



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER

LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS

Secteur des personnes âgées

Validé par la CSMS le 29 novembre 2022

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) pour le secteur social et médico-social sont des propositions développées méthodiquement pour permettre aux professionnels du secteur de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement.

Elles reflètent le consensus autour de l'état de l'art et des connaissances à un moment donné. Elles ne sauraient dispenser les professionnels d'exercer leur discernement dans l'élaboration et le choix de l'accompagnement qu'ils estiment le plus approprié, en fonction de leurs propres constats et des attentes des personnes accompagnées.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la DiQASM disponible sur le site de la HAS : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

La synthèse de la recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr.

Descriptif de la publication

Titre	Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS Secteur des personnes âgées
Méthode de travail	Voir le guide méthodologique d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social
Objectif(s)	Cette recommandation a pour objectif de fournir des repères et outils aux professionnels sociaux et médico-sociaux en vue de : – prévenir ou retarder l'entrée dans les conduites addictives des personnes accompagnées et leur transition vers l'addiction ; – réduire les risques et les dommages liés à ces pratiques et améliorer la qualité de vie des personnes ayant des conduites addictives ; – accompagner vers les ressources spécialisées les personnes désireuses de se soigner ou de réduire leurs pratiques à risque et adapter le projet personnalisé d'accompagnement.
Cibles concernées	Les professionnels des ESSMS et leurs partenaires ainsi que les personnes accueillies en ESSMS et leur entourage.
Demandeur	Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Clément Chauvel, chef de projet scientifique Valentine Trépied, cheffe de projet scientifique
Recherche documentaire	Philippe Canet, documentaliste Laurence Frigère, assistante documentaliste
Auteurs	Clément Chauvel, chef de projet scientifique Manon Praca, cheffe de projet scientifique Valentine Trépied, cheffe de projet scientifique
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 29 novembre 2022
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – ISBN : 978-2-11-167582-7

Sommaire

Introduction	6
1. Engager la structure dans la prévention, le repérage et l'accompagnement des conduites addictives	15
1.1 Organiser la démarche	16
1.2 Établir un diagnostic partagé des besoins et des ressources de la structure concernant la prise en compte et l'accompagnement des conduites addictives	17
1.3 Intégrer un axe « prévention et accompagnement des conduites addictives » au projet d'établissement/de service	22
1.4 Organiser, former et soutenir l'équipe	23
1.5 S'inscrire dans un réseau territorial de partenaires	29
2. Proposer un cadre d'accompagnement protecteur	31
2.1 Établir des règles claires et partagées concernant les consommations/usages	31
2.2 Proposer un environnement favorisant le bien-être et la sécurité des personnes	34
3. Repérer et co-évaluer les conduites addictives afin de co-définir un accompagnement adapté aux besoins et aux souhaits de chaque personne	36
3.1 Aborder les conduites addictives lors du processus d'admission et d'accueil	36
3.2 Repérer les conduites addictives et co-évaluer la situation des personnes	37
3.3 Co-définir les objectifs de l'accompagnement et les moyens à mettre en œuvre	42
4. Mettre en œuvre des actions dans la structure à partir des besoins repérés dans les projets personnalisés d'accompagnement	43
4.1 Mettre en œuvre des actions de prévention pour renforcer les aptitudes des personnes	43
4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement vers le soin/le soutien	47
4.3 Mettre en place des modalités d'accompagnement des personnes dans la sécurisation de leurs consommations/usages	49
5. Suivre la mise en œuvre des accompagnements et gérer les situations problématiques	51
5.1 Soutenir les personnes tout au long de l'accompagnement, quels que soient leur situation et leurs objectifs	51
5.2 Gérer les situations problématiques	52
5.3 Suivre et réévaluer l'accompagnement	53
6. Agir auprès de l'entourage	54
6.1 Mettre en place des actions de prévention pour renforcer les connaissances et les compétences de l'entourage	54
6.2 Accompagner l'entourage confronté aux consommations/usages de la personne	55
Table des annexes	56
Références bibliographiques	69

Participants	72
Abréviations et acronymes	74

Introduction

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles constituent le troisième volet d'un programme portant sur la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages¹ qui avait été confié à l'Agence nationale de la qualité et de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) par la direction générale de la Cohésion sociale (DGCS). La note de cadrage du programme a été validée par les instances de l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Le premier volet, consacré aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), est paru en octobre 2017 (1). Le deuxième volet, portant sur les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), a été publié en septembre 2019 (2).

Le troisième volet concerne l'ensemble des établissements et services du secteur social et médico-social (ESSMS) non spécialisés en addictologie. Il est décliné en quatre documents dédiés aux quatre secteurs :

- Personnes âgées
- Handicap
- Protection de l'enfance
- Inclusion

Les recommandations ont été élaborées de manière transversale en prenant en compte les enjeux spécifiques de chaque secteur (caractéristiques du public accompagné, place de l'entourage...).

Ce document porte sur **le secteur des personnes âgées**.

► Contexte

État des connaissances

Les recherches récentes concernant les conduites addictives des personnes âgées accompagnées par les établissements et services médico-sociaux sont rares, voire inexistantes. À ce jour, il n'existe aucune étude épidémiologique française analysant la situation de ces personnes. La plupart des travaux sont fondés sur des études locales quantitatives ou qualitatives (études de cas, départementales ou régionales) qui mettent en lumière des **tendances sur les caractéristiques des usages**.

Ainsi, les consommations de substances psychoactives à 60 ans concernent essentiellement les substances psychoactives licites : alcool, médicaments psychotropes avec ou sans ordonnance et tabac. Les consommations de cannabis ou d'autres substances psychoactives illicites sont extrêmement rares (3). Selon la Société française d'alcoologie, dans la population âgée française, il n'y a pas de données solides de prévalence spécifique de sujets en difficulté avec l'alcool (4).

En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les résidents sont majoritairement très âgés, polypathologiques et polymédiqués (5). Ils sont plus fragiles concernant l'usage à risque d'alcool et de médicaments psychotropes (6-9). Il existe des personnes âgées anciennement alcoolo-dépendantes, mais également des personnes dont la dépendance à l'alcool est dite « tardive » (10). Dans deux tiers des cas environ, le mésusage est ancien et s'est poursuivi. Dans un tiers des cas, il a débuté tardivement, après 60 ans (6). Ainsi, en Ehpad, la dépendance à l'alcool concernerait entre 20 % et 40 % des personnes accompagnées (6). Cependant, ce chiffre varie d'une publication à une autre (11, 12). Les personnes âgées de 65 ans et plus seraient les plus représentées parmi les consommateurs de benzodiazépines et apparentés, une consommation qui varie selon les études de 39 % à 55 % dans cette tranche d'âge (13).

¹ NB : les principaux termes mobilisés dans ces recommandations sont définis à partir de la page 8.

En l'absence de données scientifiques, la littérature grise a permis de mettre en lumière un certain nombre de **constats portant sur les pratiques et l'organisation de l'accompagnement en ESSMS en matière de prévention des addictions et de réduction des risques et des dommages**.

- Tous les professionnels des ESSMS sont ou ont été confrontés aux consommations de substances psychoactives par certaines personnes accompagnées (14).
- Les professionnels se sentent souvent démunis et impuissants pour accompagner les personnes et ils ne savent pas quelle posture adopter (14, 15).
- Pour les personnes, le fait de consommer de l'alcool en établissement est intrinsèquement lié au fonctionnement institutionnel et à la réponse apportée par les équipes (16). Le règlement de fonctionnement de l'établissement conditionne les modes d'accès à l'alcool. De plus, au nom de la sécurité incendie, les possibilités de fumer sont souvent réduites dans les espaces privés et il est interdit aux résidents de fumer dans les espaces collectifs. Les pertes d'autonomie lourdes de certaines personnes âgées ne leur permettent pas de se rendre à l'extérieur de la structure. Ce sont alors les professionnels qui se voient attribuer la gestion de la cigarette des personnes qu'ils accompagnent (17).
- La rareté des références et recherches issues des sciences médicales et sociales laisse le champ libre à diverses propositions d'interventions dans les ESSMS qui ne sont pas toujours étayées (15). Dans certains établissements, la réponse apportée est celle de l'interdiction de la substance psychoactive. Le sevrage garde une place majeure en Ehpad. Cependant, la prohibition fait l'objet de critiques car, selon les auteurs, elle confond usage et mésusage que rien ne peut justifier sur le plan de la santé, ni sur celui du respect fondamental de l'identité et de la liberté individuelle.
- Les réponses adaptées aux personnes âgées en matière de prévention sont insuffisantes (14, 15).

► Orientations nationales

Ces recommandations s'inscrivent en lien avec les orientations définies au niveau national, qui mettent l'accent sur l'importance de mener des actions spécifiques auprès des publics vulnérables.

Le **plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022** piloté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) accorde ainsi une attention particulière au rôle des ESSMS dans la prévention et la réduction des risques et des dommages ainsi que leur articulation sur le territoire avec les services spécialisés en addictologie (objectifs 1.1.1, 1.1.4, 6.4.1, 8.2.1) (18).

Le **programme national de lutte contre le tabac (2018-2022)** accorde lui aussi une attention spécifique aux personnes accompagnées par les ESSMS, en intégrant les objectifs suivants :

- « faire des établissements sanitaires et médico-sociaux des lieux exemplaires en ce qui concerne la lutte contre le tabac » (action n° 10) ;
- « développer les actions d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac au sein des structures accueillant des publics spécifiques » (action n° 13).

► Éléments de définitions

Les substances psychoactives

« Les substances psychoactives regroupent à la fois les drogues licites (tabac, alcool, produits de substitution, médicaments psychotropes tels que hypnotiques, antidépresseurs...) et non licites (cannabis, cocaïne, ecstasy, MDMA ou amphétamine...)². »

Les conduites addictives

Cette recommandation mobilise le terme de « conduites addictives » en y intégrant l'ensemble des « pratiques de consommation susceptibles d'induire une addiction (19) ». Il s'agit ainsi de penser l'accompagnement par les établissements et services de l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives ou de pratiques sans produit, qu'ils soient considérés comme usage simple (sans caractère pathologique) ou comme mésusage (usage à risque, nocif ou dépendant)³.

Au regard des constats réalisés par la revue de la littérature sur les conduites addictives des personnes âgées, cette recommandation porte principalement sur les consommations/usages tels que :

- la consommation de tabac, d'alcool et le mésusage de médicaments⁴ (substances psychoactives licites) ;
- l'usage de jeux d'argent et de hasard (pratiques sans produit).

Elle aborde également, dans une moindre mesure, les substances psychoactives illicites (cannabis, cocaïne, crack, héroïne...).

Les pratiques liées aux écrans

Les pratiques liées aux écrans peuvent être définies comme l'usage de tout support permettant de jouer à des jeux vidéo, surfer sur internet, participer à des réseaux sociaux, converser en ligne : console de jeux, ordinateur, smartphone, tablette, etc. (12). Elles marquent une rupture culturelle et générationnelle dont les effets sont encore mal connus.

Les addictions aux jeux d'argent et de hasard ainsi qu'aux jeux vidéo sont les seuls troubles comportementaux reconnus dans la Classification internationale des maladies (CIM-11). L'*American Psychiatric Association* (APA) a proposé, en 2013, des critères diagnostiques pour un « trouble du jeu vidéo sur internet » dans la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).

« L'addiction aux écrans » n'est actuellement pas reconnue dans les nomenclatures diagnostiques et fait l'objet de recherches. En effet, les données scientifiques actuelles sont insuffisantes pour apprécier les troubles de l'usage qu'ils induisent (10). En l'absence de consensus sur le plan scientifique, il est donc inadéquat d'évoquer une « addiction aux écrans ».

Ces recommandations ne traitent donc pas des pratiques liées aux écrans, même si elles interrogent les professionnels de terrain.

² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3342082/fr/usage-des-substances-psychoactives-prevention-en-milieu-professionnel-note-de-cadrage

³ Cf. définitions des différentes catégories d'usage page suivante.

⁴ NB : médicaments tels que les benzodiazépines, les opioïdes, etc.

Les différentes catégories d'usage

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, trois grandes catégories d'usage de substances psychoactives (20) peuvent être distinguées :

- **le non-usage** ;
 - **l'usage simple** : pratique de consommation sans caractère pathologique (cet usage n'est défini que pour l'alcool). Par exemple, en France, les repères de consommation d'alcool préconisés par Santé publique France sont les suivants :
 - « ne pas consommer plus de dix verres standards par semaine,
 - ne pas consommer plus de deux verres par jour,
 - avoir des jours sans consommation dans une semaine⁵ » ;
 - **le mésusage** : toute pratique de consommation caractérisée par la présence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance. Le mésusage regroupe :
 - **l'usage à risque** : pratique exposant à des risques de complications liés à une consommation aiguë ou chronique, sans que ces risques soient encore présents ;
 - **l'usage nocif** : pratique de consommation répétée induisant des dommages médicaux ou sociaux pour la personne et/ou son environnement sans que les critères de dépendance soient réunis ;
 - **la dépendance** : pratique caractérisée par l'impossibilité de s'abstenir de consommer.
- « Appliqué aux substances prescrites, [le terme « mésusage »] fait référence à toutes les utilisations intentionnelles inappropriées ou autres que celles pour lesquelles le médicament a été prescrit⁶. »

Point de vigilance

Les différentes catégories d'usage s'inscrivent dans un continuum : toute consommation de substances psychoactives comporte un risque d'évolution vers une dépendance.

Le trouble de l'usage

« Le trouble de l'usage de substance est basé sur l'identification d'un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance malgré des problèmes (personnels, familiaux, socioprofessionnels, etc.) considérables liés à son utilisation. Il existe des critères spécifiques décrits dans la classification du DSM-5 issu de l'Association américaine de psychiatrie⁷. »

L'addiction

L'addiction est un « trouble neurobiologique primaire et chronique dont le développement et les manifestations sont influencés par des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux. Le concept clinique d'addiction est inclus dans le diagnostic de « trouble de l'usage de substance » et se caractérise par des comportements qui incluent un ou plusieurs des éléments suivants : altération du contrôle de la consommation de la substance en cause, consommation compulsive, poursuite de la consommation en dépit de ses conséquences négatives pour l'individu et/ou son entourage et besoin impérieux de consommer la substance (*craving*)⁸ ».

⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/de-nouveaux-reperes-de-consommation-d-alcool-pour-limiter-les-risques-sur-sa-sante>

⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/diagnostic_du_trouble_de_lusage_dopioïdes_-_fiche.pdf

⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/diagnostic_du_trouble_de_lusage_dopioïdes_-_fiche.pdf

⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/diagnostic_du_trouble_de_lusage_dopioïdes_-_fiche.pdf

Les facteurs de risque et de protection

Les **facteurs de risque** sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « les statuts sociaux, économiques ou biologiques, les comportements ou environnements qui sont associés à une maladie, une mauvaise santé ou une blessure spécifique ou qui en augmentent la susceptibilité » (21).

La MILDECA les décrit comme « étant des caractéristiques individuelles et environnementales qui augmentent la probabilité de troubles associés à l'usage de substances⁹ ».

Elle décrit par ailleurs les **facteurs de protection** comme :

- des facteurs individuels tels que la « connaissance des produits et de leurs risques ainsi que celle de ses propres limites », la capacité des individus et de leurs groupes de pairs à « développer leur esprit critique (...) et adopter les comportements de prévention et de réduction des risques » ;
- et des facteurs de contexte (environnementaux) tels que la qualité des liens premiers (famille, proches) susceptibles de protéger, informer, soutenir, ainsi que l'influence du groupe d'amis ou de pairs, ou le degré d'insertion sociale ou professionnelle.

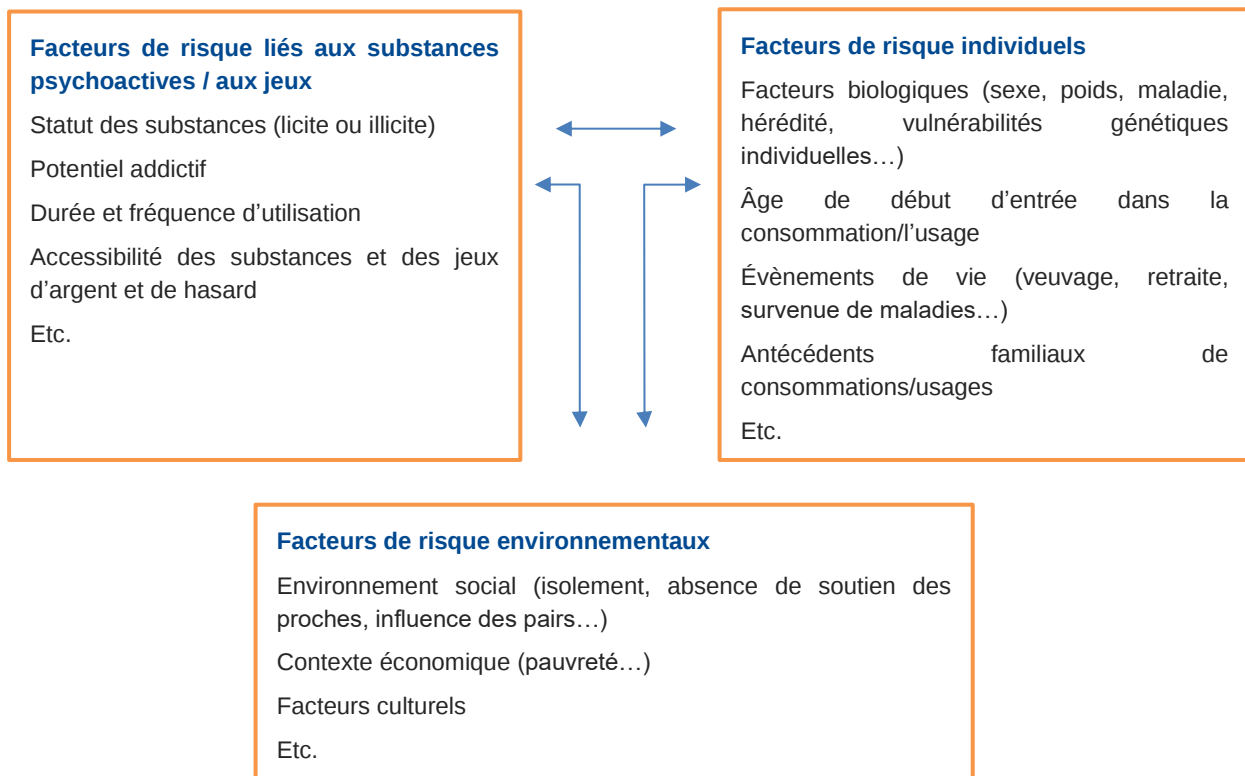
Il est à noter que :

- les facteurs de risque comme les facteurs de protection peuvent varier au fil du temps ;
- les facteurs de risque ne sont pas des facteurs de prédiction. La présence d'un et même de plusieurs facteurs de risque ne signifie pas automatiquement qu'il y ait un trouble de l'usage ;
- néanmoins, l'accumulation de plusieurs facteurs de risque augmente le risque de voir apparaître un trouble de l'usage.

Depuis les années 2000, la notion d'addiction a remplacé celles d'alcoolisme, de drogue et de toxicomanie. Ce changement sémantique a profondément modifié la manière de penser le traitement et l'organisation des soins de ces troubles. La conception qui mettait en avant le produit a été remplacée par une conception qui met en avant le comportement de consommation et le contexte dans lequel il se déroule. En effet, l'installation d'une addiction dépend, outre les facteurs de risque propres liés au produit, de facteurs de risque individuels et environnementaux comme le montre le schéma ci-dessous.

⁹ <https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection>

Schéma 1. Les interactions des différents facteurs de risque à l'origine des addictions



Les personnes âgées accompagnées par les établissements et services médico-sociaux peuvent cumuler des facteurs de risque individuels et environnementaux qui peuvent les conduire à un trouble de l'usage.

La connaissance de ces facteurs de risque permet de mettre en place des actions de prévention et de réduction des risques et des dommages ciblées, adaptées à leurs spécificités.

La prévention des addictions

La prévention désigne « l'ensemble des interventions et des mesures individuelles et collectives ayant pour but d'empêcher ou de réduire, au sein d'une population donnée ou auprès d'une personne, les conduites addictives à risque ou nocives et leur transition vers l'addiction » (22).

Selon la classification de l'*Institute of Medicine of Chicago* (1994), adaptée de celle de R.S. Gordon (1983), trois formes de prévention se distinguent selon la probabilité de rencontrer la conduite visée au sein du public destinataire de l'intervention : les préventions universelle, sélective et indiquée. Plus opérationnelle que la classification de 1952 (prévention primaire, secondaire, tertiaire), cette classification est actuellement la référence sur le plan européen. Ainsi (23) :

- **la prévention universelle** s'adresse à une population dans son ensemble. Les niveaux d'usage et facteurs de risque individuels ne sont pas connus ou recherchés. Chacun des membres de cette population est considéré comme encourant un risque équivalent.

