Lorsqu'ils sont eux-mêmes concernés, les professionnels reconnaissent parfois du bout des lèvres qu'une consommation même ponctuelle peut être problématique : *« Oui pendant les jours festifs (rires). A part ça, non. Mais c'est vrai que ça m'est arrivé de me dire mais mince, est-ce que je vais tenir (après avoir bu à un pot). Parce que c'est vrai que Noël, une coupe, plus une coupe, plus une coupe... tu te dis mince heureusement que le service était calme parce que je ne sais pas comment j'aurais fait »*, avoue une ancienne infirmière.

Il est probant de noter que certaines personnes, ayant évoqué l'alcool comme étant le produit le plus consommé et le plus problématique au début de l'entretien, ont totalement éludé la question pendant le reste de l'interview, leur discours étant plus axé sur la consommation de médicaments. Il est intéressant de constater que certaines personnes ont pu insister sur le lien entre accès aux médicaments dans les services et problèmes de dépendance ou de consommation. Alors qu'à l'inverse la présence d'alcool dans les services n'a pas suscité ce type de réaction.

Il reste difficile d'évaluer si la consommation d'alcool, de médicaments ou produits stupéfiants est en diminution ou en augmentation depuis une quinzaine d'années. Il semblerait que les habitudes se transforment et que la tolérance vis-à-vis de la consommation de certains médicaments chez les professionnels est assez forte. Les médecins en formation par exemple seraient à la recherche d'une *« défonce plus rapide laissant moins de traces »* comme avec le protoxyde d'azote. Ils consommeraient de manière répandue et régulière des psychotropes permettant de *« dormir »* comme avec le Stilnox. Selon une étude du RESPADD menée auprès de la faculté d'Angers et de Lyon, 50% des médecins internes consomment au moins une fois par mois des hypnotiques et 53% des anxiolytiques. Pour d'autres la consommation d'alcool est restée la même depuis plusieurs années.

5. Les raisons de l'addiction résident dans la rencontre d'un individu et d'un produit dans un environnement de travail propice.

Les raisons avancées par les interlocuteurs à ce phénomène sont assez souvent les mêmes : rencontre d'un individu et d'un produit dans un environnement propice. Par exemple, les services de nuit, moins soumis à la surveillance, pourraient attirer des personnes ayant déjà des fragilités. Toutefois, la situation personnelle est l'élément déclencheur, la substance va servir d'exutoire et d'échappatoire. Une partie des personnes

interrogées souligne la corrélation entre la facilité d'accès aux produits et la probabilité de développer une dépendance. Cependant les personnes interrogées n'étaient pas unanimes sur ce point, contrairement à nos hypothèses.

De plus, les conditions de travail sont un facteur important. Si les directeurs anciens ou actuels ne considèrent pas l'environnement comme un facteur prédominant, il l'est significativement pour les médecins du travail et les syndicats présents au CHSCT. Ces derniers mettent en avant la particularité des métiers de l'hôpital, à savoir « *le travail avec l'humain* » qui suppose une gestion des émotions. De plus, la recherche d'une plus grande efficacité à l'hôpital, qui a pu se traduire par des rythmes de travail plus intenses (travail en 12 h, alternance de travail de jour et de nuit) ou des réductions d'effectifs, est mise en avant pour souligner l'augmentation du stress et la prise de substances pour gérer ce stress. « *Aujourd'hui les agents n'en peuvent plus, ils sont au bout du rouleau. Donc, on peut comprendre qu'à un moment donné, ils se tournent vers ça, pour pouvoir dormir, l'alcool aussi ... Et puis on a besoin disons de faire la fête, d'évacuer un peu tout ça* », explique une syndicaliste au CHSCT.

Toutefois, la transformation des rythmes (comme le déploiement des 12h) conduit également à une moindre solidarité des équipes et probablement à un repérage plus rapide. Enfin, les facteurs biologiques et génétiques mentionnés par la littérature, ne sont pas cités spontanément par les acteurs.

En conclusion, les professionnels de santé sont confrontés à diverses situations d'addiction. Si les habitudes, les modes de consommation et la perception des risques associés diffèrent entre les produits, le tabou qui entoure les comportements à risque est marqué. L'hôpital constitue donc un environnement à risque et appelle à la mise en œuvre de politique de prévention.

Partie 3 : Au-delà de la sanction et de la réglementation, quels dispositifs de prévention ?

1. Une prévention à la marge

« *Quand on repère un comportement déviant, c'est déjà trop tard* », Pr Bonnet.

Au regard de l'analyse des entretiens, la sensibilisation des acteurs du secteur de la santé sur ce phénomène apparaît paradoxalement récente par rapport aux autres secteurs économiques. En effet, des mesures et actions ont déjà été mises en œuvre dans des entreprises telles que la SNCF, France Telecom, Orange, ou bien à l'étranger, notamment aux Etats- Unis et au Canada. Les mesures de prévention sont donc récentes, mais aussi peu visibles. En effet, les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont fait apparaître qu'elles étaient peu connues des professionnels de santé en dehors des addictologues et de certains acteurs de prévention. La majorité des personnes interrogées citent uniquement la médecine du travail. On constate principalement que les actions et dispositifs de prévention ont été initiés suite à un évènement, à un fait générateur.

En France les dispositifs, associations et réseaux dédiés aux addictions des personnels de santé sont apparus vers les années 2000. Parmi eux, le Réseau des Etablissements de Santé et de Prévention des Addictions⁴¹ (RESPADD) a pour objectif d'informer et sensibiliser les établissements de santé pour prévenir les pratiques addictives et leurs complications, de les accompagner dans l'organisation de la prise en charge de ces problématiques et de promouvoir une dynamique de réseau. De même, la Mission FIDES à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris a été créée en 2006 et vise à mener des actions de prévention et de formation à l'aide de délégations locales sur chaque hôpital de l'AP-HP. Enfin, le site de Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail (SMART) créé en 2009 dispose d'un accès téléphonique anonyme 24/24h avec un processus d'aide et d'orientation, la possibilité d'un contrat de soins avec évaluation et une aide à la reprise d'activité avec supervision. De plus, des dispositifs innovants émergent dans plusieurs établissements de santé.

⁴¹ Apparu initialement en 1996 pour lutter contre le tabagisme et s'est étendu dans les années 2000 aux autres addictions
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015 - 17 -

2. Des dispositifs innovants

Certains établissements de santé que nous avons sollicités ont mis en place des dispositifs de prévention innovants.

En Rhône-Alpes, un centre hospitalier a institué en 2006, suite à la volonté propre d'un médecin addictologue, des consultations dites « *d'aide à l'arrêt du tabac* » à destination des professionnels de santé de l'établissement. Ces consultations « *d'aide à l'arrêt du tabac* » sont officieusement des consultations d'addictologie permettant aux professionnels de santé souffrant d'une addiction quelconque d'être pris en charge s'ils le souhaitent. Or, l'intitulé de la consultation n'a pas changé depuis 2006, bien que les addictions ne concernent pas seulement le tabac. En effet, « *à travers la consultation d'aide à l'arrêt du tabac, la personne vient pour une autre addiction. Il est plus facile de venir pour dire qu'on souhaite arrêter de fumer que pour dire qu'on a un problème avec l'alcool ou avec les médicaments* », selon un addictologue. La personne à l'initiative de ces consultations a anticipé certaines réticences. Ainsi des garanties de confidentialité ont été mises en place :

- Ces consultations ont été délocalisées à la médecine du travail, qui est un bâtiment excentré, afin de respecter la vie privée des professionnels de santé et éviter toute stigmatisation. « *Le but de cette délocalisation était d'éviter la stigmatisation des personnels qui viendraient à la consultation et qui seraient vus par le reste du personnel* », explique l'addictologue.
- Une vigilance accrue a été portée sur le secret médical. Ainsi, ces consultations ne font pas l'objet d'une inscription dans le dossier médical informatisé des professionnels de santé, car leurs collègues pourraient y avoir accès. Seule la tenue d'un dossier médical papier par l'addictologue est réalisée. Selon ce dernier, « *c'est aussi un des gages pour le personnel qui vient me voir, de ne pas voir apparaître ça dans leur dossier* ».
- Par ailleurs, un réseau extérieur à l'établissement a été développé afin de proposer une prise en charge aux professionnels de santé à l'extérieur, notamment via des psychologues libéraux.

Ce dispositif de prévention semble avoir des effets positifs. En grande majorité, les professionnels de santé⁴² concernés par une addiction viennent d'eux-mêmes. Ils sont très rarement orientés par le cadre de service et la médecine du travail et encore moins par la

⁴² Selon l'entretien réalisé avec l'addictologue, les médecins par rapport aux autres professionnels de santé ne se saisissent pratiquement jamais de ce dispositif de prévention et d'aide à l'arrêt des addictions.

direction. Cela tend à prouver que ces consultations jouent bien leur rôle préventif, car les professionnels de santé s'en saisissent avant que le problème ne devienne si important qu'il nécessite une décision disciplinaire ou administrative.

Le CHU de Bordeaux a initié une politique de prévention de la consommation d'alcool au cours des années 1990, le service de médecine du travail et le service social en étant les principaux animateurs. Cette politique volontariste a débouché sur la production d'un document intitulé « *Charte sur la prévention du risque alcool au CHU de Bordeaux* » (voir annexe 4). La charte a été éditée et diffusée en 1998 dans l'ensemble de l'établissement sous la forme d'une plaquette. Néanmoins, en 2010 la problématique était encore d'actualité. Un groupe de travail a été mis en place, avec comme objectif de définir les modalités de prise en charge des personnels sur le lieu de travail ainsi que la rédaction d'un document écrit relatif à la prise en charge de ces phénomènes d'addiction sur le lieu de travail (voir annexe n°4).

Un établissement de la région d'Ille-et-Villaine a mis en place deux protocoles de prise en charge de ces comportements : un pour les équipes de nuit et un pour les équipes de jour. Par ailleurs, des formations destinées aux personnels d'encadrement sont organisées deux fois par an autour des addictions et des protocoles à suivre.

Dans la continuité, certains établissements où nous nous sommes rendus avaient formé des « *personnes ressources* »⁴³, des « *référénts addictions* »⁴⁴ ou encore « *des préventrices* » au sein des équipes de soins. Ces membres du personnel avaient ainsi une formation spécifique sur les addictions et constituaient la personne à solliciter en cas de problème. La mise en place de ces « *personnes ressources* » a déjà eu lieu dans certains établissements médico-sociaux de l'Ile-de-France et semble être validée par la direction. « *Il faut former dans les équipes des personnes ouvertes, tolérantes, connues et des personnes ressources dans les équipes pour parler de cette problématique* »⁴⁵.

D'autres mesures de prévention méritent également d'être soulignées. C'est le cas de l'association La Balise, fondée par Alain Lagneau, addictologue de formation. Cette association intervient sous la forme de pièces de théâtre⁴⁶ dans de nombreuses structures. L'association est intervenue à l'hôpital Bichat pour jouer des saynètes sur la consommation de différents produits à partir d'expériences vécues par les personnels. Cette sensibilisation a

⁴³ Terme utilisé par le DG d'une association de lutte contre les addictions

⁴⁴ Terme utilisé par le directeur des ressources humaines d'un établissement public de santé du Sud-Ouest de la France

⁴⁵ Verbatim du DG d'une association de lutte contre les addictions

⁴⁶ Le "Miroir aux gens" et "al" sont deux pièces de théâtre réalisées par l'association La Balise de Alain LAGNEAU.

rencontré un certain succès auprès des professionnels de santé. « *Nous sommes là pour faire comprendre aux gens que l'addiction est un symptôme. C'est la rencontre d'une personne, d'un produit et d'une histoire* »⁴⁷ explique Alain Lagneau. Dans un des établissements de la région d'Ille-et-Vilaine, l'association des alcooliques anonymes intervenait au sein de l'hôpital pour les patients mais également pour les professionnels de santé.

3. Efficacité et limites des dispositifs de prévention

L'efficacité des dispositifs, protocoles et plans de prévention repose sur une véritable garantie de la confidentialité. Par ailleurs, les dispositifs de prévention doivent intégrer en amont l'ensemble des acteurs (cadre de santé, addictologues, médecins du travail, personnel de direction, assistante sociale, représentant du CHSCT...). Il y a donc un véritable maillage autour de la prise en charge.

Cependant les mesures et actions de prévention présentent quelques limites. Comme nous l'avons constaté lors des entretiens, ces dispositifs sont peu visibles. La communication mérite d'être développée. En effet, il existe peu d'articles, de « publicité » sur les dispositifs et les moyens mis à disposition des personnels en faveur de la prévention des addictions ou de la consommation excessive de substances psychoactives ou d'alcool.

