

**LA PRÉVENTION
DES CONDUITES ADDICTIVES
ET LA RÉDUCTION DES RISQUES
ET DES DOMMAGES
AU SEIN DES ESSMS**



ALEFPA

Centre Vauban, Bât. Lille
199 - 201 rue Colbert
CS60030 - 59 043 Lille Cedex
Tél. 03 28 38 09 40



www.alefpa.fr



Table des Matières

L'AVIS DU COMITE ÉTHIQUE NATIONAL DE L'ALEFPA	3
POURQUOI UN AVIS SUR LES CONDUITES ADDICTIVES ?.....	4
RESUMÉ DE L'AVIS SUR LES CONDUITES ADDICTIVES.....	5
VERSION INTEGRALE DE L'AVIS SUR LES CONDUITES ADDICTIVES	7
Définitions.....	7
Enjeux.....	8
1. La vulnérabilité du public accueilli en essms.....	8
2. L'impact des conduites addictives sur l'accompagnement.....	9
3. Les limites de l'interdiction	10
4. La réduction des risques et dommages.....	11
Problématiques	13
Préconisations du comité éthique national.....	15
Éléments de contexte.....	16
Éléments de repères et de réponses quant a la conduite à tenir	20
Focus sur l'interdiction de fumer.....	23
Sources.....	24



L'avis du Comité Éthique National de l'ALEFPA



Le Comité Éthique National (CEN) de l'ALEFPA est constitué de référents éthiques nationaux et territoriaux, qui sont des professionnels issus des différents secteurs d'activité de l'association (médico-social, protection de l'enfance, accueil hébergement insertion, personnes âgées, etc.).

En complément de sa mission de pilotage, le Comité Éthique National se veut également une instance nationale d'échanges qui peut être amenée à identifier une thématique sur laquelle les équipes sur le terrain souhaiteraient bénéficier de repères associatifs.

L'avis du Comité Éthique National vise alors à fournir aux équipes des repères et des principes d'action permettant d'éclairer la conduite à tenir en fonction de la situation rencontrée. Il n'a pas vocation à se substituer à de la réflexion éthique mais d'être mobilisé pour l'enrichir.

Il n'a pas non plus la prétention d'être universel ni d'être figé dans le marbre. Il s'inscrit dans une contextualisation particulière : à l'ALEFPA et à une date donnée. Dans ce cadre, le Comité Éthique National s'autorise à procéder à une actualisation de l'avis si cela s'avérait pertinent notamment en cas d'évolutions réglementaires ou sociétales.

Cet avis a une portée associative et est à destination des professionnels des établissements et services de l'ALEFPA, tous secteurs confondus, pouvant être confrontés à des conduites addictives chez les personnes accompagnées qui les mettent en difficultés.

Les avis du Comité Éthique National sont construits et formalisés selon une certaine méthode :

- Identifier les situations concrètes en lien avec la thématique qui sont rencontrées dans les structures de l'ALEFPA tous secteurs et territoires confondus, qui mettent en conflit des valeurs essentielles et qui posent des difficultés aux équipes sur la conduite à tenir pour « bien agir »
- En dégager les problématiques et les enjeux
- Recenser les ressources et réglementations existantes sur la thématique
- Formaliser des principes d'action et des repères pouvant être mobilisés par les professionnels confrontés à une situation relevant de la thématique abordée par l'avis.
- Avis adopté en réunion annuelle du Comité Éthique National de l'ALEFPA.



Pourquoi un avis sur les conduites addictives ?



Les membres du Comité Ethique National ont été interpellés au sujet de nombreuses situations rencontrées par des professionnels de l'ALEFPA en lien avec la question des conduites addictives des personnes accompagnées et mettant en difficulté les équipes quant au « bien agir ».

Ces situations se retrouvent dans tous les territoires, dans tous les secteurs d'activité de l'association (social, médico-social, sanitaire), dans tous les types de structures (établissement avec hébergement, service, etc.) et auprès de tous les publics (mineurs, majeurs, en situation de handicap, de perte d'autonomie, de difficultés sociales ou encore d'exclusion).

Ces situations peuvent générer des dysfonctionnements, des risques où les personnes et les professionnels se mettent en danger, des dissonances entre les règles énoncées et les pratiques (interdits, tolérance, autorisation encadré...), mais surtout mettre à mal l'accompagnement des personnes voire amener des ruptures de parcours dans le cas où la conduite addictive peut constituer un motif de refus ou de fin d'accompagnement.

Le périmètre de cet avis est le suivant :

- Le public concerné : sont entendus par « usagers » les personnes accompagnées dans tout établissement ou service de l'ALEFPA, qu'elles soient mineures ou majeures, sous mesure de protection ou non.
- Les structures concernées : sont entendus par « établissement » tous les établissements et services de l'ALEFPA, quel que soit le secteur social ou médico-social.



Résumé de l'avis sur les conduites addictives



Les personnes accompagnées dans le secteur social et médico-social présentent des vulnérabilités plus importantes aux addictions.