Exemples d'interventions : campagne de communication grand public, taxation du tabac... ;

- **la prévention sélective** s'adresse à des sous-groupes d'une population considérés comme significativement plus à risque d'entrer dans un usage à risque, immédiatement ou au cours de la vie, en raison de caractéristiques sociodémographiques, psychosociales, environnementales ou familiales connues pour accroître le degré de vulnérabilité.

Exemples d'interventions : intervention dans les structures pour personnes âgées ;

- **la prévention indiquée (ou ciblée)** s'adresse à des personnes présentant des facteurs de risque individuels fortement corrélés à l'entrée dans un usage à risque, voire présentant les premiers signes d'un usage dommageable sans répondre aux critères de l'addiction.

Exemples d'interventions : stage de sensibilisation aux dangers liés aux substances psychoactives, intervention brève auprès des consommateurs d'alcool...

Chacune de ces formes de prévention peut emprunter des stratégies d'ordre (24) :

- informationnel, c'est-à-dire visant à augmenter ou améliorer les connaissances des personnes (affichage, distribution de dépliants, séance d'information...) ;
- développemental (ou éducatif), c'est-à-dire visant à développer les compétences des personnes (programme de développement des compétences psychosociales, formation des professionnels, soutien à la fonction parentale...) ;
- environnemental, c'est-à-dire visant à modifier le contexte physique et/ou social dans lequel les conduites addictives prennent place (taxation, restriction de la disponibilité des substances psychoactives dans l'environnement, amélioration des conditions de travail...).

La réduction des risques et des dommages (RdRD)

Les termes de réduction des risques et des dommages (RdRD) désignent, de manière générale, l'ensemble « des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues (...) par les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas cesser de consommer¹⁰ ».

La RdRD désigne donc les interventions visant principalement à agir sur les circonstances ou sur les conséquences délétères (somatiques, psychiatriques, neurologiques, sociales) des conduites addictives afin d'améliorer la qualité de vie des personnes. « Elle constitue une démarche de santé publique fondée sur les principes de garantie des droits humains fondamentaux, de respect de la personne et de la dignité humaine en toutes circonstances, de protection des personnes en situation de vulnérabilité et d'accès au meilleur état de santé possible. Le mandat éthique qui lui est confié engage le devoir de bientraitance (25) pour les personnes en situation de vulnérabilité et répond aux valeurs de pragmatisme et d'humanisme, qui :

- hiérarchisent les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés aux conduites addictives selon des critères explicites ;
- se fondent sur des preuves scientifiques et des techniques et outils d'intervention évalués ;
- permettent la mise en place de réponses adaptées et graduées pour chaque personne en fonction de sa demande (26) ;
- revendiquent le pouvoir d'agir des personnes et invoquent leur capacité à modifier leurs pratiques à risque et à agir en faveur de leur propre santé et qualité de vie (27). Elle prend ainsi en compte et s'adapte à la trajectoire de la personne et à ses conditions d'existence (28) » (2).

La promotion de la santé

Les actions de prévention et de réduction des risques et des dommages s'inscrivent plus globalement dans une démarche de promotion de la santé, c'est-à-dire une approche qui s'intéresse au bien-être et à la qualité de vie des personnes et qui vise en priorité le développement de leur pouvoir d'agir.

Selon l'OMS(22), la promotion de la santé désigne le « processus qui confère aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer », la santé étant perçue comme « une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie » permettant à l'individu ou au groupe « d'identifier et de réaliser ses ambitions, de satisfaire ses besoins et d'évoluer avec son milieu ou de s'y adapter ».

¹⁰ Définition traduite et proposée par l'*International Harm Reduction Association* (IHRA) : <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>

La démarche de promotion de la santé est donc en complète adéquation avec les objectifs d'accompagnement des établissements et services sociaux.

► Objectifs des recommandations

Les recommandations ont pour objectif de fournir aux professionnels des repères en vue de :

- prévenir ou retarder l'entrée dans les conduites addictives des personnes accompagnées et leur transition vers l'addiction ;
- réduire les risques et les dommages liés à ces pratiques et améliorer la qualité de vie des personnes concernées ;
- accompagner vers les ressources spécialisées les personnes désireuses de se soigner ou de réduire leurs pratiques à risque et adapter le projet personnalisé d'accompagnement.

Les risques et les dommages

Les risques et les dommages sont d'ordre :

- **somatique** : chutes, blessures, accidents, intoxications, transmission de maladies infectieuses, atteintes à l'organisme (peau, système cardiovasculaire, système pulmonaire, foie...), surdoses, dépendance à la substance... ;
- **psychiatrique** : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, conduites suicidaires, désinhibition... ;
- **neurologique** : troubles cognitifs, confusion mentale, anosognosie¹¹... ;
- **social** : stigmatisation, difficultés financières, difficultés de logement, isolement social et relationnel, comportements inadaptés, conduites à risque, atteintes aux personnes et aux biens (violences, accidents...).

La survenue de ces risques et dommages dépend de la fréquence et de l'intensité des conduites, des substances psychoactives consommées et de leur association, des voies d'administration (ingestion, injection...), du contexte de consommation/usage et des caractéristiques individuelles (âge, état de santé...).

► Destinataires

Les recommandations s'adressent à tous les professionnels des établissements et services médico-sociaux du secteur des personnes âgées.

Elles peuvent également être utiles à leurs partenaires (acteurs de l'addictologie en particulier) ainsi qu'aux personnes accueillies et à leur entourage¹².

¹¹ NB : « Trouble neurologique associé à une dégénérescence cérébrale conduisant à la perte de la faculté à prendre conscience d'une pathologie » (29).

¹² NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources. L'article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) a introduit dans le CASF une définition de ce qu'est un « proche aidant » auprès d'une personne âgée : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » (Art. L. 113-1-3 du CASF.)

► Plan

Les recommandations sont articulées en six parties :

- Engager la structure dans la prévention, le repérage et l'accompagnement des conduites addictives
- Proposer un cadre d'accompagnement protecteur
- Repérer et co-évaluer les conduites addictives afin de co-définir un accompagnement adapté aux besoins et aux souhaits de chaque personne
- Mettre en œuvre des actions dans la structure à partir des besoins repérés dans les projets personnalisés d'accompagnement
- Suivre la mise en œuvre des accompagnements et gérer les situations problématiques
- Agir auprès de l'entourage

1. Engager la structure dans la prévention, le repérage et l'accompagnement des conduites addictives

Si tous les ESSMS sont régulièrement confrontés à cette question, la prévention, le repérage et l'accompagnement des conduites addictives sont aujourd'hui peu évoqués dans les projets d'établissement/de service.

En l'absence de repères clairs et partagés et d'autant plus compte tenu des représentations liées à cette thématique, les professionnels se sentent souvent démunis pour trouver un équilibre entre droits des personnes et devoir de protection, auxquels s'ajoute l'enjeu de la vie en collectivité pour les structures proposant un hébergement.

Dans ce contexte, le risque est que la question des conduites addictives se trouve réduite à la gestion au cas par cas de situations individuelles et à une entrée négative, via les dommages causés, les règles et les sanctions (ce qui se traduit concrètement dans un certain nombre de structures par des refus d'admission, par l'élaboration de règles très voire trop restrictives et par des exclusions). Cette approche conduit par ailleurs à mettre au second plan la question de la santé et de la prévention.

En l'absence de repères clairs et partagés, il est également tentant d'aborder uniquement la question des conduites addictives sous l'angle du curatif et de l'orientation vers le soin, et d'en faire porter la responsabilité sur les partenaires ou, en interne, sur les professionnels de santé lorsqu'ils sont présents. Or, s'il est effectivement nécessaire de mobiliser des compétences spécialisées, il est important que cette question ne soit pas déléguée aux partenaires mais co-portée : les partenaires sont présents de façon différente selon les territoires, ils sont très sollicités par l'ensemble des secteurs – sanitaire,...–, et ils n'ont pas toujours une connaissance fine du public accompagné et des spécificités liées à leur accompagnement.

Parallèlement, au sein des ESSMS, la prévention et l'accompagnement des conduites addictives doivent être l'affaire de tous. Cette question s'inscrit pleinement dans le cadre de l'accompagnement global proposé aux personnes, dans l'ensemble des structures.

Dans ce contexte, avant de mettre en place des actions de prévention, de repérage et d'accompagnement des conduites addictives, le premier enjeu pour les ESSMS est de s'engager au niveau institutionnel dans une démarche pérenne, portée par la direction.

Cet engagement passe par :

- la réalisation d'un état des lieux des situations rencontrées en interne, des ressources, des besoins, des attentes des professionnels et des personnes accompagnées ;
- la mise en place d'une réflexion éthique associant l'ensemble des acteurs concernés (professionnels, personnes concernées, entourage¹³), afin de co-définir des objectifs et des modalités d'accompagnement partagés et de les intégrer au projet d'établissement/de service ;
- la mise en place de formations pour les professionnels, intégrant un travail sur les représentations, afin de permettre à tous de disposer d'un langage et de repères communs ;
- l'inscription de la structure dans un réseau territorial et la création de partenariats pérennes fondés sur la co-responsabilité.

¹³ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

1.1 Organiser la démarche

Avant de lancer la démarche

- ➔ S'assurer du portage par la direction de l'ESSMS et de l'engagement de l'organisme gestionnaire.
- ➔ Évaluer le besoin de se faire accompagner dans le pilotage de la démarche par un partenaire spécialisé de la prévention, du soin ou de la réduction des risques et des dommages¹⁴. Ce besoin peut notamment être apprécié en fonction des formations, accompagnements et partenariats déjà mis en place.

Le cas échéant, rechercher et solliciter ce partenaire.

- ➔ Organiser le pilotage de la démarche, en veillant à :
 - l'articuler avec les démarches et instances pré-existantes le cas échéant.

Cette démarche peut être conduite au sein d'instances ou d'espaces de réflexion internes existants le cas échéant (comité de pilotage ou de suivi « projet d'établissement/de service », commission ou groupe de travail ou commission « santé », « qualité », « évaluation »...) ou donner lieu à l'organisation d'un pilotage dédié ;

- définir clairement les rôles des différentes instances créées/mobilisées (instances décisionnelles telles que comité de pilotage ou comité de suivi, instances techniques telles que comité technique ou groupe-projet...) ;
- mettre en place les conditions de la participation effective :
 - de représentants des professionnels (différents champs d'intervention, différents niveaux hiérarchiques),
 - des responsables/référents qualité, le cas échéant,
 - de représentants des personnes accompagnées et des familles,
 - des partenaires extérieurs spécialisés du territoire (prévention, soin en addictologie, RdRD...), dont les pairs-aidants (cf. encadré ci-dessous) en complément du partenaire mobilisé pour accompagner l'ensemble de la démarche le cas échéant.

Il peut également être intéressant de mobiliser :

- des représentants des autorités de contrôle et de tarification ;
- des représentants de structures analogues ayant conduit des projets de prévention et d'accompagnement des conduites addictives.

¹⁴ Cf. liste des partenaires page 18.

L'intervention par les pairs

« L'intervention par les pairs (30) repose sur les compétences et savoirs issus de leur propre expérience qui permettent la réduction de la distance (confiance facilitée par l'horizontalité de la relation), l'identification réciproque et le « bilinguisme » (31) (connaissance des habitudes de vie, des logiques et des stratégies des personnes usagères de drogues). En matière de réduction des risques et des dommages, le recours à l'intervention par les pairs s'avère notamment efficace pour :

- la transmission de connaissances et la réduction des pratiques d'injection à risque (32) ;
- la diffusion et l'acceptabilité du matériel de réduction des risques ;
- l'évaluation et l'adaptation des outils et des interventions des services de réduction des risques (33) ;
- l'accès et le maintien dans le soin du VIH (34) et du VHC (35) ;
- le contact et le maintien du lien avec les personnes usagères de drogues éloignées des services(36).

Les pairs-intervenants peuvent cependant être confrontés à des freins dans l'accomplissement de leurs missions, liés à des facteurs systémiques (cadre légal, stigmatisation des personnes usagères de drogues, etc.), organisationnels (imprécision des missions, intégration dans l'équipe, accueil par le public, etc.) ou individuels (risque de reconsommation, etc.) (30). Les facteurs de réussite résident dans la formation, l'encadrement et le soutien aux pairs-intervenants et dans un portage fort de la validité de l'intervention par les pairs auprès des équipes, du réseau partenarial et des citoyens (élus, habitants, etc.) » (1).

- ➔ Définir des étapes et un calendrier adaptés au contexte, en veillant à laisser le temps nécessaire à la mise à plat des expériences et des représentations de chacun et à l'émergence d'un consensus sur les principes et les objectifs d'accompagnement.

Point de vigilance

Lorsque la structure rencontre des difficultés importantes susceptibles d'impacter la capacité des professionnels à réfléchir sereinement sur la thématique (conflits au sein de l'équipe, manque de personnel...), il est important d'évaluer l'opportunité de lancer la démarche ou de la différer.

1.2 Établir un diagnostic partagé des besoins et des ressources de la structure concernant la prise en compte et l'accompagnement des conduites addictives

- ➔ Faire un état des lieux concernant :
 - les consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, autres substances illicites, médicaments psychotropes...) et les pratiques de jeux d'argent et de hasard chez les personnes accompagnées par la structure :
 - caractéristiques des pratiques, intensité, fréquence et contextes de consommation/usage,
 - risques et dommages encourus par les personnes concernées par les consommations/usages : chutes, blessures,¹⁵...
 - risques et dommages pour autrui (autres personnes accompagnées, entourage¹⁶, professionnels, voisinage...) : nuisances, violences, incendie... ;

¹⁵ Cf. encadré, page 13.

¹⁶ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

- les règles de vie existantes s’appliquant aux consommations/usages au sein de la structure, leur lisibilité, leur application effective et leur conformité avec la réglementation en vigueur ;
- les critères d’admission et l’accompagnement proposé concernant les conduites addictives au moment de l’accueil ;
- les actions de prévention des addictions et de RdRD déjà mises en œuvre au sein de la structure, le cas échéant, et leurs effets ;
- les protocoles prévus et les pratiques en cas de situations problématiques/situations d’urgence ;
- pour les structures proposant un hébergement, la qualité du cadre de vie proposé (environnement physique, matériel, social) et ses impacts sur les personnes accompagnées ;
- les connaissances (savoirs), les compétences (savoir-être, savoir-faire) et les besoins de l’ensemble des catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs, administratifs, techniques... – dont agents d’accueil, d’entretien, cuisiniers, veilleurs de nuit...) sur la question des conduites addictives ;
- les savoirs issus de l’expérience, les besoins, les attentes des personnes accompagnées (consommatrices et non consommatrices) et de leur entourage¹⁷ ;
- les représentations de l’équipe et des personnes accompagnées à propos des conduites addictives (rapport aux consommations/usages, rapport aux substances, perception des bénéfices, des risques et des dommages, représentations des consommations/usages, connaissance et adhésion aux principes de la RdRD...) ;
- les partenaires mobilisables sur le territoire, les actions qu’ils mènent en termes de prévention et d’accompagnement et les partenariats déjà mis en place le cas échéant (fonctionnement, qualité de la collaboration...).

Il peut s’agir :

- des acteurs de la prévention des addictions et de la prévention/promotion de la santé (CODES, IREPS, CSAPA...) ;
- des acteurs du soin en addictologie (ELSA, CSAPA, UHA, ELSA, microstructures, réseaux de soins addiction, CTR, CT, CAUT, appartements thérapeutiques, SSRA...) ;
- des acteurs de la réduction des risques et des dommages (CAARUD, CSAPA...) ;
- des associations d’auto-support, d’entraide et de soutien entre pairs ;
- des professionnels médicaux et paramédicaux de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers...) ;
- des acteurs de la prise en charge psychologique et psychiatrique ;
- d’autres ESSMS ayant déjà travaillé la question des conduites addictives ;
- des dispositifs et espaces de concertation et de coordination territoriale (DAC, PTA, conseils locaux de santé mentale, CPTS, ateliers santé ville...) ;
- des réseaux spécialisés (réseaux addiction...) ;
- des acteurs de l’urgence (pompiers, SAMU, service des urgences...) ;
- des forces de l’ordre (police, gendarmerie) ;
- des services de prévention et de santé au travail.

Le repérage des acteurs mobilisables sur le territoire peut s’appuyer sur des annuaires déjà élaborés par des sites internet spécialisés (intervenir-addictions.fr, drogue-info-service.fr...) ou par des partenaires du territoire le cas échéant (ARS, conseil départemental, communes...).

¹⁷ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

Illustration

Les professionnels d'un Ehpad public géré par un hôpital intercommunal accueillant plusieurs personnes atteintes de troubles psychiatriques et consommatrices d'alcool se sont trouvés démunis et en difficulté par rapport à certains comportements qui n'étaient pas adaptés à la vie collective (violence et agressivité à l'égard des professionnels et des autres résidents). Afin de trouver des réponses d'accompagnement adaptées, la direction a établi une convention avec le CMP situé à proximité de l'établissement. Ce partenariat a permis de mettre en place un relais au niveau des équipes de l'Ehpad. Plus précisément, une infirmière du CMP notamment s'est rendue une fois par semaine au sein de l'établissement pour mener des entretiens avec les personnes consommatrices et les professionnels afin de mettre des mots sur leur vécu et de travailler sur leurs propres représentations par rapport aux produits et aux pratiques de consommation. La proximité géographique entre l'Ehpad et le CMP a permis également aux personnes âgées de se rendre directement à des consultations au sein de cette structure.

Illustration

Une résidence autonomie a noué un partenariat avec un CAARUD pour mettre en place une permanence au sein de sa structure. Les personnes âgées ont ainsi pu échanger régulièrement sous la forme d'entretiens individuels ou collectifs avec des professionnels spécialisés et formés au sein même de leur lieu de vie.

Les CSAPA

« Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) proposent des soins spécialisés de première intention. Ils assurent, dans un cadre ambulatoire et/ou résidentiel, les missions suivantes.

- Missions obligatoires :
 - l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de toute personne concernée ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ;
 - la prévention individuelle et collective ;
 - la participation aux dispositifs de recueil d'information et au dispositif de veille en addictovigilance et pharmacodépendance¹⁸.
- Missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation « alcool » ou « substances illicites » :
 - la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, comprenant notamment le sevrage et son accompagnement, ainsi que la prescription et le suivi des traitements médicamenteux (dont les traitements agonistes opioïdes) ;
 - la réduction des risques et des dommages associés aux consommations de substances psychoactives.
- Missions facultatives :
 - la prise en charge des addictions sans substance ;
 - l'intervention en milieu carcéral ;
 - les activités de formation et de recherche ;
 - la mise en place de consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs (2). »

¹⁸ Mis en œuvre par l'ANSM à travers le réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) : [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/\(offset\)/2](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/(offset)/2)

Les CAARUD

« Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,
 - l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun,
 - l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues¹⁹. »

Les ELSA

« Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales sont de :

- former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ;
- intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes ;
- développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra-hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi.

Selon la circulaire DHOS du 26 septembre 2008, l'ELSA bénéficie au minimum d'une présence de médecin et d'infirmier, ainsi que de temps de psychologue, d'assistant de service social et de diététicien.

Les professionnels de l'ELSA sont formés en addictologie et sont compétents sur l'ensemble du champ des addictions (alcool, produits illicites, tabac, addictions sans produit), ils contribuent ainsi au renforcement d'une culture addictologique dans les établissements de santé²⁰. »

Pour aller plus loin

Recommandation HAS « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) » (2)

Recommandation ANESM « La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) » (1)

¹⁹ Article R. 3121-33-1 du Code de la santé publique.

²⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>

➔ Pour la réalisation de cet état des lieux, associer :

- une analyse des documents existants : projet d'établissement/de service, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, rapports d'évaluations²¹, comptes-rendus de réunions d'équipe ou de CVS par exemple, projets personnalisés, comptes-rendus d'événements indésirables (dont accidents du travail)... ;
- un recueil de données dans le cadre de la démarche auprès des professionnels, des personnes accompagnées et de leur entourage²² : organisation de temps d'échanges dans le cadre d'instances existantes (à titre d'exemples : CVS, groupes d'expression, comité d'usagers...) ou *ad hoc* (temps de rencontres, entretiens individuels ou collectifs, diffusion de questionnaires...).