On observe également une difficulté à évaluer l'impact des actions de prévention sur les habitudes de consommation. D'une part, les professionnels ne sont actuellement pris en charge que lorsque le problème est déjà existant et identifié. D'autre part il est impossible d'évaluer le nombre de personne qui ne développeront pas de consommations problématiques grâce à la prévention primaire.

Les difficultés de réinsertion des professionnels peuvent aussi influencer sur l'efficacité des mesures de prévention. En effet, il sera d'autant plus difficile de détecter ou signaler les personnes ayant des fragilités si elles ont des appréhensions sur leur réinsertion professionnelle. Bien souvent, la réintégration dans la vie active, lorsqu'elle existe, est faite sous l'angle d'un reclassement « subi » plutôt que d'une réelle politique de réinsertion professionnelle avec un bilan individuel et une formation adaptée à la nouvelle activité. Les professionnels de santé paramédicaux sont souvent positionnés dans des services d'accueil, au standard, ou parfois pour les médecins dans l'information médicale. La barrière des moyens financiers en faveur de cette politique est également un frein à une bonne réintégration professionnelle.

⁴⁷ <http://www.leparisien.fr/espace-premium/seine-et-marne-77/alcool-drogue-jeux-la-balise-lance-un-sos-10-03-2014-3657747.php>

Les limites, exposées au regard des entretiens conduits, ont fait apparaître une difficulté pour les médecins de se « confier » à un médecin du travail, ceci au motif qu'il s'agit d'une spécialité médicale qui peut être perçue comme moins prestigieuse. Nous citons ici un médecin externe : *« en même temps, c'est difficile je pense pour un médecin d'aller voir un médecin du travail, parce qu'ils sont considérés comme très inférieurs dans la hiérarchie. C'est vraiment le bas de l'échelle. Du coup, c'est vrai que ça ferait bizarre je pense pour eux. C'est comme si un grand chef cuisinier allait voir un mec qui tient un fast-food. »* Cette déclaration virulente peut révéler un comportement défensif.

Enfin, certains acteurs de la prévention soulignent le corporatisme du corps médical et son manque de mobilisation. Après plusieurs années de démarche, le RESPADD vient de mettre en place un partenariat avec le syndicat des anesthésistes de France. Mais cette mobilisation reste à la marge.

Tout ceci conduit à mener des réflexions et entreprendre des mesures d'améliorations ou de propositions nouvelles visant à améliorer l'impact des actions de prévention.

4. Les actions souhaitables

Au travers des différents entretiens avec les professionnels, il ressort qu'il existe un véritable manque de sensibilisation et de prise de conscience autour de la dépendance à des produits licites ou illicites. Cela se caractérise notamment par un manque de communication, d'interlocuteurs de référence, d'outils adaptés. Sur l'ensemble de nos entretiens, on recense seulement neuf dispositifs de prévention mis en place dans les établissements. A partir de ce bilan, quelques pistes d'amélioration peuvent être envisagées ?

Une des actions prioritaires est la définition et l'élaboration d'un circuit de dépistage, qui ne soit pas stigmatisant pour la personne concernée. Il doit être suivi d'un parcours de soins, dans lequel interviendront les différents acteurs de la prise en charge, comme il en existe aux Etats-Unis. La pratique américaine recommande la référence vers une structure adaptée après avis médical, consentement du patient et soutien de son entourage. Le traitement idéal dure 3-4 mois, en hospitalisation et repose sur le sevrage, des thérapies comportementales et psychologiques et une éducation à la santé. La participation à des groupes d'entraide est essentielle. Un contrat (2 à 5 ans), signé avant la reprise du travail prévoit des consultations médicales régulières, des tests de drogues inopinés et la participation à des thérapies individuelles ou de groupe. Le taux de rechute est inférieur à 10%, le plus souvent dans les deux premières années et les résultats sont signalés comme

très bénéfiques : « *They (and their colleagues) believe that they are far better physicians after treatment than they were before*⁴⁸ ».

Il convient de réfléchir au rôle de chacun, notamment à celui du cadre de service. Il est apparu au cours des entretiens que celui-ci jouait un rôle de pierre angulaire dans le système actuel. Or celui-ci est souvent dépassé car « *le cadre ne peut pas tout, tout seul* », regrette un cadre de santé. Il est donc nécessaire que soit mis en place un portage institutionnel fort. De plus, nous avons pu remarquer qu'il existait un manque au niveau de la formation de ces acteurs, que ce soit au cours de la formation initiale ou continue.

Il semble nécessaire que la médecine du travail développe un véritable réseau avec les médecins généralistes et les autres professionnels de santé du territoire afin de pouvoir accompagner au mieux les professionnels concernés par l'addiction. De même, il semble nécessaire de revaloriser la fonction pour la rendre plus attractive afin de lutter contre la pénurie de médecins du travail. Par ailleurs, ces derniers doivent devenir de véritables acteurs de la prévention. A ce titre leur formation initiale et continue doit être développée sur ce point. Egalement, il importe de revoir les organisations de travail, afin de leur accorder plus de temps sur la thématique de la prévention. Cette fonction mérite aussi d'être connue par l'ensemble des professionnels de santé, y compris par les pairs, comme nous avons pu le constater lors des entretiens.

Certains professionnels rencontrés proposent de mettre en place des comités de prévention des risques au sein des établissements dans l'objectif de trouver des solutions qui permettraient de concilier l'accompagnement en soins tout en gardant une activité professionnelle. Le déploiement des groupes de paroles, d'ateliers de mise en situation (expérience dans des voitures tonneaux, port de lunettes qui trouble la vue, test du simulateur d'alcool) doivent être développés.

Au sein du cursus des études de médecine et de soins infirmiers, il pourrait être envisagé d'insérer des modules sur la prévention et la prise en charge des addictions. Un interne interrogé pense qu'il serait intéressant d'intégrer des périodes d'immersion au sein de structures spécialisées dans cette prise en charge. Le fait de rencontrer des malades aiderait à la prise de conscience de la difficulté à sortir de cette pathologie.

Egalement, un grand nombre de personnes interrogées soulignaient l'absence de lieux de parole et l'importance de doter chaque établissement de santé d'un poste de psychologue

⁴⁸ CICALA R.S, Substance Abuse Among Physicians : what you need to know. *Op. cit.* "Eux (et leurs collègue)s pensent qu'ils sont de meilleurs praticiens après leur traitement qu'avant"

du travail. Cela offre la possibilité aux agents de pouvoir davantage parler des difficultés rencontrées au sein de leur service. Ces professionnels pourraient ainsi travailler en collaboration avec la direction sur la prévention et la gestion du stress au sein des structures. De plus, la mise en place d'ateliers de gestion du stress pourrait être envisagée pour le personnel, facilitant l'accès à des techniques de relaxation⁴⁹.

Au niveau national, il est important que le législateur prenne des dispositions concernant la prévention des addictions. Des campagnes de sensibilisation doivent être déployées sur l'ensemble du territoire afin de toucher le plus grand nombre de personnes. L'information doit se faire au sein des écoles afin de sensibiliser dès le plus jeune âge la population contre le risque d'addiction. Ici, on peut souligner notamment l'importance du rôle de la mission prévention et santé publique des ARS, qui est un partenaire essentiel au sein des établissements.

⁴⁹ Des consultations de sophrologie étaient proposées par une aide-soignante dans un des établissements interrogés.
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015 - 23 -

CONCLUSION

A l'origine de certains problèmes de santé et de comportements au travail, la consommation d'alcool et de substances addictives est au carrefour de problématiques multiples : elle interroge la place du soignant dans son milieu de travail, la sécurité des salariés et des tiers, de l'entreprise ainsi que la protection de l'emploi. S'y ajoutent des notions connexes : le respect de la vie privée et du secret médical dans un contexte de promotion de la santé au travail notamment.⁵⁰

La consommation d'alcool n'épargne aucune branche professionnelle⁵¹ et elle n'est finalement pas plus importante dans les professions médicales et paramédicales que dans les autres professions. Or, cette question n'est quasiment jamais discutée entre professionnels ou dans les rencontres médicales (sauf chez les anesthésistes) et elle n'est pas enseignée pendant les études médicales ou paramédicales⁵². La force de ce tabou et de l'esprit corporatiste des professions médicales pourraient expliquer le retard de diagnostic et de prise en charge, surtout dans un contexte d'exercice contraint et exigeant.

Notre étude a mis en valeur la culture particulière des médecins, qui se détache des autres professions de santé par leur attitude de déni face à la maladie et leur important corporatisme qui les mène à couvrir leurs collègues jusqu'au dernier moment. En outre, nous avons constaté que l'influence des conditions de travail sur la consommation peut certes être réelle – de nombreux professionnels ont évoqué le stress et les horaires difficiles comme facteur aggravant – mais doit finalement être relativisée au regard des facteurs personnels.

Egalement, l'analyse des dispositifs innovants mis en place dans certains établissements a confirmé notre hypothèse de l'importance du respect de la confidentialité. Ainsi, les addictologues effectuant des consultations plébiscitées ont témoigné de leur forte attention au respect de cette confidentialité. Cette dernière peut être garantie en externalisant les consultations hors de l'hôpital notamment.

⁵⁰ MILD : conduites addictives et milieu professionnel. Rapport établi dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008, page 3

⁵¹ Dossiers CHSCT, « La prévention de l'alcoolisme au travail ». 2013. [en ligne] http://www.officiel-prevention.com/http://www.officiel-prevention.com/sante-hygiene-medecine-du-travail-sst/service-de-sante-au-travail-reglementations/detail_dossier_CHSCT.php?rub=37&ssrub=151&dossier=157 (consulté le 27 avril 2015)

⁵² CICALA R.S, *Substance Abuse Among Physicians : what you need to know*. *Op. cit.*

En définitive, il ressort de cette étude que la direction de l'établissement est très rarement mise au courant des problèmes de consommation excessive ou d'addiction aux produits psychoactifs, les professionnels de l'hôpital préférant régler ces problèmes en interne. Cela nous interroge quant à la responsabilité de l'ensemble des membres des équipes de direction, qui ne prennent finalement connaissance des problèmes que lorsqu'ils sont particulièrement graves, voire à partir du moment où un accident survient. Si cette gestion en interne des problèmes répond à des besoins réels pour la prise en charge (confidentialité, mise à l'écart du risque de sanction et de stigmatisation), elle peut empêcher la direction de prendre les mesures adéquates afin de protéger les patients et ainsi engager la responsabilité de l'établissement.

Bibliographie

ARTICLES :

BONDEELLE A., COURBON L., RAVALLEC C., novembre 2012, « Pratiques addictives et travail un cocktail particulièrement dangereux », INRS, Travail et sécurité [en ligne], coll. Dossier TS, n°733, pp 17-35, [consulté le 30 avril 2015], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TS733page16>

CICALA R.S, juillet 2003, « Substance Abuse Among Physicians : what you need to know », Hospital Physician, pp 39-46.

CIFALI M., 1999, « Métier «impossible» ? Une boutade inépuisable », Le Portique[en ligne], n°4, [consulté le 29 avril 2015], disponible sur internet : <http://leportique.revues.org/index271.html>

DIMITRASCU C. I., MANNES P. Z., GAMBLE L.J., et al., janvier 2004, « Substance Use Among Physicians and Medical Students », Medical Student Research Journal., vol 3, pp 26-33.

DESPRÈS P., GRIMBERT I., LEMERY B. et al. , juin 2010 « Santé physique et psychique des médecins généralistes ». Etudes et Résultat DREES n° 731.

DURAND R., GAYET C., BIJAOUI A., 3ème trimestre 2004, « Le dépistage des substances psychoactives en milieu travail », Documents pour le Médecin du travail. INRS. n°99, pp 301-314.

DURAND R., GAYET C., VAN DE WEERDT C., 2ème trimestre 2008, « Conduites addictives et travail », Documents pour le Médecin du travail, INRS, n°115, pp 339-357.

GOLD K.B., TEITELBAUM S.A., copyright 2006 2010, « Physicians Impaired by Substance Abuse Disorders », The Journal of Global Drug Policy and Practice.

INRS, juin 2013, « Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel », Références en santé au travail, INRS [en ligne], n°134, pp 53-89, [consulté le 2 mai 2015], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2027>

NAHOUM-GRAPPE V., FAINZANG S., 1997, « Ethnologie des anciens alcooliques, la liberté ou la mort » Sciences sociales et santé[en ligne], vol 15, n°4, pp. 131-134, [consulté le 4 mai 2015], disponible sur internet :

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_02940337_1997_num_15_4_1772

OBADIA L., 2004 « Le « boire » », Socio-anthropologie [en ligne], vol.15, pp 1-15, [consulté le 6 mai 2015], disponible sur internet : <http://socio-anthropologie.revues.org/421>

SHAW M.F., Mc GOVERN M.P., ANGRES D.H., et al., 2004, « Physicians and nurses with substances use disorders », Journal of Advanced Nursing., n°47(5), pp 561-571.