Les conduites addictives peuvent amener des situations plaçant les équipes face à un certain nombre de dilemmes, articulés autour de deux problématiques :

- **La personne et le collectif, ou encore l'arbitrage entre la liberté de la personne et le collectif :** Comment gérer la vie d'un établissement régi par des règles que des personnes atteintes d'addictions peuvent être amenées à enfreindre ? Comment faire la part des choses entre les conduites addictives et les comportements qui peuvent en découler ?
- **La personne et elle-même, ou encore l'impact de l'addiction sur la qualité de l'accompagnement :** Qui protège-t-on et qui doit-on protéger entre la personne, les autres usagers et l'établissement ? Quel équilibre trouver entre le respect du refus de soin exprimé et l'obligation d'assister une personne (se mettant) en danger ? Est-ce que l'interdiction est efficace ? Est-ce que l'autorisation ne va pas inciter les personnes à consommer plus massivement ?

L'enjeu est de :

- Savoir comment on peut accueillir différemment et mieux les personnes qui présentent des conduites addictives
- Passer du constat fréquent d'exclusion des personnes souffrant d'addictions à leur « inclusion active », c'est-à-dire de développer avec elle des projets tenant compte voire incluant leur problématique.



Approche de la personne

L'addiction est une maladie, une pathologie cérébrale définie par une dépendance physique et psychique à une substance ou une activité, entraînant des conséquences préjudiciables. L'addiction n'est pas une question de quantités de consommation mais de rapport à la consommation et à ses impacts.

L'addiction doit être prise en compte dans l'accompagnement comme tout autre pathologie, dans le respect des choix de la personne et dans un cadre non jugeant ni stigmatisant. **La personne ne doit ainsi pas être réduite à sa consommation ni à son addiction.**

Approche de l'accompagnement

Les conduites addictives ne doivent pas, autant que possible, entraîner de refus ni de ruptures d'accompagnement.

Les conduites addictives doivent être prises en compte dans les axes d'accompagnement de l'établissement.

L'approche des addictions doit être fondée sur une démarche d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique du patient, de prévention des addictions et de réductions des risques et dommages.

La réduction des risques et des dommages est une démarche collective qui valorise la capacité des individus à se prendre en charge. Elle se fonde sur un principe de **prendre les personnes là où elles en sont dans leur parcours de consommation.**

Il importe de veiller à l'absence d'ambiguïté de la règle, à la **cohérence** entre la règle formalisée et les pratiques, et à **l'équité de traitement** envers tous les usagers.

Aucune interdiction ne suffit à empêcher les conduites addictives chez une personne.

L'interdiction s'avérant parfois contre-productive, les établissements du secteur adulte qui le souhaitent peuvent expérimenter des autorisations encadrées de consommation de produits licites dans le cadre d'une démarche concertée et construite avec les équipes, les usagers et les acteurs de l'addictologie.



Version intégrale de l'avis sur les conduites addictives



DÉFINITIONS

L'addiction est une pathologie cérébrale définie par une dépendance physique et psychique à une substance ou une activité, entraînant des conséquences préjudiciables.

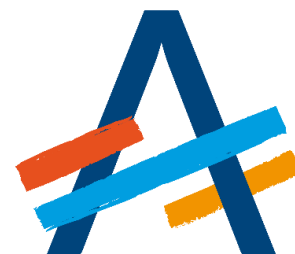
L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans la classification internationale des maladies (CIM 10) utilise le terme de dépendance pour parler des addictions. Le syndrome de dépendance est défini

« 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 ».

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 ».

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-addictions.

L'addiction n'est pas une question de quantités de consommation mais de rapport à la consommation et à ses impacts.





1. La vulnérabilité du public accueilli en ESSMS

Le public accueilli en ESSMS présente une vulnérabilité par rapport aux addictions, qu'il s'agisse de jeunes relevant de la protection de l'enfance, de jeunes en situation de handicap, d'adultes de handicap ou encore de personnes en difficultés sociales.

Les addictions sont de natures diverses : alcools, tabacs, drogues, jeux, aliments, sexe. Elles n'épargnent aucune catégorie sociale.

La santé des populations s'altère avec l'accentuation de la précarité. Il n'est donc pas étonnant qu'on les retrouve associées aux formes multiples d'exclusion.

Concernant les jeunes relevant de la Protection de l'enfance, ils présentent également une vulnérabilité et le plan national contre les addictions 2018-2022 prévoit d'ailleurs l'objectif « d'accorder une attention particulière aux enfants relevant de l'ASE et de la PJJ ».

Enfin, les personnes en situation de handicap présentent une fragilité sociale, relationnelle et psychique. Ces particularités les mettent indéniablement dans la catégorie des personnes en situations de risque en matière de consommation de substances psychotropes. L'alcool tout comme la cigarette sont des facilitateurs de la socialisation ; l'un comme l'autre permettent d'entrer en relation, d'appartenir à un groupe. La consommation de tabac, d'alcool ou de stupéfiants peut jouer un rôle anti anxiogène, antidouleur, ou atténuer les sentiments de mal être. Les substances peuvent être un facilitateur social ou un objet d'exclusion. Bien souvent, l'utilisation de produits est une fuite de la réalité en lien avec la dépression.