Pour aller plus loin

Annexe 1 – Outil pour la réalisation d'un diagnostic partagé des besoins et des ressources de la structure concernant la prise en compte et l'accompagnement des conduites addictives

➔ Identifier les sources d'informations et les connaissances publiées concernant les conduites addictives chez les personnes âgées (fréquences et caractéristiques des consommations/usages, vulnérabilités spécifiques, facteurs de risque et de protection, pratiques et interventions adaptées...). Cet état des connaissances peut notamment être établi à partir des documents publiés par des organismes du champ de la prévention/promotion de la santé des addictions²³, tels que :

- les organismes et observatoires scientifiques locaux (ORS...), nationaux (OFDT, Santé publique France²⁴, INSERM, FNES, IReSP, INCa...) ou internationaux (OEDT...) ;
- les centres de ressources (CODES/IRePS, CREAI ...) et les sites internet spécialisés concernant les conduites addictives (www.intervenir-addictions.fr, www.drogues-info-service.fr...) et la prévention/promotion de la santé (www.fnes.fr, www.capitalisationsante.fr...) ;
- les services de l'État et les collectivités territoriales (site internet et publications de la MILDECA, documents de diagnostic et de programmation tels que projet régional de l'ARS ou projet local de santé, projet territorial ou local de santé mentale...) ;
- les associations spécialisées (Addictions France, Groupe SOS, Aurore, Oppelia...) ;
- les fédérations professionnelles spécialisées (FFA, Fédération addiction, ELSA-France, RESPADD, COPAAH...) ;
- les associations ou fédérations professionnelles du secteur des personnes âgées ;
- les associations d'usagers de substances psychoactives et d'auto-support (ASUD, Psychoactif, Association des patients experts en addictologie, France Assos Santé, France Patients-Experts Addictions...).

²¹ Remarque : le Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux publié par la HAS en mars 2022 comprend, dans la thématique « accompagnement à la santé », un objectif concernant la prévention et l'éducation à la santé (objectif 1.14 « La personne bénéficie d'un accompagnement en matière de prévention et d'éducation à la santé »), décliné en 5 critères. Le manuel intègre également, dans la thématique « co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement », un critère abordant spécifiquement la question des conduites addictives (critère 2.4.2 « Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés aux addictions et conduites à risques auxquels la personne est confrontée »).

²² NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

²³ Comme les observatoires français (OFDT) et européen (OEDT) des drogues et toxicomanies (qui proposent respectivement une rubrique « Aide aux acteurs » (<https://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/>) et une page dédiée (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/harm-reduction>) ainsi qu'un portail des bonnes pratiques : http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_fr) ou l'INSPQ (<https://www.inspq.qc.ca/en/espace-itss/sujets/reduction-des-mefaits>)

²⁴ Santé publique France propose de nombreuses ressources sur les addictions (<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=addictions>) dont un répertoire des interventions en promotion de la santé : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

1.3 Intégrer un axe « prévention et accompagnement des conduites addictives » au projet d'établissement/de service

- ➔ Conduire une réflexion éthique sur le rôle et le positionnement de la structure dans la prévention et l'accompagnement des conduites addictives des personnes. Cette réflexion vise à définir des valeurs et des principes éthiques partagés ainsi que les possibilités et les limites de l'accompagnement proposé par la structure au regard de ses missions. Elle porte notamment sur :
- le respect des droits, la prise en compte des habitudes de vie et des choix des personnes ;
 - la bientraitance des personnes ayant un trouble de l'usage ;
 - les situations de refus de soins ;
 - les situations de tension entre enjeux de respect des libertés individuelles, de protection des personnes et de vie en collectivité (pour les structures proposant un hébergement) ;
 - la difficulté pour les professionnels de concilier valeurs personnelles et pratiques de RdRD (posture de non-jugement vis-à-vis des consommations/usages...) ;
 - l'impact des consommations/usages des professionnels eux-mêmes sur leur posture dans le cadre de l'accompagnement.

Cette réflexion associe les représentants des instances dirigeantes de l'organisme gestionnaire, le personnel de direction et d'encadrement de l'établissement, les salariés, les bénévoles le cas échéant, et des représentants des personnes accompagnées et de leur entourage²⁵. Elle peut également intégrer des personnes ressources extérieures ou des partenaires de la structure (acteurs de la prévention, du soin en addictologie et de la réduction des risques et des dommages, pairs-aidants, professionnels d'autres ESSMS ayant mis en œuvre une démarche similaire...). Elle peut se faire en lien avec l'espace de réflexion éthique régional.

La réflexion peut conduire à la création d'une instance de réflexion éthique pérenne au sein de la structure intégrant la participation des représentants des personnes accompagnées.

Pour aller plus loin

Recommandation ANESM « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » (37)

- ➔ À partir des résultats du diagnostic partagé et de la réflexion éthique engagée, formaliser dans un volet « prévention, repérage et accompagnement des conduites addictives » du projet d'établissement/de service les objectifs poursuivis par la structure, ses principes d'accompagnement et les actions individuelles et collectives de prévention et de RdRD proposées aux personnes et à leur entourage²⁶ pour :
- les informer et améliorer leurs connaissances ainsi que leurs compétences sur les addictions, les pratiques à moindre risque, les ressources d'aide et de prise en charge ;
 - prévenir l'entrée dans les consommations et les usages à risque ;
 - prévenir et réduire les risques et les dommages liés aux usages installés ;
 - rendre possible l'accès à la structure pour les personnes ayant un trouble de l'usage et favoriser leur maintien dans l'accompagnement ;

²⁵ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

²⁶ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne de confiance, autres personnes ressources

- accompagner, le cas échéant, les personnes qui le souhaitent vers les partenaires du soutien, du conseil et du soin en addictologie.

Dans le cadre de la formalisation de ce volet :

- s’assurer, le cas échéant, de sa cohérence avec les volets « santé », « vie quotidienne » et « vie sociale » du projet de la structure ;
- affirmer clairement, au-delà des règles, le primat de la santé, afin de rendre possibles les échanges au sujet des consommations/usages et l’accompagnement dans la réduction des risques et des dommages induits par ces consommations.

➔ Définir, pour la mise en œuvre et le suivi de ce volet :

- le rôle et le périmètre d’action des différentes catégories d’intervenants (professionnels ; bénévoles, pairs-aidants, intervenants extérieurs le cas échéant) ;
- les conditions d’accueil et d’organisation de la vie quotidienne (pour les structures proposant un hébergement), afin de concilier les contraintes de la vie en collectivité, le respect de la vie privée, les libertés et choix des personnes en matière de consommations/usages et la protection des personnes ;
- les protocoles nécessaires à la protection des personnes en cas de situation d’urgence²⁷ ;
- les actions de formation et les modalités de soutien mises en place pour les professionnels et pour les pairs-aidants le cas échéant ;
- les partenariats institutionnels mis en place avec les acteurs du territoire, en précisant les rôles respectifs et les modalités d’articulation (voir partie 1.5 « s’inscrire dans un réseau territorial de partenaires ») ;
- les espaces et les modalités de suivi et d’évaluation des actions mises en place.

➔ S’assurer de la cohérence des autres documents institutionnels de la structure (contrat de séjour/DIPC, livret d’accueil, règlement de fonctionnement...) avec les évolutions apportées au projet d’établissement/de service.

➔ Communiquer le projet d’établissement/de service actualisé à l’ensemble des professionnels, aux partenaires, aux autorités de contrôle et de tarification, aux personnes accompagnées et à leur entourage²⁸.
Veiller à son adaptation aux profils des publics accompagnés (âge, difficultés éventuelles...).

Pour aller plus loin

Recommandation ANESM « Élaboration, rédaction, et animation du projet d’établissement ou de service » (38)

1.4 Organiser, former et soutenir l’équipe

► Former l’équipe

➔ Afin de disposer d’un socle de connaissances, d’une culture et d’un langage communs au sein de l’équipe, proposer à l’ensemble des professionnels (et des bénévoles le cas échéant) des formations portant notamment sur :

²⁷ Voir par exemple le guide du RESPADD « Prise en charge des urgences en contexte addictologique » (https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/03/guide_Urg.pdf)

²⁸ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne de confiance, autres personnes ressources

- l'expression et le travail sur les représentations à propos des substances psychoactives, des usages et des traitements²⁹ ;
- les mécanismes de l'addiction ;
- les substances psychoactives, et les pratiques de consommation, les pratiques sans produits
- les bénéfices, les risques et les dommages liés aux consommations/usages ;
- les spécificités du public accompagné (facteurs de risque et de protection, difficultés rencontrées selon le type d'incapacités : troubles cognitifs, anosognosie³⁰...) ;
- les partenaires et les modalités possibles d'accompagnement de soutien et de soin (dont les CSAPA, CAARUD, ELSA...) ;
- les compétences psychosociales³¹ ;
- la posture professionnelle d'accompagnement des personnes ayant des consommations/usages à risques à domicile/en établissement ;
- la gestion des situations d'agressivité et de violence ;
- les procédures et gestes de premiers secours à prodiguer en cas de surdose ;
- le cadre législatif et réglementaire concernant les consommations de substances psychoactives, les droits des personnes usagères de substances psychoactives³² ainsi que le cadre s'appliquant aux professionnels (partage d'informations à caractère secret, conduite à tenir en cas de découverte de substances illicites...) ³³.

Renouveler régulièrement ces formations pour que les nouveaux professionnels puissent en bénéficier et pour actualiser les connaissances des professionnels déjà formés.

Illustration

Une résidence autonomie s'est mise en lien avec un partenaire spécialisé pour former l'ensemble de son équipe. Lors de cette formation, plusieurs éléments ont été abordés comme les notions générales en addictologie, les addictions sans produits, la réduction des risques et des dommages (RdRD) et la posture professionnelle, le lien entre addiction et santé mentale chez les personnes âgées et l'approche de prévention par les compétences psychosociales. Le partenaire a notamment fait travailler l'équipe avec des vignettes cliniques pour qu'elle se questionne sur la posture à adopter. Cette formation a permis d'enrichir le bagage de solutions d'accompagnement pour les professionnels de la structure.

- ➔ En fonction des besoins identifiés, proposer des formations techniques complémentaires permettant aux professionnels de renforcer leurs connaissances et compétences concernant notamment :
- le repérage des troubles de l'usage et l'abord des personnes (signes d'alerte, repérage précoce et intervention brève (RPIB) – cf. encadré ci-dessous...) ;

²⁹ Par exemple en utilisant les supports suivants : www.intervenir-addictions.fr; https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf

³⁰ NB : « Trouble neurologique associé à une dégénérescence cérébrale conduisant à la perte de la faculté à prendre conscience d'une pathologie » (29).

³¹ Voir encadré page 47.

³² Ma boîte à outils « Quels sont mes droits ? » – ASUD ;

[161108 avis usages de drogues et droits de l'homme a5 0.pdf \(cncdh.fr\)](#)

³³ Cf. repères juridiques – annexe 2.

- l'échange à propos des consommations/usages et le soutien motivationnel (écoute active – cf. encadré p. 40), *counseling*³⁴, entretien motivationnel (cf. encadré ci-dessous...) ;
- les méthodologies et outils d'intervention en prévention et RdRD (animation d'activités socio-éducatives...).

Pour les professionnels de santé, lorsqu'ils sont présents, des formations spécifiques peuvent être proposées concernant notamment :

- les outils de diagnostic des addictions et d'évaluation des consommations/usages et des risques encourus ;
- les traitements et les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses de l'addiction ;
- l'éducation thérapeutique du patient en addictologie (cf. encadré ci-dessous).

L'entretien motivationnel

« Il s'agit d'une méthode d'entretien centré sur la personne qui part du principe que le changement ne peut venir que d'elle-même. Il a pour but de susciter ou renforcer la motivation au changement et d'amener la personne à trouver ses propres ressources.

Il permet à la personne de repérer ses ambivalences vis-à-vis de ses consommations ou comportements à risque, de faire émerger ce qui pose problème et de mettre en œuvre les changements adaptés (40). »

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)

« Le RPIB est un outil de prévention à destination de professionnels dont l'objectif est de repérer les consommations de substances psychoactives à risque chez les patients et usagers qu'ils accompagnent afin de tendre vers une diminution de ces consommations. Il se décline en deux étapes :

- le **repérage précoce** consiste à évaluer les consommations à risques, en dialoguant avec la personne accompagnée et en recueillant ses consommations (quantités, fréquence) ou à l'aide de questionnaires standardisés ;
- l'**intervention brève** se déroule uniquement lorsque l'étape précédente révèle des consommations à risque. Elle consiste à motiver un changement de comportement, s'appuie sur l'entretien motivationnel, apporte les informations nécessaires, tout en respectant les choix et l'ambivalence de la personne.

Le RPIB dure entre 5 et 20 minutes et peut se réaliser à plusieurs reprises auprès d'une même personne³⁵. »

³⁴ « La notion de *counseling* fait référence à un ensemble de pratiques très diverses qui consistent à orienter, à aider, à informer, à soutenir, à traiter. À l'origine axée sur l'orientation professionnelle, cette notion est actuellement souvent confondue avec celle de psychothérapie, car elles recouvrent, dans certains cas, des réalités très proches. Il semble communément admis, toutefois, que le *counseling* se distingue principalement de la psychothérapie par le fait que ce type d'intervention est centré sur la mobilisation et l'actualisation des ressources et capacités de la personne sans chercher à modifier son organisation psychique, et qu'il est orienté sur la santé et le bien-être plutôt que sur la psychopathologie et les troubles mentaux. Par ailleurs, bien qu'il ne s'agisse pas d'un critère distinctif absolu, l'intervention de *counseling* est souvent plus brève que la psychothérapie » in https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8872132

³⁵ <https://www.grandestaddictions.org/reperage-precoce-et-intervention-breve-rpib>
https://peidd.fr/IMG/pdf/guide_ip_mise_en_page_11.pdf?4789/2d1b5a8e39e8012d0f37e7d6489dc3397bf6d89bhttps://interventionprecoce.ch/wp-content/uploads/2021/02/OFSP-2020-Plan-de-mesure-addictions.pdf

L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

« Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie³⁶. »

La démarche d'ETP présente certains avantages dans l'accompagnement en addictologie (41) :

- elle renforce l'implication de la personne dans son soin ;
- elle améliore la relation soignant-soigné ;
- elle permet la reconnaissance de l'expertise du patient.

Illustration

Les équipes d'un Ehpad privé associatif dont la spécificité est d'accompagner des personnes qui ont eu des trajectoires de vie marquées par la grande précarité et l'errance ont constaté qu'un certain nombre d'entre elles s'alcoolisaient dans les bistrots situés à l'extérieur de l'établissement et qu'elles pouvaient être amenées à développer un trafic d'alcool au sein de l'Ehpad. Ces personnes alcoolisées revenaient en ayant des comportements de violence à l'égard du personnel et des autres résidents qui n'étaient pas adaptés au collectif. L'équipe a fait appel à un partenaire spécialisé dans la réduction des risques et des dommages (RdRD) pour les accompagner. Les aides-soignantes, les infirmières et le médecin coordinateur ont ainsi été formés aux addictions en particulier sur les connaissances et les conséquences des consommations sur le comportement des personnes. Ils ont également été formés à l'entretien motivationnel afin de monter en compétences sur la manière de proposer à la personne de parler de ses consommations, de ses effets indésirables et de trouver une « zone de confort », c'est-à-dire un usage qui lui assure une qualité de vie optimale.

- ➔ Évaluer l'opportunité d'avoir recours à des pairs-aidants³⁷ (travailleurs pairs, bénévoles, associations d'auto-support, patients-experts en addictologie, médiateurs de santé pairs...) ayant une expérience dans le champ de l'addictologie et ayant si possible un profil similaire à celui des personnes accompagnées afin de favoriser l'identification et de maximiser les effets de l'intervention.

³⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patientetp#:~:text=L'%C3%A9ducation%20th%C3%A9rapeutique%20du%20patient%20est%20un%20processus%20continu%2C%20dont,prise%20en%20charge%20du%20patient.

³⁷ https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/12/publication_travail_pair.pdf

➔ Si cela est jugé pertinent, organiser le recours aux pairs-aidants³⁸, en :

- définissant les objectifs de l'intervention par les pairs dans l'accompagnement global proposé par l'établissement/le service. En fonction des besoins identifiés, elle peut se réaliser sous plusieurs formes, comme la participation à :
 - l'élaboration des outils et supports de prévention et de réduction des risques et des dommages adaptés,
 - des interventions individuelles et collectives d'éducation à la santé auprès des personnes accompagnées (pratiques à moindre risque, utilisation du matériel de réduction des risques et des dommages...),
 - des interventions collectives d'entraide ou de soutien (groupes de parole, groupes thérapeutiques, groupes « entourage »...) ;
- sensibilisant l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire au bien-fondé, aux freins et aux leviers de l'intervention par les pairs ;
- définissant le rôle et le statut des pairs-aidants bénévoles et salariés au sein de l'équipe ;

Point de vigilance

Si la structure mobilise des pairs-aidants bénévoles, veiller à définir leur cadre d'intervention, en s'assurant notamment du respect de la confidentialité.

- repérant, sollicitant et, le cas échéant formant des pairs-aidants, en lien avec les partenaires et les représentants des personnes accompagnées.
- proposant des dispositifs de soutien aux pairs-aidants.

► Structurer l'équipe

- ➔ Désigner au sein de l'équipe un (ou des) professionnel(s) ressource(s), en charge d'impulser et d'accompagner, en lien avec l'encadrement, la dynamique autour de l'axe « prévention, repérage et accompagnement des conduites addictives », et notamment :
- d'organiser une veille informationnelle et documentaire sur l'état des connaissances et sur les événements ou manifestations (rencontres, colloques, séminaires, formations...) ;
 - de veiller à la mise à jour régulière des informations concernant les partenaires ;
 - d'assurer l'interface avec les partenaires extérieurs et l'entourage en étant leur interlocuteur privilégié ;
 - de veiller à la cohérence des discours et des pratiques au sein de la structure.

Veiller à ce que :

- le (ou les) professionnel(s) ressource(s) dispose(nt) d'un temps dédié pour mener à bien cette mission ;
 - des modalités de relais soient prévues en cas d'absence ou de départ du (des) professionnel(s) ressource(s).
- ➔ Mettre en place des modalités d'échange entre professionnels, notamment :
- des temps réguliers pour se coordonner en équipe pluridisciplinaire autour des situations individuelles qui interrogent (exemples : positionnement face à une personne pour laquelle des signes d'alerte sont identifiés mais qui refuse d'échanger sur ses consommations/usages, face à une personne qui se présente alcoolisée...) ;

³⁸ <https://fr.calameo.com/read/005544858114749da9a98>

- des temps ponctuels lors de la survenue d'évènements indésirables graves ;
- des réunions pour prendre du recul et réfléchir de façon plus globale sur l'organisation, les règles, les pratiques d'accompagnement liées aux consommations/usages (ex. : réunions thématiques).

Veiller à ce que les modalités définies permettent la participation de toutes les catégories de personnel (notamment celles travaillant en horaires décalés).

► Mettre en place des modalités de soutien à destination des professionnels

- ➔ Mettre en place des modalités de soutien permettant aux professionnels qui le souhaitent d'échanger sur les difficultés rencontrées dans l'accompagnement avec l'intervention d'un tiers extérieur à l'équipe (séances d'analyse de la pratique, groupes de parole...).

Illustration

L'équipe d'un Ehpad privé associatif accompagne depuis quatre ans une personne âgée de 67 ans après un long séjour en psychiatrie visant à stabiliser sa schizophrénie paranoïde ancienne. Elle est sous mesure de protection juridique (tutelle) et elle a peu de moyens financiers au point que sa consommation de tabac initiale (1 paquet par jour) a limité ses dépenses de la vie courante. Un risque majoré d'incendie a été aussi identifié dans sa chambre. Quelques mois après son entrée dans l'établissement, une aide-soignante a abordé la situation de cette personne lors d'une réunion de transmission en équipe pluridisciplinaire. Pour une partie des membres de l'équipe, la situation n'était « pas tenable » et ils ont souhaité qu'elle arrête sa consommation de tabac. Ils ont demandé que le tuteur n'achète plus de cigarettes. Toutefois, les échanges menés entre le médecin, la psychologue de l'Ehpad et l'entourage (frère et représentant légal) ont permis de se mettre d'accord sur un objectif de réduction de la consommation de tabac et non d'arrêt. Au niveau des professionnels, un soutien spécifique a été mis en place grâce à l'instauration d'un groupe d'analyse de la pratique mis en œuvre par un organisme extérieur. Ce groupe a réuni des professionnels volontaires et il a permis de parler collectivement et ouvertement des représentations associées aux consommations de tabac dans l'Ehpad. Cela a suscité un grand intérêt des membres de l'équipe et cela leur a permis de mieux appréhender l'accompagnement de cette personne.

- ➔ En lien avec les services de prévention et de santé au travail et les partenaires de l'addictologie, mettre à disposition des professionnels des informations sur les ressources possibles en termes de prévention, de conseil et de soin concernant leurs propres conduites addictives éventuelles.

Pour aller plus loin

Note de cadrage HAS « Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel »³⁹
Comme indiqué en introduction, les conduites addictives « résultent de l'interaction de facteurs personnels, de facteurs liés à l'environnement dans lequel évolue le consommateur et de facteurs propres à la (aux) substance(s) psychoactive(s). Les facteurs environnementaux, dans lesquels figure le travail, jouent un rôle important dans la prévention ou l'incitation à consommer une substance psychoactive. [...]

Depuis une dizaine d'années, le tabou sur les pratiques addictives en milieu de travail recule et laisse progressivement place à une approche préventive. En effet, alors que ce sujet a longtemps été considéré comme relevant de la vie privée des travailleurs, le monde du travail a une légitimité à s'en emparer, en raison notamment des données épidémiologiques fournies par les baromètres de Santé publique France et la cohorte épidémiologique française Constances montrant que certaines situations professionnelles favorisent les consommations. [...]

³⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/reco441_substances Psychoactives_note_de_cadrage_mel.pdf

Différents types de consommation de substances psychoactives peuvent être individualisés : l'usage de substances psychoactives en milieu professionnel favorisé par de nombreux facteurs (stress et conditions de travail difficiles, normes de convivialité, types de travail exercés...), les usages privés de substances psychoactives ayant des répercussions sur le travail et les polyconsommations.

Pour aller plus loin

Les conduites addictives de la population active – chiffres clés de la cohorte Constances⁴⁰

« LES MÉTIERS EN RELATION AVEC LE PUBLIC : UN RISQUE AGGRAVÉ DE CONDUITES ADDICTIVES

L'exposition professionnelle au public (par exemple : usagers, clients, patients, élèves...) peut générer un risque psychosocial caractérisé par une intense demande émotionnelle au travail (afficher des émotions différentes des émotions réelles, manifester de l'empathie, être à l'écoute des émotions des autres, faire face à l'hostilité ou à l'agressivité, gérer des situations de conflits). Du fait de l'importance grandissante du secteur tertiaire, de très nombreux travailleurs sont exposés à ce risque professionnel (par exemple : métiers de la santé, du commerce, de l'éducation, des services publics...). On constate que :

- chez les hommes, l'exposition stressante au public est associée à des risques augmentés d'usage de tabac, de cannabis et d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) ;
- chez les femmes, l'exposition stressante au public est associée à des risques accrus d'augmenter leur consommation de tabac et de cannabis ainsi que leur consommation hebdomadaire d'alcool. De plus, chez les femmes exposées, il existe un risque au moins multiplié par deux de dépendance à l'alcool ;
- le risque aggravé de consommation de substances psychoactives existe indépendamment de la présence d'autres facteurs de vulnérabilité (souffrance au travail, trouble de l'usage d'alcool) et quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle.

Tous les secteurs d'activités sont touchés mais certains le seraient encore plus, tels que le secteur de la santé chez les femmes et l'éducation pour les femmes et les hommes. »

1.5 S'inscrire dans un réseau territorial de partenaires

- ➔ Définir la stratégie partenariale de la structure dans la durée. En fonction des caractéristiques du public accompagné, des besoins identifiés, ces partenariats peuvent notamment viser :
 - l'accompagnement à la mise en place et à l'évaluation d'une démarche collective institutionnelle de prévention, de repérage et de RdRD (diagnostic partagé, réflexion éthique, travail sur les représentations...);
 - l'accompagnement des professionnels dans la régulation et la sécurisation des consommations/usages présents dans la structure ;
 - la formation et l'appui à la montée en compétences des équipes dans la mise en œuvre de projets de prévention et de RdRD ;
 - le soutien des professionnels ;
 - l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage et l'orientation des personnes qui le souhaitent vers le conseil et le soin en addictologie ;
 - la coordination des accompagnements conjoints ;

⁴⁰ https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=31433

- la mutualisation d'actions avec d'autres structures accompagnant des publics similaires sur le territoire.
- ➔ Organiser des rencontres avec les partenaires spécialisés afin d'échanger sur les missions respectives, modalités d'intervention, besoins et attentes de chacun.
- ➔ Formaliser les coopérations avec les partenaires principaux au moyen du support le plus adapté (charte partenariale, protocole, convention, etc.). Cela comprend notamment la définition :
 - des objectifs poursuivis ;
 - des actions, rôles et engagements de chacun ;
 - des modalités concrètes de la collaboration⁴¹ ;
 - des modalités d'évaluation du partenariat (calendrier, indicateurs quantitatifs et qualitatifs...).
- ➔ Sensibiliser les partenaires du soutien, du conseil et du soin en addictologie aux spécificités du public accompagné et aux obstacles rencontrés dans l'accès et le maintien dans le soin et l'accompagnement (changements de lieux d'accueil/ruptures éventuelles dans l'accompagnement et par conséquent dans le parcours de soin, stigmatisation, discriminations, mauvaises expériences antérieures...).
- ➔ Proposer un soutien de la structure aux partenaires travaillant avec des personnes âgées.
- ➔ Faciliter la rencontre entre les partenaires et les personnes accompagnées, notamment à travers la mise en place de permanences, de consultations avancées⁴² ou de points de contact au sein de l'établissement/du service.
- ➔ Favoriser les échanges entre les partenaires et les professionnels de l'établissement/du service (participation à des réunions de réseaux, visites sur site, temps d'immersion, formations croisées...) afin de favoriser l'interconnaissance.
- ➔ Lorsque le diagnostic partagé (partie 1.1) a montré que d'autres ESSMS accompagnant des publics similaires sur le territoire ont déjà travaillé sur la question des conduites addictives, réfléchir à l'opportunité :
 - d'organiser des temps d'échanges autour des actions menées et des pratiques d'accompagnement, voire des visites sur site ou des temps d'immersion ;
 - de mutualiser des actions de prévention ou de réduction des risques et des dommages.
- ➔ Suivre et évaluer périodiquement les partenariats afin d'ajuster les pratiques de collaboration si nécessaire et d'apprécier l'opportunité de développer d'autres partenariats en fonction de l'évolution des besoins.

⁴¹ Cf. partie 4.2 « Mettre en place des modalités d'accompagnement vers le soin ».

⁴² Les consultations avancées sont obligatoirement assurées par des professionnels de santé, contrairement aux permanences qui peuvent être assurées par des chargés de prévention.

2. Proposer un cadre d'accompagnement protecteur

L'environnement dans lequel les personnes évoluent peut constituer un facteur de risque ou, à l'inverse, un facteur de protection pour l'entrée et l'installation dans les conduites addictives. Dans ce contexte, avant d'organiser des actions de prévention, de repérage et d'accompagnement des conduites addictives, les ESSMS doivent s'attacher à mettre en place un cadre d'accompagnement protecteur en :

- co-élaborant avec les personnes des règles claires et adaptées, s'appuyant sur le cadre juridique ;
- proposant un environnement favorisant le bien-être et la sécurité.

2.1 Établir des règles claires et partagées concernant les consommations/usages

Point d'attention concernant la lecture du document

Les repères juridiques à prendre en compte pour l'élaboration des règles se situent en annexe 2.

- ➔ À partir de l'analyse réalisée dans le cadre du diagnostic partagé, co-élaborer des règles qui :
 - se fondent sur le cadre législatif et réglementaire s'appliquant, le respect des libertés individuelles et des espaces privés ;
 - reposent sur l'évaluation des risques et garantissent la protection des personnes :
 - la liberté reste la règle et la restriction de liberté l'exception⁴³,
 - les règles définies le sont parce qu'elles sont nécessaires à la vie en collectivité⁴⁴.
- ➔ Dans la rédaction du règlement de fonctionnement, veiller en particulier à :
 - rappeler le cadre législatif et réglementaire concernant :
 - la consommation de substances psychoactives licites (tabac, alcool), en décrivant les règles déclinées en interne (substances psychoactives, lieux et occasions visés : espaces fumeurs, repas, moments festifs...),
 - l'interdiction de consommation et de détention de substances psychoactives illicites, en précisant les actions prévues en cas de découverte (remise aux autorités sans mention de leur provenance),
 - l'interdiction des violences, en indiquant qu'elles sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires ;
 - poser l'interdiction des comportements allant à l'encontre des règles de la vie collective (respect des rythmes de vie collectifs, comportement civil à l'égard des autres personnes accompagnées et des professionnels, respect des biens et équipements collectifs...) ;

⁴³ Cf. recommandation « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (chapitre III.2, dédié aux règles de la vie collective).

⁴⁴ *Ibid.*

Point de vigilance

Ce sont les comportements posant problème et non la consommation/l'usage en elle-même/lui-même qui doivent être sanctionnés.

- veiller à prendre en compte à la fois les situations des personnes consommatrices et non consommatrices, notamment des personnes qui cohabitent dans une même chambre/un même appartement ;
- expliquer le sens des règles posées (en se référant au cadre législatif et réglementaire, à la nécessité de respecter les règles de la vie collective...) ;
- énoncer les dispositions prévues en cas de non-respect des règles posées, en encourageant la responsabilité des personnes et en prévoyant des sanctions individualisées, proportionnées et graduées en fonction des dommages causés par les consommations/usages (nuisances, dégradations, violence, trafic...) ;

Point de vigilance

Il convient d'éviter autant que possible les mesures d'exclusion, qui doivent être réservées aux situations les plus graves. Lorsqu'une mesure d'exclusion est décidée, notamment en cas de violences commises sur les autres personnes accompagnées ou sur les professionnels, privilégier les mesures d'exclusion temporaire.

- transcrire les règles de façon claire et adaptée à l'âge et aux profils des personnes accompagnées, afin de favoriser leur compréhension et leur appropriation.

Pour aller plus loin

Recommandation ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (chapitre III.2)

- ➔ Veiller à ce que les règles concernant les consommations/usages intégrées au règlement intérieur destiné aux professionnels soient en concordance avec les règles posées par le règlement de fonctionnement destiné aux personnes accompagnées.
- ➔ Réévaluer périodiquement ces règles, au minimum au moment de l'actualisation du projet d'établissement/service, afin de les adapter à l'évolution de la loi et des consommations/usages des personnes accompagnées.

Lorsque la consommation d'alcool était précédemment interdite par la structure :

- ➔ Afin de se conformer au cadre législatif et réglementaire, mettre en place une démarche visant à lever l'interdiction de la consommation d'alcool
- ➔ Afin d'accompagner l'évolution des pratiques et des organisations, en lien avec un partenaire du secteur de l'addictologie si nécessaire :
 - sensibiliser et s'assurer de l'engagement des différents acteurs (administrateurs, direction, professionnels, bénévoles, personnes accompagnées et entourage) ;
 - réaliser un état des lieux préalable formalisé des consommations/usages et des difficultés rencontrées ;

- co-construire avec les personnes accueillies et leurs représentants des lieux, des moments et des modalités de consommation/usage compatibles avec les enjeux de sécurité et de protection des personnes ;
- établir et communiquer un plan d'action permettant de planifier et d'officialiser les étapes du changement et de modification de fonctionnement ;
- prévoir une phase de test ou une période d'essai avant l'adoption définitive de nouvelles pratiques / règles / interventions permettant leur adaptation et un éventuel retour en arrière
- organiser l'évaluation de ces nouvelles dispositions (calendrier, indicateurs permettant d'objectiver les effets des nouvelles pratiques et organisations mises en place).
- réajuster si besoin, ces nouvelles dispositions en fonction de résultats de l'évaluation

L'accueil et l'accompagnement des consommations d'alcool

Plusieurs dispositifs d'accueil et d'accompagnement des consommations d'alcool existent dans les ESSMS.

— Délivrance d'alcool

Certaines structures mettent en place une délivrance individuelle d'alcool. Cette action peut être enclenchée suite au repérage d'un risque particulièrement aigu chez une personne accompagnée. Les modalités de cette délivrance doivent être formalisées avec la personne accompagnée et limitée dans l'espace et dans le temps en fonction de l'évaluation des besoins de la personne et de la disponibilité des professionnels. La délivrance individuelle d'alcool doit être accompagnée par un partenaire spécialisé ou une équipe mobile du secteur addictologique.

— Accueil avec alcool et organisation de temps collectifs

À travers son règlement de fonctionnement, une structure peut choisir d'autoriser la consommation d'alcool en son sein. Si certaines structures choisissent de limiter cette consommation aux lieux privatifs, d'autres choisissent d'autoriser également la consommation d'alcool dans les lieux collectifs afin de pouvoir ouvrir la discussion et faciliter l'échange avec des personnes accompagnées potentiellement en difficulté pour aborder leur dépendance. Des temps de consommation collectifs régulés et encadrés peuvent également être mis en place (organisation de dégustations par exemple), avec l'objectif d'initier un rapport qualitatif à la consommation en décalage avec les usages quantitatifs que peuvent avoir les personnes en difficulté avec l'alcool. Ces actions doivent être élaborées dans un temps et dans un espace limité et en lien avec des professionnels de l'addictologie, qui peuvent être présents lors des temps collectifs, sur le versant de la prévention.

— Co-gestion des consommations

Parmi les dispositifs les plus avancés en matière de réduction des risques et des dommages alcool (RdRDa), les dispositifs de co-gestion sont aussi ceux qui mobilisent le plus de temps, d'énergie et de professionnels dans les structures. Ils permettent d'avoir un réel dispositif de régulation des consommations au niveau institutionnel. Les actions de co-gestion se démarquent par leur régularité (plusieurs fois par jour à heure régulière), mais aussi, dans la mesure du possible, par un espace dédié dans la structure permettant le développement d'outils de RdRDa de façon quotidienne (sécurisation des boissons et des usages, utilisation de verres, consommation régulée dans le respect des règles, lien avec les professionnels). L'objectif est de limiter à la fois les risques liés aux alcoolisations massives à l'extérieur de la structure (chutes par exemple) et les risques potentiellement mortels liés aux sevrages brutaux. Le lien avec un service d'addictologie ou une équipe mobile d'addictologie spécialisée est indispensable dans la construction d'un dispositif de co-gestion. Enfin, il est important de souligner l'importance de formaliser les modalités du dispositif de co-gestion (via la rédaction d'une charte relative au bon déroulement des temps de co-gestion par exemple).

2.2 Proposer un environnement favorisant le bien-être et la sécurité des personnes

- ➔ Veiller à l'instauration et au maintien de relations de qualité facilitant l'apaisement, la confiance, le lien, le dialogue entre les intervenants et les personnes accompagnées à travers notamment :
- l'adoption d'un langage, de postures et de pratiques respectueux et bienveillants ;
 - l'adoption de pratiques tenant compte des psychotraumatismes⁴⁵ ;
 - la prise en compte et le respect de la diversité linguistique et culturelle des personnes accompagnées.

Point de vigilance

Outre les éventuelles barrières linguistiques (difficultés d'expression/de compréhension), il est important de prendre en compte le fait que les personnes accompagnées peuvent avoir, en fonction de leurs origines et de leurs parcours, différents rapports aux consommations/usages et/ou différents rapports au soin.

- ➔ Dans les établissements et services proposant un accueil collectif, veiller parallèlement, en lien avec les instances de représentation des usagers, à l'instauration et au maintien de relations apaisées entre les personnes accompagnées, à travers notamment :
- l'aménagement d'espaces de rencontre, de partage et d'échange ;
 - la mise en place d'espaces de régulation et/ou le recours à des approches de médiation (par exemple, la médiation par les pairs) pour résoudre les conflits (par exemple entre personnes consommatrices et non consommatrices).
- ➔ Veiller à proposer aux personnes accompagnées des activités variées (activités culturelles, sportives...) favorisant la création de liens sociaux et de lutte contre l'isolement et l'ennui, propices aux consommations/usages.
- ➔ Dans les établissements, offrir un cadre de vie sécurisé et de qualité, en veillant notamment :
- à l'entretien et au confort des locaux ;
 - au bon fonctionnement du matériel mis à disposition des personnes accompagnées ;
 - à la possibilité pour les personnes de bénéficier d'un espace personnel et de le personnaliser ;
 - au respect du droit à l'intimité et à la vie privée des personnes ;
 - à la préservation de la dignité des personnes.
- ➔ Mener une réflexion avec les personnes sur les espaces de consommation de tabac, et notamment sur :
- l'emplacement des « zones fumeurs » à l'extérieur de la structure (cf. enjeu de sécurité) ;
 - l'attribution des appartements collectifs le cas échéant (en lien avec l'enjeu du tabagisme passif).

Réfléchir à la possibilité de mettre en place des espaces de consommation distincts pour les professionnels et pour les personnes accompagnées

⁴⁵ Les pratiques d'accompagnement tenant compte des traumatismes (*trauma-informed practice*) permettent d'améliorer les relations avec les personnes accueillies, de ne pas minimiser ou réactiver un trauma vécu et de faciliter le cas échéant l'adhésion et le maintien dans l'accompagnement. Il ne s'agit pas de pratiques thérapeutiques mais de principes permettant de guider les pratiques, les postures et les organisations des structures travaillant avec des publics susceptibles d'avoir subi des psychotraumatismes. Pour plus de renseignements sur le psychotrauma et les pratiques tenant compte des traumatismes : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf

- ➔ Afin de ne pas contribuer à la banalisation de la consommation de substances psychoactives licites (tabac, alcool) et en particulier de « dénormaliser » le tabagisme, mener une réflexion en équipe sur la consommation partagée avec les personnes (pause cigarette, moment convivial...).

Point de vigilance

Les effets du tabac sont sous-estimés par un certain nombre de professionnels, et la consommation de tabac peut leur apparaître comme « un moindre mal » au regard des autres problématiques auxquelles ils sont confrontés.

Afin de ne pas banaliser les consommations/usages, il convient pour les professionnels d'être vigilants à la fois dans leurs comportements et dans leurs discours.

3. Repérer et co-évaluer les conduites addictives afin de co-définir un accompagnement adapté aux besoins et aux souhaits de chaque personne

Comme indiqué précédemment, les conduites addictives sont abordées la plupart du temps sous l'angle du curatif et de l'orientation vers le soin, et souvent à l'occasion d'une crise ou d'une situation aiguë (violence, agressivité, trafic...). La question des conduites addictives tend à être réduite à la gestion des conséquences des troubles de l'usage, au détriment d'une approche d'écoute, de compréhension de la situation (au-delà des risques et des dommages, quels sont les motivations et les bénéfices que la personne tire de ses consommations/usages ?) et d'accompagnement, pourtant nécessaire pour rendre possible le dialogue autour des conduites addictives.

Sur le plan individuel, l'enjeu pour les ESSMS est tout d'abord d'aborder systématiquement la question des conduites addictives dès le processus d'accueil, en favorisant la mise en place d'un dialogue avec la personne, quelle que soit sa situation.

L'enjeu, ensuite, est de repérer les conduites addictives, en interrogeant systématiquement l'existence éventuelle de consommations/usages dans le cadre du volet santé du projet personnalisé, au minimum lors de son élaboration et de ses actualisations, mais aussi en étant attentifs aux signes d'alerte tout au long de l'accompagnement et en particulier lors des moments de vulnérabilité (cf. changement de lieu de vie, deuil...).

Lorsque des conduites addictives sont effectivement évoquées, il s'agit pour la structure de co-évaluer la situation avec la personne en interne, afin d'identifier les besoins d'accompagnement, puis de co-définir :

- des objectifs d'accompagnement adaptés, tenant compte des capacités et des souhaits de la personne ;
- les actions à mettre en place pour les atteindre, en interne et en lien avec les partenaires.

3.1 Aborder les conduites addictives lors du processus d'admission et d'accueil

➔ En amont de l'accueil d'une nouvelle personne dans la structure, interroger systématiquement dans le cadre des temps de présentation et d'échanges organisés avec les référents de la structure qui accompagnait précédemment la personne le cas échéant :

- la question des conduites addictives (consommation de substances psychoactives, usage de jeux d'argent et de hasard) ;
- les évaluations précédemment réalisées ;
- les actions précédemment mises en place le cas échéant afin de garantir la continuité de l'accompagnement.

Prendre connaissance notamment du projet personnalisé (volet santé en particulier).

➔ Lors du processus d'admission et d'accueil, présenter explicitement à la personne les règles concernant les consommations/usages ainsi que les modalités d'aide ou d'accompagnement proposées. Expliquer à la personne :

- qu'elle peut s'exprimer librement sur ses consommations/usages ;
- que l'équipe est disponible pour l'écouter et l'accompagner ;

- que ses consommations/usages ne remettent pas en cause son accueil et son maintien dans la structure mais qu'ils seront amenés à être travaillés dans le cadre de son accompagnement.
- ➔ Dans le cadre du recueil des habitudes de vie réalisé, aborder et recueillir les habitudes de la personne concernant la consommation de substances psychoactives et l'usage de jeux d'argent et de hasard.

3.2 Repérer les conduites addictives et co-évaluer la situation des personnes

- ➔ Dans le cadre de l'évaluation globale de la situation réalisée en amont de l'élaboration du projet personnalisé, interroger systématiquement auprès de la personne :
- l'existence de conduites addictives actuelles ou passées chez la personne ;
 - les pratiques et contextes de consommation/d'usage (consommation collective ou individuelle...) ;
 - l'existence de risques dans l'environnement de la personne :
 - consommations/usages éventuels de l'entourage familial et amical, impacts et risques pour la personne (exemples : consommation/usage en présence de la personne accompagnée, conflits...) ;
 - éléments d'inquiétude/risques liés au quartier .
- ➔ D'une façon générale, dans le cadre des échanges avec la personne sur ses conduites addictives, favoriser l'instauration d'un lien de confiance, à travers notamment :
- le rappel des règles liées au partage d'information à caractère secret et l'attention portée aux données utiles et à celles dont le partage pourrait comporter un risque pour la personne ;
 - l'adoption d'une posture de non-jugement et d'un langage neutre vis-à-vis des consommations/usages ;
 - l'adoption d'une attitude empathique, attentive aux risques et dommages encourus et tenant compte des effets recherchés et des fonctions des consommations/usages pour la personne ;
 - l'utilisation de techniques d'entretien centrées sur la personne, telles que l'entretien motivationnel et l'écoute active (cf. encadré ci-dessous) ;
 - la prise en compte des troubles de la mémoire ou le déclin cognitif ;
 - le respect de la dignité de la personne ;
 - le recueil et la prise en compte des objectifs de la personne concernant ses consommations/usages.