THOMAS T., mars-avril 2013, « Prise en charge des addictions en milieu professionnel, l'expérience du CHU de Bordeaux », Techniques Hospitalières, n° 738, Dossier risques, pp 62-67.

TRINKOFF A. M., STORR C. L., avril 1998, « Substance Use among Nurses: Differences between Specialties », American Journal of Public Health, vol. 88, n° 4, pp 581-585.

COMMUNICATIONS A UNE CONFERENCE :

BONNET F., « Conduites addictives chez les professionnels de santé », in SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE REANIMATION, Le Congrès, Juillet 2013, Paris, [consulté le 29 avril 2015], disponible sur internet :

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Conduites_addictives_chez_les_professionnels_de_sante.pdf

SITES INTERNET CONSULTES :

BONNET F., CZERNICHOW S., BEAUJOUAN L., *Risques professionnels chez les médecins anes-thésistes*, [consulté le 4 mai 2015], MAPAR 2005, pp. 539-547, disponible sur internet : www.ma-par.org/

CNRACL, Point réglementation n° 7 : *Prévention des conduites addictives en milieu professionnel dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière*, [consulté le 29 avril 2015], disponible sur internet :

https://www.cdc.retraites.fr/IMG/pdf/pt_reglt_no7_conduites_addictives.pdf

COLLIAT, E ; MASSACRET, M., *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*, [consulté le 5 mai 2015] La documentation française, 2012, disponible sur internet

http://www.travaillermieux.gouv.fr/IMG/pdf/Mildt_Entreprises_conduites_addictives.pdf

GOMEZ H., *Addiction et exercice médical*, colloque du CROM de Midi-Pyrénées : « Médecins en 2011 : Mieux être pour mieux soigner », 15 décembre 2011, [consulté le 4 mai 2015], disponible sur internet :

http://www.aapml.fr/sites/default/files/2010T2482_CROM_MP_flyer_A5.pdf

INPES. *Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail*. [Consulté le 28 avril 2015], disponible sur internet :

<http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/004.asp>

INRS. *Pratiques addictives en milieu de travail, principes de prévention*. [consulté le 30 avril 2015], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206147>

LE FIGARO. *Les médecins négligent leur santé* (04/02/2009). [Consulté le 5 mai 2015], disponible sur internet : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2009/02/04/9414-medecins-negligent-leur-sante>

LE PARISIEN. *Alcool, drogue, jeux la balise lance un sos* (10 mars 2014), [consulté le 3 mai 2015], disponible sur internet : <http://www.leparisien.fr/espace-premium/seine-et-marne-77/alcool-drogue-jeux-la-balise-lance-un-sos-10-03-20143657747.php>

L'EXPRESS. *Les médecins généralistes parents pauvres de la médecine* (15/10/2014). [Consulté le 2 mai 2015], disponible sur internet :

http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/les-medecins-generalistes-parents-pauvres-de-la-medecine_1611086.html#vH79v5Sy1WDoWrZi.99

OFFICIEL PREVENTION, SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL. *La prévention de l'alcoolisme au travail 2013*, [consulté le 27 avril 2015], disponible sur internet

<http://www.officiel-prevention.com/sante-hygiene-medecine-du-travail-sst/service-de->

[sante-au-travail-](#)

[reglementations/detail_dossier_CHSCT.php?rub=37&ssrub=151&dossier=157](#)

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1^{ER} MINISTRE. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies, « Conduites addictives et milieu professionnel, rapport établi dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008. [Consulté le 29 avril 2015], disponible sur internet : <http://www.cisme.org/wpFichiers/1/1/Ressources/File/JURIDIQUE/DOSSIERS%20THEMATIQUES/RAPPORTS/RAPPORTS%20-%20Rapport%20MILDT%20conduites%20addictives.pdf>

REGLEMENTATION :

CODE DU TRAVAIL, article R 4228-20, [consulté le 29 avril 2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018531958&cidTexte=LEGITEXT000006072050>

CODE PENAL, article 222-37, [consulté le 29 avril 2015], disponible sur internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417724&cidTexte=LEGITEXT000006070719>

REPUBLIQUE FRANÇAISE, Chambre Sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 16 décembre 2009. [Consulté le 2 mai 2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000021512344&fastReqId=275222679&fastPos=1>

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1ER MINISTRE. MILDT. *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives. 2013-2017.* [consulté le 29 avril 2015], disponible sur internet : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

Liste des annexes

Annexe n°1 : Témoignages et histoires vécues de 10 élèves directeurs des soins

Annexe n°2 : Signes et symptômes d'abus de substances chez les soignants

Annexe n°3 : Plaquette HAS, Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (alcool, cannabis, tabac chez l'adulte)

Annexe n°4 : Exemple de procédure (logigramme) de prise en charge (CHU Bordeaux)

Annexe n°5 : Résultats d'une étude sur la consommation de psychotropes chez les internes en médecine (facultés d'Angers et de Lyon), C. Dano - J. Hérault - A. Pelier

Annexe n°6 : Grilles des entretiens semi-directifs

Annexe n°7 : Tableau d'analyse des données recueillies durant les entretiens

Annexe n°8 : Entretien avec un étudiant externe en médecine

Annexe n°9 : Entretien avec un responsable de centre de prévention

Annexe n°10 : Entretien avec un ancien directeur d'hôpital

ANNEXE n°1 : Témoignages et histoires vécues de 10 élèves directeurs de soins

TEMOIGNAGE n°1

Histoire n°1

Brancardier de bloc opératoire. Dans le privé lucratif.

Professionnel présent et apprécié de la structure et reconnu pour ses compétences.

Il avait plus de 10 ans d'expérience. Marié deux enfants. Il est tombé amoureux de l'une des anesthésiste et a développé un syndrome d'érotomanie. La fille a été obligé de clarifier les choses et lui dire qu'il n'y avait pas de réciprocité.

L'anesthésiste a fait intervenir le chef d'établissement + dépôt de plainte à la police pour harcèlement

L'agent a décompensé brutalement, il est devenu gravement alcoolique en 1 ans et déclaré inapte au travail.

Son statut passé d'agent apprécié à permis de le protéger un peu. Ne pouvant plus masquer sa situation, il a finalement été mis à l'écart par les équipes.

Il s'est ensuite séparé de sa femme.

Professionnellement, il y a eu un risque d'accident avec un patient qui à failli tomber.

Pas de prise en charge psy proposée par l'établissement pour son trouble érotomaniaque.

La direction est venue avec un alcootests. Appel de la médecin du travail prise de sang, et la personne a été licenciée avec une orientation vers un HP en consultation.

Il est entré par ce biais dans une prise en charge ponctuelle.

Il a ensuite été revu aux urgences d'un autre établissement mais cette fois en tant que patient.

Restriction du droit de visite de sa femme et de ses enfants.

Grand contraste entre le début de sa carrière et sa situation actuelle de malade. Il a subit plusieurs HO du fait de sa mise en danger et de son agressivité.

Il a ensuite tenté de retravailler en tant que brancardier dans l'établissement alors qu'il n'en était pas capable.

Histoire n°2

Aux urgences, mise en place d'un protocole de prise en charge des agents en difficulté.

Ceci a été rendu possible avec une équipe de psychiatres présents dans l'établissement et qui ont proposé ce dispositif qui permettait aussi de proposer une prise en charge à l'extérieur de l'établissement.

Partenariat informels mis en place avec d'autres structures lyonnaises pour externaliser les prises en charge et préserver la confidentialité.

Un IADE qui avait une addiction à l'alcool avec des problématiques personnelles a été retrouvé aux urgences un matin car l'équipe ne voulait plus travailler avec lui.

La prise en charge a commencé et l'orientation vers un autre service extérieur a été enclenchée avec succès.

Néanmoins, problème du remplacement et question sur son retour sur le même poste ou non. Prise de décisions complexe et délicate au regard de l'équilibre des équipes.

Cette situation a réinterrogé le rôle de la DRH de la médecine du travail et de la direction de l'établissement. Problème de positionnement et de culpabilité avec la crainte de désociabiliser une personne et de la mettre à la rue.

La médecine du travail doit statuer sur l'aptitude clairement pour que chacun puisse se positionner.

On ne peut pas faire abstraction de la situation personnelle de la personne.

Ce sont les situations de non dit et de tabou qui pose problème dans les équipes et qui aggravent les situations et les prises en charge.

Le dépistage le plus tôt possible pour une reconnaissance et un accompagnement. Cette anticipation permet d'éviter la faute professionnelle et donc la sanction qui conduit au licenciement et à la désocialisation.

TEMOIGNAGE n°2

Histoire n°1

Recrute un IDE pour 4 mois l'été. A réception de son extrait de casier un retrait de permis pour 1 an suite à une alcoolémie positive et mentionné. Il habitait à 30km de l'hôpital il vient en voiture sans permis.

La DRH souhaite s'assurer qu'il ne consomme plus d'alcool. Pas d'ébrulement de sa situation mais suivi de près de son comportement avec les collègues.

Un collègue cadre s'interroge sur la situation de cette personne et sur son comportement sans pouvoir objectiver ses impressions.

Un protocole existe dans le service pour le signalement de personnels qui sont suspectés de travailler en situation d'alcoolisation.

Le week-end suivant la DS était de garde et l'IDE en question devait prendre son service le samedi après midi. Appel le matin pour dire que ne pourrait venir avec des explications pas claires.

Le dimanche matin il n'est pas non plus venu. Un arrêt de travail n'est fourni que le mercredi suivant.

Pas de cohérence entre ce qui est dit et ce qui est écrit sur l'arrêt de travail. Il y avait des incohérences dans son comportement et ses dires. Réponses souvent confuses et son arrêt de travail est prolongé et toujours comportement étrange au téléphone.

Un RDV lui est donné pour faire le point sur sa situation. Il est arrivé le matin à 9h tout tremblant et « bourré ». La DRH lui dit tout ce qu'elle trouve bizarre sur sa situation. Il soutenait ne pas avoir bu pour finalement craquer et dire la vérité. Il était dans un très mauvais état émotionnel. La DRH demande qu'il démissionne de son contrat.

Il a été conduit à la médecine du travail car il ne pouvait pas rentrer chez lui en voiture dans cette situation. Finalement il s'est échappé avec sa voiture sans permis.

Sentiment de mal avoir géré la situation du fait qu'il leur ait échappé. Elle s'interroge aussi sur la légalité de leur démarche qui consistait à lui demander de démissionner et ne sait ce qu'il est devenu.

Pas de signalement au conseil de l'ordre.

Se demande aussi si le recrutement et le stress qui y était associé ne soit pas lié à sa réalcoolisation.

C'est une personne qui avait 10 ans d'expérience et très mobile.

Histoire n°2

IDE 26 ans. Très compétente qui travaillait aux urgences et pompier volontaire. Lors de la tempête Xynthia elle avait été libérée pour aller sur le lieu de la catastrophe.

Les années qui ont suivi, la situation de cette fille s'est dégradée suite à un possible stress post traumatique lié à la gestion de cette catastrophe.

L'équipe couvrait les insuffisances de la fille. Un fois qu'ils en ont eu marre de la couvrir, ils ont demandé à la hiérarchie de se positionner et de prendre une décision.

Elle a finalement été orientée vers un service de psy avec la médecine du travail et plusieurs cycles de prise en charge ont été mis en place mais elle était toujours en difficulté professionnelle et continuait toujours à prendre des médicaments.

Il a finalement été décidé de l'orienter sur un service qui travaillait plus en équipe avec un cadre qui était informé et vigilant sur sa situation. Elle est restée 1 an dans le service et le cadre a signalé des problèmes à nouveau.

Au final son problème n'a pas été géré, elle a été convoquée par la direction des soins pour faire le point sur son problème qu'elle ne reconnaissant pas.

Elle a fait une demande de détachement pour travailler dans une maison de retraite mais elle a encore rencontré des problèmes avec des vols de produits stupéfiants. Un conseil de discipline de l'hôpital s'est donc réuni pour prononcer une sanction. Elle a donc été suspendue.

TEMOIGNAGE n°3

Dans le cadre de ma fonction CSS, j'ai eu à gérer la problématique d'une AS alcoolique (pool de remplacement) qu'il a fallu que je sorte en urgence des services de soins. C'était une femme de 56 ans, connue depuis des années par l'encadrement (venue alcoolisée au travail par ex)

Un jour, elle ne tient pas debout, elle n'assure pas les soins, elle a un comportement inadapté avec la famille d'une patiente en fin de vie.