Les personnes en situation de handicap psychique présentent une dépendance à l'alcool et au tabac deux à trois fois plus fréquente que la population générale. Les conduites addictives ne sont pas spécifiques au handicap psychique mais peuvent y être associées. L'usage de l'alcool ou des stupéfiants peuvent jouer un rôle anti-anxiogène, de somnifères ou atténuer les sentiments de mal être. L'ivresse est parfois utilisée pour diminuer les hallucinations sonores et l'angoisse ou pour compenser un sentiment d'isolement.

Pour ces raisons, les personnes handicapées constituent un groupe vulnérable aux addictions.

De plus, les mécanismes de compréhension et d'analyse d'une personne en situation de handicap mental font que les messages classiques de prévention ne vont pas être forcément compris ni appropriés.



2. L'impact des conduites addictives sur l'accompagnement

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

Outre l'impact défavorable sur la santé et sur l'espérance de vie, les conséquences sociales négatives des conduites addictives (comportements inadéquats, isolement, difficultés budgétaires, etc.) peuvent constituer un frein à la mise en place du projet de vie des personnes.

Dans les secteurs social et médico-social, les démarches d'accompagnement sont ainsi souvent mises à mal en présence de conduites addictives, tant sur le plan individuel (dénî, inertie...) que sur le plan collectif (non-respect du règlement de fonctionnement, absence de participation, violences, etc.).

Le risque est de se dire que la consommation excessive ou problématique n'est pas une priorité par rapport aux autres besoins d'accompagnement. Or, une conduite addictive peut renforcer les difficultés financières ou psychosociales préexistantes d'une personne tout en étant utilisé comme « béquille », creusant ainsi les inégalités.

De plus, l'établissement propose un environnement protecteur mais la mixité des populations et les conditions d'accueil peuvent amener certaines personnes ne souffrant pas d'addictions à l'arrivée en établissement à mettre fin à leur séjour, mais aussi à consommer du fait de leur contact quotidien avec des personnes déjà touchées par des problématiques addictives.

Enfin, toutes les modalités d'accompagnement sont concernées, que ce soit l'accueil et l'hébergement en établissement, ou l'accompagnement au domicile et dans les lieux de vie.

En ESAT, les conduites addictives chez les usagers amènent une problématique spécifique de sécurité au travail avec parfois des comportements modifiés conduisant à de potentielles mises en danger de soi et d'autrui. A ce niveau, la question est comment travailler la mise en sécurité.



3. Les limites de l'interdiction

Aucune interdiction ne suffit à empêcher les conduites addictives chez une personne.

De plus, on ne peut pas forcer une personne, y compris sous mesure de protection, à se soigner. En effet, l'obligation de soins est une sanction pénale prévue par l'article 132-45 du code pénal.

Par ailleurs, les mesures de protection n'ont pas pour objet de contrôler le mode de vie ou la moralité de la personne protégée. La protection ne peut en aucun cas répondre à des problématiques liées à l'hygiène, à d'éventuelles conduites addictives, etc. La personne sous mesure de protection reste libre de ses choix personnels et de la manière de gérer sa vie, ses fréquentations, ses activités, etc. Ainsi, un tuteur ne saurait interdire à une personne sous mesure de protection de fumer ou boire.

Rappel de ce que dit la loi sur l'alcool : consommer de l'alcool n'est pas un comportement illégal, et ne peut donc pas faire l'objet d'une interdiction stricte au sein des structures, contrairement à la consommation et à la détention de stupéfiants. Ce sont les comportements des personnes sous l'emprise de l'alcool qui peuvent poser problème et causer des troubles et des infractions au règlement (violences, etc.), et non la consommation d'alcool en tant que telle.

L'interdiction peut augmenter les conduites à risques.

Le plan gouvernemental 2013-2017 contre la drogue et les conduites addictives souligne que la prévention des conduites addictives doit être conduite avec le souci constant d'empêcher, de retarder ou de limiter les consommations, sans proposer de réponses hygiénistes ou moralisatrices, dont on sait qu'elles sont inefficaces. Il insiste sur le fait que le seul interdit ne constitue pas un argument suffisant.

L'interdiction de l'alcool en établissement, en particulier en CHRS, peut s'avérer inefficace : les personnes s'alcoolisent très fortement avant d'arriver. Une consommation excessive dans un temps réduit, qui a des incidences graves sur la santé et favorise également les comportements problématiques menaçant la sécurité des autres usagers.

Mais l'interdiction peut aussi amener à contraindre les personnes à boire ou fumer en cachette, rendant leur addiction taboue, voire culpabilisante, et freinant ainsi tout dialogue et accompagnement sur ce sujet.

