



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

Lettre de cadrage

Programme « Prévention des conduites addictives et réduction des risques et des dommages liés aux addictions »

Référent Conseil d'orientation stratégique (COS)

- Mme Maya Vair-Piova, autres membres, CGT

Référent du Conseil Scientifique

- Madame Martine NOALHYT
- Madame Séverine RECORDON-GABORIAUD

Sommaire

1	Cadre général du dispositif de prise en charge des conduites addictives	3
1.1	La prise en charge des conduites addictives et les divers intervenants	3
1.2	Les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)	4
1.3	Les missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)	4
2	La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages	5
2.1	Les risques et dommages liés aux pratiques addictives	5
2.2	La réduction des risques et des dommages	6
2.3	La prévention des conduites addictives	8
3	Les conduites et les risques spécifiques en fonction des personnes et des lieux.....	10
3.1	Les publics ciblés par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.....	10
3.2	Le milieu festif	10
3.3	La rue	11
3.4	Les établissements pénitentiaires	12
3.5	Le milieu professionnel.....	14
4	La prise en compte des conduites addictives au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)	15
4.1	Les personnes âgées	15
4.2	Les personnes handicapées	16
4.3	Les jeunes accompagnés par un foyer de jeunes travailleurs (FJT).....	17
4.1	Les jeunes accompagnés par l'ASE/PJJ	17
5	Périmètre du programme.....	18
5.1	Objectifs.....	18
5.2	La réduction des risques et des dommages au sein des Caarud	19
5.3	La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages au sein des Csapa.....	21
5.4	La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages au sein des ESSMS	23

L'Anesm a pour mission de valider, ou en cas de carence, d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces recommandations ont pour vocation d'éclairer les professionnels dans leurs actions et les établissements dans leur organisation.

Depuis 2008, les thématiques des recommandations de l'Anesm se définissent selon 7 programmes : les fondamentaux (1), l'expression et la participation collective (2), les points de vigilance et la prévention des risques (3), le soutien aux professionnels (4), les relations avec l'environnement (5), les relations avec la famille et les proches (6), la qualité de vie (7).

Il est proposé un programme sur la thématique « prévention des conduites addictives et réduction des risques et des dommages liées aux addictions », composé de trois recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- La réduction des risques et des dommages au sein des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) ;
- La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages au sein des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ;
- La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages au sein des ESSMS.

1 Cadre général du dispositif de prise en charge des conduites addictives

1.1 La prise en charge des conduites addictives et les divers intervenants

La prise en charge des conduites addictives mobilise différents dispositifs qui coexistent et sont amenés à se compléter et à coopérer¹ :

- le dispositif médico-social spécifique essentiellement constitué des Csapa et des Caarud ;
- le champ sanitaire avec le secteur hospitalier (consultations spécifiques d'addictologie, équipes de liaison, etc.), le secteur psychiatrique, et les professionnels exerçant en ville (médecins libéraux et pharmaciens d'officine).
- le dispositif social « de droit commun » relevant essentiellement des collectivités territoriales et des associations ;

Les intervenants du champ de l'addictologie relèvent donc des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ainsi que des groupes communautaires et d'auto-support entre pairs.

Les acteurs peuvent avoir des missions de prévention, de soins ou de réduction des risques. Il appartient aux Agences régionales de santé (ARS), dans le cadre des projets territoriaux de santé, de préciser le champ d'action de chaque structure au regard de leurs missions réglementaires et de la complémentarité des acteurs présents sur le territoire.

Des actions de prévention peuvent être mises en œuvre par différentes catégories d'acteurs diversifiés :

- acteurs de la promotion de la santé (CODES, IREPS)
- associations d'usagers
- centres de prévention et d'éducation à la santé des caisses primaires d'assurances maladies
- les collectivités territoriales à travers les dispositifs territoriaux de santé publique (ateliers santé ville, contrats locaux de santé), de santé mentale (conseils locaux de santé mentale) ou de sécurité/tranquillité publique (conseils locaux ou intercommunaux de sécurité et de prévention de la délinquance)
- la Police nationale (policiers formateurs anti-drogue)
- mais aussi tous les acteurs en lien avec les publics (médecins traitants, pharmaciens, etc).

¹ HESSE C., DUHAMEL G., Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives, Rapport IGAS, fev. 2014, p. 15

1.2 Les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)

Les Csapa ont été institués par le décret n°2007-877 du 14 mai 2007. Ils regroupent les ex-Centres de soins aux toxicomanes (CSST) et Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Les missions des Csapa s'organisent selon deux modalités : « Les centres assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel ou collectif, soit ces deux prestations » Art. D. 3411-3 du décret cité plus haut.

Les prestations en hébergement (ou « soins résidentiels ») se mettent en œuvre selon différentes modalités : les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), les appartements thérapeutiques relais (ATR), les communautés thérapeutiques. Par ailleurs, « Quelques Csapa gèrent des réseaux de famille d'accueil, c'est-à-dire des places d'hébergement au sein d'une famille. Certains Csapa disposent en outre de places d'hébergement d'urgence dans des lieux spécialisés ou dans des hôtels »².

Les missions des Csapa sont définies à l'article D.3411-1 du Code de la santé publique (CSP) :

« 1° l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne 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 ;

2° la réduction des risques associés à la consommation de substances psycho-actives ;

3° la prise en charge médicale, psychologique sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés (TSO). Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances ».

Leurs missions sont également définies à l'article L 312-1, 9° du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : « favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical ».

Les Csapa accueillent donc des personnes ayant des pratiques addictives diverses (drogues licites ou illicites, jeux excessif, etc.). Certains Csapa peuvent avoir développé des compétences spécifiques dans la prise en charge des personnes présentant une situation particulière (addiction spécifique, patient incarcéré, etc.).

La mission de prévention des conduites addictives, individuelle et collective, qui était une mission facultative des Csapa devient, avec l'article 42 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, une mission obligatoire.

1.3 Les missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)

Les Caarud sont des lieux d'accueil et de réduction des risques. Ils ne sont pas directement des lieux de soins mais peuvent accompagner vers les soins. Les Caarud ont des missions d'observation et de repérage de nouvelles pratiques ou de nouveaux produits. Ils sont alors amenés à développer des actions innovantes.

Depuis l'insertion de l'article L.312-5 au code de l'action sociale et des familles, ils sont considérés comme des établissements médico-sociaux. Il s'agit là de la reconnaissance législative de la politique de réduction des risques (RDR) à travers la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique. Avant cette date, ces structures ont revêtu diverses appellations « structures à bas seuil d'exigence », « structures de première ligne », « boutiques ». Elles diffusaient des pratiques et du matériel de réduction des risques (RDR) en direction des usagers de drogues dont la majorité étaient des injecteurs.

Les articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du code de la santé publique issus du décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 confirment ce changement de statut et définissent les missions suivantes pour les Caarud :

« 1° l'accueil collectif et individuel des usagers de drogues ainsi qu'une information et un conseil personnalisé ;

2° le soutien aux usagers dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (logement, insertion ou réinsertion professionnelle) ;

3° la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

² Palle C., Rattanatrav M., Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010 - situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010, Focus consommations et conséquences, juin 2013, p. 33

-
- 4° l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers ;
5° le développement des actions de médiation sociale. »

L'article R.3121-33-2 du code de sante publique précise qu'ils participent au dispositif national de veille en matière de drogues et de toxicomanies, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

En 2010, on dénombre 135 Caarud³ en France, file active de 60 000 usagers. Toutes les régions en France possèdent au moins un Caarud.

2 La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages

2.1 Les risques et dommages liés aux pratiques addictives

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans la classification internationale des maladies (CIM 10) utilise le terme de dépendance pour parler des addictions. Le syndrome de dépendance est défini « *comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement* »⁴.

Les acteurs en addictologie s'appuient sur la définition donnée par le psychiatre Aviel Goodman pour préciser qu'il s'agit d'un « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* »⁵.

Les addictions peuvent être dirigées vers des substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments et notamment benzodiazépines, etc.), ou être sans produits (jeux, troubles alimentaires, sexuels, etc.). Les produits peuvent être licites (alcool, médicaments, etc.) ou illicites (cannabis, cocaïne, etc.). Il existe souvent des poly-addictions⁶. Cependant, il existe une variété de comportements et d'usages des produits qui ne sont pas nécessairement des conduites addictives. Ce concept d'addiction « *prend en compte les états précoces d'usage simple et d'abus, qui évoluent ou non vers la dépendance* »⁷.

Les risques et les dommages liés aux pratiques addictives sont multiples, ils sont aussi bien sanitaires que psychologiques et/ou sociaux. Les risques concernent aussi bien la personne que son entourage.

Il y a des risques à court terme et d'autres à plus long terme, des risques liés à différents facteurs : aux situations (par exemple la grossesse), aux contextes (conduite de véhicules, travail sur machines.), aux modes d'usage (fumer, sniffer, injecter, boire, etc.), aux personnes, aux produits ou encore aux comportements.