Je la reçois en entretien pour lui dire que cela doit cesser, qu'elle ne peut pas continuer comme cela. Elle a accepté d'aller à la médecine du travail, a reconnu avoir bu, a refusé la prise de sang. Elle est retournée chez elle avec son mari. Le médecin du travail l'a mis en relation avec le service d'addictologie. Un suivi psy et médical a été mis en place.

Je ne l'ai pas sanctionnée (même si son comportement relevait de la faute professionnelle) parce que j'ai considéré comme une malade, la sanction disciplinaire n'était pas la 1^{ère} réponse.

Je l'ai suivie personnellement, appelée régulièrement au tél. N'a jamais repris son travail mais elle m'a remercié de l'aide qu'on lui a apporté.

TEMOIGNAGE n°4

J'étais CSS du pôle concerné

Le CS m'interpelle concernant un agent plus ou moins dépressif, en séparation familiale et a eu un arrêt maladie pour dépression. Il a instauré un apéro presque tous les jours, dans la salle de pause des IDE, au sein du service

Le CS a confisqué les bouteilles et vidé l'ensemble.

Pas d'élément en terme de mauvaise pratique professionnelle.

J'en ai parlé à la DRH, a été vu en entretien CS/CSS pour lui signifier l'exigence de ne d'alcool dans le service puis arrêté en longue maladie. A demandé sa mutation

La difficulté est d'agir face à un professionnel qui est malade. Dans le milieu professionnel, la demande est professionnelle, il ne faut pas mélanger le rôle de cadre et celui de soignant ; tu ne peux pas dépasser ton rôle de garant de la qualité des soins. Cela n'empêche pas l'aménagement des conditions de travail.

TEMOIGNAGE n°5

Histoire 1

en tant que cadre : une IDE prise en flagrant délit d'alcoolisation (démarche titubante en service), appel au CSS, rapport circonstancié, demande de constatation par un médecin (car médecin du travail pas là en permanence...) là déjà c'est plus chaud..... Raccompagnée chez elle par un chauffeur, puis convoquée dans un second temps par la médecine du travail. Inaptitude temporaire (arrêt maladie assez long....) et reprise après convocation par le DS, demande de sanction (blâme (incidence baisse de note et pas de prime) et hangement de service (ou plutôt échange d'agents "à problème").

Histoire 2

en tant que CSS : IDE contractuel qualifié par le cadre du service comme "endormi", après une surveillance étroite (suspicion d'utilisation des médicaments de la pharmacie), rapport du cadre et fin de contrat

Histoire 3

en tant que CSS, appelé par une IDE pour son collègue (les 2 en poste aménagé) car celui ci s'est ouvert l'arcade sourcilière et effondré sur le bureau..... Je constate (suspicion d'alcoolisation), de plus agent diabétique, je fais intervenir le DS puis cherche à joindre le médecin du travail (sans succès car présent par intermittence du l'établissement), nous convainquons l'agent de faire une prise de chance (il accepte...), Raccompagné chez lui par chauffeur, retour prise de sang positive, convocation médecine du travail (déclaré inapte) puis DS/DRH pour sanction (blâme (incidence baisse de note et pas de prime),, et là aussi arrêt maladie de longue durée

Face à ce genre de situation pas de procédure précise, l'accès à la constatation par un médecin est difficile même "en flagrant délit"

Pour les sanctions il faut savoir que dans mon établissement nous ne faisons que les demander, c'est le Directeur, au vu du rapport, de l'entretien avec l'agent (pour savoir sa version) qu'il prend sa décision vis à vis de la sanction (jusqu'au blâme sans conseil de discipline) au delà cela déclenche un conseil de discipline (auquel je n'ai jamais participé).

Face à des situations complexes l'action se situe aussi et avant tout dans la protection des patients (extraction de l'agent) mais aussi de lui-même (malade également sans pour autant le reconnaître) et face à ces problématiques d'agents l'aide de la médecine du travail est plus qu'insuffisante....

TEMOIGNAGE n°6

Un homme 55 ans s'occupe de la formation de AS, en tant que cadre formateur. Pb alcoolisme connu de tout le monde, mais pas par la méd du travail. Quand il mangeait au self, il prenait tjrs du vin. C'est aussi un gros fumeur, il présente des tremblements.

La formation AS se passe le + souvent en dehors des bâtiments principaux, ils cuisinent et mangent entre eux. Pas de souci avec ses collègues, sauf la responsable formation qui dit qu'après manger, il sent l'alcool. Elle ne lui en jamais parlé, n'a jamais fait de rapport.

En tant que coordinatrice des écoles, j'ai voulu que la formation AS intègre le bâtiment principal (contexte de changement de bureau et salles de classe). Je n'ai plus voulu qu'ils mangent à part, ils devaient aller au self des écoles, comme tout le monde (sans vin). Les étudiants ont vidé cette salle, du jour au lendemain.

Ce monsieur a pris l'initiative d'aller manger au self de l'hôpital, sans autorisation, mais dans lequel il avait accès à du vin. Lors d'un RDV, je lui ai signifié que cela devait cesser. La situation dure encore 1 an.

Puis il a fait une tentative de suicide (alcoolisation massive et tentative de noyade), il est hospitalisé d'office dans notre institution, ce qui a été connu de tous, y compris des étudiants.

Vu qu'il est en longue maladie, je l'ai remplacé sur son poste car nous avons besoin de qq'un et que la dir de l'école ne veut plus travailler avec lui.

Après 2 mois, il reprend contact et veut reprendre son travail. Je lui signifie qu'il doit aller à la médecin du travail et prendre ses congés. Avec accord de méd du travail, il reprend son poste (sans aucun traitement et déclaré apte) mais je ne le mets plus en contact avec des étudiants. Ce n'est pas une obligation de reclasser une personne sur le même poste après une période de longue maladie.

Ma conception : en tant que directrice du GIP, je dois remplir une fonction GRH

Cette personne est en souffrance et malade, mais le droit du travail prime et je dois lui redonner un poste. Il me faut le protéger. Je le reçois en entretien et expose clairement la situation et ma conception. Pose la condition de ne plus voir une goutte d'alcool dans le cadre de son travail et qu'il donne une image exemplaire. Il a été accompagné sur des missions spécifiques mais un soir, il était saoul sur son lieu de travail. Je lui ai fait une injonction de soins (ce qu'il fait) sinon, des sanctions seront envisagées.

Depuis, j'ai quitté mon poste, mais je sais que tout semble aller.

Point intéressant dans l'entretien, la mise en place d'une relation d'accompagnement sur la base d'une relation de confiance avec un collègue ou un supérieur qui n'est pas spécifiquement un responsable RH ou une personne de la médecine du travail.

TEMOIGNAGE n°7

Histoire 1

Un agent alcoolisée AS (en SSR) sur le lieu de travail (révélé subitement puisque non détecté avant), pdt le we, ramenée à la maison par ses collègues en signalant au cadre. Quand cela est arrivé en semaine, une prise de sang a été faite, avec l'accord de l'agent. Cela lui a permis une prise de conscience et une injonction de soins lui a été demandé, avec promesse de non sanction.

Le DG a été mise en maladie, a été soignée puis a été ré intégrée. Ne s'est jamais renouvelé mais la question s'est posée lors d'une demande de mutation. A été discuté lors d'un entretien, elle a assuré de sa guérison, le poste lui a été donné en SSIAD. Elle y est toujours, sans aucun pb.

Une procédure a été faite : qui amène l'agent à la méd du travail, Depuis cet évènement une prodédure est en cours.

Remarque de la part de la personne témoin : Le risque de sanction et la crainte de la perte de travail peut être un moyen de motiver la personne pour se sortir de l'addiction. Ce mécanisme va en même temps contradiction avec le fait que l'environnement des collègues est souvent assez protecteur et n'incite pas à la recherche d'un sevrage.

Histoire 2

Une AS travaille de jour, demande à passer de nuit. Agent qui avait des absences d'une nuit, pour des petites raisons (maladie enfnt ...) et signalait des petits AT (doigt coincé, glissade dans le couloir, cognée à la porte ...)

Ses collègues la signalaient fétarde.

Puis est en arrêt maladie, et elle informe le cadre qu'elle doit se soigner pour alcoolisme, tabac, substances ...etc. Après 1 an ½, est tjrs en arrêt maladie. Sans cette information spontanée de l'AS elle n'aurait pas été en mesure de détecter cette addiction.

Ce qui ressort de ce témoignage c'est la difficulté à détecter les signes d'une addiction à l'alcool et la capacité de la personne et se cacher et à mettre en place de stratégies.

TEMOIGNAGE n°8

En 2008, j'ai pris en poste de CCS sur le pôle Urgences Réanimation et Anesthésie. Dans ce pôle, j'avais également en charge la responsabilité fonctionnelle des équipes du transport interne des patients. 60 ETP répartis en deux équipes et 75 % d'hommes. L'établissement avait pour projet de reconfigurer ces unités et de mutualiser les équipes. Nous mettions en place la réduction du nombre de jours de RTT et le passage du temps de repas à 45 minutes. Une ambiance sociale particulièrement tendue et plus particulièrement sur ces équipes. Lors des mouvements de cadre de santé, j'avais argumenté le besoin d'un cadre de santé formé au regard du projet et des situations de tension. Un nouveau cadre de santé a été affecté et je lui ai demandé pendant 2 mois de procéder à des observations des pratiques et des organisations de travail. Lors d'un point de débriefing, elle aborde son rapport d'étonnement et me parle des conduites addictives sur ce secteur (alcool). Elle me relate des situations

individuelles et des pratiques collectives (ex: apéro tous les samedis matins à 11 heures). J'ai cru tomber de ma chaise. Immédiatement, j'ai alerté la DS et la DRH (qui entre nous n'étaient pas des plus motivées pour se mobiliser). j'ai donc contacté la médecine du travail pour étudier les perspectives que nous pouvions envisager. Un groupe de travail a été constitué. Le problème de l'alcool a été abordé dans un premier temps sur un axe de prévention et de développement du réseau d'aide et d'accompagnement. Ensuite, nous avons repris ce thème en réunion de service pour expliquer que l'encadrement "savait" et souhaitait sécuriser les pratiques de prise en charge des patients. Une charte a été élaborée et diffusée. Nous souhaitons instaurer une politique d'un hôpital "o alcool". La direction générale n'a pas voulu afficher cette notion.

TEMOIGNAGE n°9

Mme A. était en poste en salle de réveil post interventionnelle d'un petit bloc opératoire dans le CHU de ... depuis de nombreuses années.

Elle est très souvent absente (près de 200 jours/an) et quand elle est là, les anesthésistes (médecins et infirmiers) ne veulent plus lui confier de patients, ils la disent « dangereuse ». Ils ne veulent pas faire de rapport circonstancier ni écrire leurs remarques.

Le cadre de santé avant moi n'a rien fait, je l'ai signalé à la médecine du travail qui m'a répondu ne rien pouvoir faire sans l'accord de l'agent.

La cadre de santé qui prend la suite a saisi l'occasion de la nomination d'une psychologue du travail pour envoyer Mme A en consultation, qui accepte. La psychologue la déclare « *inapte au travail* ». Dans la suite, la DRH est saisie, demande un examen professionnel que l'agent refuse de réaliser (elle signe un document en ce sens) Elle sera placée en longue maladie et ne reprendra jamais son travail, poste sur lequel elle sera définitivement remplacée.

TEMOIGNAGE n°10

Dans les différents établissements où j'ai travaillé il y avait au moins un agent soupçonné de boire sur son lieu de travail ou d'arriver alcoolisé mais je ne m'occupais pas d'eux (ils n'étaient pas sous ma responsabilité) ils étaient des services techniques, biomédical, transport...

Par contre récemment, à F... à l'EHPAD une AS, s'alcoolisait en quittant son poste de travail, personne ne savait où elle partait et revenait en sentant l'alcool. Il lui arrivait aussi de venir alcoolisée de chez elle. Son comportement retentissait sur les soins : elle ne faisait pas les toilettes des résidents, les tâches ménagères... et son comportement retentissait sur les soins,

Mais l'équipe n'a jamais voulu dénoncer et compensait ses manques... (ils faisaient les toilettes, les tâches ménagères à sa place ou bien quand elle disparaissait, ils ne le signalait pas au cadre ou à l'administrateur de garde alors qu'il s'agissait d'un abandon de poste)

L'équipe a relaté les faits en réunion : le cadre a retranscrit par écrit et a fait des rapports au directeur L'agent a été reçu en entretien par le cadre mais faute de preuves + un refus de l'agent de se soigner, un rappel de ses responsabilités / à son travail à faire a été fait ; une tentative de changement de service a été proposée mais en fait elle est restée au même poste

Au final, l'équipe a gardé un sentiment de regret de l'avoir dénoncé...