L'écoute active

« L'écoute active repose sur des attitudes de la part de l'écouter comme :

- la « congruence », c'est-à-dire l'authenticité de l'écouter, la cohérence entre le ressenti et ce qui est exprimé ;
- la « considération positive inconditionnelle » se manifestant par une attention chaleureuse, de l'estime ;
- la « compréhension empathique », impliquant une attitude de non-jugement au travers de laquelle le professionnel essaie de se sentir à l'intérieur du monde de l'autre.

L'écoute active s'appuie sur différentes techniques :

- le questionnement permet de faire émerger et préciser les faits (ce qui a été vu, entendu, ressenti, expérimenté), l'émotion (ce qui a été ressenti et éprouvé) et l'opinion (ce qui est pensé, réfléchi) ;

- la reformulation consiste à redire sous une autre forme les termes employés par la personne. Cette technique permet de clarifier, de comprendre et/ou de valoriser la pensée ou le témoignage d'une personne ;
- les questions ouvertes permettent de faire émerger les préoccupations de la personne ;
- la valorisation permet, par des déclarations régulières d'appréciation et de compréhension, de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi ;
- le résumé permet de montrer à la personne l'attention qui a été portée à ses propos, de les lier entre eux ou de les renforcer » (42) (43).

Point de vigilance

Il est important pour les professionnels d'être attentifs à :

- la stigmatisation et aux discriminations que peuvent subir les personnes consommatrices et soutenir la défense de leurs droits, avec l'aide si nécessaire de ressources d'aide et de conseil juridique ;
- la stigmatisation et les discriminations que peuvent subir les personnes non consommatrices ;
- aux différentes représentations que peuvent avoir les personnes sur les substances psychoactives, les usages et le soin, en lien avec leurs origines culturelles.

➔ Lorsque des conduites addictives sont évoquées, et afin de déterminer les actions à mettre en place, co-évaluer avec la personne :

- la nature de ses consommations/usages actuels ou passés ;
- ses modes et contextes de consommation/d'usage (fréquence, lieu, moment de la journée, usage solitaire ou collectif, etc.) ;
- ses motivations et les bénéfices tirés de ses consommations/usages (plaisir, partage, appartenance à un groupe, apaisement, mieux-être...) ;
- les risques et les dommages⁴⁶ liés à ses consommations/usages, tels que :
 - l'impact des consommations/usages sur l'état de santé physique et mentale,
 - les risques liés aux modes et aux contextes de consommation/usage (chutes, blessures, accidents, violences...).
 - les impacts sur la situation personnelle (budget, liens sociaux, etc.),
 - les impacts sur les relations avec l'entourage ;
- les éventuelles démarches antérieures effectuées et les professionnels impliqués dans cet accompagnement ;
- ses souhaits par rapport à ses consommations/usages ;
- si elle prend la décision de modifier sa consommation/son usage, ses compétences et ressources pour le faire, ainsi que ses éventuelles craintes par rapport au manque.

La co-évaluation peut s'appuyer sur des outils de repérage des **troubles de l'usage** destinés à être auto-administrés⁴⁷. Ils peuvent être utilisés comme des supports pour échanger sur les consommations/usages par l'ensemble des professionnels de l'accompagnement et pas uniquement par des professionnels de santé (contrairement aux questionnaires hétéro-administrés).

⁴⁶ Voir encadré, page 13.

⁴⁷ À titre d'exemples, les outils suivants ont été validés en population générale : AUDIT-C (alcool), CAGE-DETA (alcool), test de Fagerström (tabac), test de Horn (tabac), DAST-20 (tous produits sauf alcool et tabac), etc. Par ailleurs, un outil spécifique a été validé pour les personnes âgées : ECAB (médicaments).

Point de vigilance

Les questionnaires standardisés ne se suffisent pas à eux-mêmes. Il est nécessaire d'être vigilant :

- à l'adaptation du questionnaire au regard du profil de la personne (à titre d'exemple, il n'est pas forcément pertinent de se focaliser sur la question des quantités face à une personne qui a une longue trajectoire de consommation/usage, il est plus pertinent de s'interroger sur les répercussions sur sa vie quotidienne) ;
- aux effets que la passation peut avoir sur la personne (peur, appréhension, inhibition...).

Point de vigilance

Souvent banalisée par les professionnels, parce que ses risques sont sous-estimés et parce que ses conséquences posent moins de problèmes dans le cadre de l'accompagnement (par opposition aux nuisances et aux violences qui peuvent être engendrées par les consommations d'alcool ou de substances psychoactives illicites), la consommation de tabac mérite néanmoins d'être systématiquement interrogée et, le cas échéant, de faire l'objet d'un échange avec les personnes concernées.

Si la personne concernée accepte d'échanger à propos de ses consommations, il peut être pertinent de co-évaluer avec elle son rapport au tabac et son degré de dépendance physique à l'aide d'auto-questionnaires validés (ex. : test de Fagerström⁴⁸, test de Horn⁴⁹) afin d'envisager les alternatives à la cigarette pouvant lui être proposées et d'évaluer l'opportunité de l'orienter vers un professionnel de santé.

- ➔ Lorsque la structure dispose de professionnels de santé, et à l'occasion des examens médicaux réguliers qui ont lieu au moins une fois par an et lors des transitions du parcours de vie (retraite, veuvage, changement de lieu de vie, décès des proches, etc.), intégrer l'évaluation des conduites addictives en :
 - s'appuyant éventuellement sur des outils d'évaluation standardisés hétéro-administrés⁵⁰, pour les professionnels formés ;
 - interrogeant les antécédents douloureux, les troubles cognitifs, les comorbidités psychiatriques, les comorbidités médicales ainsi que les antécédents psychosociaux (soutien familial et social) ;
 - interrogeant de façon spécifique la question des traitements médicamenteux, et en particulier :
 - l'observance du/des traitement(s) pris, les ordonnances venant de plusieurs médecins, l'origine des différentes prescriptions ainsi que l'usage de médicaments en vente libre et de médicaments de relais ;
 - le rapport bénéfices/risques des prescriptions médicamenteuses pour les personnes. En Ehpad, il peut être réalisé par le médecin coordinateur en lien avec le médecin traitant.
- ➔ Veiller à ce que les modalités d'évaluation et les outils éventuellement utilisés soient adaptés aux difficultés éventuelles des personnes et à leurs inquiétudes, y compris celles liées à la stigmatisation. À titre d'exemples, les modalités d'évaluation peuvent être adaptées en :

⁴⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf

⁴⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_horn.pdf

⁵⁰ À titre d'exemples, les outils suivants ont été validés en population générale : FACE (alcool), POMI (mésusage médicamenteux), ASSIST (tous produits), etc. Par ailleurs, un outil spécifique a été validé pour les personnes âgées : STOPP/START (médicaments). Afin d'évaluer l'opportunité d'utiliser ces outils, la passation peut être précédée de la passation de l'outil MMS, qui permet de dépister des troubles cognitifs légers induits par les consommations.

- utilisant des images pour interroger la connaissance et la désignation des différentes substances psychoactives par la personne et en utilisant ces mots lors de l'évaluation ;
 - utilisant des objets (verre, bouteille, canette...) plutôt que des unités de mesure (cl, dl...) pour interroger les quantités consommées ;
 - utilisant des repères temporels précis pour retracer les épisodes de consommations/usages (par exemple : « avez-vous bu/fumé aujourd'hui ?... et hier ?... ») ;
 - proposant des grilles d'auto-observation (semainier, carnet de bord des consommations/usages...).
- ➔ Évaluer pour chaque situation les modalités pertinentes d'information et d'association des proches⁵¹ de la personne accompagnée en tenant compte notamment :
- des mesures de protection éventuelles ;
 - de la capacité des proches à participer à l'accompagnement et des effets anticipés de leur participation éventuelle ;
 - du souhait exprimé par la personne accompagnée elle-même.
- ➔ Que des conduites addictives aient été évoquées ou non dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé, être vigilant tout au long de l'accompagnement, et en particulier lors de certains moments de vulnérabilité (retraite, veuvage, changement de lieu de vie, décès de proches, etc.), aux signes⁵² qui peuvent être des indices d'un trouble de l'usage notamment lorsqu'ils sont associés et/ou récurrents, tels que :
- les manifestations physiques (pupilles dilatées, yeux rouges ou brillants, haleine alcoolisée, doigts jaunis, bouche sèche, tremblements, chutes, traces d'injection, perte de poids inexplicable et soudaine ou à l'inverse prise de poids...) ;
 - les manifestations comportementales (euphorie, pics d'énergie, ou à l'inverse fatigue, somnolence, apathie, agitation, panique, agressivité, sautes d'humeur, désorientation...) ;
 - les changements de comportement (isolement/repli sur soi, et notamment mise en retrait des activités habituellement appréciées et/ou des habitudes sociales et familiales, mensonges, attitudes manipulatrices...) ;
 - les propos incohérents, décousus ou délirants ;
 - la préoccupation ou l'évocation récurrente des substances psychoactives/jeux ou encore la fréquence à laquelle la personne demande qu'on lui achète ou qu'on lui serve de l'alcool ;
 - les problèmes financiers (achats importants de substances psychoactives ou de jeux et négligence d'autres postes budgétaires (hygiène, course...), emprunts d'argent fréquents ou demandes d'avances ; alternance entre manque d'argent et disponibilité d'argent ; conflits avec d'autres personnes à cause de l'argent...) ;
 - les observations faites dans le logement/la chambre, comme :
 - la présence de substances psychoactives (nombre important de bouteilles d'alcool par exemple) ou de matériel de consommation/d'usage,

⁵¹ L'article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) a introduit dans le CASF une définition de ce qu'est un « proche aidant » auprès d'une personne âgée : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » (Art. L. 113-1-3 du CASF.)

⁵² <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-804-03F.pdf>

<https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2016/02/Mieux-Connaitre-les-Droques-pdf.jpg>

- la présence d'un nombre important de boîtes de médicaments et/ou un désordre apparent dans la gestion des médicaments,
- une négligence apparente (présence d'objets cassés, de mégots par terre...),
- des traces et/ou des taches (brûlé ou alcool) sur le mobilier.

Points de vigilance

- Il est important que ces observations soient partagées au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elles peuvent être complétées par les observations de l'entourage⁵³.
- Certains des signes cités peuvent avoir des causes autres qu'un trouble de l'usage (difficultés liées au handicap, difficultés ponctuelles liées à un événement...).
- Certains des signes cités peuvent être dus non pas à une consommation/un usage mais à un manque (exemples : tremblements, sueurs, angoisses, délires de persécution, hallucinations...). Ces signes varient en fonction de la substance psychoactive concernée.

Point d'attention concernant la lecture du document

Pour les situations de consommation aiguë, voir partie 5.2 « Gérer les situations problématiques ».

- ➔ Lorsque des conduites addictives ou des signes d'alerte ont été repérés, organiser un temps d'échanges individuel avec la personne pour ouvrir le dialogue, notamment :
- en identifiant dans l'équipe le professionnel le mieux placé pour initier cet échange (relation privilégiée, lien de confiance...) ;
 - en choisissant un moment propice, un espace adapté et confidentiel ;
 - en exprimant à la personne les préoccupations de l'équipe et en recueillant son avis sur ces observations ;
 - en lui rappelant la possibilité de se faire accompagner ;
 - en lui laissant le temps et le choix d'exprimer ou non une demande, et en proposant éventuellement une rencontre ultérieure pour évoquer de nouveau le sujet ;
 - en lui demandant, si elle le souhaite, que ce sujet soit abordé avec son entourage⁵⁴.

Point de vigilance

Lors de l'échange, veiller à prendre en compte les freins à l'évocation des conduites addictives liés aux craintes que peuvent avoir les personnes, au statut légal des substances psychoactives ou à la stigmatisation dont peuvent être victimes les personnes consommatrices.

⁵³ Par entourage on entend : le (ou les) proches aidant(s), la famille, la personne de confiance, le représentant légal, etc.

⁵⁴ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

3.3 Co-définir les objectifs de l'accompagnement et les moyens à mettre en œuvre

- ➔ Co-définir les objectifs de l'accompagnement dans le cadre du volet santé du projet personnalisé avec la personne, et avec son représentant légal le cas échéant.

En fonction de l'évaluation menée, il peut s'agir de permettre à la personne :

- d'avoir accès à l'information, à l'évaluation et au conseil ;
- d'être soutenue dans une démarche de changement/d'arrêt des consommations/usages ;
- d'organiser et de sécuriser ses consommations/usages en présence de pratiques de consommation/usage à risque ou d'un trouble de l'usage ;
- d'accéder aux services de soin et d'accompagnement en addictologie.

Dans l'élaboration des objectifs, veiller à prendre en compte :

- les capacités de la personne accompagnée ;
 - la balance bénéfices/risques des consommations/usages ;
 - la temporalité de l'accompagnement.
- ➔ Lorsque cela est possible, laisser le temps à la personne de construire sa demande et d'engager un changement. Soutenir sa « mise en projet », notamment à travers des approches motivationnelles.
 - ➔ Co-définir, en fonction des objectifs fixés, les actions à mener.

Pour cela, présenter à la personne et, si elle le souhaite, à son(ses) proches aidant(s) (cf. page 40) et à son représentant légal le cas échéant les actions pouvant être mises en place en interne et/ou avec les partenaires extérieurs :

- participation à des ateliers collectifs de prévention/promotion de la santé ;
- participation à des activités permettant de pallier l'isolement et le sentiment de solitude : sport, activités culturelles et artistiques... ;
- orientation vers les partenaires spécialisés pour la mise en place d'un accompagnement individuel ;
- participation à des ateliers d'éducation aux pratiques à moindre risque proposés ;
- définition d'un cadre personnalisé de sécurisation des consommations...

4. Mettre en œuvre des actions dans la structure à partir des besoins repérés dans les projets personnalisés d'accompagnement

À partir des besoins identifiés dans le cadre du diagnostic partagé et dans le cadre de l'élaboration des projets personnalisés des personnes accompagnées, l'enjeu pour les ESSMS est de mettre en place des modalités d'accompagnement adaptées, en lien avec les partenaires spécialisés du territoire. Il peut s'agir de :

- développer des actions de prévention destinées à renforcer les aptitudes des personnes, adaptées à leur âge et à leurs difficultés éventuelles ;
- mettre en place des modalités d'accompagnement et de coordination permettant de faciliter l'accès au soin et le maintien dans le soin pour les personnes qui le souhaitent ;
- mettre en place des modalités de sécurisation des consommations afin de limiter les risques et les dommages pour les personnes qui ne veulent pas/ne peuvent pas s'arrêter de consommer.

4.1 Mettre en œuvre des actions de prévention pour renforcer les aptitudes des personnes

► Co-construire des actions de prévention/promotion de la santé

- ➔ En articulation avec la démarche globale et en fonction des besoins identifiés (cf. partie 1), constituer une équipe projet en :
 - évaluant le besoin de se faire accompagner par un partenaire du secteur de la prévention/promotion de la santé ou de l'addictologie ;
 - associant les personnes accompagnées consommatrices et non consommatrices (selon leur âge) ;
 - associant les pairs-aidants.
- ➔ À partir d'une analyse des besoins et des demandes (cf. diagnostic recommandé dans la partie 1.2), co-définir le public ciblé et les objectifs des actions.

► Identifier des actions adaptées au public ciblé

- ➔ Mettre en place, si besoin avec le concours des partenaires spécialisés, des interventions collectives de développement des compétences psychosociales (cf. encadré ci-dessous), et en particulier les compétences d'auto-régulation, de gestion des émotions et des impulsions, de prise de décision et de résolution de problème.

Les compétences psychosociales

« Les compétences psychosociales ou CPS sont un ensemble de compétences sociales, émotionnelles et cognitives qui ont pour objectifs d'améliorer les relations à soi et aux autres. Facteur clé de la santé, du bien-être et de la réussite éducative et sociale, le développement des CPS est une

piste stratégique encore insuffisamment développée en prévention en santé publique, en éducation et en action sociale. Mises en avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès les années 80, dans le cadre de la Charte d'Ottawa, les CPS représentent un des cinq axes d'action de la promotion de la santé et une stratégie majeure en prévention (notamment dans le domaine des addictions, de la santé mentale, de la santé sexuelle et de manière générale pour prévenir les conduites à risque). Les CPS sont considérées comme des facteurs génériques de la santé et du bien-être car leur développement permet d'agir sur plusieurs problématiques et d'améliorer la santé globale.

Les compétences psychosociales sont regroupées en trois catégories : cognitives, émotionnelles et sociales.

Les **compétences cognitives** correspondent à :

- la capacité à avoir conscience de soi (qui regroupe de multiples aptitudes comme connaître ses forces et ses faiblesses, s'auto-évaluer positivement...) ;
- la maîtrise de soi (atteindre ses buts, savoir planifier...) ;
- la capacité à prendre des décisions constructives.

Les **compétences émotionnelles** regroupent :

- la capacité à comprendre et identifier ses émotions et son stress ;
- la capacité à réguler ses émotions (afin de ne pas être submergé et de répondre à ses besoins psychologiques) ;
- la capacité à gérer son stress.

Les **compétences sociales** rassemblent :

- la capacité à communiquer de façon constructive ;
- la capacité à développer des relations (entrer en relation, savoir coopérer ou s'entraider...) ;
- la capacité à résoudre des difficultés (savoir et oser demander de l'aide, s'affirmer, résoudre des conflits en trouvant des solutions positives pour soi et les autres...).

Les CPS peuvent se développer tout au long de la vie par l'expérience, les interactions sociales et un apprentissage basé sur une pédagogie expérientielle et positive. Afin de permettre à tous ce développement psychosocial optimal, les CPS peuvent être renforcées par des cycles d'ateliers psychoéducatifs (dénommés programmes ou interventions CPS), et ce dès le plus jeune âge pour optimiser leurs bienfaits⁵⁵. »

- ➔ Mettre à disposition des informations claires et accessibles sur les conduites addictives, les messages de prévention, les pratiques à moindre risque et les ressources gratuites d'information, d'aide et de soutien, par exemple à travers l'affichage, la diffusion (vidéos d'information, spots de prévention...) ou la mise en libre-service de supports d'information (flyers, livrets, brochures d'information, outils et questionnaires d'auto-évaluation, supports de présentation des acteurs spécialisés du territoire...).

Veiller en particulier :

- à la sélection de supports d'information adaptés aux profils et aux difficultés éventuelles des personnes accompagnées (cf. difficultés de compréhension éventuelles, maîtrise de l'écrit...) et attractifs ;
- au choix et à l'aménagement de l'emplacement choisi pour proposer ces supports ;
- à l'attractivité des supports ;
- au renouvellement régulier des supports ;
- à l'accompagnement de l'information délivrée (échange/animation autour des supports...).

⁵⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

Point de vigilance

Santé publique France a établi des repères pour la consommation d'alcool⁵⁶, qui sont diffusés dans le cadre de campagnes de prévention en population générale. Ces repères peuvent servir d'éléments de discussion avec les personnes : dans un certain nombre de cas, l'utilisation de ces repères peut contribuer à leur faire prendre conscience de leurs consommations. Néanmoins, les professionnels doivent prendre en compte le profil de chaque personne et son niveau de consommation afin de déterminer la pertinence de les utiliser.

Par ailleurs, il convient d'être vigilants à ce que les personnes comprennent que le respect de ces repères ne supprime pas les risques et les dommages.

➔ Mettre en place, si besoin avec le concours des partenaires spécialisés, des interventions de sensibilisation et d'éducation à la santé (stand, groupe de discussion, session d'information, atelier, temps d'échanges et de rencontre...) abordant les conduites addictives et leur permettant d'acquérir :

- des connaissances relatives à leur santé et leur bien-être ;
- des informations sur les substances psychoactives/les usages (effets indésirables, risques et variabilité selon les individus, stratégies pour les réduire, cadre législatif et réglementaire...) ;
- un regard critique et une prise de recul sur leurs représentations, croyances et valeurs ainsi que sur les influences sociales incitant à la consommation/l'usage ;
- des informations sur les ressources d'aide et de soutien.

► Organiser les interventions collectives

➔ Définir le ou les intervenants pertinents.

- Mobiliser un/des intervenant(s) formé(s) maîtrisant les techniques d'animation de groupes.

En fonction des compétences et de l'expérience disponibles en interne, la préparation et l'animation de l'intervention peuvent être confiées à un (ou des) professionnel(s) de l'équipe formé(s), à un intervenant extérieur spécialisé ou de préférence à un binôme professionnel de l'équipe/intervenant extérieur afin de permettre la montée en compétences et l'autonomisation des professionnels de la structure dans la conduite de l'intervention.