On peut également se demander si interdire l'alcool dans des lieux qui sont des substituts du domicile (à différents niveaux selon qu'il s'agisse d'hébergement ou de logement) n'est pas contraire aux droits des usagers.



Autoriser et ne plus interdire l'alcool permet de ne plus en faire un sujet tabou, ou au moins, un sujet plus facile à en aborder. C'est en ouvrant le dialogue sur les addictions que l'on facilite l'entrée dans une démarche de soins avec les personnes qui le souhaitent.

Dans cette logique, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 comporte comme objectifs :

- D'encourager les expériences permettant de lutter contre la désinsertion professionnelle en lien avec les conduites addictives et de valoriser des solutions permettant de concilier maintien dans l'emploi et traitement des addictions afin que l'interdiction ne se traduise pas uniquement par une sanction ou un licenciement.
- De favoriser directement l'insertion sociale et / ou professionnelle des personnes en situation à la fois de précarité et de dépendance à des substances psychoactives (sans exiger au préalable le sevrage)

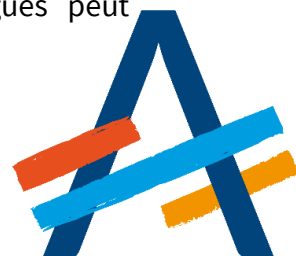
A titre d'exemple, certains CHRS ont autorisé la consommation d'alcool dans les espaces privatifs ou avec des casiers individuels fermés, une expérimentation qui a montré des effets positifs. Ils ont prévu dans le règlement de fonctionnement « une consommation d'alcool tolérée », sou/ s réserve d'un « comportement compatible avec la vie en collectivité », et d'une absence de consommations dans les parties communes.

4. La Réduction des Risques et Dommages

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. 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.

Dans la perspective de la Réduction des Risques et des Dommages, 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 dépendance.

La Réduction des Risques et des Dommages se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. En effet, si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et/ou psychosocial, et si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues et/ou d'alcool dans la population, la réduction des risques et des dommages, quant à elle, a pour objet de réduire les risques médicaux, psychologiques, sociaux, de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut



occasionner et d'éviter l'aggravation des usages chez les personnes qui ne peuvent ou qui ne veulent pas s'abstenir d'en consommer.

Fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la Réduction des Risques et des Dommages reconnaît les personnes comme des sujets autonomes, responsables et citoyens, capables de faire des choix et, pour peu qu'on leur en donne les moyens, de se protéger et de protéger autrui.

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

- 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 »

La réduction des risques est une démarche collective. Toutes les personnes sont accompagnées, quel que soit leur rapport avec le produit, afin de ne pas stigmatiser et de travailler sur les représentations de tous.

De plus, la réduction des risques et la prévention des dommages ne revêtent pas uniquement un caractère sanitaire. Ce sont aussi les conséquences sociales sur l'individu qui doivent être prises en compte, afin d'éviter la mise en place d'une spirale d'exclusion – la consommation de produits rendant la participation à la vie sociale difficile (en particulier, trouver et conserver un emploi ou un logement) et la situation d'exclusion rendant la personne plus vulnérable à des addictions.





PROBLÉMATIQUES

Les conduites addictives peuvent amener des situations plaçant les équipes face à un certain nombre de dilemmes, articulés autour de deux problématiques :

- La personne et le collectif
- La personne et elle-même

Plus précisément :

- **La personne et le collectif, ou encore l'arbitrage entre la liberté de la personne et le collectif**
 - Equilibre entre le choix de la personne et le bien-être de l'ensemble des personnes accompagnées
 - Comment gérer la vie d'un établissement régi par des règles que des personnes atteintes d'addictions peuvent être amenées à enfreindre ? Comment réagir aux comportements des personnes qui sont sur-alcoolisées dans l'établissement ?
 - Equilibre entre le choix de la personne et le droit à la sécurité
 - En parler ou pas : tant que la personne atteinte d'addiction ne perturbe pas le collectif, est-ce qu'il vaut mieux ne rien lui dire ? Comment faire la part des choses entre les conduites addictives et les comportements qui peuvent en découler ?
 - Accompagnement de la personne et exemplarité de la conduite (risque de démarrage d'addictions chez d'autres usagers)
- **La personne et elle-même, ou encore l'impact de l'addiction sur la qualité de l'accompagnement**
 - Risque de rupture d'accompagnement : refuser une admission ou mettre fin à un accompagnement au motif d'une conduite addictive, alors que l'addiction est une maladie à prendre en compte comme tout autre besoin ? Qui protège-t-on et qui doit-on protéger entre la personne, les autres usagers et l'établissement ?
 - Risque de refus de soins et mise en danger : équilibre entre le respect de la volonté de la personne et l'application de la prescription médicale ? équilibre entre le respect du refus exprimé et l'obligation d'assister une personne (se mettant) en danger ? Comment amener au soin des personnes qui sont parfois dans le déni de leur addiction ?