ANNEXE n°2 : Signes et symptômes d'abus de substances chez les soignants

Signes et symptômes d'abus de substances chez les soignants
Dans les activités professionnelles <ul style="list-style-type: none">- Est régulièrement absent ou en retard- Présent de nombreuses heures dans l'établissement tout en étant potentiellement moins productif- Fréquemment présent dans l'établissement hors de ses heures de travail- Prend régulièrement des pauses individuelles, demande à être remplacé- Comportement inapproprié ou se dit indisponible en cas d'appel en garde- Diminution de la qualité de la tenue des dossiers des patients, fait des erreurs de prescription ou prescrit certains produits de manière excessive- Ferme fréquemment à clé la porte de son bureau- Attitudes envers les patients et les collègues qui deviennent imprévisibles, augmentation des plaintes des patients et du nombre de conflits avec ses collègues- S'auto prescrit ou reçoit des échantillons médicaux personnels
Concernant son histoire professionnelle <ul style="list-style-type: none">- Change fréquemment de travail, souvent avec des expatriations géographiques- A des périodes inexplicables d'inactivité professionnelle- Présence un CV et des lettres de recommandations imprécises- Peut accepter d'être employé dans des emplois sous qualifiés par rapport à sa formation
Concernant sa famille et sa vie en société <ul style="list-style-type: none">- Boit beaucoup dans ses fonctions sociales- S'isole et s'éloigne de sa famille et de ses fonctions sociales- Se sépare ou divorce et a de nombreuses aventures- A été arrêté en état d'ivresse, d'intoxication ou d'autres comportements répréhensibles- Apparition de problèmes de comportement des enfants- Comportement individuel imprévisible dans la même journée (attitudes défensives, saute d'humeurs, irritabilité, euphorie ...)
Concernant sa santé <ul style="list-style-type: none">- Est fréquemment malade ou présente des multiples accidents ou traumatismes (même bénins)- Présente des signes de détresse émotionnelle ou dépression- Mode d'alimentation, habillement et hygiène personnelle corporelle qui se détériore

Facteurs associés possibles
(1) Pratiques d'automédication
(2) Stress élevé lors de longues heures de travail
(3) Accès possible aux substances lors de l'exercice professionnel
Tabagisme > 1 paquet/jour
Pratique en anesthésie-réanimation, aux urgences, en psychiatrie

Adapté de

- CICALA R.S Substance Abuse Among Physicians : what you need to know. Hospital Physician. July 2003 pp 39-46
- CITALINA I., DIMITRASCU and all. Substance Use Among Physicians and Medical Students. Medical Student Research Journal. January 2004, vol : 03 pp 26-33
- BONNET F. Risques professionnels chez les médecins anesthésistes, MAPAR 2005, pp. 539-547. <http://www.mapar.org> (consulté le 4 mai 2015)

ANNEXE n°3 : Plaquette HAS, Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (alcool, cannabis, tabac chez l'adulte)



Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE

1a

Consommation déclarée → Évaluation du risque → Intervention brève → Accompagnement

Substance	Questions	Consommation à risque	Action en cas de consommation à risque	Action en cas d'absence de consommation à risque
Quantité et fréquence	Combien de verres standard par jour et par semaine ? Combien de verres standard par occasion ?	> 3 verres standard/jour, soit > 21 verres standard/semaine > 2 verres standard/jour, soit > 14 verres standard/semaine > 4 verres standard par occasion (soirée, fête, repas)	Évaluation du risque	Renforcement des conduites favorables à la santé Voir cas particuliers
	Fumez-vous du cannabis ?	Oui		
	Fumez-vous du tabac ?	Oui		

À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, idéalement à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de risque situationnel : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (choc scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE

1b

Consommation déclarée → Évaluation du risque → Intervention brève → Accompagnement

Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; Score :
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; Score :
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)
Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : renforcement des conduites favorables à la santé
Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 : intervention brève
Dépendance probable : H et F plus de 8 : proposer une consultation d'addictologie

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse sigüe) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse
Inpes.fr

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
10 cl de vin à 12°, 25 cl de bières à 5° (bière, sodas alcoolisés (alcopops-prémix)), 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.



Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »

- « depuis quand avez-vous arrêté ? »



REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

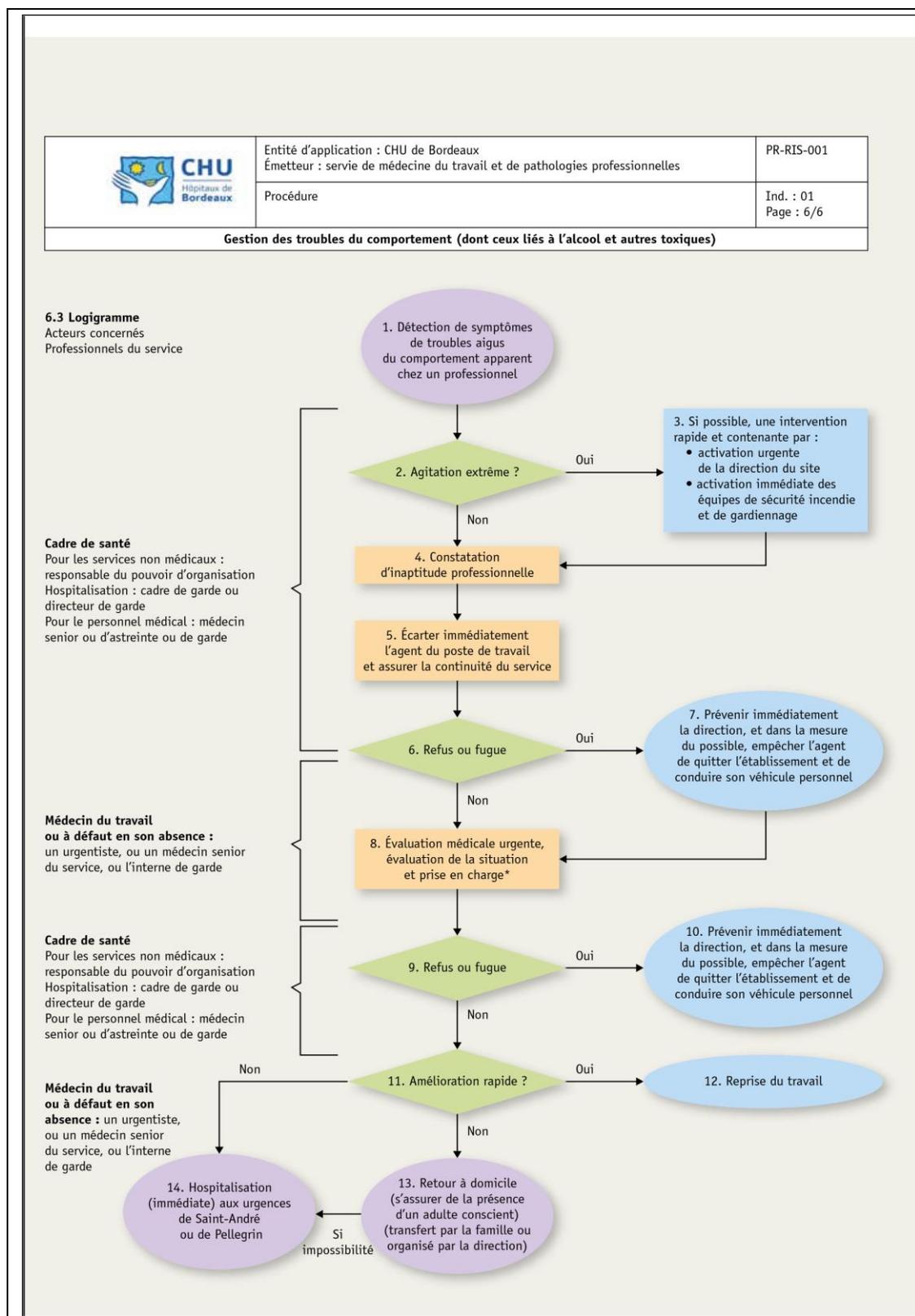
Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



ANNEXE n°4 : Exemple de procédure (logigramme) de prise en charge (CHU Bordeaux)



ANNEXE N°5 : Résultats d'une étude sur la consommation de psychotropes chez les internes en médecine (facultés d'Angers et de Lyon)⁵³

Résultats

Ville d'origine	Angers 46,5%	Lyon 53,5%
Sexe	Femmes 67,3%	Hommes 32,7%
Age	27,02 (1,77)	Extrêmes 23-35
Semestres validés	4,02 (2,26)	Extrêmes 0-9

Résultats ; expérimentation hors prescription médicale

	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Hypnotiques	4.04	3.39	3.40
Anxiolytiques	3.27	5.59	3.12
Opiacés	0.58	0.60	0.57
Kétamine	0.19	0.60	0
BHP/ Méthadone	0.19	0	0.28

Pas de consommation de barbituriques déclarée

⁵³ C. DANO - J. HERAULT - A. PELIER, Résultats d'une étude sur la consommation de psychotropes chez les internes en médecine (facultés d'Angers et de Lyon)

Résultats : consommation au moins une fois par mois

Hypnotiques	Anxiolytiques
50%	52.38%

Résultats

- Début des consommations pendant l'internat : 26.09%
- Consommation dans le mois : 28.99%
- Évolution au cours de l'internat (12 réponses !)
 - Augmentation : 58.33%
 - Stabilité : 16.67%
 - Diminution : 25%
- SPA procurées au travail : 14.49% (21.74% de non réponse)

ANNEXE n°6 : Grilles des entretiens semi-directifs

Grille d'entretien à la direction :

Présentation générale

- a. profession :
- b. depuis quand :
- c. sexe
- d. âge :
- e. région :
- f. centre urbain vs rural :
- g. taille de l'établissement :

Perception des professionnels sur les comportements à risques

- a. Les professionnels de santé sont-ils concernés par la consommation d'alcool, de produits stupéfiants, ou de médicaments psychotropes (non prescrits) au travail ? Si oui, quel est le produit le plus consommé et qui pose le plus de problèmes dans la pratique courante (demander estimation de %) ?
- b. Les professionnels de santé sont-ils plus exposés que d'autres professions à une consommation excessive de ces produits ?
- c. Selon vous quelle est la proportion de professionnels concernés?
 - *Environ 1.5% (sur 1000 personnes, 15 concernées) des professionnels de santé sont concernés par des problèmes d'addictions au travail, selon vous ce chiffre dans votre établissement est : 1) identique ; 2) plus élevé ; 3) moins élevé*
- d. Selon vous y-a-t-il des professionnels de santé plus exposés que d'autres ? Des spécialités ? Des lieux d'exercice ? Des organisations de travail ?
- e. Selon vous, ce sujet est-il tabou (pourquoi, spécificité par profession) ?

Les causes avancées par les professionnels à ce problème

- a. Selon, vous quelles sont les raisons qui peuvent expliquer l'apparition d'un comportement addictif sur le lieu de travail ?

- b. Y-a-t-il une disponibilité de ces produits dans les services ? par exemple : y'a-t-il des moments de convivialités, déjeuners avec de l'alcool? Bar à proximité de l'hôpital, détournement de produits, Dealer ; circulation entre les personnels etc.?

Présence d'un risque

- a. En général, le problème est-il pris en compte dans la politique (management ; communication ; actions envers le personnel) de l'établissement ?
b. Si oui, est-ce du fait d'un élément déclencheur, politique institutionnelle, etc. ?
c. Peut-on détecter les comportements de consommation excessive de ces produits ?
d. Si oui, comment à votre avis ?
e. Selon vous, y-a-t-il des obstacles qui empêchent de signaler ces comportements (la solidarité entre collègues, la protection des collègues existent-elles) ?

Une expérience vécue, en lien avec l'abus de substances ou d'alcool au travail :

- f. Avez-vous rencontré des collègues avec des problèmes d'addictions sur votre lieu de travail ?
g. Si oui, comment avez-vous réagi ?
h. Quel acteur avez-vous contacté (directeur, collègue de travail, médecin du travail, psychologue) ?
i. Quelles ont été les conséquences de cette addiction sur l'environnement de travail ?
j. Les conséquences en termes de soins ?
k. Qu'est-ce qui a été mis en place dans le service suite à cet événement ?
l. *[Êtes-vous concerné ?]*

Dispositifs de prévention

a. *direction :*

- *Qui est responsable de la mise en place de ces politiques ?*
- *Quelles sont les procédures ? Y-a-t-il une recherche préalable des principaux risques ? Y-a-t-il une mention dans le règlement intérieur ?*
- *Quelles relations avec les autres acteurs : CHSCT, médecin du travail, addictologues ?*
- *Comment sont réparties les compétences au sein de l'équipe de direction pour faire face à ces phénomènes ?*
- *Qui vous avertit en cas de problèmes ?*

- *Le cadre réglementaire à votre disposition est-il un support dans votre prise de décision?*
- *Quelles actions mettre en œuvre en priorité dans une politique de prévention?*
- *Vous appuyez-vous sur un réseau d'acteurs extérieurs afin de mettre en œuvre les politiques de prévention?*

- a. Existe-t-il des dispositifs de prévention au sein de votre service ou de votre structure?
- b. Connaissez-vous les mesures de sanctions disciplinaires qui peuvent être prises à l'encontre d'un professionnel de santé consommant ces produits, qu'en pensez-vous?
- c. Existe-t-il des protocoles spécifiques pour prévenir l'accès aux produits stupéfiants, médicamenteux dans les unités de soins?
- d. Si oui, lesquels, comment sont-ils organisés?
- e. Qu'en est-il de la prévention de l'alcool notamment au bloc opératoire?
- f. Avez-vous participé à des actions de prévention?
- g. Dans votre formation avez-vous reçu des cours de sensibilisation par rapport à la consommation de ces produits sur le lieu de travail ?
- h. Les actions mises en place au sein de votre établissement vous paraissent-elles efficaces?
- i. Est-il aisé pour vous d'utiliser (de vous saisir du) le dispositif actuel?