- Lorsque l'intervention est menée par un (ou des) intervenants(s) extérieur(s) :
 - sensibiliser l'intervenant/les intervenants au profil du public accompagné ;
 - favoriser la rencontre préalable entre le(s) intervenant(s) et les personnes accompagnées (temps d'échanges, rencontre individuelle, immersion, participation à des temps collectifs de la structure...) afin de faciliter la participation des personnes et leur mobilisation.

Point de vigilance

L'impact positif des témoignages de pairs anciens consommateurs n'est pas prouvé scientifiquement. Il convient d'être vigilant aux propos tenus, en rencontrant préalablement la personne concernée et en s'assurant du cadre dans lequel elle intervient (personne accompagnée par un partenaire spécialisé, formée, ayant participé à des actions de prévention ou de RdRD...).

⁵⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/de-nouveaux-reperes-de-consommation-d-alcool-pour-limiter-les-risques-sur-sa-sante>

Illustration

Une résidence autonomie a noué un partenariat avec un acteur spécialisé en prévention et réduction des risques et des dommages alcool (RdRDA) afin de former son équipe et de mettre en œuvre des actions de prévention collective. Plus précisément, la responsable de l'animation et l'animatrice ont pu bénéficier d'une formation aux connaissances de base en addictologie. Le partenaire s'est également déplacé dans la structure pour proposer à l'ensemble de l'équipe une sensibilisation autour des pratiques addictives. Ces temps ont permis de faire un recueil des besoins et ont conduit à proposer un temps d'échange supplémentaire pour travailler autour d'ateliers adaptés aux besoins de la résidence. Le partenaire a co-animé avec l'animatrice de la résidence ces ateliers qui ont porté sur les compétences psychosociales, les consommations, la place des consommations dans le collectif.

- ➔ Privilégier une approche structurée par étapes, inscrite dans la durée (programmes, séquences structurées à sessions multiples, sur plusieurs années...), avec des objectifs faciles à atteindre pour chaque séance.
- ➔ Définir la composition des groupes/les modalités de participation à l'intervention : intervention destinée à toutes les personnes accompagnées ou uniquement à certaines d'entre elles, participation à l'intervention sur la base du volontariat ou participation obligatoire afin de ne pas stigmatiser les participants, constitution de groupes homogènes en termes d'expérimentation/de consommation/d'usage ou en termes de capacités de compréhension afin de pouvoir délivrer une information adaptée et ciblée, etc.
- ➔ Mettre en place des conditions sécurisantes et favorables à l'apprentissage (lieu dédié, aménagement de l'espace, co-définition des règles de fonctionnement du groupe...).

► Préparer le contenu des interventions collectives

- ➔ Lorsqu'ils existent, privilégier le recours à des approches, des programmes et des outils d'intervention validés scientifiquement⁵⁷.
- ➔ Co-élaborer, avec l'aide des partenaires et des personnes accompagnées, les contenus des séances, les outils et les supports d'animation des séances en veillant à ce qu'ils soient adaptés à leurs capacités (de réflexion, de communication, de conceptualisation, de décision, de mémorisation...).
- ➔ Aborder les conduites addictives à partir de thématiques relatives à la santé globale, la promotion de la santé et du bien-être et pas uniquement à partir des substances/usages et des dangers.
- ➔ Délivrer des informations objectives de manière neutre, non jugeante, non moralisatrice et tenant compte des bénéfices tirés/attendus des consommations/usages.
- ➔ Adapter le discours sur les consommations/usages et les substances/jeux aux codes sociaux et à la situation du public ciblé vis-à-vis des consommations/usages (non-consommateurs, expérimentateurs, usagers occasionnels ou réguliers).
- ➔ Définir les modalités d'évaluation des interventions (calendrier, indicateurs en lien avec les objectifs visés, modalités de recueil, etc.).

⁵⁷ Fondés sur des données probantes, c'est-à-dire reconnus comme efficaces pour atteindre les objectifs visés – cf. portail de Santé publique France.

► Animer les interventions collectives⁵⁸

- ➔ Utiliser des méthodes d'animation interactives, fondées sur l'échange et la participation, permettant aux personnes d'exprimer un positionnement dans un cadre protégé.
- ➔ Partir des représentations, des préoccupations et des connaissances du public.
- ➔ Favoriser la mise en pratique et l'expérimentation (ateliers expérientiels, mises en situation...).
- ➔ Adopter une posture bienveillante et valorisant les potentialités des personnes.
- ➔ Utiliser un langage clair et adapté aux difficultés éventuelles des personnes. Récapituler et répéter les informations, les messages et les consignes pour favoriser leur assimilation.
- ➔ Veiller à adapter le contenu prévu à l'avancée du groupe.
- ➔ Mettre en place des mécanismes de régulation des comportements provocateurs.

► Faire le bilan des interventions collectives

- ➔ Réaliser une évaluation au minimum à l'issue de l'intervention afin de dégager des pistes d'amélioration et d'adaptation des méthodes, des modalités et des outils

Cette évaluation peut être menée avec l'appui d'un intervenant extérieur (laboratoire de recherche, cabinet de consultants...).
- ➔ En cas de reconduction, privilégier autant que possible l'autonomisation des professionnels de la structure dans la conduite de l'intervention.

Pour chaque personne concernée

- ➔ En complément des séances collectives (acquisition de compétences), proposer des temps d'échanges individuels afin de permettre une mise en pratique des compétences et des conseils personnalisés.

4.2 Mettre en place des modalités d'accompagnement vers le soin/le soutien

- ➔ Définir, en lien avec les partenaires spécialisés, les modalités concrètes de collaboration autour des situations individuelles, et en particulier :
 - les modalités de sollicitation ou d'interpellation de part et d'autre : désignation d'un (ou plusieurs) interlocuteur(s) référent(s) dans chaque structure, élaboration des modalités de prise de contact (fiche de liaison, mail, contact téléphonique...) ;
 - les modalités d'orientation des personnes vers les partenaires : réservation de créneaux horaires spécifiques, consultations avancées, possibilité d'accompagner aux rendez-vous si la personne le souhaite, débriefing éventuel avant et après le rendez-vous, etc. ;
 - les modalités de partage de l'information et de coordination renforcée autour des accompagnements communs (réunions de suivi, de synthèse...), sous réserve de l'accord de la personne et dans le respect des règles relatives au partage d'informations à caractère secret.

⁵⁸ Comme indiqué précédemment, en fonction des compétences et de l'expérience disponibles en interne, l'animation de l'intervention peut être confiée à un (ou des) professionnel(s) de l'équipe formé(s), à un intervenant extérieur spécialisé ou de préférence à un binôme intervenant/professionnel afin de permettre la montée en compétences et l'autonomisation des professionnels de la structure dans la conduite de l'intervention.

Pour chaque personne concernée

- ➔ Présenter à la personne les modalités possibles d'accompagnement vers les partenaires spécialisés. Selon son souhait, son autonomie et ses capacités, il peut s'agir :
 - de l'accompagner à sa demande dans sa prise de contact avec les partenaires ;
 - de l'accompagner physiquement lors des premiers rendez-vous afin de faciliter la rencontre, l'expression et la compréhension ;
 - de lui transmettre une liste de ces partenaires ainsi que le nom et les coordonnées d'une personne ressource.
- ➔ Prendre contact avec le partenaire, sous réserve de l'accord de la personne concernée et éventuellement avec elle, et en lien avec les modalités de collaboration globales prévues dans le cadre du partenariat, afin de convenir notamment des modalités de coordination à mettre en place pour articuler les projets individuels et les accompagnements (réunions de suivi, réunions de synthèse – entre professionnels et/ou avec la personne accompagnée, soutien technique...).

Point de vigilance

L'échange se limite aux seules informations utiles à la continuité et à la bonne articulation du projet de soin et du projet d'accompagnement, comme :

- le partage d'inquiétudes ou de signes d'alerte concernant la personne ;
- l'absence de la personne aux rendez-vous et la mise en place de solutions pour y remédier (contact téléphonique, visite au domicile/sur le lieu de vie, sollicitation de l'entourage⁵⁹...) ;
- l'anticipation des changements de situation (sortie de la structure...).

- ➔ Lorsque la structure dispose de professionnels de santé, proposer à la personne et organiser avec le partenaire du soin une coordination médicale (suivi des traitements et des soins, éducation thérapeutique...). À défaut, solliciter le médecin traitant pour ce faire.

Veiller notamment à éviter les changements de professionnels soignants afin de faciliter la relation. Lorsque la personne âgée est atteinte de troubles concomitants (trouble psychiatrique et trouble de l'usage de substances), privilégier un traitement intégré des troubles, c'est-à-dire une prise en soins simultanée par une équipe disposant de la double compétence (ou à défaut par des équipes assurant entre elles une coordination renforcée) plutôt qu'une prise en soins parallèle ou séquentielle.

- ➔ Informer la personne des modalités de coopération définies et des règles de partage d'informations.
- ➔ Après le premier contact, réaliser un suivi, auprès de la personne et/ou du partenaire, afin de s'assurer de la bonne entrée en relation et de s'assurer que l'accompagnement et les soins proposés soient individualisés et adaptés.
- ➔ Tout au long de l'accompagnement, se rendre disponible pour la personne et pour le partenaire, pour faire médiation ou pour soutenir la personne dans la défense de ses droits si nécessaire.
- ➔ Lorsqu'une sortie de l'établissement est prévue, organiser en amont le relais avec le partenaire et la nouvelle structure d'accueil le cas échéant afin de garantir la continuité de l'accompagnement.

⁵⁹ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

4.3 Mettre en place des modalités d'accompagnement des personnes dans la sécurisation de leurs consommations/usages

Pour les personnes ayant des pratiques de consommation à risque et qui ne peuvent/veulent pas s'arrêter (cf. objectifs co-définis en 3.3)

- ➔ Définir, en lien avec les partenaires spécialisés, les modalités susceptibles d'être mises en place pour accompagner les personnes dans la sécurisation de leurs consommations. Il peut s'agir de :
 - délivrer de l'information et des conseils afin de réduire les risques et les dommages liés :
 - aux substances psychoactives consommées : tabac, alcool, médicaments⁶⁰...
 - aux contextes de consommation,
 - à la pratique des jeux d'argent et de hasard ;
 - délivrer du matériel de RdRD comme :
 - des outils d'auto-évaluation : test de Fagerström (tabac), test de Horn (tabac), questionnaire AUDIT-C (alcool), questionnaire CAGE-DETA (alcool), questionnaire ECAB (médicaments), questionnaire DAST 20 (tous produits sauf alcool et tabac)⁶¹...
 - des outils de mesure et d'auto-contrôle : réglettes alcoolémie, éthylotest, gobelets gradués, analyseur de monoxyde de carbone dans l'air expiré⁶²...
- ➔ Mettre en place, si besoin avec le concours des partenaires spécialisés, des interventions collectives permettant aux personnes accompagnées de développer leurs compétences à sécuriser, à réguler ou cesser leurs consommations/usages et à solliciter de l'aide, comme par exemple :
 - des ateliers pratiques permettant de découvrir et s'approprier les outils de prévention et de réduction des risques (substituts nicotiniques, testeur de monoxyde de carbone, réglettes alcoolémie, ...)
 - des groupes de parole/d'expression
 - des groupes d'entraide et de soutien mutuel entre pairs

Pour chaque personne concernée

- ➔ Informer la personne sur les partenaires spécialisés et les actions qu'ils proposent (par exemple en s'appuyant sur des supports d'information présentant leurs missions, coordonnées, horaires, etc).
- ➔ Proposer à la personne de l'accompagner vers ces partenaires si elle le souhaite.
- ➔ Si une mise à disposition de matériel/outils est décidée, organiser les modalités de remise en interne ou par le biais du partenariat, en veillant :
 - à ce que la remise soit réalisée par des intervenants ;
 - à ce que le matériel/les outils soient adaptés à la situation de la personne concernée ;
 - à ce que les modalités de remise favorisent l'échange individuel avec la personne à propos de ses besoins, de ses pratiques de consommation, des risques et des dommages liés, et des moyens de les réduire ;

⁶⁰ Si des consommations telles que cannabis, stimulants (cocaïne, crack...), opioïdes sont repérées, accompagner la sécurisation des modes de consommation : injection, sniff (risques liés au partage).

⁶¹ Cf. outils cités en notes de bas de pages en page 43

⁶² Constituent également le matériel de RdRD : le matériel d'injection (kits et matériel à l'unité : seringues, garrots, filtres...), le matériel de sniff (kits, roule-ta-paille...), le matériel d'inhalation (kits base, feuilles d'aluminium...). Les pratiques d'injection, de sniff, et d'inhalation sont moins courantes pour le secteur des personnes âgées. Mais ce matériel peut être mobilisé si de telles pratiques sont repérées.

- à former la personne à la bonne utilisation du matériel/des outils ;
 - à ce que les principes d'anonymat et de confidentialité soient respectés.
- ➔ Sensibiliser et responsabiliser la personne sur les nuisances éventuellement produites par ses consommations (violence, bruit, dégradation...).
- ➔ Orienter la personne vers les ateliers collectifs de prévention/promotion de la santé, d'éducation aux pratiques à moindre risque ou d'éducation thérapeutique proposés en interne le cas échéant.

5. Suivre la mise en œuvre des accompagnements et gérer les situations problématiques

Tout au long de l'accompagnement, le rôle des ESSMS est de soutenir les personnes dans la mise en œuvre des objectifs co-définis (arrêt, réduction, sécurisation des consommations/usages...), quels qu'ils soient, et quelle que soit l'évolution de leur situation (cf. éventuels épisodes de reconsommations dans les processus d'abstinence).

L'enjeu pour les équipes est également de gérer de façon bienveillante et adaptée les situations problématiques auxquelles elles sont confrontées (consommations ou manque aigus, violences, dégradations...). Cela suppose d'avoir au préalable défini des repères communs concernant l'attitude à adopter :

- sur le moment, mais aussi à distance de l'évènement ;
- auprès de la personne concernée mais aussi auprès des autres personnes accompagnées pour les structures proposant un accueil en collectif.

L'enjeu, enfin, est de réévaluer régulièrement les situations des personnes, dans le cadre de l'actualisation des projets, mais aussi lors des périodes identifiées comme étant « à risques », afin d'adapter si nécessaire les objectifs et les modalités d'accompagnement.

5.1 Soutenir les personnes tout au long de l'accompagnement, quels que soient leur situation et leurs objectifs

➔ Lorsque la personne est en démarche de changement :

- repérer avec elle les moments/évènements et les lieux à risque pendant lesquels elle pourrait être exposée aux substances psychoactives/jeux ;
- prévoir des temps d'entretiens individuels réguliers afin de soutenir sa motivation en valorisant les progrès réalisés et les résultats obtenus.

➔ Lorsque la personne paraît être de nouveau en difficulté avec ses consommations/usages, la soutenir par exemple en :

- la rassurant sur le fait que les épisodes de reconsommations (« rechutes ») dans une démarche d'abstinence peuvent faire partie intégrante du processus de changement ;
- lui proposant de faire le point avec l'ensemble des partenaires impliqués dans son accompagnement, et notamment avec les professionnels du secteur spécialisé afin de réévaluer l'objectif de réduction des risques, ou de sevrage ou d'abstinence qui n'est peut-être pas ou plus adapté ;
- lui proposant un soutien renforcé en interne ou avec les partenaires (entretiens individuels, groupes de parole...) ;
- lui proposant de réinvestir des activités connues comme lui procurant un bien-être, un sentiment d'appartenance ou d'utilité ;
- lui proposant et en co-évaluant l'opportunité d'une orientation vers un dispositif adapté.

Illustration

L'équipe d'un Ehpad privé associatif accompagne depuis quatre ans une personne âgée de 67 ans après un long séjour en psychiatrie visant à stabiliser sa schizophrénie paranoïde ancienne. Elle est sous mesure de protection juridique (tutelle) et elle a peu de moyens financiers au point que sa consommation de tabac initiale (1 paquet par jour) a limité ses dépenses de la vie courante et de « plaisir ». Un risque majoré d'incendie a été aussi identifié dans sa chambre. Les échanges menés entre le médecin, la psychologue de l'Ehpad ainsi que l'entourage (frère et le représentant légal) ont permis de se mettre d'accord sur un objectif de réduction de la consommation de tabac. Ils ont choisi un professionnel « pilote », celui en qui la personne a le plus confiance, afin de l'accompagner dans cette démarche. La personne s'est engagée, en signant un document, à respecter un certain nombre de règles décidées collectivement pour réduire sa consommation. Par exemple, il a été convenu qu'elle pourrait fumer six cigarettes par jour au sein d'un espace dédié. Les premiers temps, elle a eu des difficultés pour les respecter, mais l'équipe l'a soutenue dans sa démarche et elle s'est engagée dans des activités ludiques (cinéma, peinture, collage, découpage, jeux de société) qui lui procurent un bien-être. Elle a également trouvé sa place au sein d'un groupe de personnes âgées dans l'Ehpad, ce qui lui donne un fort sentiment d'appartenance et de cohésion au collectif.

- ➔ **Lorsque la personne a une consommation/un usage actif et n'est pas dans une démarche de changement**, veiller à rester dans une posture d'écoute et d'accompagnement, réévoquer régulièrement les difficultés rencontrées et rappeler ce qui peut être proposé.

5.2 Gérer les situations problématiques

- ➔ **Face à un épisode de consommation ou manque aigu(ë) :**

- en cas d'urgence sanitaire (malaise, coma, tentative de suicide, idées suicidaires...), appeler le SAMU.

En attendant l'arrivée du SAMU, pratiquer si nécessaire les gestes de premiers secours ;

- en l'absence d'urgence sanitaire, offrir en premier lieu une réponse bienveillante et accueillante (mise en sécurité, réassurance, hydratation, soin...).

- ➔ **À distance de l'évènement :**

- reprendre les faits avec la personne concernée selon des objectifs et modalités à définir au cas par cas en fonction des faits et de leurs conséquences (attitudes déplacées à l'égard d'autres personnes accueillies et/ou de professionnels, nuisances...).

Ce temps de reprise peut prendre la forme d'un échange, d'un recadrage par l'éducateur référent ou d'une convocation en vue d'éventuelles sanctions. À cette occasion, il est nécessaire de chercher à comprendre les raisons de l'évènement survenu ;

- évaluer l'opportunité de faire évoluer les objectifs et les modalités d'accompagnement prévus dans le projet personnalisé ;
- organiser un temps d'échanges en équipe sur l'évènement, le contexte dans lequel il est survenu, la manière dont il a été géré et ses effets⁶³.

Il peut être intéressant de solliciter un partenaire spécialisé afin d'avoir un regard extérieur sur la situation.

⁶³ Cf. modalités de soutien aux professionnels recommandées dans la partie 1.4.

- ➔ **Lorsqu'un épisode de consommation problématique a impacté les autres personnes accompagnées :**
 - être vigilant quant aux effets susceptibles d'être provoqués chez les autres personnes accompagnées (sentiment d'insécurité par exemple) et se montrer disponible si nécessaire pour des temps d'échanges individuels ;
 - réfléchir à l'opportunité d'organiser un temps d'échanges collectifs en veillant à ne pas stigmatiser la personne concernée.
- ➔ **En cas de découverte de substances psychoactives illicites/face à la consommation de substances psychoactives illicites :**
 - rappeler systématiquement le cadre législatif et réglementaire qui s'impose à tous afin de ne pas banaliser la consommation, tout en veillant à laisser un espace de dialogue et d'échange afin que la consommation puisse être abordée ;
 - remettre les substances psychoactives trouvées aux autorités sans mention de leur provenance (cf. repères juridiques – annexe 2).

5.3 Suivre et réévaluer l'accompagnement

- ➔ Réévaluer régulièrement la situation au regard des objectifs fixés avec la personne, avec son représentant légal le cas échéant, et avec les partenaires extérieurs le cas échéant, au minimum dans le cadre de l'actualisation du projet personnalisé. Réévaluer plus fréquemment si nécessaire, notamment :
 - si des signes de détérioration de la situation sont repérés (cf. signes d'alerte cités page 40, changements de comportement...) ;
 - en cas de changement important dans la situation de la personne (ex. : changement de lieu de vie...).
- ➔ Lorsqu'aucune consommation/aucun usage n'ont été repérés au moment de l'évaluation initiale, rester vigilant, à l'écoute et réinterroger régulièrement l'existence de consommations/usages dans le cadre de l'actualisation du projet personnalisé.
- ➔ En fonction des besoins identifiés à l'issue des réévaluations, actualiser les objectifs et les actions à mener.

6. Agir auprès de l'entourage

Comme indiqué précédemment, l'environnement dans lequel les personnes évoluent peut constituer un facteur de risque ou un facteur de protection pour l'entrée et l'installation dans les conduites addictives. Dans ce contexte, l'enjeu pour les ESSMS est d'agir sur cet environnement en proposant à l'entourage⁶⁴ des actions de prévention afin de renforcer ses connaissances et ses compétences en lien avec les conduites addictives.