- Autoriser ou interdire : Est-ce que l'interdiction est efficace ? Est-ce que l'autorisation ne va pas inciter les personnes à consommer plus massivement ? Peut-on proposer un toit à une personne et la renvoyer à la rue pour consommer ? L'interdiction ne va-t-elle pas rendre l'addiction taboue ? Pourquoi obliger à se cacher pour consommer ? Comment accompagner lorsque l'interdiction empêche d'en parler librement ?

L'enjeu est de :

- Savoir comment on peut accueillir différemment et mieux les personnes qui présentent des conduites addictives
- Passer du constat fréquent d'exclusion des personnes souffrant d'addictions à leur « inclusion active », c'est-à-dire de développer avec elle des projets tenant compte voire incluant leur problématique.





PRÉCONISATIONS DU COMITÉ ÉTHIQUE NATIONAL

Approche de la personne

L'addiction est une maladie, une pathologie cérébrale définie par une dépendance physique et psychique à une substance ou une activité, entraînant des conséquences préjudiciables.

La personne atteinte d'addiction n'est ni « victime », ni « coupable ».

L'addiction doit être prise en compte dans l'accompagnement comme tout autre pathologie, dans le respect des choix de la personne et dans un cadre non jugeant ni stigmatisant. **La personne ne doit ainsi pas être réduite à sa consommation ni à son addiction.** Il faut veiller à distinguer l'addiction, la consommation, du comportement induit.

On ne peut pas forcer une personne, y compris sous mesure de protection, à se soigner. Les approches persuasive et incitative doivent être privilégiées à une approche coercitive et injonctive.

Face à un refus de soins, la conduite à tenir est d'échanger avec la personne qui ne souhaite pas engager des soins sur les adaptations à mettre en œuvre dans l'accompagnement, sans engendrer des problèmes au sein du collectif, pour ne pas accentuer la consommation et viser un maintien voire une diminution de celle-ci.

Il n'existe pas de critère définitif pour repérer une personne en difficulté avec un produit. Cette situation ne peut s'aborder que par une écoute et un intérêt porté à la personne. C'est en ouvrant le dialogue sur les addictions que l'on facilite l'entrée dans une démarche de soins avec les personnes qui le souhaitent.

Approche de l'accompagnement

Le public accueilli en ESSMS présente une vulnérabilité par rapport aux addictions, qu'il s'agisse du secteur médico-social ou du secteur de l'inclusion sociale.

Les démarches d'accompagnement sont souvent mises à mal en présence de conduites addictives, tant sur le plan individuel (dénî, mise en danger, refus de soin, rupture...) que sur le plan collectif (démarrage de consommation, non-respect du règlement de fonctionnement, absence de participation, violences, etc.).

Les conduites addictives ne doivent pas, autant que possible, entraîner de refus ni de ruptures d'accompagnement.



Les conduites addictives doivent être prises en compte dans les axes d'accompagnement de l'établissement.

L'approche des addictions doit être fondée sur une démarche d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique du patient, de prévention des addictions et de réductions des risques et dommages.

La réduction des risques et des dommages est une démarche collective qui valorise la capacité des individus à se prendre en charge. Elle se fonde sur certains concepts et valeurs, notamment un objectif prioritaire de réduction des dommages et d'aggravation des usages, et 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.**

Il importe de veiller à l'absence d'ambiguïté de la règle, à la cohérence entre la règle formalisée et les pratiques, et à l'équité de traitement envers tous les usagers.

Aucune interdiction ne suffit à empêcher les conduites addictives chez une personne.

L'interdiction s'avérant parfois contre-productive, les établissements du secteur adulte qui le souhaitent peuvent expérimenter des autorisations encadrées de consommation de produits licites dans le cadre d'une démarche concertée et construite avec les équipes, les usagers et les acteurs de l'addictologie.

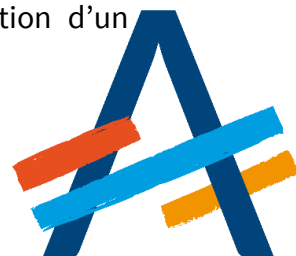
Cela suppose d'une part de travailler en étroite articulation avec les acteurs de l'addictologie (CSAPA, ANPAA, etc.), et d'autre part de former les professionnels pour qu'ils disposent des connaissances suffisantes et comprennent les mécanismes liés aux addictions pour proposer un accompagnement adapté aux personnes.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 :

Les objectifs cibles sont :

- une évolution des représentations associées aux produits psychoactifs et une meilleure connaissance des risques et dommages associés, chez les différentes populations (adolescents, femmes enceintes, adultes, parents, professionnels...).
- une réduction de l'accessibilité tant des produits licites (alcool, tabac, jeux d'argent et de hasard), avec en particulier le respect de l'interdiction de vente aux mineurs, que des produits illicites.
- un recul de l'âge des expérimentations, notamment par la création d'un environnement familial protecteur.