Tous les produits présentent des risques et génèrent potentiellement des dommages. Toutefois, la perception de la dangerosité de l'alcool est souvent sous évaluée par la population. Il existe une « *discordance majeure entre la dangerosité de produits, telle qu'évaluée par les experts scientifiques, et les perceptions de dangerosité de ceux-ci évaluées par la population générale. Alors que les experts nationaux (Bourgain C, Addiction 2012) et internationaux (Nutt DJ, Lancet 2010) s'accordent sur les éléments suivants :*

- *l'alcool est le produit le plus dangereux entraînant des dommages sanitaires et sociaux majeurs ;*
- *puis viennent l'héroïne et la cocaïne ;*
- *puis le tabac, causant surtout des dommages sur la santé ;*

³ Cadet-Tairou A., Dambe S., Les CAARUD en 2010 - Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD, Paris :OFDT, 2014, p. 7

⁴ Site internet de l'OMS, www.who.int

⁵ Goodman A., Addiction and implication, Br J. Addict, 1990 cité In Gaubert M., Lignac M., Quach Hong M., Addiction et lutte contre les exclusions – travailler ensemble, Petite presse, le Havre nov. 2015, p. 30.

⁶ Haute Autorité de Santé, Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, 2007

⁷ Gaubert M ; Lignac M., Quach-Hong M., Addiction et lutte contre les exclusions – travailler ensemble, nov. 2015, p.30.

- puis le cannabis, causant prioritairement des dommages sociétaux.»⁸

Les risques sanitaires sont très diversifiés tant sur les plans somatiques que neuro-psychiatriques et cognitifs. Les conséquences sanitaires des pratiques addictives constituent une cause très importante de décès prématurés. Elles représenteraient 78 000 décès par an liés au tabac, 49 000 liés à l'alcool et 392 décès par surdose liées aux drogues illicites⁹. Par ailleurs, certaines pratiques sont vectrices de maladies infectieuses (VIH, hépatites, etc.). Pour d'autres produits, et notamment les nouveaux produits de synthèse (NPS), le rythme soutenu d'arrivée sur le marché de nouvelles molécules, la variation des appellations commerciales et les incertitudes quant à la composition exacte des produits rendent compliquée l'évaluation des risques immédiats et à plus long terme.

Les pratiques addictives sont en outre responsables d'une partie des accidents de la route. Ainsi, 1/3 des décès liés aux accidents de la route (soit environ 1 200 par an) sont liés à l'alcool¹⁰, 230 par an liés à l'usage du cannabis¹¹. En raison des pratiques sexuelles à risque, elles peuvent être à l'origine de grossesses non désirées.

Certains produits ont des conséquences sanitaires sur la santé des enfants, c'est notamment le cas de l'alcool qui peut être la cause du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

Les dommages sociaux peuvent porter sur des aspects :

- relationnels (rupture de liens, isolement, rixes, violences domestiques, etc.) ;
- judiciaires (infractions à la législation sur les stupéfiants, entrée dans un réseau de prostitution, etc.) ;
- financiers ;
- relatifs au logement (déménagement contraint ou expulsion) ;
- relatifs à la sphère professionnelle (licenciement ou difficulté d'insertion professionnelle, casier judiciaire lié à l'usage de stupéfiants, etc.) et sur la formation professionnelle ;
- relatifs à la scolarité (par exemple exclusion liée à la consommation de stupéfiants, etc.) ;
- etc.

2.2 La réduction des risques et des dommages

Rappel historique

L'épidémie du syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) au début des années 1980 a été le premier vecteur du développement d'une stratégie de réduction des risques liés à la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) lors de l'usage de stupéfiants par voie intraveineuse.

Les programmes d'échange de seringues puis les programmes de substitution aux opiacés (par la méthadone et la buprénorphine) des années 1990 démontrent l'efficacité des actions de réduction des risques en terme de santé publique. Dans ce contexte, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique reconnaît la réduction des risques qui « vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiant » (Article L3121-4 du code de la santé publique modifié par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004).

La réduction des risques et des dommages et ses principes d'action a ensuite traversé une succession d'évolutions : le référentiel national des actions de réduction des risques (2005), la création des Caarud (2006), la réforme des Csapa (2007) avec leur mission de réduction des risques et aujourd'hui la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016 qui réaffirme et sécurise la politique de réduction des risques et des dommages et en définit les objectifs et les modalités.

La réduction des risques et des dommages est une mission obligatoire des Caarud et des Csapa.

Par ailleurs, cette loi prévoit à titre expérimental la mise en place des salles de consommation à moindre risque, « qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé dans le cadre d'un cahier des charges national »¹² portées par les Caarud qui seront expressément désignés pour cela.

⁸ Reynaud Michel, *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, synthèse remise à la MILDT, 2013, p. 12

⁹ OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, 2013, 398 p. 16

¹⁰ Fédération française d'addictologie, *Livre blanc de l'addictologie française, 100 propositions pour réduire les dommages et addictions en France*, 2011, p. 10.

¹¹ OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, 2013, 398 p. 16

Cadre juridique

L'article L3411-8 du Code de la Santé Publique (créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016) définit la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue. Elle « vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques, et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psycho-actives ou classés comme stupéfiant. » Ce texte constitue une évolution par rapport à la précédente loi de santé n°2004-806 du 9 août 2004 car la réduction des risques et des dommages ne se limite plus aux seules substances illicites et s'ouvre notamment au tabac, à l'alcool, etc.

L'élargissement de la réduction des risques et des dommages à l'ensemble des conduites addictives constitue par ailleurs un axe fort du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 qui s'inscrit dans les orientations du Conseil de l'Europe¹³.

Approche européenne de la réduction des risques et des dommages

Le Groupe Pompidou¹⁴ a pour mission principale de contribuer à l'élaboration au sein des Etats membres de l'Union Européenne de politiques en matière de lutte contre la toxicomanie. Son approche est multidisciplinaire, innovatrice, efficace et basée sur des connaissances validées. Il a produit un document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives¹⁵. Les finalités qui y sont précisées visent « à court terme à prévenir et à réduire les effets associés à l'usage de substances psychoactives que subissent l'utilisateur, ses proches, son entourage et la société dans son ensemble. A plus long terme, elle est destinée, dans la mesure du possible, à orienter le plus précocement possible les usagers de drogues vers une prise en charge, un traitement, la réhabilitation et la réinsertion, l'objectif final étant d'arriver si possible à l'abstinence ou du moins à un traitement sur le long terme pour limiter toute poursuite de l'usage de substances psychoactives »¹⁶.

Dans cette perspective l'abstinence n'est pas, nécessairement et dans toutes les situations, un objectif prioritaire ; sauf si l'utilisateur le désire expressément. L'approche de la réduction des risques et des dommages se développe sur un continuum (et non une opposition) de prise en charge de la dépendance¹⁷.

La réduction des risques et des dommages part du postulat que « les consommations de produits psychoactifs et les pratiques liées à des recherches de satisfactions immédiates sont inhérentes à la condition humaine. Il est donc illusoire voire dangereux de vouloir les faire disparaître. En revanche, ce sont les abus et les dommages entraînés par ces pratiques ainsi que les conditions de leur développement qu'il faut viser »¹⁸.

Son approche est graduelle : « Plutôt que de "dire non à la drogue", la réduction des risques s'attache à hiérarchiser ceux-ci : il vaut mieux ne pas consommer de drogues ; si on en consomme, il vaut mieux ne pas le faire par voie injectable ; si on consomme des drogues par voie injectable, il vaut mieux utiliser une seringue propre une seule fois...etc. »¹⁹.

¹² Article 43 de Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

¹³ Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants, Réduction des dommages - Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives, P-PG (2013) 20, 25 novembre 2013, 31p.

¹⁴ Ce groupe cherche à relier les politiques, la pratique et la recherche scientifique. Il représente un forum multidisciplinaire au sein de l'Europe qui permet aux responsables politiques, aux professionnels et aux chercheurs d'échanger des idées et des informations sur les divers problèmes posés par l'abus et le trafic illicite des stupéfiants. La Norvège préside ce groupe (2015-2018).

¹⁵ Groupe Pompidou (Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants), Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives, nov. 2013, p. 12.

¹⁶ Groupe Pompidou (Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants), Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives, nov. 2013, p 10.

¹⁷ Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Mayenne, oct. 2010, p. 7.

¹⁸ Reynaud Michel, Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, synthèse remise à la MILD, 2013, p.17

¹⁹ Coppel A. Lebeau B. « Drogues, Toxicomanie et Action humanitaire » In LEBAS J.- VEBER F., BRÜCKER G., Médecine Humanitaire, Médecine-Sciences (Coll.), Paris, Flammarion, 1994, pp. 55-58.

La réduction des risques valorise la capacité des individus à se prendre en charge. Elle se fonde sur certains concepts et valeurs²⁰ :

- un objectif prioritaire de réduction des dommages ;
- une démarche de proximité “ aller vers ”, c’est-à-dire aller à la rencontre des personnes et les prendre là où elles en sont dans leur parcours de consommation ;
- une absence de jugement moral sur les pratiques de consommations ;
- une participation des consommateurs ;
- un accompagnement « étape par étape ».

Mise en œuvre opérationnelle de la réduction des risques

L’article L3411-8 du code de la santé publique issu de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 précise les modalités de mise en œuvre de la politique de réduction des risques qui *comprend et permet les actions visant à* :

« 1° *Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;*

2° *Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d’améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;*

3° *Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;*

4° *Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision 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 mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;*

5° *Participer à l’analyse, à la veille et à l’information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées. »*

Il s’agit notamment des actions visant la promotion et la distribution de matériel de prévention (matériel d’injection stérile, pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l’héroïne, matériel de prévention des accidents routiers, préservatifs, tests de grossesse, etc.) et l’accès aux traitements de substitution.

Le dispositif de réduction des risques et des dommages repose également sur les activités visant à faciliter l’accès au dépistage de maladies infectieuses, la diffusion des informations sur les risques et leur prévention (pratiques à risque, composition des produits et alerte sur leur toxicité) et l’éducation à la santé.