Les ESSMS doivent également soutenir l'entourage lorsqu'il est confronté aux consommations/usages de la personne accompagnée.

6.1 Mettre en place des actions de prévention pour renforcer les connaissances et les compétences de l'entourage

➔ Après évaluation de la situation individuelle, dans la mesure du possible, utiliser les temps de rencontres individuels prévus avec l'entourage⁶⁵ dans le cadre de l'accompagnement pour :

- renforcer ses connaissances concernant les conduites addictives et leur prévention chez les personnes :
 - les modes de consommations/usages, leur évolution et les risques et dommages associés,
 - les facteurs de risque et de protection individuels et environnementaux vis-à-vis de l'entrée dans les consommations/usages et de la transition vers un trouble de l'usage,
 - les signes liés à un trouble de l'usage,
 - les ressources dédiées d'information, de conseil et d'accompagnement (sites internet, numéros verts, ELSA, CSAPA, CJC...) et leurs principes d'accompagnement ;
- renforcer ses compétences et notamment celles leur permettant :
 - d'aborder la question des conduites addictives avec la personne,
 - de renforcer la communication intrafamiliale,
 - de gérer les conflits,
 - de renforcer leur capacité de soutien auprès de la personne.

À titre d'exemple, les visites à domicile constituent une opportunité particulièrement intéressante d'échanger sur les facteurs de risque environnementaux :

- au sein de l'environnement physique : logement (exemple : impact de la présence de bouteilles d'alcool, de boîtes de médicaments, de tabac...) ;
 - au sein de l'environnement social (exemple : consommations/usages éventuels au sein de l'entourage et impact sur la personne accompagnée).
- ➔ Réfléchir à l'opportunité de proposer des temps d'échanges collectifs et de partage en interne entre proches de personnes accompagnées et/ou entre proches de personnes accompagnées et personnes accompagnées (rencontres thématiques, groupe de parole...).

⁶⁴ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

⁶⁵ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

Si des rencontres thématiques ou des groupes de parole spécifiquement consacrés à la question des conduites addictives sont mis en place, veiller à ce qu'ils soient animés par des professionnels formés.

6.2 Accompagner l'entourage confronté aux consommations/usages de la personne

- ➔ Lorsque l'entourage⁶⁶ est confronté aux consommations/usages de la personne, organiser avec ses membres des temps d'échanges dédiés, afin :
 - de recueillir leur avis sur la situation et sur leur positionnement vis-à-vis des consommations/usages de la personne ;
 - d'échanger sur leur positionnement vis-à-vis des consommations/usages des personnes et sur leurs impacts ;
 - de les aider à aborder les consommations/usages (exprimer son inquiétude, ses émotions, nommer les situations perçues...) ;
 - de déconstruire leurs représentations concernant les consommations/usages et leur permettre d'appréhender cette question sous l'angle de la santé, du bien-être ;
 - d'échanger sur les facteurs de risque et de protection liés à l'environnement physique et social de la personne accompagnée ;
 - de favoriser leur implication dans la mise en œuvre de l'accompagnement (accompagnement à certains rendez-vous par exemple) ;
 - d'identifier leurs propres besoins (écoute, soutien, répit, accompagnement dans la gestion de leurs propres conduites addictives le cas échéant).
- ➔ En fonction des besoins identifiés, informer les proches sur les ressources, lieux ressources et groupes de soutien destinés aux familles présents sur le territoire (groupes de parole proposés par les Alcooliques anonymes par exemple), en leur proposant éventuellement de les accompagner et/ou leur proposer de participer aux temps collectifs d'échanges et de partage organisés en interne le cas échéant.

⁶⁶ NB : proches aidants, représentant légal le cas échéant, personne digne de confiance, autres personnes ressources

Table des annexes

Annexe 1. Outil pour la réalisation d'un diagnostic partagé des besoins et des ressources de la structure concernant la prise en compte et l'accompagnement des conduites addictives **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 2. Repères juridiques

63

Annexe 1. Outil pour la réalisation d'un diagnostic partagé des besoins et des ressources de l'ESSMS concernant la prise en compte et l'accompagnement des conduites addictives

Thématiques à évaluer	Moyens/outils mobilisables
Les situations rencontrées au sein de la structure	
→ Consommations/usages repérés parmi les personnes accompagnées par l'établissement/le service <u>Exemples de questionnements :</u> • Quelles sont les différentes substances psychoactives concernées ? – Tabac – Alcool – Cannabis – Opiacés (héroïne...) – Stimulants (cocaïne...) – Médicaments psychotropes – Jeux d'argent et de hasard – Jeux vidéo • Quelles sont la fréquence et l'intensité des consommations/usages ? • Quels sont les contextes de consommation/d'usage (lieu, moment de la journée, usage solitaire ou collectif...) ? • Quelles sont les situations d'urgence/de crise liées aux consommations (malaises, chutes, violences...) ? → Risques et dommages engendrés pour les personnes concernées <u>Exemples de questionnements :</u> • Quelles conséquences les consommations/usages ont-ils sur les personnes concernées (sur la santé physique et mentale, sur la situation sociale, etc.) ? • Le contexte et les modes de consommation (inhalation, ingestion, sniff, injection...) comportent-ils des risques (ex. : partage de matériel de consommation) ? → Difficultés posées par les consommations/usages, risques et dommages engendrés pour les autres personnes <u>Exemples de questionnements :</u> • Pour les structures proposant un accueil collectif, les consommations/usages ont-ils des conséquences sur la vie collective ? Les autres personnes accompagnées (et notamment les personnes qui ne consomment pas) subissent-elles des désagréments (nuisances, agressivité, violences...) ? • Les consommations/usages ont-ils des conséquences sur les professionnels ? Les consommations/usages ont-ils des conséquences sur l'entourage des personnes (cf. personnes vivant au domicile en particulier) ?	• Entretiens avec l'équipe • Comptes-rendus de réunions évoquant ce sujet • Échanges avec les personnes accompagnées • Comptes-rendus des réunions d'expression, du CVS... • Dossiers et projets personnalisés des personnes • Rapports d'incidents/événements indésirables

Les règles concernant les consommations	
→ Contenu des règles en vigueur et conformité au regard du cadre législatif et réglementaire <u>Exemples de questionnements :</u> • Quelles sont les règles en vigueur : qu'est-ce qu'on interdit ? pourquoi l'interdit-on ? • Quel est le cadre législatif et réglementaire qui s'applique au regard du type de structure et du profil des personnes ? • Les règles posées restreignent-elles les droits et les libertés des personnes ? Ces restrictions sont-elles justifiées au regard du profil des personnes (cf. mineurs/majeurs notamment) ? Ces restrictions sont-elles les mêmes pour toutes les personnes accompagnées ? → Modalités d'élaboration des règles et lisibilité <u>Exemples de questionnements :</u> • Comment les règles ont-elles été élaborées ? Ont-elles été coconstruites avec les professionnels ? avec les personnes accompagnées ? • Les règles sont-elles facilement compréhensibles pour les personnes accompagnées ? Font-elles l'objet de temps d'explication ? → Appropriation, application des règles et sanctions <u>Exemples de questionnements :</u> • Les règles sont-elles acceptées et respectées par les personnes ? • Les règles sont-elles acceptées et respectées par les professionnels ? • Quelles sont les sanctions prévues en cas de non-respect ? Sont-elles acceptées par les personnes ? Sont-elles acceptées et appliquées de façon cohérente par les différents professionnels ? Permettent-elles de résoudre les situations ?	• Règlement de fonctionnement • Cadre législatif et réglementaire en vigueur (cf. repères juridiques – annexe 2)
L'accompagnement proposé par la structure	
→ Référence aux addictions, à la prévention, à la RdRD dans le projet de la structure <u>Exemples de questionnements :</u> • Quelles sont les missions de la structure au regard de la prévention, de l'éducation et de l'accompagnement à la santé ? Existe-t-il un volet santé dans le projet d'établissement/de service ? • La question des addictions est-elle abordée dans le projet d'établissement/de service ? dans le projet associatif ? • Cette thématique a-t-elle été abordée dans le cadre des évaluations ? Des objectifs ont-ils été définis dans le cadre des plans d'amélioration de la qualité ? → Critères d'admission et accompagnement proposé au moment de l'accueil <u>Exemples de questionnements :</u>	• Cadre législatif et réglementaire (cf. repères juridiques – annexe 2) • Projet associatif • Projet d'établissement/de service • CPOM • Livret d'accueil • Projets d'actions et bilans éventuels • Rapports d'activité • Protocoles

• <i>Comment la question des conduites addictives est-elle abordée dans le cadre du processus d'admission et d'accueil ?</i> • <i>La structure accepte-t-elle d'accueillir des personnes ayant un trouble de l'usage ?</i> → Actions de prévention et de RdRD déjà mises en œuvre <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>Quelles pratiques d'accompagnement ont été définies au niveau individuel et au niveau collectif, aux différents temps de l'accompagnement, face aux différentes situations susceptibles d'être rencontrées ?</i> - <i>Abord de la question en routine</i> - <i>Repérage et évaluation des dommages liés aux consommations</i> - <i>Accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage</i> • <i>Quels sont les supports utilisés (brochures, affichages, etc.) ?</i> • <i>Comment sont pensés et organisés les espaces de consommation au sein de la structure ?</i> • <i>Quelles sont les actions de prévention et de RdRD menées par la structure ?</i> • <i>Quels sont les professionnels qui participent à ces actions ? Existe-t-il des référents en interne sur ces sujets ?</i> • <i>Ces actions sont-elles évaluées ? Quels sont les résultats de l'évaluation ?</i> • <i>Quels sont les freins et les leviers au sein de la structure pour mettre en place ces actions ?</i> → Protocoles prévus et pratiques en cas de situations problématiques/situations d'urgence <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>La structure a-t-elle élaboré des protocoles pour gérer les situations problématiques (situations d'urgence en particulier) ?</i> • <i>Quelles sont les actions prévues sur le moment et à distance auprès des personnes concernées, des autres personnes accompagnées, des professionnels ?</i> • <i>Les protocoles sont-ils respectés ? Quelles sont les difficultés éventuellement rencontrées dans la gestion des situations problématiques ?</i>	
Le cadre de vie proposé (pour les structures proposant un hébergement)	
→ Qualité de l'environnement physique et matériel <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>Les locaux sont-ils confortables ? conviviaux ? adaptés ? Permettent-ils de sécuriser les consommations ?</i> • <i>La structure propose-t-elle des hébergements collectifs ? Comment se passent les cohabitations ?</i> • <i>La structure est-elle ouverte sur son territoire ? Son implantation permet-elle aux personnes accompagnées d'accéder aux services, aux loisirs... ?</i> • <i>Quels sont les manques/les problématiques éventuels, et quels sont leurs impacts sur les personnes accompagnées ?</i>	• <i>Projet d'établissement/de service</i> • <i>Entretiens avec l'équipe</i> • <i>Comptes-rendus de réunions évoquant ce sujet</i> • <i>Échanges avec les personnes accompagnées</i> • <i>Comptes-rendus des réunions d'expression, du CVS...</i>

→ Qualité de l'environnement social (relations entre les personnes accueillies/entre les personnes et les professionnels) <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>Quelle est la qualité des relations entre les personnes accueillies ? entre les personnes et les professionnels ?</i> • <i>Des actions sont-elles mises en place pour favoriser les liens sociaux ?</i> • <i>Quels sont les manques/les problématiques éventuels, et quels sont leurs impacts sur les personnes accompagnées ?</i>	• Rapports d'évaluations
Les connaissances, compétences et besoins des professionnels	
→ Savoirs sur les addictions <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>Quelles sont les qualifications et les connaissances des différents professionnels sur les conduites addictives, sur les substances psychoactives, sur les risques et les dommages ?</i> • <i>Des formations sur cette thématique ont-elles été mises en place au cours des dernières années ?</i> → Savoir-faire en matière de prévention et de réduction des risques et des dommages <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>Quelles sont les connaissances, les expériences et les compétences disponibles au sein de l'équipe en prévention/promotion de la santé ? Quelles sont celles à développer ?</i> • <i>Quelles sont les connaissances, les expériences et les compétences disponibles au sein de l'équipe en RdRD ? Quelles sont celles à développer ?</i> → Savoir-être/positionnement et postures professionnels vis-à-vis des consommations <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>L'ensemble de l'équipe dispose-t-elle d'un positionnement partagé, d'une culture et d'un langage communs concernant les conduites addictives ?</i> • <i>Existe-t-il des divergences de points de vue et de pratiques ?</i> • <i>Les professionnels ont-ils la possibilité d'échanger régulièrement sur leurs pratiques et sur les difficultés qu'ils rencontrent (réunions thématiques, analyse de pratiques, etc.) ?</i>	• Projet d'établissement/de service • Entretiens avec l'équipe • Comptes-rendus de réunions évoquant ce sujet • Plan de formation
Les savoirs, les besoins et les attentes des personnes accompagnées et de leur entourage	
→ Les savoirs issus de l'expérience des personnes accompagnées <u>Exemples de questionnements :</u> • <i>Quels sont les savoirs issus de l'expérience des personnes consommatrices (concernant les substances, leurs effets, les risques et les dommages, les modalités d'accompagnement possibles, les freins à l'accès au soin...) ?</i>	• Échanges avec les personnes accompagnées • Échanges avec les personnes de l'entourage

→ Les besoins et attentes des personnes accompagnées et de leur entourage <u>Exemples de questionnements :</u> • Quelles sont les situations et les expériences vécues par les personnes concernant les consommations/usages dans la structure ? - Quels sont les besoins et les attentes des personnes concernées par les consommations/usages ? Quels sont les bénéfices et les risques liés à ces consommations/usages ? - Quels sont les besoins et les attentes des personnes non consommatrices ? - Quels sont les besoins et les attentes de l'entourage ? • Quel est le point de vue des personnes accompagnées sur les règles mises en place ? • Quelle est leur appréciation sur les actions de prévention et de RdRD individuelles et collectives proposées par l'ESSMS ?	(représentants légaux en particulier) • Comptes-rendus des réunions d'expression, du CVS...
Les représentations de l'équipe et des personnes accompagnées à propos des conduites addictives	
→ Représentations de l'équipe à propos des conduites addictives <u>Exemples de questionnements :</u> • Quel est le rapport des professionnels aux consommations/usages, aux substances psychoactives ? • Quelle perception ont-ils des bénéfices, des risques et des dommages engendrés par les consommations/usages ? • Quel regard portent-ils sur les personnes consommatrices ? • Connaissent-ils les principes de la RdRD et y adhèrent-ils ? → Représentations des personnes accompagnées à propos des conduites addictives <u>Exemples de questionnements :</u> • Quel est le rapport des personnes accompagnées aux consommations/usages, aux substances psychoactives ? • Quelle perception ont-elles des bénéfices, des risques et des dommages engendrés par les consommations/usages ? • Quel regard portent-elles sur les personnes consommatrices ? • Connaissent-elles les principes de la RdRD et y adhèrent-elles ?	• Échanges avec les professionnels • Échanges avec les personnes accompagnées
Les partenariats mobilisables sur le territoire	
→ Partenariats avec les acteurs de la prévention/promotion de la santé, de la réduction des risques et du soin en addictologie <u>Exemples de questionnements :</u> • Les partenaires du secteur spécialisé (CSAPA, CAARUD...) sont-ils connus ? Quelles actions mènent-ils en termes de prévention et d'accompagnement ? • La structure travaille-t-elle en lien avec ces partenaires ? Des modalités de collaboration ont-elles été définies ? Les partenariats font-ils l'objet de conventions ?	• Annuaires de partenaires • Conventions • Comptes-rendus des rencontres partenariales

- *Comment se passe la collaboration avec les partenaires (accueil des personnes orientées, articulation autour des situations, partage d'informations, etc.) ? Si les partenariats font l'objet de conventions, les termes de ces conventions sont-ils respectés ? La mise en œuvre de ces conventions est-elle régulièrement évaluée ?*
- *Le cas échéant, combien de personnes ont-elles été orientées vers les partenaires ? Comment se sont passées ces orientations ?*
- *Existe-t-il des besoins non couverts en matière de partenariats ?*

→ **Autres partenariats**

Exemples de questionnements :

- *La structure a-t-elle mis en place des partenariats avec d'autres acteurs, notamment les acteurs de la prise en charge psychologique et psychiatrique, avec les professionnels médicaux et paramédicaux de premier recours, avec des réseaux spécialisés, avec les dispositifs et espaces de concertation et de coordination territoriale, avec d'autres ESSMS ayant déjà travaillé la question des conduites addictives... ?*
- *Comment se passe la collaboration avec les partenaires ?*

Annexe 2. Repères juridiques

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux⁶⁷ (ESSMS). Le règlement de fonctionnement⁶⁸ a pour vocation de définir tant les droits de la personne accueillie que les règles nécessaires au vivre ensemble au sein de l'établissement ou du service.

Dans le cadre de politiques publiques de prévention des addictions, des dispositions émanant de la loi peuvent limiter ces droits et libertés en matière de consommation de substances psychoactives.

Consommation de tabac

Une interdiction limitée à certains lieux pour les ESSMS recevant exclusivement des majeurs

Conformément à l'article L. 3512-8⁶⁹ du code de la santé publique, il est interdit de fumer dans les **lieux à usage collectif**. Ces lieux à usage collectif sont précisés à l'article R. 3512-2 du code de la santé publique : il s'agit notamment de tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail.

Sont par exemple concernés par cette interdiction les espaces d'accueil, les salles communes dédiées aux activités, aux loisirs, les salles de restauration, couloirs et autres lieux de passage.

Cette interdiction s'applique aussi bien aux professionnels de l'accompagnement (qu'ils soient salariés de l'établissement ou qu'ils y interviennent à titre libéral) qu'aux personnels administratifs et techniques. Elle s'étend aux personnes accompagnées et à leur entourage ainsi qu'à toute autre personne se trouvant au sein de l'établissement. Le non-respect de cette interdiction expose son auteur aux sanctions prévues à l'article R. 3515-2 du code de la santé publique.

A contrario, l'interdiction de consommer du tabac ne s'applique pas aux **lieux non couverts**, comme un jardin ou une cour.

En outre, le code de la santé prévoit la possibilité pour l'organisme responsable des lieux de créer des **salles closes affectées à la consommation de tabac** (R. 3512-3) dans lesquelles aucune prestation n'est délivrée (article R. 3512-4) et qui ne doivent pas constituer des lieux de passage.

Enfin, au sein des ESSMS, la circulaire du 12 décembre 2006 prévoit que l'interdiction de fumer ne s'étend pas aux **chambres des personnes accompagnées**, dans la mesure où la chambre est assimilée à un espace privatif. Toutefois, pour se prémunir contre le risque d'incendie, le règlement de fonctionnement de l'établissement fixera les recommandations à observer liées à l'autorisation de fumer dans les chambres et édictera une interdiction formelle de fumer dans les lits. Dans l'hypothèse de chambres collectives, il appartiendra aux responsables d'établissement de prendre les mesures nécessaires pour regrouper dans la mesure du possible les personnes accompagnées consommatrices de tabac. Dans le cas où, dans la même chambre, un des occupants s'opposerait à la consommation de tabac, aucune autorisation ne pourrait être accordée à l'autre ou aux autres occupants.

Dans tous les cas, les ESSMS devront, par tous moyens utiles, informer, préalablement à leur admission, les futures personnes accompagnées des règles qui y sont applicables en matière de consommation de tabac.

⁶⁷ Article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁶⁸ Article L. 311-7 du CASF, article R. 311-35 du CASF, article R. 311-37 du CASF.

⁶⁹ Article L. 3512-8 du code de la santé publique (CSP).

Vapotage

Le vapotage fait l'objet de dispositions spécifiques et ne relève pas de la réglementation liée à la consommation de tabac dès lors que les textes de répression sont d'interprétation stricte et que la cigarette électronique ne saurait être assimilée à la cigarette traditionnelle, le liquide, mélangé à l'air, étant diffusé sous forme de vapeur (Cass. crim., 26 novembre 2014).

Aucun des fondements (atteinte directe ou indirecte à la santé publique ou risque de trouble à l'ordre public) ne suffit, en l'état des données scientifiques disponibles, à envisager une extension sans adaptation des dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif (CE, avis, 17 octobre 2014, n°377797).

Aucune interdiction générale du vapotage n'existe dans les mêmes termes que pour le tabac. **Seuls trois types de lieux ont fait l'objet d'une interdiction par le législateur.** En effet, aux termes de l'article L. 3513-6 du CSP sont notamment concernés les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ainsi que les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif. Contrairement à la cigarette classique, l'interdiction ne touche pas les cafés, restaurants, lieux de spectacles ou établissements de loisirs. En l'état actuel des connaissances scientifiques, la cigarette électronique semble moins nocive pour les tiers que le tabac et favorise le sevrage tabagique de certains fumeurs.

Depuis le 1^{er} octobre 2017 ([D. n° 2017-633, 25 avr. 2017](#) : JO 27 avr. 2017), les lieux de travail s'entendent des locaux recevant des postes de travail situés ou non dans les bâtiments de l'établissement, fermés et couverts, et affectés à un usage collectif, à l'exception des locaux qui accueillent du public ([CSP, art. R. 3513-2](#)). Les dispositions ne visent pas les bureaux individuels. L'employeur peut toujours, dans le cadre du règlement intérieur, justifier de mesures particulières de restriction lorsque le « vapotage » est incompatible avec les activités de l'entreprise. Une position adoptée par la direction générale de la Santé précise qu'une autorisation est possible, sauf disposition contraire du règlement intérieur.

Consommation et détention d'alcool

Aucune disposition spécifique aux ESSMS ne prévoit l'interdiction de consommer et/ou de détenir de l'alcool dans leur enceinte. Le règlement de fonctionnement peut encadrer les comportements dans des buts précis (vivre ensemble, sécurité et santé) dans la stricte proportion nécessaire au respect de ces buts.

Substances psychoactives illicites

La consommation⁷⁰ et la détention⁷¹ de produits stupéfiants illicites, contrairement au tabac, au vapotage et à l'alcool, constituent des délits pénalement répréhensibles.

En outre, serait complice d'un délit « la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation⁷² ».

La conduite à tenir en cas de découverte par un professionnel d'un ESSMS de produits stupéfiants détenus illicitement

L'ensemble des personnels des ESSMS est soumis à l'obligation de secret professionnel⁷³, prévue par l'article 226-13 du code pénal. Ils ne peuvent donc, sauf dérogation expresse prévue par la loi, révéler les informations concernant un patient dont ils ont connaissance au cours de leur activité professionnelle.

Or, aucun texte de loi ne prévoit la levée du secret professionnel en cas de détention de substances illicites dans les ESSMS. Pour information, l'instruction DGOS/DSR/mission des usagers n° 2011-139 du 13 avril 2011 relative

⁷⁰ [Article L. 3421-1 du code de santé publique.](#)

⁷¹ [Article 222-37 du code pénal.](#)

⁷² Article 121-7 du code pénal.

⁷³ [Article L. 1110-4 du code de la santé publique.](#)

à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé recommande que « les produits stupéfiants illégaux présents dans un établissement de santé doivent être remis aux autorités compétentes sans que l'identité du patient soit révélée ».

Les mesures de contrôle possibles dans les ESSMS

Aucun texte ne régit la situation de l'ensemble des ESSMS. Toutefois, le cadre juridique est délimité par les principes suivants :

- les chambres des personnes accompagnées étant considérées comme des lieux privés⁷⁴, la fouille d'une personne ou de sa chambre pourrait constituer une infraction au sens du code pénal ;
- néanmoins, certaines circonstances exceptionnelles (par exemple, la sécurité) pourraient contraindre le personnel de l'établissement à fouiller une chambre, voire la personne accompagnée elle-même.

Approvisionnement et aide à la consommation du tabac, du vapotage et de l'alcool

Pour le tabac, le vapotage et l'alcool, aucun texte n'envisage, **s'agissant des majeurs**, l'approvisionnement et l'aide à la consommation ni dans le cadre de la législation spécifique aux ESSMS ni dans un cadre plus général.

L'article L311-1 du CASF prévoit que « l'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes : (...) 5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif (...) Les missions mentionnées aux 1° à 6° du présent article sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales ». La notion de « divers actes de la vie » n'est pas définie par le législateur et il semble qu'elle n'ait à ce jour jamais fait l'objet d'une interprétation jurisprudentielle. Il semble toutefois que l'aide à la consommation et à l'approvisionnement du tabac, du vapotage et de l'alcool puisse relever des « divers actes de la vie ».

Approvisionnement et aide à la consommation de produits stupéfiants illicites

L'article 121-7 du code pénal prévoit qu'est complice d'un délit « la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation ». En outre, l'article 222-37 du code pénal punit de 10 ans d'emprisonnement « le fait de faciliter, par quelque moyen que ce soit, l'usage illicite de stupéfiants ».

Toutefois l'article L. 3411-8 du CSP, qui définit la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue, prévoit une immunité pénale pour les intervenants agissant « conformément à leur mission de réduction des risques et des dommages ».

Le **plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022**, publié par la **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives**, mentionne à plusieurs reprises les ESSMS non spécialisés en addictologie comme acteurs de la mobilisation contre les addictions. Ils doivent donc être considérés comme des intervenants de la politique de réduction des risques.

Le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2015-727 du 21 janvier 2016 a précisé que seuls les actes mentionnés au II de l'article L. 3411-8 du CSP sont couverts par l'immunité (considérant 30).

Ainsi :

- la distribution de matériels et de produits de santé n'est autorisée que si elle est destinée à réduire les risques (3° du II de l'article L. 3411-8 du CSP) ;

⁷⁴ Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6, 7, 8 et 9 du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

- la supervision des comportements, des gestes et des procédures de prévention des risques est autorisée, mais cette supervision est strictement définie par la loi : elle consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances afin de réduire les risques. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation. En cas d'overdose, si l'agent de l'ESSMS a participé activement à la consommation de drogue, il pourra être poursuivi pénalement (4° du II de l'article L. 3411-8 du CSP) ;
- la mise en place d'une salle dédiée n'est pas mentionnée au II de l'article L. 3411-8 du CSP et n'est donc pas autorisée en dehors des salles de consommation à moindre risque.

Information des représentants légaux des personnes accompagnées

Pour rappel, « toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social [...] a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. [...] Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes [...] »⁷⁵.

Par ailleurs, « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »⁷⁶.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (cette information porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui sont proposés) et prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment⁷⁷.

Pour les majeurs protégés

Les informations sur la santé sont délivrées aux personnes majeures protégées (au titre des dispositions du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil) d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

- Si le majeur fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tutelle, habilitation familiale avec représentation à la personne, sauvegarde de justice avec mandataire spécial ou mandataire de protection future chargé de la protection de la personne), cet organe de protection doit nécessairement être informé également.
- En cas de mesure de protection avec assistance (curatelle, qu'elle soit simple ou renforcée, habilitation familiale avec assistance), la personne chargée de la mesure n'est informée que si le majeur protégé le veut bien. Le curateur ou la personne habilitée pourra donc être totalement écarté en ce qui concerne la santé du majeur qu'elle assiste. Sans l'accord exprès des patients, aucune information sur leur état de santé ne peut être délivrée à leur protecteur⁷⁸.

⁷⁵ [Article L. 1110-4 du CSP – cf. p. 77.](#)

⁷⁶ [Article 226-13 du code pénal.](#)

⁷⁷ [Article L. 1111-2 du CSP/article L. 1111-4 du CSP.](#)

⁷⁸ [Article L. 1111-2 du CSP III.](#)

Partage d'informations à caractère secret entre professionnels

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique pose le principe du droit au respect de la vie privée pour les personnes accompagnées et précise les modalités possibles de partage d'informations à caractère secret entre professionnels.

« I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. [...] »

Prévention des conduites addictives en milieu professionnel

« Le Code du travail contient de nombreuses dispositions en rapport direct ou indirect avec la prévention des pratiques addictives :

- L'employeur a une obligation en matière de préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs (article L. 4121-1). De même, l'article R. 4228-20 rend obligatoires l'évaluation du risque alcool et l'encadrement des boissons alcoolisées dans l'entreprise.
- Les travailleurs ont également une obligation de préserver leur santé et leur sécurité ainsi que celles des autres personnes concernées par leurs actes ou leurs omissions au travail (Code du travail, article L. 4122-1).
- Le service de prévention et de santé au travail a pour mission de conseiller l'employeur, les salariés et leurs représentants afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs (article L. 4622-2). De même, le Code de la santé publique régit l'usage du tabac et de la cigarette électronique sur le lieu de travail (article L. 3512-8 du code de la santé publique ; articles R. 3512-2 et suivants du code de la santé publique ; article L. 3513-6 du code de la santé publique ; articles R. 3515-7 et R. 3515-8 du code de la santé publique).
- Par ailleurs, des arrêts ou décisions de jurisprudence ont été pris en matière de dépistage en entreprise (éthylotest ou test salivaire) ou de licenciement en cas d'ébriété. Dans ce dernier cas, certaines décisions se sont appuyées sur l'existence ou non de mesures de prévention des pratiques addictives en entreprise.

- Enfin, à partir du 31 mars 2022, les missions des SPST comprendront également des actions de santé publique (loi n° 2021-1018 du 2 août 2021)⁷⁹. »

⁷⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/diagnostic_du_trouble_de_lusage_dopioiodes_-_fiche.pdf

Références bibliographiques

1. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833719/fr/recommandations-caarud-web
2. Haute Autorité de Santé. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa-recommandations.pdf
3. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Adès JE, Beck F, Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Díaz Gómez C, *et al.* Jeunes et addictions. Paris: OFDT; 2016.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/JAD2016comp.pdf>
4. Société française d'alcoologie, Société française de gériatrie et gérontologie, Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool. Texte court. Alcoologie et Addictologie 2014;36(1):61-78.
5. Direction de la recherche des études d'élèves, Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. Etudes & Résultats 2016;(989).
6. Menecier-Ossia L, Kholler M, Moscato A, Menecier P. L'alcool en établissement pour personnes âgées. Soins Gériatrie 2014;19(106):34-6.
7. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. Psychotropic medications in older adults: a review. Psychiatr Danub 2016;28(1):13-24.
8. Menecier P. L'alcool en EHPAD : un plaisir un risque ou un problème ? Revue de la Fédération Hospitalière de France 2012;54:65-9.
9. Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique ? NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2008;8(46):3-8.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.004>
10. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. Am J Epidemiol 2007;166(8):966-74.
<http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwm155>
11. Leurs P, Huvent-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puisieux F, Comité Scientifique de la Société Septentrionale de Gériatrie C. La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. La Presse médicale 2010;39(12):e280-e8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2010.02.054>
12. Chambonnet JY, Vallier S. Risque alcool chez les personnes de plus de 75 ans en Loire-Atlantique. Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatrie 2006;13(121):10-7.
13. Nubukpo P, Clément JP. Addiction aux médicaments et vieillissement. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013;11(3):305-15.
<http://dx.doi.org/10.1684/pnv.2013.0415>
14. Stehelin A, Blanchard B, Leglise Y, Cheguettine Y, Balandier M, Allegret BG, *et al.* Prévenir et accompagner les conduites addictives dans les ESSMS [dossier]. Cahiers de l'actif 2017;(490-491):7-223.
15. Menecier P. Les aînés et l'alcool. Toulouse: ERES; 2010.
16. Menecier P, Prieur V, Arèzes C, Menecier L, Rotheval L. L'alcool et le sujet âgé en institution Gériatrie et société 2003;26(105):133-49.
17. Cudennec T, Griner Abraham V, Menecier P. Les addictions chez les personnes âgées. Soins gériatrie 2017;(123):11-38.
18. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Alcool, tabac, drogues, écrans. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022. Paris: MILDECA; 2021.
https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
19. Reynaud M. Comprendre les addictions : l'état de l'art. Dans: Traité d'addictologie. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 1-28.
20. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2e édition révisée. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016.
21. Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. Genève: OMS; 1999.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Bourdillon F. Traité de prévention. Paris: Médecine-sciences Flammarion; 2009.

23. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. 1983;98(2).

24. Foxcroft DR. Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prev Sci* 2014;15(6):818-22.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-013-0435-1>

25. Fédération Addiction, Réseau français de réduction des risques. L'accompagnement des consommations : constats, enjeux, perspectives. Actes du cycle de séminaires. Paris: FA; 2016.
<https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/05/ActesRdRbdweb.pdf>

26. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Synthèse. Paris: MILDT; 2013.

27. Jauffret-Roustide M, Labrousse A, Lalam N, Simmat-Durand L. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. Paris: La Documentation Française; 2004.

28. Jauffret-Roustide M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociol Rev* 2014;18(2):159-72.
<http://dx.doi.org/10.5172/hesr.18.2.159>

29. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836302/fr/anesm-rbnp-accompagnement-sante-juillet-2013

30. Marshall Z, Dechman MK, Minichiello A, Alcock L, Harris GE. Peering into the literature: A systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives. *Drug Alcohol Depend* 2015;151:1-14.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.002>

31. Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, Roelandt J-L, Staedel B, Rafael F, Marsili M, Francois G, et al. Programme médiateurs de santé / pairs rapport final de l'expérimentation 2010-2014. Lille: CCOMS; 2015.

32. Noël L, Gagnon D. Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection. *Drogues, santé et société* 2014;12(1):1-18.
<http://dx.doi.org/10.7202/1021536ar>

33. Strike C, .. Hopkins S, Watson TM, Gohil H, Leece P, Young S, et al. Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1. Toronto: Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada; 2015.
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_Recommandations-de-pratiques-exemplaires_2015.pdf

34. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev* 2009;21(3):181-206.
<http://dx.doi.org/10.1521/aeap.2009.21.3.181>

35. Keats J, Micallef M, Grebely J, Hazelwood S, Everingham H, Shrestha N, et al. Assessment and delivery of treatment for hepatitis C virus infection in an opioid substitution treatment clinic with integrated peer-based support in Newcastle, Australia. *Int J Drug Policy* 2015;26(10):999-1006.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.006>

36. McNeil R, Small W. 'Safer environment interventions': a qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Soc Sci Med* 2014;106:151-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.051>

37. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835446/fr/reco-ethique-anesm

38. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835412/fr/reco-projet-etablissement-service-anesm

39. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbnp-prise_en_compte_de_la_sante_en_chrs-pdf_interactif.pdf

40. Fédération Addiction, RESPADD Réseau des préventions des addictions. Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt. Manuel pour les professionnels des CJC et de premier recours. Le Havre: La Petite Presse; 2016.
https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/file_s/manuel_jeunes_tabac_cipca.pdf

41. de la Tribonnière X, Jacquet J-M, Vidal J, Donnadiou Rigole H. Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. Sante Publique (Bucur) 2016;Vol. 28(5):591-7.
<http://dx.doi.org/10.3917/spub.165.0591>

42. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/prevention_violence_entre_mineurs_adolescents_etablissements_accueil-recommandations.pdf

43. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-rbpb-reperage_et_accompagnement_en_chrs-interactif.pdf

Participants

Groupe de travail

Équipe projet

- Clément CHAUVEL, chef de projet service recommandation, DiQASM
- Manon PRACA, cheffe de projet service recommandation, DiQASM
- Valentine TREPIED, cheffe de projet service recommandation, DiQASM
- Christiane JEAN-BART, cheffe de service, DiQASM
- Philippe CANET, documentaliste, DCIEU
- Laurence FRIGERE, assistante documentaliste, DCIEU
- Floriane GASTO, juriste, SG-SJ
- Clara PROUST, juriste, SG-SJ
- Carine MUTATAYI, chargée de projet pour l'analyse de la littérature
- Emmanuelle HOAREAU, chargée de projet pour l'analyse de la littérature

Professionnels et représentants d'usagers

- Marie-Laurence BALANA, patiente-experte en addictions FPEA, coordinatrice du pôle addictologie, Service d'accompagnement et de médiation, Direction des ressources humaines, Ville de Paris, 75
- Théophile BRAILLON, psychologue clinicien, service addictologie de l'hôpital de Montélimar (GHPP), Foyer d'hébergement et appartement « Octave Delhaye », ADAPEI de la Drôme, 26
- Nicolas COQUEMA, attaché de direction/chargé de projet, CSAPA Convergence, Association Addictions France, 84
- Marc DOS SANTOS, directeur du pôle gérontologique, mutuelle des pays de Vaucluse, 84
- Gilles FOUCAUD, directeur CSAPA, CAARUD, PAEJ, CADA, Groupe SOS, 34
- Denis JOUTEAU, directeur, association Ressources, 91
- Chrystelle LECLERCQ, directrice, dispositifs ARPEJ et TAPAJ, Groupe SOS, région PACA
- Michel MAGNANO, éducateur spécialisé à la retraite (exerçant précédemment en service d'accompagnement à la vie sociale)
- Marie-Noëlle MAILLARD, directrice adjointe pôle logement adapté & grande précarité, Fondation COS, région Nouvelle-Aquitaine
- Élise MARTIN, chargée de mission promotion du travail pair, relais OZANAM, 38 (décédée)
- Hervé MARTINI, addictologue et tabacologue, Médecin collaborateur du Travail ALSMT Nancy, Médecin Coordinateur du réseau LORADDICT, 54
- Christophe MEYLAN, éducateur spécialisé, IME Chantejoie ; responsable d'organisation d'actions prévention en milieu festif, Association ASSAGE, 10
- Maitena MILHET, chargée d'études, Référente contextes d'usage, réduction des risques et publics vulnérables, Unité FOCUS, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), 75
- Vincent MORIVAL, directeur, pôle accueil, association abej SOLIDARITÉ, 59
- Carine MUTATAYI, chargée d'étude, référente prévention-femmes-marketing social, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), 75
- Maxence THOMAS, Psychologue clinicien, Equipe Mobile Addiction Précarité, association ARIA-Opelia, 69
- Cathy TRINH, cheffe de service, LHSS, association ORSAC, 69
- Samuel VAN DE VYVERE, directeur, plateforme Lille Ouest, pôle protection de l'enfance, association La Sauvegarde du Nord ; vice-président de l'association Cedragir, 59
- Gauthier WAECKERLE, directeur général, association Ithaque, Collectivité européenne d'Alsace (CEA)
- Jacques YGUEL, praticien hospitalier, chef du pôle d'addictologie, centre hospitalier d'Avesnes, 59

Groupe de lecture

Parties prenantes

- Fédération nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI)
- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
- Croix-Rouge française
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)
- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération nationale des associations de directeurs d'établissement et services pour personnes âgées (FNADEPA)
- Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNERPA)

Experts

- Nicolas BAUJARD, chef de service, association APLEAT ACET
- Nicolas BONNET, directeur, RESPADD
- Corinne DROUGARD, chargée de mission santé, MILDECA
- Patricia FRULEUX, éducatrice spécialisée, pôle addictologie la Sauvegarde du Nord
- Katy JEANDIDIER, directrice service d'assistance personne âgée et personne en situation de handicap, MAINTIEN Adom
- Corinne LACHAUD-RONGIERAS, coordinatrice territoriale, cheffe de projet, centre de ressources Ehpad, pôle Ehpad, centre hospitalier Périgueux
- Yves MALAURIE, résident et président du conseil de la vie sociale, Ehpad Parrot Beaufort-Magne
- Charles MIGNON, chef de service, association régionale Clémence Isaure
- Guy PERNES, assistant de service social, membre adhérent de France Patients Experts Addictions
- Pascal MENECHIER, praticien hospitalier, addictologue, docteur en psychologie
- Abdou NDIAYE, directeur adjoint, Charonne Oppelia
- Frédéric WONE, médecin coordonnateur, chef de pôle, Ehpad et USLD, centre hospitalier de Périgueux

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

—

Abréviations et acronymes

ANESM Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANSM Agence nationale de sécurité du médicament

ARS Agence régionale de santé

ASUD Autosupport des usagers de drogues

AUDIT-C *Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*

CAARUD Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAGE DETA *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener* (forme française : DETA - diminuer, entourage, trop, alcool)

CASF Code de l'action sociale et des familles

CAST *Cannabis Abuse Screening Test*

CAUT Centre d'accueil d'urgence et de transition

CIM-11 Classification internationale des maladies onzième révision

CMP Centre médico-psychologique

CODES Comité départemental d'éducation pour la santé

COPA AH Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière

CPOA Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPS Compétences psychosociales

CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé

CREAI Centre régional d'études, d'actions et d'informations

CSAPA Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP Code de la santé publique

CT Communautés thérapeutiques

CTR Centre thérapeutique résidentiel

CVS Conseil de la vie sociale

DAC Dispositif d'appui à la coordination

DAST-10 *Drug Abuse Screening Test*

DGCS Direction générale de la Cohésion sociale

DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de soins

DiQASM Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

DIPC Document individuel de prise en charge

DSM-5 Cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ECAB Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ELSA Équipe de liaison et de soins en addictologie

ESSMS Établissements et services sociaux et médico-sociaux

ETP Éducation thérapeutique du patient

FFA Fédération française d'addictologie

FNES Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

HAS Haute Autorité de santé

IHRA *International Harm Reduction Association*

INCa Institut national du cancer

INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale

IREPS Instance régionale d'éducation et de promotion santé

IReSP Institut de recherche en santé publique

MDMA Méthylènedioxyméthamphétamine, communément appelée ecstasy

MILDECA Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

OEDT Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

OFDT Observatoire français des drogues et des tendances addictives

OMS Organisation mondiale de la santé

ORS Observatoire régional de la santé

PDALHPD Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

PTA Plateformes territoriales d'appui

RBPP Recommandation de bonne pratique professionnelle

RdRD Réduction des risques et des dommages

RdRDa Réduction des risques et des dommages alcool

RESPADD Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions

RPIB Repérage précoce et intervention brève

SAMU Service d'aide médicale urgente

SPA Substance psychoactive

SSRA Service de soins de suite et de réadaptation en addictologie

UHA Unité d'hospitalisation en addictologie

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

VHC Virus de l'hépatite C

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