Dispositifs souhaitables

- a. A votre connaissance quelles actions pourraient être mises en place pour prévenir la consommation de ces produits ?
- b. Pouvez-vous nous parler d'un dispositif efficace mis en place en France ou à l'étranger?

CCL: A votre connaissance, ce problème a-t-il évolué par rapport au début de votre carrière ?

Grille d'entretien aux acteurs de prévention : médecins du travail, addictologues, CHSCT

Présentation générale

- a. profession :
- b. depuis quand :
- c. sexe
- d. âge :
- e. région :
- f. centre urbain vs rural :
- g. taille de l'établissement :

Perception des professionnels sur les comportements à risques

- a. Les professionnels de santé sont-ils concernés par la consommation d'alcool, de produits stupéfiants, ou de médicaments psychotropes (non prescrits) au travail ? Si oui, quel est le produit le plus consommé et qui pose le plus de problèmes dans la pratique courante (demander estimation de %) ?
- b. Les professionnels de santé sont-ils plus exposés que d'autres professions à une consommation excessive de ces produits ?
- c. Selon vous quelle est la proportion de professionnels concernés?
 - *Environ 1.5% (sur 1000 personnes, 15 concernées) des professionnels de santé sont concernés par des problèmes d'addictions au travail, selon vous ce chiffre dans votre établissement est : 1) identique ; 2) plus élevé ; 3) moins élevé*
- d. Selon vous y-a-t-il des professionnels de santé plus exposés que d'autres ? Des spécialités ? Des lieux d'exercice ? Des organisations de travail ?
- e. Selon vous, ce sujet est-il tabou (pourquoi, spécificité par profession) ?

Les causes avancées par les professionnels à ce problème

- a. Selon, vous quelles sont les raisons qui peuvent expliquer l'apparition d'un comportement addictif sur le lieu de travail ?

- b. Y-a-t-il une disponibilité de ces produits dans les services ? par exemple : y'a-t-il des moments de convivialités, déjeuners avec de l'alcool? Bar à proximité de l'hôpital, détournement de produits, Dealer ; circulation entre les personnels etc.?

CHSCT :

- *Ces sujets ont-ils déjà été abordés au sein d'un CHSCT?*
- *Quels sont les dispositifs mis en place par le CHSCT?*
- *Le CHSCT établit-il un travail d'audit, expertise sur ce sujet?*
- *Quel est le rôle du CHSCT dans l'élaboration d'un plan d'action?*

Présence d'un risque

- a. En général, le problème est-il pris en compte dans la politique (management ; communication ; actions envers le personnel) de l'établissement ?
- b. Si oui, est-ce du fait d'un élément déclencheur, politique institutionnelle, etc. ?
- c. Peut-on détecter les comportements de consommation excessive de ces produits ?
- d. Si oui, comment à votre avis ?
- e. Selon vous, y-a-t-il des obstacles qui empêchent de signaler ces comportements (la solidarité entre collègues, la protection des collègues existent-elles) ?

Une expérience vécue, en lien avec l'abus de substances ou d'alcool au travail :

- f. Avez-vous rencontré des collègues avec des problèmes d'addictions sur votre lieu de travail ?
- g. Si oui, comment avez-vous réagi ?
- h. Quel acteur avez-vous contacté (directeur, collègue de travail, médecin du travail, psychologue) ?
- i. Quelles ont été les conséquences de cette addiction sur l'environnement de travail ?
- j. Les conséquences en termes de soins ?
- k. Qu'est-ce qui a été mis en place dans le service suite à cet événement ?
- l. [Êtes-vous concerné ?]

Médecin du travail

- *y a-t-il un dépistage systématique lors de la visite d'embauche ?*
- *comment prenez-vous en charge les personnels touchés par ce phénomène ? Travaillez-vous en réseau avec d'autres acteurs?*
- *comment les personnes vous sont-elles adressées ?*

- *à partir de quel niveau signalez-vous les faits à la direction ou à d'autres acteurs (ordre des médecins)?*
- *les personnes sont-elles plus confiante lorsqu'il s'agit de s'adresser à vous plutôt qu'à d'autres acteurs de l'hôpital ?*
- *Comment sont-elles réinsérées par la suite ?*
- *quelle est la limite du secret professionnel ? Dans quel cas le briseriez-vous ?*

Addictologue

- *Est-ce que l'accès à ces médicaments provoque ou facilite-t-il les conduites à risque ?*
- *Quel usage en fonction de la classe d'âge, du sexe ?*
- *à quelle étape de la carrière, se développent le plus fréquemment ces comportements addictifs ?*
- *les personnels médicaux ou soignants ont-ils des connaissances, des stratégies spécifiques pour maquiller leur consommation ?*
- *Les professionnels reconnaissent-ils de manière plus aisée ou plus difficile leurs problèmes de dépendance ?*
- *Y a-t-il une prise en charge spécifique à ces métiers ?*

Dispositifs de prévention

- a. Existe-t-il des dispositifs de prévention au sein de votre service ou de votre structure?
- b. Connaissez-vous les mesures de sanctions disciplinaires qui peuvent être prises à l'encontre d'un professionnel de santé consommant ces produits, qu'en pensez-vous?
- c. Existe-t-il des protocoles spécifiques pour prévenir l'accès aux produits stupéfiants, médicamenteux dans les unités de soins?
- d. Si oui, lesquels, comment sont-ils organisés?
- e. Qu'en est-il de la prévention de l'alcool notamment au bloc opératoire?
- f. Avez-vous participé à des actions de prévention?
- g. Dans votre formation avez-vous reçu des cours de sensibilisation par rapport à la consommation de ces produits sur le lieu de travail ?
- h. Les actions mises en place au sein de votre établissement vous paraissent-elles efficaces?
- i. Est-il aisé pour vous d'utiliser (de vous saisir du) le dispositif actuel?

Dispositifs souhaitables

- a. A votre connaissance quelles actions pourraient être mises en place pour prévenir la consommation de ces produits ?
- b. Pouvez-vous nous parler d'un dispositif efficace mis en place en France ou à l'étranger?

CCL : A votre connaissance, ce problème a-t-il évolué par rapport au début de votre carrière ?

Grille d'entretien aux professionnels de santé :

Présentation générale

- a. profession :
- b. depuis quand :
- c. sexe
- d. âge :
- e. région :
- f. centre urbain vs rural :
- g. taille de l'établissement :

Perception des professionnels sur les comportements à risques

- a. Les professionnels de santé sont-ils concernés par la consommation d'alcool, de produits stupéfiants, ou de médicaments psychotropes (non prescrits) au travail ? Si oui, quel est le produit le plus consommé et qui pose le plus de problèmes dans la pratique courante (demander estimation de %) ?
- b. Les professionnels de santé sont-ils plus exposés que d'autres professions à une consommation excessive de ces produits ?
- c. Selon vous quelle est la proportion de professionnels concernés?
 - *Environ 1.5% (sur 1000 personnes, 15 concernées) des professionnels de santé sont concernés par des problèmes d'addictions au travail, selon vous ce chiffre dans votre établissement est : 1) identique ; 2) plus élevé ; 3) moins élevé*
- d. Selon vous y-a-t-il des professionnels de santé plus exposés que d'autres ? Des spécialités ? Des lieux d'exercice ? Des organisations de travail ?
- e. Selon vous, ce sujet est-il tabou (pourquoi, spécificité par profession) ?

Les causes avancées par les professionnels à ce problème

- a. Selon, vous quelles sont les raisons qui peuvent expliquer l'apparition d'un comportement addictif sur le lieu de travail ?

- b. Y-a-t-il une disponibilité de ces produits dans les services ? par exemple : y'a-t-il des moments de convivialités, déjeuners avec de l'alcool? Bar à proximité de l'hôpital, détournement de produits, Dealer ; circulation entre les personnels etc.?

Présence d'un risque

- a. En général, le problème est-il pris en compte dans la politique (management ; communication ; actions envers le personnel) de l'établissement ?
- b. Si oui, est-ce du fait d'un élément déclencheur, politique institutionnelle, etc. ?
- c. Peut-on détecter les comportements de consommation excessive de ces produits ?
- d. Si oui, comment à votre avis ?
- e. Selon vous, y-a-t-il des obstacles qui empêchent de signaler ces comportements (la solidarité entre collègues, la protection des collègues existent-elles) ?

Une expérience vécue, en lien avec l'abus de substances ou d'alcool au travail :

- f. Avez-vous rencontré des collègues avec des problèmes d'addictions sur votre lieu de travail ?
- g. Si oui, comment avez-vous réagi ?
- h. Quel acteur avez-vous contacté (directeur, collègue de travail, médecin du travail, psychologue) ?
- i. Quelles ont été les conséquences de cette addiction sur l'environnement de travail ?
- j. Les conséquences en termes de soins ?
- k. Qu'est-ce qui a été mis en place dans le service suite à cet événement ?
- l. *[Êtes-vous concerné ?]*

Dispositifs de prévention

- a. Existe-t-il des dispositifs de prévention au sein de votre service ou de votre structure?
- b. Connaissez-vous les mesures de sanctions disciplinaires qui peuvent être prises à l'encontre d'un professionnel de santé consommant ces produits, qu'en pensez-vous?
- c. Existe-t-il des protocoles spécifiques pour prévenir l'accès aux produits stupéfiants, médicamenteux dans les unités de soins?
- d. Si oui, lesquels, comment sont-ils organisés?
- e. Qu'en est-il de la prévention de l'alcool notamment au bloc opératoire?
- f. Avez-vous participé à des actions de prévention?

- g. Dans votre formation avez-vous reçu des cours de sensibilisation par rapport à la consommation de ces produits sur le lieu de travail ?
- h. Les actions mises en place au sein de votre établissement vous paraissent-elles efficaces?
- i. Est-il aisé pour vous d'utiliser (de vous saisir du) le dispositif actuel?

Dispositifs souhaitables

- a. A votre connaissance quelles actions pourraient être mises en place pour prévenir la consommation de ces produits ?
- b. Pouvez-vous nous parler d'un dispositif efficace mis en place en France ou à l'étranger?

CCL : A votre connaissance, ce problème a-t-il évolué par rapport au début de votre carrière ?

ANNEXE n°7 : Tableau d'analyse des données recueillies durant les entretiens

33 personnes interviewées
18 personnels de santé
dont 4 médecins
dont 1 PUPH
dont 2 internes
dont 1 externe
dont 1 cadre supérieur de santé
dont 1 cadre de santé
dont 2 ex-infirmières (dont 1 ancien consommateur)
dont 10 DS dans le cadre de leur expérience passée
4 personnels de direction
dont 2 directeurs d'hôpital (dont un adjoint RH)
dont 2 directeurs des soins
1 syndicaliste présent au CHSCT
4 addictologues
2 médecins du travail
4 personnes représentant les institutions
1 responsable de l'ordre des infirmiers
3 responsables de dispositifs de prévention
Personnes sollicitées n'ayant pas souhaité répondre
le conseil de l'ordre des médecin de l'Ille-et-vilaine
un DRH
un médecin généraliste
un directeur d'EHPAD
un président de CME

ANNEXE n°8 : Entretien avec un étudiant externe en médecine

Compte-rendu de l'entretien avec un étudiant externe en médecine

1. Présentation générale

Externe depuis 3 ans

Etudiant depuis 6 ans

Age : 26 ans

2. Perception sur les comportements à risque

a. Les professionnels de santé sont-ils concernés par la consommation d'alcool, de produits stupéfiants, ou de médicaments psychotropes (non prescrits) au travail? Si oui, quel est le produit le plus consommé et qui pose le plus de problèmes dans la pratique courante (demander estimation de %)?