Enfin, il comprend des actions d’appui aux usagers dans l’accès aux services de première urgence, aux soins, aux droits, au logement et à l’insertion professionnelle. L’aide aux usagers se fait à travers de multiples activités : l’offre de boissons et de nourriture, de services d’hygiène, de lieux de repos/réassurance, l’accès à l’hébergement d’urgence, l’offre de soins infirmiers, l’accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés et vers les services sociaux²¹.

2.3 La prévention des conduites addictives

En France, le concept de prévention est traditionnellement défini par l’addition de trois notions distinctes, qui sont adaptées à l’action envisagée sous l’angle de l’évolution des parcours de consommation²².

La prévention primaire désigne l’ensemble des actions visant à empêcher les expérimentations, la survenue d’une dépendance, ou des pratiques à risque. Elle s’adresse à un public non consommateur ou n’ayant pas de pratique à risque.

La prévention secondaire regroupe les actions visant à intervenir précocement auprès des primo-consommateurs, pour éviter qu’ils s’engagent dans une conduite chronique, qu’ils développent une dépendance, ou qu’ils se mettent en danger durant les temps de consommation (malaise lié à une dose excessive, accidents liés à une prise de risque, etc.).

²⁰ Reynaud M., Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, synthèse remise à la MILDT, 2013, p.22

²¹ Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Mayenne, oct. 2010, p. 257.

²² Benec’h G, Aide-mémoire. Les jeunes et l’alcool, Dunod, 2013, p. 4

La prévention tertiaire rassemble les actions visant à réduire les séquelles pour les consommateurs chroniques avérés. Elle est synonyme de réduction des risques et des dommages. Par exemple, la délivrance de matériel d'injection à l'attention des injecteurs de substances psychoactives a pour but d'empêcher les contaminations par le sida et les hépatites virales. La lutte contre l'exclusion sociale (accès au logement, accès aux droits et aux soins, insertion professionnelle) est aussi une facette de cette stratégie.

Bien que cette distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire soit toujours utilisée en France par une partie des acteurs du champ spécialisé, de plus en plus d'experts recommandent d'appréhender plutôt la prévention par le prisme anglo-saxon et scandinave²³. Leur approche évite d'envisager la prévention en fonction de l'évolution des parcours de consommation, car celle-ci omet de prendre en compte les différences individuelles de vulnérabilité face au risque d'addiction. Elle privilégie plutôt un filtre basé sur les caractéristiques de la population à laquelle elle s'adresse.

La prévention universelle désigne l'ensemble des actions qui s'adressent à toute la population, sans distinction en termes de comportements à risque au sein du public cible. Par exemple, une action en milieu scolaire ou une conférence de sensibilisation à l'attention des parents, de même qu'une campagne de prévention adressée au grand public, s'inscrivent dans le cadre de la prévention dite « universelle ».

La prévention sélective s'adresse à des groupes présentant des facteurs de risques connus pour augmenter la possibilité de développer des conduites addictives. Il s'agit généralement de facteurs de risques économiques et sociaux. Le public de la prévention dite « sélective » peut donc être constitué de personnes abstinentes, mais également de personnes ayant déjà expérimenté des substances susceptibles de générer des conduites addictives.

La prévention indiquée ou « ciblée » s'adresse à tous les consommateurs ayant des usages nocifs et vise essentiellement à réduire les conséquences négatives de la dépendance. Elle est synonyme de réduction des risques et des dommages. Elle se met en œuvre sensiblement de la même manière que la prévention tertiaire (délivrance de matériel d'injection, d'actions destinées à réduire les situations d'exclusion sociale, etc.).

La prévention vise donc « à diminuer les facteurs de risques et à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition ou le développement de connaissances et de compétences psychosociales »²⁴. Centrée sur les personnes et leurs conduites plutôt que sur les seuls produits et dangers, elle rencontre les publics dans leurs lieux de vie, en particulier ceux en situation de vulnérabilité. Elle associe des personnes ressources en addictologie et les acteurs du territoire concerné (professionnels du champ de l'éducation, de l'accompagnement, de la justice, de l'insertion, etc.).

Aucune action de prévention isolée, quelle qu'en soit la qualité et la validité, ne peut suffire. Elle doit prendre place dans une stratégie territoriale organisée qui permet de penser l'assemblage et la mise en cohérence des actions et des acteurs, des différents champs concernés²⁵.

La « prévention primaire », « secondaire », « universelle » et « sélective » concerne l'ensemble des personnes, dépendantes ou non, ayant des pratiques à risque ou non. Elle s'organise, en groupe ou individuellement, en cohérence avec le parcours des personnes. Elle peut viser la prévention de la dépendance, mais aussi la prévention des pratiques à risque. Elle s'appuie sur des données probantes qui permettent de modifier les comportements des publics visés. Lorsque le terme de « prévention » sera utilisé dans la recommandation, il fera référence à ces pratiques.

La prévention « tertiaire » et « ciblée », concerne les personnes ayant des pratiques addictives à risque. Elle est désignée par le terme de « réduction des risques et des dommages », terme utilisé dans la recommandation.

L'ensemble de ces actions s'adaptent aux besoins spécifiques des publics, notamment des mineurs, des personnes en situation de précarité, de handicap, des personnes âgées, des femmes, etc.

²³ Benec'h G, Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool, Dunod, 2013, p. 49 ; Bailly D, Alcool, drogues chez les jeunes : agissons, Odile Jacob, 2009, p. 170-171.

²⁴ Gaubert M ; Lignac M., Quach-Hong M., Addiction et lutte contre les exclusions – travailler ensemble, nov. 2015, p. 31

²⁵ Reynaud-Maurupt C., Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes - Structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale, mars 2015, 104 p.

3 Les conduites et les risques spécifiques en fonction des personnes et des lieux

3.1 *Les publics ciblés par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 souhaite « *prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux* ». Il s'agit notamment :

- des jeunes pour qui la consommation est d'autant plus dommageable « qu'elle se produit en phase de maturation cérébrale, qu'elle expose les jeunes à davantage de comportements de prise de risques »,
- des femmes que leurs consommations exposent à des risques particuliers (violence, prostitution, risques sexuels) voire « *au développement de maladies spécifiques et, lorsqu'elles sont enceintes, [susceptibles d'affecter] durablement la santé de l'enfant à naître. Les femmes usagères de drogues, qui courent pourtant un risque sanitaire et social accru, renoncent souvent au soin du fait notamment de la forte stigmatisation de leurs consommations* »
- des « *travailleurs pauvres, chômeurs, les personnes marginalisées, sans domicile fixe et des migrants particulièrement difficiles à atteindre* »
- des habitants des départements et collectivités d'Outre-mer qui « *doivent faire face à certaines problématiques particulières en matière de lutte contre les addictions, qu'il convient de traiter spécifiquement (...) Bien que les données sur les Outre-mer soient peu nombreuses, on note en particulier la précocité des consommations (notamment d'alcool) chez les jeunes, facteur de basculement dans des usages problématiques, et des polyconsommations. Ces polyconsommations incluent le cannabis à La Réunion et le crack aux Antilles. Pour leur part, les adultes présentent une forte consommation d'alcool (avec notamment un syndrome d'alcoolisation fœtale, particulièrement important à La Réunion) et un niveau élevé de dépendance aux jeux de hasard et d'argent. A contrario, la consommation d'opiacés est plus faible que dans l'Hexagone*²⁶ »

Ce plan gouvernemental crée les conditions de la rencontre entre les professionnels de la santé et ces populations exposées en allant au-devant de « ceux qui ne demandent rien ». Il vise le développement de l'accessibilité des dispositifs et du repérage précoce des conduites addictives afin d'orienter les usagers vers la prise en charge la plus adaptée.

L'évolution de la société favorise la disponibilité des substances psycho-active et impacte notamment la population des consommateurs qui se diversifie et développe des nouvelles pratiques addictives²⁷.

3.2 *Le milieu festif*

Les risques et les dommages au sein du milieu festif

La notion de « milieu festif » englobe²⁸ la fête du samedi soir ou de fin de semaine, les regroupements et soirées alternatives (free parties, festivals techno, punk, rock, « raves », etc.), les festivals liés à la culture, aux arts ou aux loisirs, les fêtes traditionnelles (feria, fêtes votives, etc.). La fête peut donc être de plus ou moins grande ampleur, visible ou invisible, alternative ou officielle, en milieu rural ou urbain.

Quelle qu'elle soit, la fête développe la notion de plaisir. Elle peut favoriser la consommation de substances psycho-actives, licites ou illicites, qui, lorsqu'elle a lieu, accompagne la recherche d'un bien-être, quête inhérente au principe même de la fête.

Les interventions des Caarud

Les missions des Caarud en milieu festif sont précisées dans le référentiel²⁹. Ils ont pour objet de faciliter les contacts avec les consommateurs afin d'améliorer l'efficacité des activités de réduction des risques et des dommages qui sont réalisées dans la journée, la nuit, les week-ends et jours fériés. Ces activités peuvent être

²⁶ MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 – 2017, sept. 2013, p.43

²⁷ Gaubert M ; Lignac M., Quach-Hong M., Addiction et lutte contre les exclusions – travailler ensemble, nov. 2015, 103p.

²⁸ Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Mayenne, oct. 2010, p. 40.