- une réduction des consommations de produits psychoactifs et des conduites addictives, en particulier chez les enfants et jeunes adultes;
- une augmentation de la proportion des patients atteints d'addictions pris en charge (réduction du "treatment gap").
- une réduction de la criminalité, de la violence et de l'insécurité liées aux trafics.

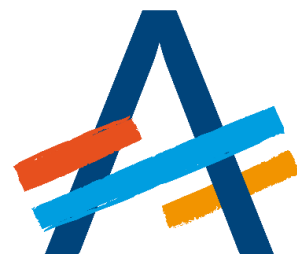
Les orientations qui en ressortent sont :

- Donner à chacun la liberté de choisir : la prévention et l'éducation sont une priorité en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives ;
- Accélérer la protection, notamment des mineurs, dans les milieux de vie : l'objectif est de s'assurer que les environnements de travail soient protecteurs et qu'ils ne génèrent pas de pratiques addictives. Une attention particulière sera aussi portée aux établissements sociaux et médico-sociaux. Le Gouvernement lance ce jour un appel à manifestation d'intérêt à destination des opérateurs de la protection de l'enfance pour qu'ils puissent intégrer la prévention des conduites addictives dans les projets d'établissement et de service ;
- Assurer à chaque usager une prise en charge adaptée : sensibiliser les professionnels, développer les infirmiers de pratique avancée formés à l'addictologie ;
- Développer les espaces sans tabac.

Recommandations de bonnes pratiques HAS 2023 sur la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) :

Enjeux et objectifs : Ces recommandations ont pour objectif de fournir des repères 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.



Ces recommandations sont déclinées en quatre documents correspondant 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...). Pour chaque secteur la HAS a identifié les structures ressources et fournit des exemples concrets de pratiques existantes en France.

Elle met également à disposition :

- Un outil pour la réalisation du diagnostic des besoins et de ressources de la structure pour la prise en compte et l'accompagnement des conduites addictives
- Des repères juridiques

L'essentiel des recommandations :

- > Faire de la prévention et de l'accompagnement des conduites addictives un axe du projet de la structure, en lien avec les partenaires spécialisés
- > Co-élaborer avec les personnes elles-mêmes des règles adaptées, centrées sur l'interdiction des comportements posant problème plutôt que sur les consommations en elles-mêmes
- > Aborder et repérer les conduites addictives dès l'accueil
- > Mettre en place des actions adaptées aux profils et aux souhaits des personnes accompagnées : actions de prévention, accompagnement vers le soin, accompagnement dans la sécurisation des consommations
- > Soutenir les personnes tout au long de l'accompagnement, quels que soient leur situation et leurs choix
- > Agir auprès de l'entourage lorsqu'il est présent



Lien avec le Référentiel HAS notamment sur :

La co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement :

- 2.4.2 Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés aux addictions et conduites à risques auxquels la personne est confrontée.

Plaidoyer « Addiction et précarité » de la FAS et de Fédération Addiction (extraits)

L'addiction ne doit pas être considérée de manière isolée, sans tenir compte de son aspect multidimensionnel.

Renforcer le pouvoir d'agir de la personne concernée : Le parcours de la personne doit être construit avec elle, sur mesure, en tenant compte de sa (ses) vulnérabilité(s), de ses droits fondamentaux, de son individualité, de ses compétences, de ses besoins spécifiques, de ses choix et de sa dignité.

Le cadre de l'accompagnement doit être adapté afin que les personnes présentant des addictions ne soient plus l'objet de représentations et agissements discriminants et stigmatisants.

La consommation de substances, licites comme illicites, ne peut et ne doit plus être un frein à l'accompagnement des personnes.

Extrait du plan national du Projet Associatif 2023-2027 : Ce plan d'actions national s'inscrit dans la mise en œuvre de l'orientation stratégique prioritaire n°2 « Garantir le respect des droits et l'exercice de la citoyenneté » du Plan d'Actions National du Projet Associatif 2023-2027 de l'ALEFPA :

Objectif :

- 02.02 « Garantir le droit à la santé » : l'accès aux soins est une question qui s'impose qu'il s'agisse de la prévention, des soins ou du projet de santé.
- Stratégie d'actions à suivre :
- Accompagner en matière de prévention et d'éducation à la santé



ÉLÉMENTS DE REPÈRES ET DE RÉPONSES QUANT A LA CONDUITE À TENIR

Favoriser les démarches de soin et prévenir des démarrages de consommation de produits addictifs

- Echanger avec la personne dans le cadre non jugeant de l'établissement sur sa consommation de produits repérée ou suspectée.
- Diversifier les modes d'expression relatifs à la prévention et à l'information sur les questions liées aux addictions (individuel/collectif, par des personnes extérieures, etc.).
- Créer des conditions favorables aux actions de réduction des risques et des dommages, et les formaliser au sein du règlement de fonctionnement, notamment en prévenant les personnes accueillies du risque existant d'être sollicitées à consommer malgré le cadre bienveillant dont l'établissement est garant, en définissant les règles en cas de consommation de produits licites, et en conciliant consommations et respect mutuel entre personnes accueillies.