Cela dépend des professionnels, selon le type de produits auxquels ils ont accès. Ex : psychiatres accès aux psychotropes très facilement. Beaucoup d'alcoolisme mais essentiellement des drogues car c'est très simple à avoir. => prescription, libre-service.

b. Les professionnels de santé sont-ils plus exposés que d'autres professions à une consommation excessive de ces produits?

Il pense que oui car accès à tout.

c. Selon vous quelle est la proportion de professionnels concernés?

Pour la dépendance, pas tant que ça, moins d'un professionnel sur six. Pour la consommation festive, au moins un sur deux. C'est énorme. Très différent des soirées « normales ». « *Si les gens ne s'estiment pas dépendants... c'est pas très grave. Moi ça ne me choque pas* ».

d. Selon vous y'a-t-il des professionnels de santé plus exposés que d'autres? Des spécialités? Des lieux d'exercice? Des organisations de travail?

Anesthésistes : « *c'est les pires* », psychiatres, chirurgiens

e. Selon vous, ce sujet est-il tabou (pourquoi, spécificité par profession)?

Les gens en parlent assez librement entre eux mais pas aux autres.

3. Les causes

a. Selon, vous quelles sont les raisons qui peuvent expliquer l'apparition d'un comportement addictif sur le lieu de travail?

Officiellement métier difficile, confronté à la mort. « *moi j'y crois pas trop* ». C'est des substances qu'on consomme depuis tout petit. Lui a commencé en 2ème année. Une soirée tous les mois. Pour les internes c'est pareil voire pire. Donc ça devient une habitude.

b. Y'a-t-il une disponibilité de ces produits dans les services ? par exemple : y'a-t-il des moments de convivialités, déjeuners avec de l'alcool?

On ne trouve pas d'alcool. Mais on trouve le protoxyde d'azote très facilement. Dans les soirées tonus, tout le monde ou presque a une bouteille de proto. Médicaments en libre-service notamment des psychotropes comme le Stilnox pour les gens qui n'arrivent pas à dormir. « *Les gens en consomment beaucoup beaucoup, régulièrement* ».

4. Présence d'un risque

a. En général, le problème est-il pris en compte dans la politique (management ; communication ; actions envers le personnel) de l'établissement ?

Non, pas d'action

b. Peut-on détecter les comportements de consommation excessive de ces produits ?

Une personne sous stilnox par exemple ça ne se voit pas forcément. Certains produits ont une durée de vie très courte. Si consommation très massive ça se verra, mais sinon non.

c. Selon vous, y-a-t-il des obstacles, qui empêchent de signaler ces comportements ?

Le signalement des collègues n'est « pas du tout dans notre culture ». « dans le serment d'Hippocrate par exemple ils disent très bien que on est « gentils » avec nos collègues ou je sais plus » « un truc du genre confraternité » les gens ne se dénoncent pas entre eux. Même par exemple sur l'histoire d'Orthez tout le monde savait que l'anesthésiste avait un gros problème d'alcool mais personne n'a rien dit.

5. Expérience vécue

a. Avez-vous rencontré des collègues avec des problèmes d'addictions sur votre lieu de travail ?

Il a déjà vu des internes dépendants à certaines substances. Mais c'est tout. Dépendants au Stilnox.

b. Comment avez-vous réagi ?

J'ai rien fait. « Quand il me l'a dit ça m'a fait rire ». C'était pour préparer l'ECN. Il lui a dit que beaucoup en prenaient. Les études sont vraiment stressantes. Beaucoup de concurrence. « ça pour le coup c'est vraiment horrible ». « j'ai vu des gens avoir des comportements complètement incohérents » « violence, que ce soit hétéro ou auto-agressivité ».

c. Quelles peuvent être les conséquences d'une addiction sur l'environnement de travail ?

« au final, pas grand-chose ». Les gens le cachent. Ça a plus des répercussions sur leur vie personnelle (divorce par ex). « J'ai vu beaucoup de chefs vraiment bourrés mais comme c'est les internes qui tiennent les hôpitaux, en fait... » « Les chefs boivent plus que les internes, qui eux consomment plus des drogues » mais en dehors du travail.

d. Etes-vous concerné ?

« J'ai bu beaucoup... j'ai consommé tout ce que j'ai trouvé » mais uniquement dans le cadre festif. Jamais arrivé bourré à l'hôpital. « c'est difficile de dire en fait, je vais pas te dire non, je vais pas te dire oui ». Il a souvent séché des stages parce qu'il était alcoolisé. Mais il n'a jamais travaillé dans cet état.

6. Dispositifs de prévention

a. Existe-t-il des dispositifs de prévention au sein de votre service ou de votre structure ?

Rien à part la médecine du travail mais « à la médecine du travail, dans les hôpitaux, tu vois personne »

Des internes avec lesquels il discutait, qui changent de stage tous les 6 mois et devraient donc avoir une visite tous les 6 mois, n'y sont jamais allés. Les médecins encore moins.

« En même temps, c'est difficile je pense pour un médecin d'aller voir un médecin du travail, parce qu'ils sont considérés comme très inférieurs dans la hiérarchie. C'est vraiment le bas de l'échelle. Du coup, c'est vrai que ça ferait bizarre je pense pour eux. C'est comme si un grand chef cuisinier allait voir un mec qui tient un fast-food. »

b : à qui s'adresser alors ?

« *Ça c'est une bonne question* ».

c. Connaissez-vous les mesures de sanctions disciplinaires qui peuvent être prises à l'encontre d'un professionnel de santé consommant ces produits?

« *Non... Y'en a vraiment ?* »

d. Existe-t-il des protocoles spécifiques pour prévenir l'accès aux produits stupéfiants, médicamenteux dans les unités de soins?

Oui, à la base c'était des protocoles pour empêcher le trafic de stupéfiants. Mais ça peut y contribuer. Par ex, on compte les comprimés de morphine, les ordonnances sécurisées. Une ordonnance sécurisée se vend 50 euros l'ordonnance, les comprimés peuvent se vendre 10-15 euros le comprimé.

e: il y en a du trafic ?

Oui il y en a, mais il se fait de manière légale. Un médecin va faire une ordonnance pour un patient alors qu'il sait très bien que c'est un trafiquant quitte à recevoir un peu d'argent derrière.

f. Qu'en est-il de la prévention de l'alcool notamment au bloc opératoire?

« *Y'a rien* »

g. Avez-vous participé à des actions de prévention?

Non. J'en ai peut-être déjà vu. Je sais qu'il y en a. « *mais je suis sûr que ça marche pas bien, ce serait un peu hypocrite en fait de participer à ce genre de... donc non ça marche pas* »

h. Dans votre formation avez-vous reçu des cours de sensibilisation par rapport à la consommation de ces produits sur le lieu de travail ?

« *J'ai vu l'alcoolodépendance et la dépendance au psychotropes [...] mais c'était pas du tout tourné sur notre pratique et sur nous-mêmes* »

7. Dispositifs souhaitables

a. A votre connaissance quelles actions pourraient être mises en place pour prévenir la consommation de ces produits ?

Tout ce qu'on peut trouver à l'hôpital et qui pourrait entraîner une dépendance, il faudrait le compter. Il faudrait que les internes qui ont un problème de conso se réfèrent à interne, un médecin à un médecin => se référer à un pair. Car crainte des conséquences sur la vie professionnelles. Structures un peu supérieures, qui soient gérées par des DH, des chefs de pôle ou des chefs de services. De manière générale, qu'on puisse en parler assez facilement sans répercussions et dans un cadre extérieur. C'est pour ça que la ligne verte (de sos siph) elle marche bien. « *Après il faudrait interdire les open-bars. Mais ça c'est déjà interdit. Mais ça marche pas.* »

b. Pouvez-vous nous parler d'un dispositif efficace mis en place en France ou à l'étranger?

Non.

Evolution du phénomène

a. A votre connaissance, ce problème a-t-il évolué par rapport au début de votre carrière ?

Phénomène récent. Pense que les « *vieux médecins* » se droguaient beaucoup moins car les substances ont évolué. Ex : variété des boissons alcoolisées. La société a évolué aussi. « *Même moi* »

*depuis mes 6 ans, je vois que les gens, c'est plus du tout pareil. Quand j'étais en 2ème année, les gens utilisaient beaucoup de poppers par exemple. Et mnt ils utilisent plus du tout de poppers, ils utilisent du proto (protoxyde d'azote). Et du coup la consommation aussi a changé. Avant les gens consommaient beaucoup de shit et maintenant un peu moins, c'est vraiment centré sur le proto. »
« les gens préfèrent vraiment ce mode de consommation très rapide, qui dure vraiment très très peu de temps, que par exemple les joints où t'es stone pendant 3-4 heures ».*

b. et au niveau du discours ?

C'est plus ou moins tabou qu'avant ? En fait, les gens s'en vantent. Ils ont leur bouteille (avec un masque), qu'ils mettent en évidence. « *C'est un jeu* ». Apparemment c'est sans danger. C'est pour ça aussi que les gens en consomment beaucoup.

Dernière discussion

« Si je demande aux gens s'ils ont envie de lutter contre ça, tout le monde va dire non non non, c'est un faux problème » « en fait, tout le monde s'en fout »

Et vous personnellement, pensez-vous que c'est un vrai problème?

Non pas vraiment. L'alcoolisme oui car tu es vraiment dépendant. « *J'ai entendu dire vas-y, bois un verre, ça va te soulager* ». « *Pour moi c'est plus problématique* ». Les vieux profs sont très isolés, certains arrivent en cours bourrés le matin. Mais personne ne dit rien.

ANNEXE n°9 : Entretien avec un responsable de centre de prévention

II. Perception des professionnels sur les comportements à risques

Les professionnels de santé représentent une population avec un fort risque d'exposition aux produits licites et illicites. Différents facteurs entraînent une consommation qui peut être importante : souffrance institutionnelle, pression, stress..

De plus l'accès aux médicaments est facilité sur le lieu de travail. Il existe un phénomène répandu de « coolage » de médicaments (hyponotiques, bromazépam, détournement des médicaments). Les anesthésistes par exemple sont les médecins les plus touchés par des conduites addictives. Néanmoins, il n'existe pas pour le moment d'enquête permettant d'avoir un éclairage précis sur les habitudes de consommation des professionnels de santé.

Les produits les plus consommés sont l'alcool et le cannabis, ce sont également les produits qui posent le plus de problèmes. Ces consommations peuvent être occasionnelles, épisodiques ou constituer une maladie. « *Or, l'institution ferme souvent les yeux* ».

Il existe des postes plus à risques comme les médecins effectuant régulièrement des astreintes. Les personnes composant les équipes de nuit sont elles aussi plus sujettes à consommer. L'accès pendant la nuit est facilité, il y a moins de risque de se faire repérer. Aussi la nuit attire les personnes avec « des fragilités ».

La consommation de ces produits devient un sujet tabou quand les personnes ne peuvent plus la contrôler. Lorsque ce sont des professions médicales qui sont touchées, « une vraie omerta se met en place », avec la mise en place d'un corporatisme intra-professionnel.

Question supplémentaire : peut-on toujours éviter un accident ?

Oui plutôt. Au bloc opératoire par exemple, si le chirurgien ne peut opérer suite à une consommation de produits, l'interne, le chef de service vont le couvrir, prendre son relais.

III. Les causes avancées par les professionnels à ce problème

Il y a un lien avec les conditions de travail. La souffrance institutionnelle, la pression, le stress sont des facteurs de consommation.

Il y a des différences de consommation entre l'alcool et le cannabis.

La consommation de l'alcool est liée à sa place sociale, elle concerne environ 10% de la population y compris des professionnels de santé.

IV. La présence d'un risque

Les établissements prennent de plus en plus conscience de la nécessité de mettre en place des politiques de prévention. D'autant plus que le cadre légal occupe une place importante. En effet, il est de la responsabilité de l'employeur de s'assurer de la sécurité des patients et du personnel soignant. En cas de difficultés c'est donc la responsabilité du directeur qui est mise en cause.

Depuis une dizaine d'années une vraie action politique a été mise en œuvre soutenue par des missions interministérielles. D'une part pour la prévention et d'autre part pour la prise en charge d'abord des personnes consommant des produits illicites (drogues) puis par la suite pour les personnes alcooliques. Les accidents dans les différents établissements ont servi de catalyseurs de cette politique.

On peut détecter les comportements addictifs aujourd'hui. Mais cette détection peut entraîner des tensions, aussi « notre établissement » préfère privilégier les techniques « d'autodiagnostic » plus que le recours à l'alerte donnée par des collègues. Il existe des outils d'audit, d'auto-questionnaire. L'établissement évalue que le simple fait de remplir un auto-questionnaire diminue la consommation de 20 à 30%. Autres dispositifs : distribuer des ballons à tout le monde gratuitement. Par exemple : ces ballons sont distribués aux ambulanciers. Ils roulent toujours en équipe ce qui permet en cas d'ébriété d'un des ambulanciers de passer le volant à un autre collègue de l'équipe.