²⁹ Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique

menées dans des locaux dédiés ou dans des bus mais aussi à l'occasion d'événements festifs temporaires ou dans des lieux commerciaux ou privés dont les établissements de nuit avec l'accord des propriétaires ou des gérants.

En 2010, près de six Caarud sur dix ont développé des activités en milieu festif³⁰ : boîtes de nuit, discothèques, teknivals, festivals, concerts, etc.

L'objectif des interventions n'est pas l'abstinence des participants ou la diminution de la consommation mais la réduction des risques et dommages qui y sont liés. Il s'agit d'accompagner l'événement au moment et là où il a lieu, en s'inscrivant dans sa dynamique festive et en respectant les fonctions sociales.

L'accompagnement de la prévention des conduites addictives et de la réduction des risques et des dommages en milieu festif est un outil d'accompagnement qui s'appuie sur une démarche d'« aller vers » où le choix de la personne est respecté.

Quelles que soient les modalités d'intervention des équipes de prévention en contexte festif³¹ (stands de prévention, action d'« aller vers », formation ou accompagnement d'organiseurs de soirées), ces actions ont pour objectifs de :

- réduire les dommages liés à l'usage de substances psychoactives,
- repérer les personnes en difficultés avec leurs consommations,
- améliorer l'orientation du public vers les structures adaptées à leurs besoins,
- développer la prévention notamment par les pairs et
- d'améliorer la coordination et le partenariat avec les autres acteurs (festifs, forces de sécurité et de la santé...)

3.3 La rue

Les risques et les dommages dans la rue

La précarité sociale et le sans-abrisme (ou la précarité de logement) sont des caractéristiques fréquentes chez les personnes destinataires des actions de réduction des risques et des dommages. *« Les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale, que ce soit en termes de logement, de revenu d'emploi, ou de couverture sociale. Parmi les usagers qui fréquentaient en 2008 les structures de réduction des risques, la moitié connaissait des conditions de logement instables. Un quart ne dispose d'aucun revenu licite et a recours à la mendicité, à des ressources illégales, à la prostitution »*³².

Or cette précarité occasionne elle-même des prises de risques avec des consommations dans la rue : *« Les études mettent en lumière également des inégalités parmi les usagers de drogues dans les possibilités de ne pas s'exposer au regard policier. Les usagers les plus marginalisés, notamment ceux qui ne disposent pas de domicile, sont les plus exposés. Leur consommation a souvent lieu dans la rue et ceci les conduit à prendre davantage de risques »*³³ (consommations dans des lieux insalubres, injections réalisées dans la précipitation, rejet du matériel dans l'espace public, etc.).

*« Les usagers de drogues, refoulés des espaces de vente par les dealers, injecteraient dans des espaces publics peu propices (parking, cages d'escalier) mais avec cette nécessité de consommer très vite une fois le produit acheté pour éviter de se faire contrôler en le portant sur soi. Ces injections précipitées seraient souvent ratées, et recommencées plusieurs fois. Le matériel stérile pourrait alors manquer. »*³⁴

Les interventions des Caarud

Les missions des Caarud dans la rue sont précisées dans le référentiel³⁵ :

³⁰ Cadet-Tairou A., Dambele S., *Les CAARUD en 2010 - Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Paris :OFDT, 2014, p. 19

³¹ ANPAA, *Espaces publics et conduites addictives*, les maires peuvent agir, Paris, avril 2016, 37 p.

³² Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Mayenne, oct. 2010, p. 347

³³ Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Mayenne, oct. 2010, p. 276.

³⁴ Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Mayenne, oct. 2010, p. 46

³⁵ Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique

« Pour faciliter les contacts avec les consommateurs afin d'en améliorer l'efficacité, les activités de réduction des risques sont réalisées dans la journée, la nuit, y compris les week-ends et jours fériés. Ces activités peuvent être menées dans les locaux dédiés ou dans des bus mais aussi dans :

1° Des lieux publics fréquentés par les usagers (rue, espaces verts, gares, etc.) ;

(...)

5° Des locaux habités par les occupants sans titre³⁶. »

En 2010, trois quart des Caarud ont mis en place des équipes de rue et environ un Caarud sur dix signale ouvrir un lieu d'accueil, fixe ou via une unité mobile, en soirée (après 20 heures, hors intervention en milieu festif)³⁷

L'intervention dans l'espace public suppose des partenariats avec les acteurs de la médiation sociale. Les élus sont également souvent sollicités pour les nuisances vécues par les habitants ou les commerçants. Un important travail de sensibilisation et de partenariat est organisé dans les villes sur ces questions. Cela participe de la réduction des risques et des dommages pour les usagers (qui se voient moins marginalisés) et pour la société (qui a un interlocuteur sur la question des nuisances).

Les actions de médiation sociale sont d'autant plus importantes que l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP)³⁸ montre qu'en 2013 une majorité des personnes estime que les usagers « peuvent être un danger pour leur entourage ». Cette perception est en augmentation pour tous les produits entre 2008 et 2013, atteignant 87 % des opinions concernant l'héroïne. Mais dans le même temps, 83 % des français se disent favorables à l'information des usagers sur la façon la moins dangereuse de consommer les produits psychoactifs, soit une augmentation de 11 points par rapport à 2008, retrouvant finalement les niveaux d'opinion observés en 2002.

3.4 Les établissements pénitentiaires

Les risques et les dommages au sein du milieu pénitentiaire

« En raison des particularités de la population incarcérée, caractérisée par une surreprésentation d'usagers de drogues ou d'alcool, des prévalences élevées de troubles psychiatriques, une précarité sociale marquée, et du contexte même de l'incarcération (lutte contre le stress et l'isolement, rupture de liens, tension sécuritaire), la réduction des risques en prison constitue un enjeu majeur »³⁹. La promiscuité et les conditions d'incarcération peuvent constituer des facteurs environnementaux influençant de possibles consommations à risque. La loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé stipule (article 41) « la politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral ». Elle vient en ce sens compléter la liste des lieux d'intervention mentionnés dans le référentiel national de réduction des risques.

Les pratiques à risques identifiées en milieu carcéral par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) portent particulièrement sur :

- les pratiques d'injection et de partage de matériel ;
- les rapports sexuels non protégés consentis ou non ;
- les pratiques de tatouage et de piercing concernant « plus fréquemment les usagers de drogues. »⁴⁰

Il existe aussi des risques d'aggravation des peines liés au trafic de produits, sous contrainte ou non.

Depuis la loi du 18 janvier 1994⁴¹, la prise en charge de la santé des personnes détenues relève du dispositif de droit commun. Elle affirme le principe selon lequel : les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier d'une qualité, d'une continuité des soins et de la prévention équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population générale. Le suivi de la santé des personnes détenues relève de la responsabilité des unités sanitaires qui assurent notamment le repérage et la prise en charge des addictions, l'initialisation et le suivi des

³⁶ Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique

³⁷ Cadet-Tairou A., Dambele S., *Les CAARUD en 2010 - Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Paris : OFDT, 2014, p. 18

³⁸ Tovar M.L., Le Nezet O., Bastianic T., *Perceptions et opinions des Français sur les drogues, Tendances n° 88*, OFDT, Octobre 2013, 6 p.

³⁹ Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Mayenne, oct. 2010, p. 319

⁴⁰ Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Mayenne, oct. 2010, p. 322

⁴¹ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

traitements de substitution. Ce principe a été depuis réaffirmé par l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009⁴². Cette prise en charge peut également être assurée par un Csapa en interne quand il existe.

Par ailleurs, dans le cadre de la clarification des rôles des différents intervenants auprès des personnes incarcérées et de l'amélioration de leur prise en charge, l'instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 définit les modalités de coordination et d'organisation, au niveau local, de la prise en charge des addictions en détention. Le rôle de chaque intervenant est défini à chaque étape de la prise en charge.

L'article L3411-8 du code de la santé publique issu de la loi de modernisation de notre système de santé réaffirme que « la politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral ».

Aujourd'hui, un guide méthodologique relatif aux modalités de la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice est mis à la disposition de l'ensemble des acteurs contribuant à cette mission.

Publié en 1994, réactualisé en 2005, une nouvelle actualisation était nécessaire en 2012 en raison des différentes dispositions législatives et réglementaires intervenues depuis lors et impactant directement ou indirectement ce champ. Le guide méthodologique tient compte également du plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé des personnes placées sous main de justice.

Le guide méthodologique est actuellement le document de référence en milieu carcéral. Il a vocation à répondre aux questionnements des professionnels sur l'ensemble des domaines qui constituent la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous main de justice. Il fournit des orientations à propos des règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et traite également des modalités de prise en charge de la santé de cette population.

Les interventions des Csapa

Il est prévu que soient pris en compte les besoins médicaux somatiques (VIH, hépatite, etc.), psychologiques, psychiatriques, médicamenteux (TSO et autres), et sociaux, et ce aux différents temps de la détention afin de permettre l'accessibilité, l'accompagnement, la continuité des soins et l'accès aux outils de réduction des risques et des dommages. « *Les services sanitaires (somatiques, psychiatriques, équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)), la médecine de ville, les structures médico-sociales (Csapa, Caarud) ont un rôle à jouer, et notamment les Csapa désignés référents⁴³ pour la préparation à la sortie* »⁴⁴.

Un Csapa référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire (hors établissements pour mineurs et centre de semi-liberté). Ce Csapa, identifié comme intervenant privilégié de l'établissement, a pour mission l'articulation avec l'extérieur en vue de la sortie, en particulier : l'accompagnement des personnes pour l'élaboration du projet de soin et d'insertion ; la mise en œuvre des démarches pour une sortie facilitée (relais médical, droits sociaux, domiciliation, justice...) et l'accompagnement et l'organisation des relais, des connexions avec les dispositifs externes concernés (Csapa, CAARUD, CMP, dispositifs d'hébergement). Le CSAPA référent n'est pas l'intervenant unique en prison, il s'ajoute au dispositif de prise en charge déjà existant.

En 2010, 15 Csapa (sur 419) ont pour caractéristique de consacrer toute leur activité aux patients incarcérés.⁴⁵

Selon l'enquête de l'Anesm⁴⁶, 98 Csapa et 16 Caarud sont intervenus au moins une fois en 2014 sur des actions de prévention au sein des établissements pénitentiaires. 143 Csapa et 17 Caarud sont également intervenus au moins une fois pour mener un accompagnement individuel au sein d'un établissement pénitentiaire.

⁴² Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

⁴³ Circulaire interministérielle n°DGS/MC2/DSS/1A/DGCS/5C/2011/371 du 26 septembre 2011 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2011 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

⁴⁴ Fédération addiction, Addiction et milieu carcéral - Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros. Rapport d'enquête, décembre 2012, p. 2.

⁴⁵ Palle C., Rattanatrav M., Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010 - Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010, Paris :OFDT, p. 58

⁴⁶ Enquête réalisée sur le premier semestre 2015 auprès de 260 Csapa et 77 Caarud.

3.5 Le milieu professionnel

Selon la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)⁴⁷, devenue la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), ce sont 10% de salariés qui auraient besoin de drogue pour affronter leur travail. Plusieurs études se recoupent pour affirmer que 15 à 20% des accidents professionnels, de l'absentéisme et des conflits interpersonnels au travail seraient liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants. La question de la consommation de substances psychoactives en milieu professionnel est donc à aborder sous deux angles : celui des risques et dommages encourus (sécurité, vigilance, performance au travail...) et celui de l'impact des conditions de travail sur les consommations (stress, compétitivité, amélioration des performances, cultures professionnelles...).

Il existe un nombre limité d'études épidémiologiques sur la problématique des addictions en milieu professionnel.

Néanmoins, il y a des consensus sur divers points⁴⁸ :

- la consommation augmente en milieu professionnel comme dans la société, mais que c'est dans la relation de travail que la gestion des risques est la plus complexe : elle y est tout à la fois individuelle et collective ; elle implique des choix de management quant au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion ; elle suppose que soient anticipées les modalités de prise en charge du salarié ; elle interroge sur la qualité des relations de travail ; elle souligne certains codes de sociabilité. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) souligne que le cadre d'intervention pour agir sur ces consommations et les risques qu'elles suscitent dépend de la relation dynamique qui peut se développer entre le médecin du travail, l'employeur, les salariés et les partenaires sociaux.⁴⁹
- parmi les produits illicites, le cannabis est la drogue la plus consommée : près de 30 % l'ont déjà expérimenté dans leur vie et la prévalence des usagers dans l'année s'élève à près de 7 % ; que le fait d'avoir consommé du cannabis le matin avant d'aller à son travail concernerait 12 % des usagers actuels, soit environ 1 % des actifs ;
- le phénomène s'est étendu sur cinq ans et il existe une augmentation de la consommation de drogues illicites autres que le cannabis ;
- tout le milieu de travail est concerné : aucun secteur n'échappe au phénomène, mais certains secteurs et certaines professions dans ces secteurs sont plus touchés que d'autres (transports, BTP, hôtellerie, restauration, métiers de la mer, journalistes, militaires, personnels dirigeants, secteur financier, représentants commerciaux...), ce qui nécessite une vigilance particulière ;
- les effets des substances psychoactives varient selon les produits, les personnes, les modalités de l'usage. Leur dangerosité tient, en situation professionnelle, au fait que leur consommation affecte les activités sensorielles, la vigilance, l'humeur (alcool, cannabis, médicaments psychotropes), diminue potentiellement l'activité mentale (alcool, héroïne) ou la stimule (cocaïne) avec en conséquence, des insomnies.

Les risques des comportements addictifs des salariés pour l'entreprise, pour les salariés eux-mêmes et pour les autres portent sur :

- la modification de la perception du risque et/ou une prise de risque/perte d'attention ou de vigilance et/ou un comportement non maîtrisé qui peut générer une mise en danger ;
- l'impact sur les performances
- des pertes de mémoire et des phases d'excitation qui peuvent aller jusqu'à la levée des inhibitions.⁵⁰

⁴⁷ COLLIAT E., (DGT), MASSACRET M., (MILDT), *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*, 2012, 71p.

⁴⁸ Sources cumulées et recoupées Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Institut national de recherche et de sécurité (INRS), Société médecine du travail Ouest-Île-de-France (SMTOIF).

⁴⁹ REDONNET B., *Consommation de drogues illicites en milieu professionnel : état des lieux des connaissances et des recherches menées en France, Note n°2010-9 à l'attention de la MILDT*, OFDT.

⁵⁰ Colliat E., (DGT), Massacret M., (MILDT), *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*, 2012, 71p.

4 La prise en compte des conduites addictives au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Selon l'article L.311-3 du CASF, les personnes accueillies dans les ESSMS ont droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant leur développement, leur autonomie et leur insertion, adaptés à leur âge et à leurs besoins. Les ESSMS favorisent leur coordination, leur complémentarité et garantissent la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, grâce à des actions territorialisées et partenariales dans les secteurs sanitaires, sociales et médico-sociales (article L.312-7 du CASF).

Les conduites addictives des personnes accueillies et/ou accompagnées par ces ESSMS questionnent les modalités de prises en charges, les organisations et les compétences des professionnels. Les intervenants du champ de l'addictologie peuvent venir en appui tant sur le versant de la prévention que sur celui de la réduction des risques et des dommages. Ils peuvent également intervenir auprès des professionnels des Essms pour les sensibiliser/former afin qu'ils soient en mesure d'être des acteurs du repérage et de l'orientation.

4.1 *Les personnes âgées*

Les risques et les dommages des personnes âgées

La dépendance à l'alcool concernerait 20 à 25% de la population âgée accueillie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad ou Ehpa)⁵¹. Il existe des personnes anciennement alcoolo-dépendantes, mais également des personnes dont la dépendance à l'alcool est dite tardive. Elle peut être déclenchée par différents facteurs : retraite, deuil, déménagement ou encore l'entrée en institution.⁵²

L'alcoolisation des personnes âgées représente un véritable problème de santé publique en raison de « plusieurs facteurs :

- le dépistage est plus difficile et l'alcoolisation d'un senior est parfois difficile à mettre en évidence,
- la personne âgée consomme beaucoup plus de médicaments et l'interaction de l'alcool avec certaines classes thérapeutiques (par exemple les benzodiazépines) est un risque de santé identifié,
- les seniors résistent moins bien du fait de leur fragilité organique,
- une personne âgée peut boire depuis une longue période et cette durée augmente le risque de dépendance à l'alcool; elle arrive à un stade d'alcoolisation où les complications apparaissent avec un risque de delirium tremens en cas de sevrage brutal,
- les conséquences peuvent être rapidement dramatiques avec l'augmentation du risque de chutes, de fractures ou l'apparition de complications médicales ou de maladies graves (infections intercurrentes, neuropathies, Korsakoff, cirrhose hépatique...). Ces pathologies entraînent des hospitalisations qui compromettent la qualité de vie du résident et représentent un coût pour la collectivité »⁵³.

L'Anpaa fait état des difficultés des professionnels des établissements pour personnes âgées qui ne savent pas toujours « se situer face à des alcoolisations excessives de personnes âgées ». « Ils se sentent démunis pour aborder le sujet ou découragés suite à une démarche qui n'a pas eu le succès escompté »⁵⁴.

Les facteurs pouvant favoriser le développement de problèmes relatifs au jeu sont :

- l'augmentation de l'offre de jeu pour une population-cible intéressante pour l'industrie du jeu puisqu'elle fréquente plus souvent les espaces de jeu et dépense plus d'argent que les jeunes ;
- le sentiment d'isolement ou de solitude créé par l'augmentation du temps libre, le deuil de relations sociales significatives ou encore par le déclin de la santé ;
- l'apparition de problèmes de santé tels que les maladies neurodégénératives (la maladie de Parkinson, par exemple) concordant avec le développement de problèmes de jeu ;
- la faible propension à chercher de l'aide et une tendance à cacher leurs problèmes de jeu plus important que chez les jeunes ;
- une participation au jeu qui devient une façon de compenser une vie sociale insatisfaisante ;

⁵¹ Anpaa 59 et 62, *Prise en charge du risque alcool chez la personne âgée*, 2012, 19p.

⁵² Paille F., *Personnes âgées et consommation d'alcool, Alcoologie et Addictologie*, 2014 ; 36 (1), p. 71

⁵³ Collomp F., Rabatel C., *Faut-il interdire l'alcool en Ehpad ?*, Mémoire médecin coordonnateur, 2008, p.4

⁵⁴ Anpaa 59 et 62, *Prise en charge du risque alcool chez la personne âgée*, 2012, p. 10

- un impact des pertes financières liées au jeu plus important pour des revenus fixes et un niveau d'économie qui ne va que diminuant ;
- un investissement plus important dans les jeux non stratégiques (de type machine à sous) : forme de jeux incitant davantage à des problèmes liés notamment à la rapidité du jeu et aux gains intermittents.

Par ailleurs, sont aujourd'hui accompagnées dans les Ehpad et les services à domicile, des personnes âgées ayant un long parcours de consommation de substances illicites. Il convient de prendre en compte leurs besoins pour ajuster les accompagnements proposés.

Les interventions des Caarud et des Csapa

Certains établissements/services font intervenir des professionnels spécialisés afin de modifier le regard des professionnels au contact des personnes âgées et proposer des organisations adaptées⁵⁵.

Les moyens pertinents d'intervention sont différents selon que la personne est ou non dépendante. Chez la personne dépendante, l'objectif est de « *ramener la consommation en dessous des seuils de risques considérés comme acceptables en France, de façon à faire disparaître ou régresser les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool* ». ⁵⁶ « *L'abstinence reste sans doute l'objectif à encourager et à atteindre prioritairement chaque fois que possible et lorsqu'il est accepté par la personne. Il semble parfois difficile à négocier. Dans ce cas, une réduction de consommation et donc des dommages paraît un objectif réaliste* » ⁵⁷.

Selon l'enquête de l'Anesm⁵⁸, 10 à 20 Csapa et moins de 10 Caarud sont intervenus au moins une fois en 2014 sur des actions de prévention au sein d'un Ehpad. 30 à 40 Csapa sont également intervenus au moins une fois pour mener un accompagnement individuel au sein d'un Ehpad.

4.2 Les personnes handicapées

Les risques et les dommages des personnes handicapées

Les problématiques de conduites addictives à risque concerne aussi les personnes en situation de handicap.

Une étude visant des travailleurs d'Esat⁵⁹ montre la prévalence du tabagisme estimée à 34 % alors qu'elle est de 30 % dans la population générale d'après le Baromètre Santé de l'Inpes⁶⁰.

« La consommation de substance touche peu le monde institutionnel, surtout si celui-ci accueille des personnes en situation de handicap sévère ou de polyhandicaps lourds. Celles qui vivent avec un handicap mental léger et dans une plus grande proximité avec le reste de la population semblent plus exposées et plus fragilisées face à ce risque. » ⁶¹

Cependant, après avoir occulté le problème de la consommation de produits psycho-actif dans le secteur du handicap, « *un fait s'impose : la consommation de substances par des personnes handicapées mentales est une réalité que doivent affronter les milieux éducatifs. L'évolution de l'intégration ne fera qu'accentuer cette évidence.* » ⁶² Les personnes peuvent être confrontées à d'autres difficultés, comme par exemple, les jeux de grattage.

⁵⁵ Lefrançois P., *Gérer les résidents qui ont des addictions*, Géroscopie pour les décideurs en gérontologie, n°60, sept. 2015, pp. 26-27.

⁵⁶ Paille F., *Personnes âgées et consommation d'alcool*, Alcoologie et Addictologie, 2014 ; 36 (1), p. 67

⁵⁷ Paille F., *Personnes âgées et consommation d'alcool*, Alcoologie et Addictologie, 2014 ; 36 (1), p. 68

⁵⁸ Enquête réalisée sur le premier semestre 2015 auprès de 260 Csapa et 77 Caarud.

⁵⁹ Stoebner-Delbarre A. (coll.), *Aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap : un programme-pilote en Languedoc-Roussillon*, La santé de l'homme, n° 412, mars-avril 2011, pp. 40-41

⁶⁰ Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. *Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé*. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. Baromètre Santé 2005. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 77-110

⁶¹ Zufferey M.-P., *La consommation des substances chez les personnes handicapées mentales – Mythes et réalités*, Agence Wallone pour l'intégration des personnes handicapées, Pages Romandes, 2005, 2, pp. 6-7.

⁶² Lambert J.-L., *Quelques certitudes, beaucoup d'interrogations*, Agence Wallone pour l'intégration des personnes handicapées – Dossier : le cannabis s'arrête-t-il à la porte des institutions ? Pages Romandes, 2005, 2, pp. 16-17

La réduction des risques et des dommages est par ailleurs nécessaire en raison des incompatibilités de l'alcool et de certains médicaments (notamment les traitements psychotropes)⁶³.

Les interventions des Caarud et des Csapa

La convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées reconnaît « le droit de toute personne handicapée de jouir du meilleur état de santé sans discrimination fondée sur le handicap ».

« Prendre en compte les besoins spécifiques liés à l'état de santé des personnes handicapées qu'elles accompagnent relève de la mission des structures sociales et médico-sociales, que l'expertise ou la prestation nécessaire à la personne soit internalisée ou mobilisée depuis/vers l'extérieur. »(...) « L'assurance et la continuité des soins constituent pour les personnes handicapées une condition sine qua non de la garantie de pouvoir mener à bien leur projet de vie, comme l'ambitionne le cadre législatif rénové. La carence en prestations de soins, que ceux-ci soient liés ou non au handicap, et la difficulté de pérenniser certaines interventions retentissent, en effet, sur la qualité de vie et hypothèquent l'accès à une vie sociale⁶⁴ »

La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages ont leur place dans les établissements et services accompagnant des personnes handicapées.

Le programme mis en place en Languedoc-Roussillon prouve que des actions adaptées aux besoins et aux réalités quotidiennes sont réalisables avec la participation des populations concernées. Entraînant un fort taux de participation, de suivi et d'engagement, il montre l'intérêt de porter la prévention au plus près des personnes⁶⁵.

Selon l'enquête de l'Anesm⁶⁶, 50 Csapa et moins de 10 Caarud sont intervenus au moins une fois en 2014 sur des actions de prévention au sein d'un établissement pour personnes handicapées. 57 Csapa et moins de 10 Caarud sont également intervenus au moins une fois pour mener un accompagnement individuel au sein d'un établissement pour personnes handicapées.

4.3 Les jeunes accompagnés par un foyer de jeunes travailleurs (FJT)

Les risques et les dommages

Les besoins premiers des jeunes accueillis dans les foyers de jeunes travailleurs sont globalement des besoins sociaux, les besoins sanitaires relevant des dispositifs de droit commun⁶⁷. Cependant, des jeunes accueillis dans les foyers de jeunes travailleurs peuvent présenter des conduites addictives à des niveaux plus ou moins dommageables. A ce sujet, les professionnels peuvent s'interroger sur leurs représentations de l'addiction, de la prévention ainsi que sur les postures éducatives à adopter pour aborder ce sujet dans un objectif de mobilisation des jeunes à la prise en charge de leur propre santé.

Les interventions des Caarud et des Csapa

Selon l'enquête de l'Anesm⁶⁸, 48 Csapa et moins de 10 Caarud sont intervenus au moins une fois en 2014 sur des actions de prévention au sein d'un FJT. 67 Csapa et moins de 10 Caarud sont également intervenus au moins une fois pour mener un accompagnement individuel au sein d'un FJT.

4.1 Les jeunes accompagnés par l'ASE/PJJ

Les risques et les dommages

« Les jeunes pris en charge dans les structures de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) apparaissent, du fait d'un cumul de difficultés, comme particulièrement vulnérables⁶⁹. »

⁶³ Peintre C., (ss dir.), Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique – synthèse et recommandations, CEDIAS - CREAHI Ile-de-France, dec. 2011, p. 35

⁶⁴ ANESM, *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*, 2013

⁶⁵ Stoebner-Delbarre A. (coll.), *Aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap : un programme-pilote en Languedoc-Roussillon*, La santé de l'homme, n° 412, mars-avril 2011, pp. 40-41

⁶⁶ Enquête réalisée sur le premier semestre 2015 auprès de 260 Csapa et 77 Caarud.

⁶⁷ Meunier D., Bettendorff C., *Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels*, *Collection Pratiques*, Fédération Addiction, oct. 2013, p.16-17.

⁶⁸ Enquête réalisée sur le premier semestre 2015 auprès de 260 Csapa et 77 Caarud.

Plusieurs situations peuvent être rencontrées au sein des établissements et services :

- des adolescents/jeunes majeurs consommateurs de produit psycho-actif licite ou non ;
- des adolescents/jeunes majeurs ayant eu un passé de revendeur de produits illicites ;
- des adolescentes/jeunes majeures consommatrices de produits psycho-actifs accueillies en sortie de maternité en centre maternel avec un accompagnement adapté autant pour l'enfant que pour la mère⁷⁰.

Les interventions des Caarud et des Csapa

Selon l'enquête de l'Anesm⁷¹ :

- 50 Csapa et moins de 10 Caarud sont intervenus sur des actions de prévention au moins une fois en 2014 au sein d'une MECS ;
- 30 à 40 Csapa et moins de 10 Caarud sont intervenus au moins une fois pour mener un accompagnement individuel au sein d'une MECS ;
- 10 à 20 Csapa et moins de 10 Caarud sont intervenus au moins une fois en 2014 sur des actions de prévention au sein d'un centre maternel ;
- 30 à 40 Csapa et moins de 10 Caarud sont également intervenus au moins une fois pour mener un accompagnement individuel au sein d'un centre maternel.

5 Périmètre du programme

5.1 *Objectifs*

Ce programme a pour objectif, de produire des repères pour les professionnels des Csapa et Caarud :

- pour la mise en œuvre effective de la politique de réduction des risques et des dommages au sein de leur organisation ;
- dans leurs interventions auprès des professionnels et des usagers des ESSMS afin de mettre en place des actions de prévention et de réduction des risques et des dommages.

Ce programme est composé de 3 volets :

- la réduction des risques et des dommages au sein des Caarud ;
- le parcours de soins et la réduction des risques et des dommages au sein des Csapa ;
- la prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages au sein des ESSMS.

Ne sont pas abordées dans la recommandation les pratiques au sein des consultations jeunes consommateurs (CJC), qui mettent en œuvre l'intervention précoce en complémentarité avec les actions de prévention collective réalisées par les CSAPA. En effet des travaux spécifiques ont été menés sur ce sujet. Le dispositif des CJC fait l'objet d'un travail de redynamisation des pratiques professionnelles et de visibilité, engagé depuis plusieurs années. Des réunions régionales ont été organisées en 2012 et 2013 pour que les différents acteurs en contact avec les jeunes (éducation nationale, maison des adolescents, etc.) aient connaissance de ce dispositif et identifient les personnels de ces structures, afin de faciliter l'orientation des jeunes. Un guide a été édité à cette fin⁷².

Un livret introductif portera sur une définition des différents concepts (réduction des risques et dommages sanitaires et sociaux, prévention des conduites addictives, soins, accompagnement, etc.), le rôle des différents acteurs, leurs coordinations leur complémentarité et le contexte de leur intervention, dans le cadre du parcours de la personne. Un index sera intégré en annexe de chaque recommandation.

⁶⁹ Circulaire interministérielle DGS/MC2/MILDT no 2009-63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie. Annexe 2.

⁷⁰ Laboratoire de recherche de l'Etablissement Public de santé Maison Blanche, Recherche-Action visant à l'évaluation de la prévalence des troubles psychiques dans la population des femmes accueillies en centre maternel, avril 2006, p.45.

⁷¹ Enquête réalisée sur le premier semestre 2015 auprès de 260 Csapa et 77 Caarud.

⁷² Fédération addictions, *Pratiques professionnelles dans les Consultations jeunes consommateurs*, 71p.

5.2 *La réduction des risques et des dommages au sein des Caarud*

L'accueil, l'accompagnement de la personne et la coordination de son parcours

- Comment les professionnels construisent une relation de confiance avec les personnes afin d'échanger sur ses conduites addictives et plus particulièrement sur ses risques et dommages ? Comment personnaliser les modalités des échanges autour des pratiques addictives ?
- Comment les professionnels identifient les risques que prend la personne dans ses pratiques addictives ? Quelle est la place réservée à la personne dans l'identification de ses risques ? Quels sont les outils/méthodes/approches pour aider la personne à identifier l'impact de sa conduite addictive pour elle-même et pour les autres ?
- -Comment les spécificités des risques en fonction des publics (jeunes, femmes, personnes en situation de précarité, en situation de handicap, victimes de violences, les migrants, etc.) et des conduites addictives (drogues illicites ou licites, polyconsommations, addictions sans substance, etc.) sont prises en compte dans l'évaluation globale des besoins en accompagnement ?
- Comment l'environnement de la personne (situation vis-à-vis du logement, de l'emploi, de la famille, des ressources, de la langue parlée/comprise, situation administrative régulière ou non sur le territoire, etc.) est-il pris en compte dans l'évaluation des besoins en accompagnement ?
- Comment les professionnels analysent et co-construisent avec la personne l'accompagnement dont elle a besoin pour prévenir les risques (sanitaires, sociaux, judiciaires, endettement, problèmes relationnels, de confiance en soi, etc.) qu'elle prend et réduire les dommages constatés ?
- Comment les priorités données par la personne sont-elles prises en compte dans l'articulation des différentes dimensions de son accompagnement (soins, hébergement, insertion professionnelle, accès aux droits sociaux, réponses aux besoins vitaux, parentalité, etc.) ?
- Comment articuler l'action du Caarud avec les autres acteurs de l'accompagnement (acteurs de la santé, Csapa, services sociaux, médicaux, intervenants dans le domaine de l'emploi, du logement, du domaine judiciaire, services de surendettement, etc.) afin de favoriser l'accès des personnes à ces dispositifs et prévenir les ruptures de parcours ? Comment favoriser l'autonomie de la personne dans la mise en œuvre des différentes dimensions de son accompagnement ?
- Comment susciter et favoriser l'auto-support entre pairs concernant la réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux ? Comment favoriser la prise de conscience des compétences des usagers et les valoriser ?
- Comment les proches sont pris en compte dans l'accompagnement global de la personne ? Comment les aidants sont-ils soutenus ? Comment sont-ils intégrés dans le processus de réduction des risques ?
- Comment les refus d'accompagnement et l'absence de demande sont pris en compte dans les Caarud ?
- Comment engager un échange avec les personnes qui sollicitent peu les professionnels ?
- Comment prendre en compte les ruptures de parcours géographique (coordination d'un Caarud à un autre) ?

L'information, le conseil et la délivrance de matériel

- Comment les professionnels se tiennent informés, se préparent et s'adaptent aux nouvelles pratiques à risques liées aux pratiques addictives et aux nouveaux outils de réduction des risques ?
- Comment assurer la mise à disposition du matériel nécessaire (matériel d'injection...) auprès des usagers ?
- Comment engager des échanges éducatifs et préventifs autour de la consommation lors de la remise de matériel ? Comment former les usagers à l'utilisation du matériel ? Quelle est la place réservée aux pairs-experts dans les échanges des bonnes pratiques autour des pratiques addictives et dans l'utilisation du matériel de réduction des risques ?
- Comment rester en veille sur les nouvelles pratiques, les nouveaux produits (NPS en particulier) et les nouveaux risques afin de pouvoir apporter des réponses ajustées et alerter les réseaux d'addictovigilance ? Comment associer les usagers de drogues à cette mission de veille ?

Le projet d'établissement

- Comment faire évoluer les pratiques de réduction des risques et des dommages afin de mieux répondre aux problématiques identifiées ? Comment favoriser/accompagner l'expérimentation et l'innovation dans les

pratiques pour se rapprocher des besoins/demandes de la personne

- Comment favoriser l'auto-support entre pairs, notamment lorsque les publics accueillis sont diversifiés ? Comment associer les usagers à la construction des pratiques de réduction des risques et des dommages ? - Comment les Caarud participent à la veille sanitaire ?
- Comment associer les usagers à l'actualisation du règlement de fonctionnement? Comment associer les usagers à la démarche d'évaluation interne et d'actualisation du projet d'établissement afin de mieux répondre à leurs besoins et attentes ?
- Comment associer le conseil de la vie sociale ?
- Quel est l'indicateur le plus pertinent pour suivre la qualité des démarches de réduction des risques et des dommages liées aux conduites addictives développées par le Caarud ?

L'inscription dans le territoire

- Comment le Caarud s'inscrit-il dans la démarche de la stratégie territoriale de santé incluant les aspects du soin, du médico-social et du social (dont l'emploi et le logement) ?
- Comment le Caarud se fait connaître et reconnaître, auprès des personnes et des prescripteurs (pairs, proches, autres intervenants professionnels- sociaux ou médicaux, etc.) ?
- Comment faciliter l'accès au Caarud (en terme d'horaire d'ouverture, d'accessibilité géographique, de parcours d'unité mobile etc.) ?
- Comment favoriser l'accès au Caarud pour les personnes qui ne sont pas en demande ou qui refusent l'accompagnement ?
- Comment construire des partenariats avec les autres acteurs de l'accompagnement, des soins et plus largement les acteurs du territoire (commerçants, riverains, transports, économie sociale, collectivités territoriales, police, justice, etc.) ?

La réduction des risques et des dommages dans les espaces festifs

- Comment identifier, avec les organisateurs des événements festifs, les principaux risques liés aux conduites addictives et leurs besoins en terme de prévention ? Comment co-construire avec eux les modalités d'interventions des professionnels du Caarud ?
- Quelles actions mettre en œuvre auprès des organisateurs privés ou public d'événements festifs (dont les associations étudiantes, les boîtes de nuit, les municipalités, etc.) ? Existe-t-il des spécificités lorsque l'organisateur est acteur public, associatif ou lucratif ? Comment sensibiliser les propriétaires ou gérants des lieux festifs en valorisant les impacts positifs de la réduction des risques (notamment en terme d'image, de responsabilité, etc.) ?
- Comment intervenir en coordination et en complémentarité avec les autres acteurs intervenants dans le domaine de la prévention/réduction des risques au sein de ces espaces ? Quelle articulation entre les interventions des Caarud ?
- Quelles interventions mettre en œuvre lors des événements festifs : information/sensibilisation/formation, mise à disposition de matériel, mise à disposition de professionnels, participation/création d'un réseau, etc. ?
- Comment rester en veille sur les nouvelles pratiques, les nouveaux produits et les nouveaux risques en milieu festif afin de pouvoir apporter des réponses ajustées ?
- Comment les problématiques spécifiques des jeunes, des femmes et des personnes en situation de précarité sont-elles prises en compte dans les actions au sein de ce milieu ?
- Quelles coopérations mettre en œuvre avec les services d'ordre et de sécurité, les services d'urgence et les services de voirie et de transport, les élus ?
- Comment prendre en compte les spécificités de l'intervention en milieu festif dans le projet d'établissement (en terme de formation des professionnels, d'organisation du travail, de moyens logistiques, de rôle des pairs experts, etc.) ?
- Quel est l'indicateur le plus pertinent pour suivre la qualité des démarches de prévention et de réduction des risques et des dommages dans les milieux festifs ?

La réduction des risques et des dommages auprès des personnes vivant dans la rue

- Comment identifier les besoins des personnes relatifs à leurs pratiques addictives ? Comment construire une relation de confiance avec les personnes ? Quelle place pour les « pairs » dans les interventions auprès des personnes vivant à la rue ? Comment co-construire avec elle et/ou les acteurs intervenants auprès d'elle des interventions personnalisées ? Quelles spécificités des interventions lorsque les personnes sont seules dans la rue ou en groupe ?
- Comment les problématiques spécifiques des jeunes et des femmes sont-elles prises en compte dans la rue ?
- Quelles actions mettre en œuvre près des intervenants de la rue (maraude, Samu social, Samu, pompiers, police, gendarmerie, associations humanitaires, etc.) ?
- Quels partenariats mettre en œuvre auprès des acteurs de l'hébergement et du logement ? Comment les Caarud s'inscrivent dans les conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance, les conseils locaux de santé mentale, les réseaux psychiatrie-précarité ?
- Quelles actions mettre en œuvre auprès de la Sncf et des gestionnaires de gares routières, des associations de commerçants, de quartier, des élus des communes (et des intercommunalités) et la police ?
- Comment prendre en compte les spécificités de l'intervention dans la rue dans le projet d'établissement (en terme de formation des professionnels, d'organisation du travail, de moyens logistiques, de rôle des pairs experts, etc.) ?
- Quel est l'indicateur le plus pertinent pour suivre la qualité des démarches de prévention et de réduction des risques et des dommages dans la rue ?
- Comment prendre en compte les spécificités du milieu urbain ou rural ?

5.3 La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages au sein des Csapa

L'accompagnement et la coordination du parcours

- Comment favoriser la place d'acteur des personnes et le respect de leur droit dans la mise en œuvre de l'accompagnement et des soins ?
- Comment évaluer, avec la personne, les risques sanitaires et sociaux liés à ses conduites addictives ?
- Quel accueil spécifique est déployé lorsqu'il s'agit de jeunes adultes, de femmes, de personnes en situation de précarité, de personnes placées sous main de justice ?
- Comment le professionnel équilibre-t-il la mise en œuvre des soins et le développement d'une approche de réduction des risques et des dommages ?
- Comment préparer les relais d'accompagnement et de soins hors du Csapa ? Comment s'assurer de la continuité des soins et de l'accompagnement ?

L'organisation du Csapa et le partenariat

- Comment le Csapa s'inscrit-il dans la démarche de la stratégie territoriale de santé incluant les aspects du soin, du médico-social et du social ?
- Comment favoriser l'auto-support entre pairs ?
- Comment faire évoluer le règlement de fonctionnement pour intégrer la notion de réduction des risques et des dommages ?
- Comment faire évoluer le projet et l'organisation du Csapa (par exemple en terme d'organisation des consultations ou de l'accueil, etc.), pour mieux répondre aux besoins des publics accueillis, notamment les femmes, les personnes en situation de précarité, vivant avec un handicap, victimes de violence, etc. ?
- Comment associer les usagers à la démarche d'évaluation interne et à l'actualisation du projet pour mieux répondre à leurs besoins et attentes ?
- Quel est l'indicateur le plus pertinent pour suivre la qualité des démarches de réduction des risques et des dommages liées aux conduites addictives développées par le Csapa ?

Le soutien et la formation des professionnels

- Comment assurer la sensibilisation/formation des professionnels sur l'approche de la réduction des risques et des dommages? Comment faire évoluer les représentations des professionnels ? Comment sortir de la culture du « tout sevrage » ?

Les pratiques dans les Csapa résidentiels

- Comment mettre en place une approche de réduction des risques et des dommages dans les Csapa proposant un hébergement ?
- Comment accompagner les consommations au sein des hébergements afin de réduire les risques ? Comment anticiper les consommations des week-ends ou des périodes en dehors du centre d'hébergement ?
- Comment intégrer, dans le règlement de fonctionnement, la question des consommations (licites et illicites) au sein du lieu d'hébergement ?
- Comment prévenir les exclusions des personnes ? Quelles garanties des droits en cas d'exclusion (notamment en termes d'information) ? Quelles modalités de recours possible ?

La réduction des risques et des dommages auprès des personnes vivant en établissement pénitentiaire

- Comment intervenir auprès des personnes incarcérées ? Quelles spécificités lorsqu'il s'agit de jeunes adultes/mineurs, de femmes, de personnes en situation de précarité, de personnes vivant avec un handicap, victimes de violence, les migrants ?
- Comment maintenir la continuité des traitements et favoriser l'accès aux dépistages ? Comment appuyer l'initiation des traitements de substitution ?
- Comment intervenir auprès des professionnels de l'administration pénitentiaire pour les sensibiliser/informer/former, à l'approche en terme de réduction des risques et des dommages ?
- Quelle articulation avec les unités de soins de l'établissement pénitentiaire ? Comment le Csapa articule son intervention avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation ?
- Comment prendre en compte les spécificités de l'intervention dans les établissements pénitentiaires dans le projet d'établissement (en terme de formation des professionnels, d'organisation du travail, de moyens logistiques, etc.) ?
- Quel est l'indicateur le plus pertinent pour suivre la qualité des démarches de prévention et de réduction des risques et des dommages en établissement pénitentiaire ?
- Comment intervenir en fonction des différents types d'établissements ?

La prévention et la réduction des risques au sein du milieu professionnel

- Comment les professionnels des Csapa interviennent auprès de la médecine du travail ?
- Comment s'effectuent les échanges entre les Csapa et la médecine du travail ?
- Comment les Csapa et les employeurs identifient les besoins en prévention (besoins de formation/sensibilisation des professionnels sur la question des risques liés aux produits et aux pratiques addictives, besoins d'intervention directe auprès des salariés ou agent de l'état pour mener des actions de prévention ou de réduction des risques, etc.) sur la prise en charge de la problématique addictive en milieu professionnel ?
- Existe-t-il des risques spécifiques en fonction des métiers et champs d'activité professionnelle (bâtiment, métiers du spectacle, hôtellerie et restauration, militaires, personnels dirigeants, sportifs de haut niveau, etc.) ? Comment ces risques spécifiques sont-ils pris en compte par les professionnels des Csapa dans leurs interventions ?
- Comment les Csapa peuvent-ils venir en appui des employeurs dans leur volonté d'intégrer une stratégie de réduction des risques et des dommages dans leur fonctionnement : évolution du document unique, du règlement intérieur, du service social de l'entreprise, implication du CHSCT, etc. ? Comment s'articule l'intervention du Csapa avec les différents interlocuteurs (Agence nationale ou régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), la caisse régionale d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les intervenants et prévention des risques professionnels (IPRP) , sur cette question ?

5.4 *La prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages au sein des Essms*

Les interventions au sein des CHRS ne seront pas traitées, celles-ci ayant d'ores et déjà été traitées dans la recommandation de l'Anesm portant sur la santé en CHRS.

- Comment les professionnels des Csapa ou des Caarud interviennent au sein des Essms? Comment répondent-ils aux sollicitations de ces structures ?
- Comment prendre en compte les spécificités de l'intervention dans les Essms dans le projet d'établissement du Csapa ou de Caarud (en terme de formation des professionnels, d'organisation du travail, de moyens logistiques, de rôle des pairs experts, etc.) ?
- Comment les Csapa ou des Caarud identifient les besoins des professionnels des Essms (besoins de connaissance des missions du Csapa-Caarud dans une logique de continuité du parcours, besoins de formation/sensibilisation des professionnels sur la question des risques liés aux produits et aux pratiques addictives, besoins de formation des professionnels pour aborder la question des addictions avec les usagers, besoins d'intervention directe auprès des personnes accueillies pour mener des actions de prévention ou de réduction des risques, besoins de formation des professionnels pour aborder la question des addictions avec les usagers, etc.) sur la prise en charge de la problématique addictive des personnes qu'ils accueillent ?
- Comment les Essms s'organisent (lors de l'accueil notamment mais aussi tout au long de l'accompagnement) afin de faciliter la continuité des soins relatifs des personnes ayant une problématique addictive, et notamment la continuité des traitements de substitution aux opiacés ?
- Comment les professionnels des Csapa et des Caarud identifient, avec les professionnels de l'Essms et les personnes accueillies les problématiques spécifiques des conduites addictives selon les publics :
 - pour les personnes âgées : interactions médicamenteuses, problèmes de santé en raison de la fragilité liée à l'âge, risque lié au sevrage brutal, continuité du suivi pour les personnes ayant un traitement de substitution, etc. ;
 - pour les personnes handicapées : interactions médicamenteuses, problème de santé lié à la consommation de tabac, risque d'exclusion, etc. ;
 - pour les femmes accueillies en centre maternel : problématique de santé de la mère et de l'enfant, risque d'exclusion, etc.
 - pour les jeunes accueillis en Foyer de jeunes travailleurs : problématique de la consommation en groupe, effet d'entraînement, etc.
 - pour les jeunes accompagnés par l'ASE/PJJ : plus grande vulnérabilité à l'addiction (en raison de facteurs personnels et environnementaux), risques sur l'insertion scolaire et professionnelle, risque judiciaire lié aux consommations et aux trafics, risque d'exclusion, etc.
- Comment co-construire des modalités de travail partenarial ? Quelles interventions spécifiques auprès des usagers ? auprès des professionnels ?
- Comment accompagner l'Essms à intégrer la problématique addictive dans son projet d'établissement, son règlement de fonctionnement et son contrat de séjour ?
- Quel est l'indicateur le plus pertinent pour suivre la qualité des démarches de prévention et de réduction des risques et des dommages mise en œuvre par les Csapa-Caarud au sein des Essms ?