Prendre en compte les éventuelles conduites addictives

- Les professionnels de l'ESSMS travaillent en partenariat avec les acteurs de l'addictologie, tant sur le volet préventif, de réduction des risques et des dommages, que curatif.
- En fonction des pratiques addictives repérées et des besoins formulés de la personne, proposer un accompagnement personnalisé visant à l'aider à réduire les risques et les dommages relatifs à ses pratiques addictives.
- Les professionnels prennent en compte l'absence de demande. Ils apportent des réponses adaptées.

Développer les démarches de prévention des conduites addictives, de réduction des risques et des dommages liés aux addictions

- S'appuyer sur les acteurs de l'addictologie pour faire évoluer les pratiques (ex : représentations des professionnels face à la prise en charge de la maladie alcoolique) et les organisations (ex : positionnement de l'établissement face à l'interdiction ou non de produits au sein de l'établissement)



- La personne envisage la réduction des risques liés à ses consommations non comme un objectif à atteindre mais comme une étape vers la restauration de son bien-être et de sa qualité de vie.
- Échanger avec la personne qui souhaite aborder son addiction (consommation de produit ou conduites à risques) sur son adhésion à une démarche de soin, sur ses relations avec des acteurs spécialisés.
- Intégrer la prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages liées aux pratiques addictives dans les objectifs d'accompagnement des personnes accueillies
- Échanger avec la personne qui ne souhaite pas engager des soins sur les adaptations à mettre en œuvre dans l'accompagnement, sans engendrer des problèmes au sein du collectif, pour ne pas accentuer la consommation et viser un maintien voire une diminution de celle-ci.
- Respecter la temporalité dans laquelle la personne envisage ses soins.
- Diversifier les modalités d'échanges autour de la question des addictions afin de maximiser les chances d'accroche par les personnes accueillies, de déculpabiliser et de conduire les personnes qui sont dans le déni à prendre soin d'elle et à réduire les dommages causés par leur addiction.
- Faciliter la mise en œuvre des soins de la personne en ajustant autant que possible l'organisation de la structure et en maintenant l'équilibre général du projet d'établissement.
- Analyser en équipe et avec les personnes accueillies l'impact de la mise en œuvre de pratiques de prévention et de réduction des risques et des dommages liées aux addictions sur leur qualité de vie.
- Engager des partenariats spécialisés en addictologie pour faire évoluer les pratiques, les représentations et offrir un accompagnement adapté aux nouveaux modes de prise en charge de ces pathologies.
- Réévaluer régulièrement, avec les professionnels et les personnes accueillies, le positionnement de l'établissement face à la consommation de produits addictifs au sein de l'établissement. Envisager des pistes d'évolution des pratiques réalistes, adaptées aux besoins et protectrices des personnes accueillies. Cette organisation doit être pensée en cohérence avec la taille de l'établissement, ses modalités d'hébergement (chambres individuelles ou partagées), son organisation (diffus ou collectif), le(s) public(s) accueillis (hommes seuls, familles avec enfants, etc.) ; elle doit également être évolutive.



Analyser et accompagner les prises de risques de la personne et son refus des soins

- Maintenir un accompagnement bientraitant et rechercher l'équilibre entre :
 - Le choix de la personne et le droit à la sécurité
 - Le choix de la personne et le bien-être de l'ensemble des personnes accompagnées
- Poser clairement les responsabilités de chacun dans les risques que veut prendre la personne, et expliquer les éventuelles conséquences du refus.
- Favoriser la pair-aidance
- Concernant la prise de risques auxquels s'expose la personne
 - Évaluer avec la personne, son représentant légal, les professionnels concernés et, le cas échéant, les proches, l'impact de la prise de risque pour la personne elle-même, pour les autres personnes accompagnées et pour les professionnels :
 - Concernant une prise de risque impliquant les autres personnes accompagnées ou les professionnels : négocier avec la personne et/ou son représentant légal les modalités d'organisation pratique pour lui permettre d'assumer son choix tout en garantissant l'absence de risque pour les autres personnes de la structure (éviter le tabagisme passif, l'agressivité pouvant résulter de l'alcool, etc.).
- Concernant les situations de refus des soins exprimé par la personne
 - Être attentif à l'absence d'adhésion de la personne à un soin, pour faire évoluer la situation de manière adaptée.
 - Échanger avec la personne afin de comprendre les raisons du refus des soins
 - Prendre le temps d'expliquer à la personne les conséquences de son refus, à distance raisonnable du moment de tension.
 - Reproposer le soin ou ses alternatives, à distance raisonnable du moment de tension.
 - Soutenir l'équipe pour l'aider à accepter le refus parfois vécu, soit comme une remise en cause, soit comme un échec.
 - Formaliser une procédure de gestion des situations de refus ou de renoncement aux soins.



FOCUS SUR L'INTERDICTION DE FUMER

Peut-on interdire de fumer dans les structures d'hébergement ESMS pour adultes ?

Depuis le 1er février 2007, il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé (n.b.: les ESMS ne sont pas considérés comme tels), etc. Cette interdiction est rappelée par une signalisation apparente.

Le décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 rappelle et précise l'étendue du principe, déjà acté précédemment, d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Depuis le 9 mars 2015, tout lieu d'habitation doit être équipé d'au minimum un détecteur de fumée normalisé.

Ce que l'on peut en comprendre :

- Pour les parties collectives des structures : interdiction de fumer (et vapoter) pour usagers et professionnels
- Pour les parties extérieures des structures (jardin, parking, allée, etc.) : la qualité de gestionnaire de l'ALEFPA l'autorise à l'interdire également, mais il est aussi possible d'autoriser dans un espace dédié et identifié.
- Pour les parties privatives (chambres) : si les chambres sont collectives, interdiction comme au 1er tiret. Si les chambres sont individuelles, cela pourrait se discuter mais d'un point de vue juridique, cela reste une surface d'un établissement accueillant du public.

Ajoutés à cela les arguments du tabagisme passif, du risque d'incendie et des détecteurs de fumée, sans parler de la vie en collectivité (odeur pour les autres résidents). Outre la protection des fumeurs eux-mêmes et la limitation du tabagisme passif, l'interdiction vise enfin à ne pas banaliser la consommation de tabac vis-à-vis de l'ensemble des usagers.

Autoriser à fumer n'est pas illégal mais l'interdire non plus, et l'interdiction semble plus appropriée. L'ALEFPA a le droit d'**interdire**. Il suffit de le préciser dans le règlement de fonctionnement.

Depuis la loi EVIN du 10 janvier 1991, la règle est l'interdiction de fumer dans des locaux à usage collectif. La circulaire DGS/DH/SP 3 n°99-330 du 8 juin 1999 et le décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 renforcent les dispositions légales au sein des établissements de santé. Une circulaire du 12 décembre 2006, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux, apporte une dérogation au principe général de



l'interdiction de fumer : « Bien que les gestionnaires et les responsables d'établissements soient tenus d'assurer la protection individuelle et collective des personnes hébergées ou des résidents, l'interdiction de fumer ne s'étant pas à leur chambre. En effet, la chambre doit être assimilée à un espace privatif. Toutefois, pour se prémunir contre le risque 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. Il prévoira également que ne puisse pas être accordée d'autorisation de fumer à un usager qui partagerait sa chambre avec un usager non-fumeur. » La chambre est donc considérée comme un substitut de domicile. Il s'agit d'un lieu privatif et d'intimité, dimension sur laquelle met l'accent la HAS. Il n'est pas interdit d'y fumer au sens du décret de 2006. Néanmoins, plusieurs restrictions s'imposent aux usagers pour des raisons de sécurité. Aucun obstacle juridique n'empêche l'interdiction totale de fumer au sein d'une structure, y compris dans les chambres. S'agissant du personnel, l'employeur a une obligation de sécurité. Il doit assurer leur protection contre le tabagisme passif.

SOURCES

- Lettre de cadrage ANESM, *Prévention des conduites addictives et réduction des risques et des dommages liés aux addictions* (2016)
- RBPP ANESM, *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques* (2016). Partie « Prendre en compte les éventuelles pratiques addictives »
- RBPP ANESM, *Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS* (2015). Parties « Repérer des signes révélateurs de mauvaise santé, de violence, d'addiction, de souffrance psychique, de handicap », « Développer les démarches de prévention des conduites addictives, de réduction des risques et des dommages liés aux addictions »
- RBPP ANESM, *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (2013). Partie « Analyser et accompagner les prises de risques de la personne et son refus des soins »
- RBPP ANESM, *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en CHRS* (2015). Partie « Favoriser les démarches de soins et prévenir des démarrages de consommation de produits addictifs »
- HAS, *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte* (2015)



- *Recommandations de bonnes pratiques HAS 2023 sur la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)*
- *Addictions et lutte contre les exclusions - travailler ensemble*, Guide FAS et Fédération Addictions, 2015
- *L'accueil inconditionnel au défi des consommations*, Actes du colloque du 9 octobre 2017 organisé par la FAS
- Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord », Observatoire français des drogues et des toxicomanies, magazine Tendances
- Note de synthèse, *Prévention des addictions en ESMS relevant du secteur du handicap* (2015), CREA I ORS et ARS Languedoc Roussillon
- Plan national de lutte contre les addictions 2018-2022
- Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027
- Plaidoyer « Addiction et Précarité » de la Fédération des acteurs de la solidarité (2024)
- Rapport ROQUES
- <http://protection-juridique.creaihdf.fr/faq>
- <https://www.drogues.gouv.fr/ce-que-dit-la-loi/idees-recues>





Centre Vauban - Bâtiment Lille
199-201 rue Colbert
CS 60030 - 59043 LILLE Cedex
Tél. : 03 28 38 09 40
contact@alefpa.fr
www.alefpa.fr