Par ailleurs, il faut faire une distinction entre les différents types de situations. Il y a les situations dites à risques et celles qui sont de l'alcool dépendance. La formation de l'équipe encadrante afin de prendre en charge ces personnes *est très importante*. « Il s'agit de reposer les questions de consommations sans jugement, de détacher le produit sans son image d'épinal ».

S'il s'agit d'une personne alcool dépendante, il faut pouvoir l'orienter, prévoir un circuit de soin, des consultations. Il faut que cette prise en charge reste anonyme, qu'elle reste entre le professionnel, le médecin du travail et éventuellement le cadre.

Les directeurs ne sont impliqués que pour rédiger les chartes, les protocoles, pour trouver les financements mais ne doivent pas faire partie du circuit de soin. Les directeurs ne sont avertis qu'en cas de situation grave, aussi faut-il définir à l'avance le niveau de gravité auquel on souhaite recourir au directeur. Il aura alors à disposition le dispositif de sanction : blâme, obligation de soin, révocation. Quand l'ensemble du dispositif est progressif et construit, cela peut être porteur et rendre la sanction efficace.

Question supplémentaire : qu'en est-il des médecins ?

Pour les médecins les mêmes dispositifs devraient s'appliquer néanmoins, mon interlocuteur reconnaît que la situation est plus compliquée et leur consommation très difficile à évaluer. Ces politiques s'insèrent difficilement dans ce corporatisme.

Question + : le président de CME peut-il jouer un rôle ?

Il pourrait jouer un rôle mais pour mon interlocuteur il est également médecin. Il existe au fond une vraie difficulté à mobiliser les médecins. L'établissement essaye petit à petit de les sensibiliser et a développé un partenariat avec l'association française des médecins anesthésistes.

Les médecins alcooliques ne développent pas des stratégies pour dissimuler leur consommation différentes d'autres alcool-dépendants. Cette consommation reste compliquée à cacher.

V. Les dispositifs de prévention

Pour l'AP-HP une politique générale a été mise en place par le siège. Ce qui est très important pour élaborer une politique des conduites à risques à l'hôpital c'est d'impliquer l'ensemble des acteurs et ce dès le démarrage. « C'est une démarche qui doit être partagée et collaborative ». Un des facteurs de réussite est de partager tous ensemble les objectifs d'une telle politique car le positionnement des

différents acteurs est très fort. Par exemple pour les syndicats une telle politique peut être vécue comme une intrusion dans la vie personnelle. Aussi l'objectif qu'il faut viser c'est le maintien de la bonne santé du personnel.

Les mesures qui peuvent être mises en place progressivement sont : l'élaboration de chartes, de guides de protocoles, de consultations dédiées et anonymes, des aménagements de postes ainsi que des mesures échelonnées.

Ainsi une sanction sera mieux vécue par les agents s'il existe tout un dispositif de prévention préalable. La sanction n'est sans doute pas efficace. En excluant l'agent on l'exclut de tous dispositifs et sa consommation peut augmenter.

« Le lieu de travail est protecteur pour l'agents, il favorise sa prise en charge ».

« Il faut donc maintenir un équilibre difficile, éviter que l'entreprise ne soit contaminée, tout en évitant qu'une personne renvoyée à son domicile ne coule ».

Il existe de plus en plus de protocoles spécifiques pour empêcher l'accès à des produits stupéfiants dans les services. Il devient plus difficile de les détourner.

Le vol de médicaments est plus facile notamment au bloc opératoire : bromazépam, benzo, anxiolytiques etc. Leur accès est facile. Ils sont à disposition dans les casiers, les pharmacies roulantes. Comme pour l'alcool, la consommation de médicaments ou stupéfiants donne lieu à des comportements de déni.

L'efficacité de la prévention est très difficile à évaluer. Il faudrait pouvoir mener un état des lieux, disposer d'une cohorte que l'on pourrait suivre pendant des années pour analyser à quoi serait due la réduction de la consommation. Par exemple évaluer si la réduction de la consommation est liée à un « bruit de fond », cad campagne nationale ou à des mesures mises en place au sein de l'établissement.

Un outil qui permet aujourd'hui d'évaluer l'efficacité d'une politique de prévention est l'indicateur de diffusion de campagne de prévention. On évalue ainsi si la campagne est acceptée ou non par les professionnels de santé.

Ce qu'il serait souhaitable dans les dispositifs de prévention serait de pouvoir mettre en place l'ensemble de ce que notre institution préconise. L'établissement travaille ainsi depuis plusieurs années avec la FIDES, mais certains établissements n'en sont encore qu'aux prémices de la mise en œuvre d'une politique de prévention. Il faudrait ainsi diffuser massivement au niveau national les outils de la prévention précoce.

Il faut également miser sur le travail par les pairs et créer dans chaque entreprise hospitalière des personnes référentes qui seraient des personnes relais aux actions de prévention de premier recours sans pour autant être des addictologues.

En dehors des hôpitaux, les grandes entreprises françaises travaillent déjà depuis plusieurs années sur la mise en place de politiques de prévention. La France est ainsi bien située dans la lutte contre les comportements addictifs par rapport aux autres pays. Ses entreprises ont su développer tout un panel d'actions. La Poste, SNCF, de France télécom (avec son service « amitié orange » remplissant le même rôle que les alcooliques anonymes au sein de l'entreprise) sont trois entreprises emblématiques de ces politiques.

Leur action de dépistage, prévention, d'évaluation ont eu pour objectif de responsabiliser les personnes et non pas d'utiliser la sanction. Le résultat semble probant puisque ces politiques ont permis de réduire les nuisances au sein de ces entreprises et de mettre en une dizaine d'années ces consommations à la marge de l'entreprise.

Un facteur de réussite serait selon la personne interviewée serait de redonner du pouvoir aux salariés ce qui est source d'une plus grande efficacité que d'appliquer des sanctions.

Aujourd'hui le problème semble avoir évolué : « il existe une prise de conscience, on a rompu l'isolement des personnes concernées ».

Mais, paradoxalement, « l'entreprise d'aujourd'hui, de 2015, est plus maltraitante, et impose plus de souffrance, ce n'est pas que l'hôpital. Toutes ces contraintes sont des facteurs exacerbés de risque de consommation ».

ANNEXE n°10 : Entretien avec un ancien directeur d'hôpital

Entretien avec un ancien directeur d'hôpital

Perception des professionnels sur les comportements à risques

M X effectue une distinction entre alcool d'une part et d'autre part les médicaments et stupéfiants. L'alcool concerne tous les personnels (médical, soignant, technique et administratif, y.c la direction) tandis que les médicaments ne concernent que les soignants et les pharmaciens à qui incombent la responsabilité d'éviter les abus. La distinction entre stupéfiants (cannabis, héroïne, cocaïne) et médicaments n'est pas claire dans les propos de M X.

Concernant l'alcool, les personnels techniques sont particulièrement touchés. En effet, les personnes déjà affectées par l'alcoolisme sont mutées au sein des équipes techniques pour éviter que leurs erreurs n'aient des répercussions fatales. Aussi, ces équipes sont plus difficiles à gérer.

Concernant les médicaments, les médecins anesthésistes sont particulièrement concernés.

Les causes avancées à ce problème

Dans le cadre de son expérience hospitalière, il n'y a pas de causes spécifiques qui déclenchent la conduite problématique. Plus particulièrement, les conditions de travail n'ont pas joué sur les cas qu'elle a eu à connaître. En effet, l'ambiance au sein des équipes était bonne.

Une expérience vécue, en lien avec l'abus de substances ou d'alcool au travail

Dans sa carrière, M X a connu deux suicides de médecins dont l'un sur le lieu de travail. De plus, elle a été fréquemment confrontée à des situations d'abus d'alcool.

Dispositifs de prévention

En premier, il existe des mesures de prévention générale. Le directeur met en œuvre des campagnes de prévention contre la cigarette et l'alcool, qui sont tout autant à destination du public que des personnels.

Ensuite, il est possible de créer un comité de prévention des risques d'addiction qui réunit différents professionnels afin de discuter de cas particuliers. La présence d'un alcoologue, d'un tabacologue est précieuse. Le CHSCT peut être utile dans la mise en œuvre de cette commission. Enfin, il est possible d'ouvrir l'hôpital aux alcooliques anonymes, afin que les personnels puissent plus facilement participer aux réunions.

Toutefois, la prévention est insuffisante et bien souvent le directeur doit gérer des situations d'addiction déjà bien avancées.

La gestion de la personne déjà alcoolique, un difficile équilibre entre la sanction et l'accompagnement

La détection des cas vient bien souvent du signalement des cadres. Il s'agit alors d'un flagrant délit. Souvent, le directeur demande alors que l'agent soit emmené aux urgences pour qu'un médecin atteste de l'état d'ébriété.

La DRH est responsable des personnels techniques et administratifs et la DS est responsable des soignants. M X reste silencieux à l'évocation des médecins. *Il existe un grand déni : les collègues du médecin sont plus tolérants* que ne le sont les cadres. *J'ai vécu des cas de suicides mais pas d'accidents.*

Il y a un recours à la voie disciplinaire avec une sanction légère pour *comportement inadapté* pour faire prendre conscience à l'agent de son addiction. Ensuite, le conseil disciplinaire peut prendre une injonction de soin à l'égard de l'agent. C'est le médecin du travail qui alors prend en charge la personne. L'intervention d'un docteur en médecine digestive ou un addictologue est possible.

En cas de détournements d'opiacés à la pharmacie, la procédure légale s'applique. Une enquête est menée et un dépôt de plainte effectué.

Dispositifs souhaitables

La réglementation en vigueur et les dispositifs existant sont suffisants. Toutefois, *il existe une trop grande tolérance. On attend l'accident.*

Le recours à la sanction est trop fréquent. Le comité de prévention des risques est une piste, il permet de confronter la vision du médecin qui est individuelle à celle du directeur qui est plus collective. Le premier souhaite que l'agent puisse continuer à travailler pour éviter une désocialisation tandis que le second entend les plaintes des équipes qui ne veulent plus travailler avec l'agent. Un rendez-vous avec un médecin de médecine digestive plutôt qu'avec un alcoologue est moins stigmatisant. Une politique de bannissement de l'alcool est à promouvoir.

Prévention des abus d'alcool et de substances dans les milieux de soins : Quelles actions au-delà du règlement et de la sanction ?

CANU Maëva, D3S - CHARLES Sabrina, AAH- LANGUMIER Fabrice, DH – LE NEVEU-DEJAULT Violette, D3S – MABIT Isabelle, DS – MAGUIS Mathilde, DH – MARCHAL Cécile, AAH – MBODJI Virginie, IASS – MULLER Catherine, DS – SCHWARTZ Antoine, IASS

Résumé : La question des abus d'alcool ou de substances dans les milieux de soin est rarement abordée dans les établissements. Pourtant, c'est un enjeu majeur pour la qualité des soins et un problème de santé publique. Ces comportements font peser un risque de négligence sur le patient (100 000 accidents évitables par an selon un document de l'INRS), et d'addiction pour le soignant (ce qui entraîne un risque de mortalité estimé à environ 17 %). Notre enquête, basée sur 23 entretiens avec différents acteurs de santé, révèle l'existence d'un tabou entourant cette réalité et une quasi-inexistence de dispositifs de prévention. Le silence qui entoure cette question de la prise de produits n'est pas dû à une ignorance du problème, mais peut s'expliquer par une analyse plus sociologique du milieu des soins en France et des différentes cultures professionnelles. De même, les causes mises en avant durant les entretiens rejoignent les conclusions de la littérature, à savoir la rencontre d'un individu et d'un produit dans un contexte propice. La méconnaissance des dispositifs de prévention existants et la difficulté de recourir au médecin du travail, le peu de moyens de prévention spécifiques à la prise en charge des personnels hospitaliers ainsi que l'indispensable respect de la confidentialité du traitement afin que le malade puisse conserver l'anonymat sont autant de difficultés à surmonter pour envisager des prises en charges efficaces. Actuellement, des chartes et des plans de prévention visant enfin à mieux informer et assurer une prise en charge optimale des professionnels concernés sont en développement. Dans tous les cas, renforcer la sensibilisation et la prise de conscience autour de cette problématique semble aujourd'hui un impératif. Ces questionnements sont au cœur de ce rapport qui souhaite apporter une vision plus concrète sur le sujet afin d'envisager des possibles pour l'avenir.

Mots clés : *santé, prévention, addictions, alcool, substances, hôpital*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs