

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**La prévention des addictions et la
réduction des risques et des
dommages par les centres de soins
d'accompagnement et de prévention
en addictologie (CSAPA)**

**Date de validation par la Commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des
établissements et services sociaux et médico-sociaux : septembre 2019**

Haute Autorité de santé
Service Communication – Information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Introduction.....	4
1.1 Contexte d'élaboration des recommandations.....	4
1.2 Objectifs des recommandations.....	6
1.3 Destinataires des recommandations.....	7
1.4 Champ des recommandations.....	7
2. L'inscription des missions de prévention et de réduction des risques dans le projet d'établissement.....	11
2.1 Intégrer la réduction des risques et des dommages dans le fonctionnement du CSAPA.....	11
2.2 Élaborer la stratégie d'intervention du CSAPA en prévention des addictions, en lien avec les acteurs du territoire.....	15
2.3 Organiser le recours aux pairs.....	18
▷ L'essentiel.....	21
3. La prévention et la réduction des risques et des dommages au sein du parcours d'accompagnement en CSAPA.....	22
3.1 CSAPA ambulatoires.....	23
3.2 CSAPA résidentiels.....	34
▷ L'essentiel.....	41
4. Intervention de proximité en prévention des addictions.....	44
4.1 Méthodologie d'intervention.....	48
▷ L'essentiel.....	52
4.2 Spécificités de l'intervention auprès des publics jeunes.....	53
▷ L'essentiel.....	61
4.3 Spécificités de l'intervention en milieu professionnel.....	63
▷ L'essentiel.....	71
5. Intervention en milieu carcéral.....	72
5.1 Organiser l'intervention du CSAPA en milieu carcéral.....	75
5.2 Favoriser le repérage, l'évaluation et l'accès à la prévention, à la RdRD et aux soins des personnes ayant des conduites addictives.....	76
5.3 Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soin et du projet de sortie.....	78
5.4 Accompagner la sortie de détention.....	79
▷ L'essentiel.....	80
Annexe 1. Facteurs d'efficacité et d'inefficacité des interventions de prévention à destination des publics jeunes.....	82
Annexe 2. Facteurs de risque et de protection vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence.....	86
Références.....	87
Participants.....	92

1. Introduction

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles constituent le deuxième volet d'un programme portant sur la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages et initié par l'Agence nationale de la qualité et de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). La lettre de cadrage du programme a été validée par les instances de l'ANESM.

Le premier volet, consacré aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers des drogues (CAARUD), est paru en octobre 2017 (1).

Les travaux concernant le présent volet, démarrés à l'automne 2017, ont été transférés à la Haute autorité de santé (HAS), ainsi que l'ensemble des missions de l'ANESM, le 1^{er} avril 2018.

La méthodologie d'élaboration de ces recommandations est celle de l'ANESM. Elle repose sur :

- des travaux préparatoires : visites sur sites, entretiens auprès des parties prenantes
- une recension de la littérature
- la mise en place d'un groupe de travail
- la relecture par un groupe de lecture
- l'analyse juridique du texte des recommandations

1.1 Contexte d'élaboration des recommandations

L'inscription du programme de recommandations "Prévention des conduites addictives et réduction des risques et des dommages liés aux addictions" au programme de travail de l'ANESM a pris place dans le contexte des avancées législatives récentes et de l'évolution des pratiques et des options d'accompagnement dans le champ de l'addictologie au cours de la dernière décennie.

Évolutions législatives

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 conforte et étend la politique française de réduction des risques, dorénavant dénommée "réduction des risques et des dommages" (RdRD) :

- au-delà de la seule prévention des risques liés à l'injection (transmission de maladies infectieuses, décès par surdose...), elle élargit le périmètre de la RdRD à l'ensemble des dommages (sanitaires, psychologiques, sociaux) et à l'ensemble des substances psychoactives (licites et illicites)¹
- elle vient préciser les actions relevant de cette politique et autorise désormais des interventions telles que l'analyse de produits, la distribution de produits de santé (visant notamment la naloxone²) et la supervision des gestes et comportements des personnes usagères de drogues par les intervenants, dans une démarche de prévention des risques/promotion des comportements à moindre risque³
- elle sécurise les intervenants agissant conformément à leur mission de RdRD en leur offrant une protection pénale⁴
- elle affirme le principe d'accès des personnes détenues à la RdRD, selon des modalités adaptées au milieu carcéral⁵

¹ Code de la santé publique, article L. 3411-8-I°

² Voir arrêté ultérieur du 5 mai 2017 fixant la liste des médicaments pouvant être dispensés dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues

³ Code de la santé publique, article L. 3411-8-II°

⁴ Code de la santé publique, article L. 3411-8-III°

⁵ Code de la santé publique, article L. 3411-8-IV°

En outre, l'article L. 3411-6 du Code de la santé publique assigne aux centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) une mission obligatoire de prévention individuelle et collective des conduites addictives (avec ou sans substance), jusque-là facultative⁶.

Deux arrêtés d'août 2016 prévoient enfin, sous réserve d'obtention d'une autorisation complémentaire et de formation des personnels concernés, la passation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et la délivrance d'autotests par les intervenants en RdRD salariés ou bénévoles des secteurs médico-social ou associatif⁷.

Évolution des réponses et des pratiques en addictologie

Ces textes accompagnent l'évolution des pratiques et des interventions mises en œuvre par les acteurs sur le terrain.

Cette évolution se caractérise, d'une part, par le déploiement en France d'interventions évaluées ou le développement d'expérimentations en matière de réduction des risques et des dommages, comme par exemple :

- les salles de consommation à moindre risque⁸
- l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) (2)
- l'analyse de produits (3)
- le dispositif d'insertion socioprofessionnelle "Travail alternatif payé à la journée" (TAPAJ) (4)
- l'intervention de prévention du passage à l'injection "Change le programme" (5)
- les programmes d'envoi de matériel de RdRD par voie postale⁹

Elle se caractérise, d'autre part, par une diversification des options d'accompagnement proposées par les acteurs de la prévention et du soin en addictologie, au-delà des seules stratégies d'abstinence, de sevrage ou de substitution (telles que la réduction, la sécurisation ou l'accompagnement des consommations...), afin d'apporter des réponses les plus adaptées aux attentes, aux capacités et à la temporalité des personnes consommatrices de substances psychoactives.

L'ensemble de ces évolutions a été documenté lors de l'audition publique organisée les 7 et 8 avril 2016 par la Fédération française d'addictologie (6).

La place de la prévention et de la réduction des risques dans les missions des CSAPA

Les CSAPA ont été instaurés par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002¹⁰. Leur mise en place en remplacement des anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) s'est déroulée progressivement à partir de 2007.

Leurs missions sont définies à l'article L. 3411-6 du Code de la santé publique : "*Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective*". Cet article, introduit par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, rend désormais obligatoire la mission de prévention de ces établissements.

⁶ par l'introduction de l'article L. 3411-6 dans le Code de la santé publique

⁷ Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif.

Arrêté du 18 août 2016 fixant les conditions particulières de délivrance de l'autotest de détection de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et 2) et les modalités d'information et d'accompagnement de la personne en application de l'article L. 3121-2-2 du Code de la santé publique.

⁸ Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque ».

⁹ pour une description du programme, voir : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/20370.pdf>

¹⁰ LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 15.

Les missions des CSAPA sont précisées aux articles D. 3411-1 à D. 3411-10 du Code de la santé publique, dont certains éléments sont explicités par la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008. Aux termes de ces textes, les CSAPA accueillent toute personne en difficulté avec une conduite addictive (consommation de substances psychoactives licites ou illicites, y compris tabac et médicaments, addictions sans substance) et leur entourage. Ils assurent, dans un cadre ambulatoire et/ou résidentiel, les missions suivantes :

- **Missions obligatoires**

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de toute personne concernée ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs
- la prévention individuelle et collective
- la participation aux dispositifs de recueil d'information¹¹ et au dispositif de veille en addictovigilance et pharmacodépendance¹²

- **Missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation "alcool" ou "substances illicites"**

- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, comprenant notamment le sevrage et son accompagnement, ainsi que la prescription et le suivi des traitements médicamenteux (dont les traitements agonistes opioïdes)
- la réduction des risques et des dommages associés aux consommations de substances psychoactives

- **Missions facultatives**

- la prise en charge des addictions sans substance
- l'intervention en milieu carcéral
- les activités de formation et de recherche
- la mise en place de consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs

Concernant la mission de réduction des risques, la circulaire du 28 février 2008 précise qu'elle concerne obligatoirement le public accueilli : *"Toute personne prise en charge par un CSAPA doit pouvoir bénéficier de séances d'informations collectives et/ou, de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdose...). Elle est accompagnée tout au long de son parcours pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques"*. A cet effet, les établissements *"doivent mettre à disposition de leurs usagers des outils de réduction des risques"*. En outre, la mission de réduction des risques et des dommages *"a pour but, non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. Les activités de réduction des risques doivent ainsi s'articuler avec les autres missions développées dans les CSAPA."*

Le périmètre, la nature et les moyens dédiés à la mission de prévention en CSAPA ne sont pas explicités par les textes.

1.2 Objectifs des recommandations

L'objectif de ces recommandations est d'accompagner les professionnels des CSAPA dans l'évolution de leurs pratiques et de leurs missions, en produisant des repères pour l'organisation, la mise

¹¹ rapport d'activité standardisé et dispositif "Recueil commun sur les addictions et les prises en charge" (RECAP). Remplacer les guillemets anglais par des guillemets français

¹² mis en œuvre par l'ANSM à travers le réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), voir : [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/\(offset\)/2](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/(offset)/2)

en œuvre et l'articulation des activités de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective.

1.3 Destinataires des recommandations

Les recommandations sont à destination principale des professionnels travaillant en CSAPA.

Elles peuvent également être utiles à leurs partenaires (acteurs des champs sanitaire, social, médico-social, de la justice et de l'éducation) ainsi qu'aux personnes accueillies en CSAPA et à leur entourage.

1.4 Champ des recommandations

Les notions de prévention et de réduction des risques et des dommages, ainsi que leurs frontières mutuelles et vis-à-vis du soin, ne sont pas toujours nettes ni uniformément partagées (voir l'encadré "Définitions"). De même, dans la pratique, les accompagnements en prévention, en RdRD et en soin ne sont pas toujours clairement dissociables. Ces stratégies se complètent, au sein d'un continuum d'intervention permettant d'ajuster les réponses aux caractéristiques, aux attentes et aux besoins des personnes accueillies et des publics rejoints.

Dans cette recommandation, la distinction suivante est retenue :

- le terme de prévention désigne les interventions visant principalement à agir sur la conduite addictive visée (dans le sens d'une dissuasion, d'un arrêt ou d'une modération) afin d'éviter ou de retarder l'entrée dans l'usage ou l'apparition d'un trouble de l'usage
- le terme de réduction des risques et des dommages désigne les interventions visant principalement à agir sur les circonstances ou sur les conséquences délétères (sanitaires, psychologiques et sociales) de cette conduite afin d'améliorer la qualité de vie des personnes

Le cadrage des travaux a retenu l'intervention en milieu professionnel et l'intervention en milieu carcéral comme champs spécifiques. Sur proposition du groupe de travail, l'intervention auprès des publics jeunes a été ajoutée. Ces démarches spécifiques sont présentées à titre d'illustration, elles ne résument ni ne limitent les champs et milieux d'intervention potentiellement investis par les CSAPA.

Les addictions sans substance ont été exclues du champ de ces recommandations.

Définitions

Les risques et dommages liés aux conduites addictives

La consommation de substances psychoactives licites ou illicites, tout comme les conduites addictives sans produit (jeu d'argent, jeu vidéo, achats compulsifs...), comportent des risques et peuvent provoquer des dommages. Ils sont d'ordre :

- somatique : blessures ; accidents ; intoxication ; transmission de maladies infectieuses ; atteintes à l'organisme (peau, système cardiovasculaire, système pulmonaire, foie...) ; surdose ; dépendance à la substance...
- psychiatrique : troubles anxieux ; troubles dépressifs ; troubles de l'humeur ; psychoses ; conduites suicidaires...
- social : stigmatisation ; exclusion sociale (logement, emploi...) ; isolement social et relationnel ; conséquences judiciaires de l'usage de substances illicites ; atteintes aux personnes et aux biens (violence, accidents, engagement dans des activités frauduleuses...)

La survenue de ces risques et dommages dépend de la fréquence et de l'intensité des conduites, des produits consommés et de leur association, des voies d'administration (inhalation, injection, ingestion, sniff...), du contexte de consommation et des caractéristiques individuelles (âge, état de santé, vulnérabilités, situation sociale et professionnelle...).

La réduction des risques et des dommages

Le terme de réduction des risques et des dommages désigne, de manière générale, l'ensemble « des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de substances psychoactives (...) par les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas cesser de consommer¹³ ».

Elle constitue une démarche de santé publique fondée sur les principes de garantie des droits humains fondamentaux, de respect de la personne et de la dignité humaine en toutes circonstances, de protection des personnes en situation de vulnérabilité¹⁴ et d'accès au meilleur état de santé possible¹⁵. Le mandat éthique qui lui est confié engage le devoir de bienveillance (7) pour les personnes en situation de vulnérabilité et répond aux valeurs de pragmatisme et d'humanisme, qui :

- hiérarchisent les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés aux conduites addictives selon des critères explicites
- se fondent sur des preuves scientifiques et des techniques et outils d'intervention évalués
- permettent la mise en place de réponses adaptées et graduées pour chaque personne en fonction de sa demande (8)
- revendiquent le pouvoir d'agir des personnes et invoquent leur capacité à modifier leurs pratiques à risque et à agir en faveur de leur propre santé et qualité de vie (9). Elle prend ainsi en compte et s'adapte à la trajectoire de la personne et à ses conditions d'existence (10).

La réduction des risques et des dommages repose sur certains principes d'intervention :

- la suspension du jugement moral sur les usages, les personnes et les comportements
- la mise en œuvre d'une démarche de proximité fondée, d'une part, sur l'atteinte des personnes « là où elles sont » (aller-vers ou *outreach*, mis en œuvre à travers les équipes mobiles, le travail de rue ou encore l'intervention en milieu festif ou dans les lieux de vie) et, d'autre part, sur l'accueil inconditionnel des personnes « là où elles en sont » (c'est-à-dire sans exigence d'engagement dans un arrêt des consommations ou dans une démarche de soin ou d'insertion comme préalable à l'accompagnement)
- la participation, dans une optique de santé communautaire, des personnes à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions qui leur sont destinées (11) et la reconnaissance de leurs savoirs d'expérience (connaissance des produits et de leurs effets, des pratiques d'usage, des scènes de consommation, des modes de vie et des codes du groupe de pairs ; capacité à définir et à relayer les pratiques à moindre risque (12)).

¹³ Définition proposée par l'International Harm Reduction Association (IHRA)

¹⁴ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

¹⁵ Préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946) : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale* ».

En France, la politique de réduction des risques et des dommages est définie par l'État¹⁶. Elle comprend les actions visant à :

- « *délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants*
- *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*
- *promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques*
- *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 [psychoactives ou classées comme stupéfiants], 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 ;*
- *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 consommées¹⁷ ».*

En outre, le Référentiel national des actions de réduction des risques¹⁸ en précise les objectifs, les modalités et les lieux d'intervention¹⁹.

La prévention des addictions

La prévention des addictions désigne l'ensemble des interventions et des mesures individuelles et collectives ayant pour but d'empêcher ou de réduire, au sein d'une population donnée, les conduites addictives à risque ou nocives et leur transition vers l'addiction. Selon les conduites et les publics considérés, elle repose sur des stratégies visant à (13) :

- dissuader ou retarder l'entrée dans l'usage
- développer les capacités de chacun à faire des choix favorables à sa santé
- accroître les capacités de changement de comportement
- favoriser le rétablissement des personnes après un épisode d'usage dommageable ou de dépendance

En matière d'addictions, on distingue différentes formes de prévention selon la probabilité de rencontrer la conduite visée au sein du public destinataire de l'intervention. Ainsi (14) :

- **la prévention universelle s'adresse à une population dans son ensemble.** Les niveaux d'usage et facteurs de risque individuels ne sont pas connus ou recherchés. Chacun des membres de cette population est considéré comme encourant un risque équivalent (exemples d'intervention : campagne de communication grand public, taxation des produits du tabac, interventions en classe...)
- **la prévention sélective s'adresse à des sous-groupes** d'une population considérés comme significativement plus à risque d'entrer dans un usage problématique, immédiatement ou au cours de la vie, en raison de caractéristiques socio-démographiques, psychosociales, environnementales ou familiales connues pour accroître le degré de vulnérabilité (exemples : intervention auprès de jeunes en situation de décrochage scolaire, interventions auprès des enfants de personnes ayant une dépendance à une substance psychoactive, campagne "zéro alcool pendant la grossesse", intervention en milieu festif...)

¹⁶ Article L. 3411-7 du Code de la santé publique

¹⁷ Article L. 3411-8 du Code de la santé publique.

¹⁸ mentionné à l'alinéa 4 de l'article L. 3411-9 du Code de la santé publique.

¹⁹ Annexe 31-2 du Code de la santé publique.

- **la prévention indiquée (ou ciblée) s'adresse à des personnes** présentant des facteurs de risque individuels fortement corrélés à l'entrée dans l'usage problématique, voire présentant les premiers signes d'un usage dommageable sans répondre aux critères de l'addiction (exemples d'interventions : intervention brève auprès des buveurs excessifs, intervention auprès de personnes ayant vécu un psychotraumatisme, stages de sensibilisation aux dangers liés aux substances psychoactives...)

Chacune de ces formes de prévention peut emprunter des stratégies d'ordre (15) :

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

2. L'inscription des missions de prévention et de réduction des risques dans le projet d'établissement

Les missions de prévention des addictions et de réduction des risques et des dommages participent, aux côtés des missions de soin, à l'intervention globale proposée par le CSAPA, dans et hors les murs.

Elles nécessitent d'être conçues et organisées en cohérence avec les ressources internes, les besoins des publics accueillis et les ressources et besoins du territoire d'intervention. Elles sont d'autant plus efficaces qu'elles :

- répondent, à l'aide de moyens dédiés, à des missions explicites, inscrites et articulées avec les missions de soin dans le projet d'établissement
- reposent sur des valeurs et des principes d'intervention connus et partagés par l'ensemble de l'équipe
- reposent sur des fondements scientifiques et recourent à des approches et à des outils validés
- sont délivrées par des intervenants formés, dont les connaissances et les compétences sont régulièrement actualisées
- s'adaptent au contexte de vie, aux besoins et aux attentes des personnes et des groupes concernés et les associent à la construction et l'évaluation de l'accompagnement/de l'intervention

La mise en œuvre de ces conditions d'efficacité implique un certain nombre de préalables au déploiement des actions :

- l'identification des besoins des publics accueillis et des publics rejoints et de leur évolution
- l'élaboration d'une stratégie et d'un cadre d'intervention fondés sur les données probantes
- l'identification et l'inscription dans les réseaux d'acteurs territoriaux
- l'organisation et la formation des intervenants
- l'organisation du recours et de la participation des pairs

RECOMMANDATIONS

► Enjeux et effets attendus

- la conception et l'organisation d'une démarche de RdRD adaptée aux besoins des personnes accueillies et fondée sur l'état et l'évolution des connaissances et des pratiques
- l'inscription du CSAPA dans un réseau coordonné de partenaires sensibilisés aux conduites addictives
- la conception et l'organisation d'une offre d'interventions en prévention des addictions adaptée aux besoins du territoire et des publics rejoints et fondée sur l'état des connaissances et les programmes validés
- le recours à l'expertise et à l'intervention des pairs

2.1 Intégrer la réduction des risques et des dommages dans le fonctionnement du CSAPA

► Au sein de l'établissement

- Identifier l'état des connaissances et des pratiques en RdRD :
 - en se documentant sur les risques et les dommages liés aux produits, aux contextes et aux pratiques d'usage

- en recherchant les approches, les interventions et les outils validés permettant de promouvoir les pratiques à moindre risque
- en organisant une veille informationnelle et documentaire sur ces sujets, sur l'évolution des usages et sur les phénomènes émergents

L'état des connaissances peut notamment être identifié à partir d'ouvrages (12, 16-18), de contributions d'experts (6), de guides (19, 20) ou de synthèses des connaissances réalisées par des organismes scientifiques²⁰ ou des réseaux d'acteurs²¹ et d'auto-support²².

- **À partir des résultats de l'évaluation interne et externe, de l'analyse de la file active et de l'implication des instances de participation des usagers, identifier les besoins et les attentes des personnes accueillies en matière de réduction des risques et des dommages. L'analyse porte notamment sur :**

- les caractéristiques du public et leur évolution (âge, genre, situation familiale, situation socio-économique, état de santé, usages à l'origine de la consultation, intensité des usages et poly-usage...)
- les parcours des personnes et leur continuité (modalités et délai d'accès au CSAPA, type d'accompagnement proposé, durée et issue de l'accompagnement, qualité des orientations et de la coordination avec les partenaires extérieurs...)
- les caractéristiques des personnes de l'entourage accueillies et les accompagnements proposés

- **Repérer les autres acteurs-ressources de la réduction des risques et des dommages du territoire, afin d'identifier :**

- leurs missions et leurs interventions
- leurs outils et leur offre de formation
- leurs attentes vis-à-vis du CSAPA
- les besoins repérés sur le territoire
- les partenariats à développer
- l'organisation de la distribution et de la récupération du matériel de réduction des risques à l'échelle du territoire d'implantation du CSAPA et les besoins non couverts

Ces acteurs peuvent être notamment :

- les autres CSAPA
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)
- les associations de réduction des risques
- les associations de santé communautaire (dédiées, par exemple, à l'intervention en milieu festif, auprès des personnes se prostituant, auprès des personnes LGBT, auprès des migrants et nouveaux arrivants...)
- les associations d'entraide, d'auto-support et d'usagers

²⁰ Comme par exemple les observatoires français (OFDT) et européen (OEDT) des drogues et toxicomanies (qui proposent respectivement une rubrique "Aide aux acteurs" (<https://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/reduction-des-risques/>) et une page dédiée (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/harm-reduction>) ainsi qu'un portail des bonnes pratiques : http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_fr) ou l'INSPQ (<https://www.inspq.qc.ca/en/espace-itss/sujets/reduction-des-mefaits>)

²¹ Comme, par exemple, le centre de ressources du Réseau européen de réduction des risques <https://www.correlation-net.org/resource-center-publications/>

²² Comme par exemple Psychoactif (www.psychoactif.org), ASUD (www.asud.org) ou Technoplus (www.technoplus.org)

- ▶ les associations de soutien aux proches d'usagers
 - ▶ les équipes mobiles/de rue (maraudes sociales, équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)...))
 - ▶ les acteurs de la lutte contre le VIH, les IST et les hépatites
 - ▶ les pharmacies d'officine porteuses d'un programme d'échange de seringues (PESP).
- **Organiser une réflexion éthique, avec l'équipe pluridisciplinaire et les instances de participation des personnes accompagnées, afin de définir et de partager :**
 - ▶ la diversité des options de soin et d'accompagnement proposées (stratégies de sevrage, d'abstinence, de réduction ou de sécurisation des consommations)
 - ▶ la complémentarité et l'articulation des réponses de soin et de RdRD dans le projet d'accompagnement personnalisé et les questionnements personnels et collectifs induits
 - ▶ les conditions de délivrance de matériel, d'outils et de conseil de réduction des risques
 - ▶ les règles concernant la consommation de substances psychoactives licites et illicites, notamment au sein des établissements résidentiels
 - **Évaluer les connaissances et les savoir-faire de l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, en organiser l'actualisation, concernant :**
 - ▶ les risques et dommages liés aux conduites addictives
 - ▶ les principes, les stratégies et les postures d'accompagnement en RdRD
 - ▶ le matériel de réduction des risques et son utilisation
 - ▶ le cas échéant, les modalités de passation des TROD VIH et VHC²³ par le personnel non-médical
 - **Au regard des besoins du public accueilli identifiés et de l'état des connaissances, adapter aux principes de la RdRD :**
 - ▶ le parcours d'accueil et d'admission, afin de faciliter l'accès et l'adhésion des personnes ;
 - ▶ les postures professionnelles et les techniques d'entretien, afin de favoriser l'expression par les personnes de leurs priorités et de tenir compte de leur expertise
 - ▶ les outils et les pratiques d'évaluation, afin de permettre une évaluation globale des usages, des dommages et des ressources des personnes
 - ▶ les options et les prestations d'accompagnement proposées, afin d'offrir des réponses à la diversité des situations des personnes et de leurs attentes particulières
 - ▶ les modalités et les outils de co-évaluation, d'échange et de coordination entre les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, afin de garantir la continuité des parcours de soin et d'accompagnement et leur ajustement à l'évolutivité des situations
 - ▶ les modalités d'accès aux outils de RdRD, afin de permettre l'adoption de pratiques à moindre risque
 - **Désigner un ou des professionnel(s) référent(s) de la mission RdRD au sein du CSAPA, en charge :**
 - ▶ d'organiser une veille informationnelle et documentaire sur l'état des connaissances et sur les événements ou manifestations (rencontres, colloques, séminaires, formations...)
 - ▶ d'actualiser et de tenir à jour les connaissances et les savoir-faire de l'équipe
 - ▶ d'assurer l'interface avec les partenaires extérieurs sur les questions de RdRD
 - ▶ de veiller à la cohérence des discours et des pratiques en matière de RdRD au sein du CSAPA

²³ Conformément à l'annexe IV de l'arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif.

- ▶ de s'assurer régulièrement de l'adéquation du parcours et des options d'accompagnement proposés par le CSAPA à l'évolution des publics et des usages et au développement des pratiques et interventions mobilisables de RdRD
- **Organiser la mise à disposition d'outils de réduction des risques qui permette de couvrir les besoins des personnes accueillies par le CSAPA et qui contribue, lorsque des besoins non couverts ont été identifiés, à l'approvisionnement facilité des personnes sur le territoire d'intervention (accessibilité géographique, visibilité, horaires...). En fonction des besoins repérés, l'offre comprend :**
 - ▶ **du matériel d'injection** : kits et matériel à l'unité (seringues, garrots, filtres, lingettes désinfectantes, tampons secs, eau injectable, cupule, acide citrique/ascorbique...), jetons pour automates, collecteur de matériel usagé...
 - ▶ **du matériel de sniff** : kits, roule-ta-paille, sérum physiologique...
 - ▶ **du matériel d'inhalation** : kits base, pipes à crack, feuilles d'aluminium...
 - ▶ **la naloxone pour tout usager d'opioïdes**
 - ▶ **du matériel de réduction des risques sexuels** : préservatifs masculins et féminins, gel lubrifiant...
 - ▶ **des brochures d'information, d'éducation à la santé et aux pratiques à moindre risque** : information sur les produits, les effets, les risques et les moyens de les réduire, supports de présentation des acteurs de RdRD du territoire (missions, coordonnées, horaires)...
 - ▶ **des outils d'auto-évaluation** : test de Fagerström (tabac), questionnaire AUDIT (alcool), questionnaire CAST (cannabis), échelle ECAB (benzodiazépines)...
 - ▶ **des outils de mesure et d'auto-contrôle** : réglettes alcoolémie, éthylotest, gobelets gradués etc.
- **Mettre en place les protocoles nécessaires à la gestion de la distribution et de la récupération du matériel (protocole de stockage et de gestion des DASRI²⁴, procédure de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES)^{25,26}. Former régulièrement l'équipe aux conduites à tenir.**
- **Établir des modalités de mise à disposition du matériel pour les personnes, par ailleurs, non accompagnées par le CSAPA, qui favorisent l'échange individuel à propos des besoins, des risques et des dommages liés aux pratiques de consommation, sans conditionner la remise de matériel à l'entrée dans une démarche d'accompagnement par le CSAPA.**
- ▶ **Auprès du réseau partenarial**
- **Renforcer les connaissances et les compétences des partenaires du CSAPA (des secteurs sanitaire, social, médicosocial, éducatif, judiciaire...) concernant les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives, à travers :**
 - ▶ la présentation du rôle et des missions du CSAPA
 - ▶ l'organisation de modules de sensibilisation ou de formation aux addictions
 - ▶ l'appui du CSAPA aux partenaires confrontés à des questionnements ou à des difficultés liés aux conduites addictives parmi les personnes qu'ils accompagnent

²⁴ Voir par exemple : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Dasri_BD.pdf

²⁵ Décret n°2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques et arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

²⁶ Voir par exemple : <https://www.corevih-normandie.fr/wp-content/uploads/2018/10/document-MAJ-2014-COREVIH-corrections-IG-20-f%C3%A9vrier.pdf>

- ▶ l'appui du CSAPA aux partenaires souhaitant développer une démarche de réduction des risques et des dommages auprès de leurs publics
- **Établir des modes de coordination permettant de faciliter l'accès, la continuité et la cohérence de l'accompagnement global des personnes. Formaliser notamment (dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel et du droit à l'anonymat) les modalités :**
 - ▶ **de sollicitation/d'interpellation entre partenaires**, par exemple à travers la désignation d'une personne référente dans la structure, l'élaboration des modalités de prise de contact...
 - ▶ **d'orientation des personnes**, par exemple à travers la mise en place de créneaux dédiés, la possibilité d'accompagner le premier rendez-vous si la personne le souhaite, le suivi de l'accès effectif de la personne à la structure...
 - ▶ **de suivi des accompagnements conjoints**, par exemple à travers la fixation de règles concernant le partage d'information, le respect des droits des personnes, l'organisation de réunions de suivi/de synthèse...
- **Repérer ou à défaut organiser des espaces partenariaux de co-évaluation et d'accompagnement des situations complexes. Définir, en lien avec l'Agence régionale de santé, les modalités et cas de sollicitation par le CSAPA de la plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes²⁷, et inversement.**

2.2 Élaborer la stratégie d'intervention du CSAPA en prévention des addictions, en lien avec les acteurs du territoire

- **Repérer les acteurs-ressources de la prévention des addictions, afin d'identifier :**
 - ▶ la cartographie des ressources
 - ▶ les domaines d'intervention et de compétence des partenaires
 - ▶ les formations, outils et supports d'intervention proposés
 - ▶ les supports et compétences dans le champ de l'évaluation des actions de prévention
 - ▶ les modalités de coopération et/ou de collaboration envisageables

Le repérage peut notamment s'effectuer avec l'aide des agences régionales de santé. Ces acteurs peuvent être :

- ▶ des associations de prévention/promotion de la santé
- ▶ des équipes ou des professionnels du secteur de l'addictologie ayant du temps dédié à la prévention (CSAPA, CAARUD, CJC, ELSA, services hospitaliers)
- ▶ des fédérations professionnelles du champ des addictions
- ▶ des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé (CODES / IREPS)
- ▶ des pôles régionaux de compétences (PRC) en éducation et promotion de la santé²⁸
- ▶ des associations d'entraide, d'usagers, d'auto-support ou de patients-experts
- ▶ des mutuelles

²⁷ « L'Agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes » (article L. 6327-2 du Code de la santé publique) « Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux » (article L. 6327-1 du Code de la santé publique).

²⁸ Dont les coordonnées peuvent être trouvées sur le site Internet de Santé Publique France : http://inpes.santepublique-france.fr/CFESBases/comites/reseau/recherche_com.asp

- des acteurs de la prévention et de la santé/sécurité au travail (Caisse régionale d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), Agence nationale ou régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT, ARACT), intervenants en prévention des risques professionnels externes (IPRP)...)
- **Repérer les espaces de concertation et de coordination partenariaux, comme par exemple :**
 - les dispositifs territoriaux de santé²⁹ (ateliers santé ville (ASV), contrats locaux de santé (CLS), conseils locaux de santé mentale (CLSM³⁰))
 - les dispositifs éducatifs territoriaux (projet éducatif territorial/local, réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), programme de réussite éducative (PRE)...)
 - les instances de réflexion et de co-élaboration partenariales des établissements scolaires et de formation (comité de pilotage des réseaux d'éducation prioritaire (REP et REP+), comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC³¹) des établissements du secondaire, CESC inter-degrés...)
 - les dispositifs territoriaux d'insertion socioprofessionnelle (missions locales, plans locaux pour l'insertion et pour l'emploi (PLIE))
 - les conseils locaux (ou intercommunaux) de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD / CISPDP)
 - les réseaux d'acteurs thématiques (coordination jeunesse, coordination santé-social...)
 - les réseaux de santé (réseau addiction, réseau périnatalité...)
- **Identifier les besoins et les publics prioritaires du territoire, à partir :**
 - des données scientifiques mobilisables (données épidémiologiques, synthèses des connaissances sur les produits, les usages, les publics, les milieux, les phénomènes émergents...)³²
 - des données locales disponibles (études et indicateurs produits par les observatoires régionaux de santé, diagnostics locaux de santé, données TREND (tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT³³, systèmes d'information³⁴...)
 - de l'échange avec les partenaires sanitaires, éducatifs, sociaux, médico-sociaux et judiciaires du CSAPA
 - de l'échange avec les administrations concernées (agences régionales de santé, chefs de projet MILDECA, service Politique de la ville de la DDCS, dispositifs et centres/maisons de santé gérés par les collectivités locales...)
 - des documents territoriaux de diagnostic et de programmation (volet prévention des projets régionaux de santé et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) mis en œuvre par les ARS, volet santé des contrats de territoire, volet addiction des contrats locaux de santé...)
 - du repérage des zones prioritaires d'intervention des politiques publiques (quartiers prioritaires de la Politique de la ville, réseaux d'éducation prioritaire (REP / REP +)...)
 - du repérage des établissements et services sociaux et médicosociaux des champs du handicap, de l'hébergement, de la Protection de l'enfance, et des personnes âgées

²⁹ Le repérage peut se faire en interrogeant les agences régionales de santé qui co-financent ces dispositifs.

³⁰ Une carte des CLSM peut être consultée sur le site du CCOMS de Lille, en charge de la mission nationale d'appui aux CLSM : <http://clsm-ccoms.org/>

³¹ <https://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-sa-composition-ses-missions.html>

³² De telles données et publications peuvent notamment être recueillies auprès d'organismes scientifiques tels que les observatoires français et européen des drogues et toxicomanies (OFDT : <https://www.ofdt.fr/>, OEDT : <http://www.emcdda.europa.eu/about-FR>) ou Santé Publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/>)

³³ <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/trend/>

³⁴ Base ODICER de l'OFDT (<https://odicер.ofdt.fr/>), base de données SIRSé (<https://sirse.atlasante.fr/>), SIG politique de la ville du CGET (<https://sig.ville.gouv.fr/>).

- **Identifier l'état des connaissances en matière de prévention des addictions :**

- en se documentant sur les modèles théoriques de l'addiction, de ses déterminants et de la prévention et promotion de la santé dans le domaine des addictions
- en recherchant les programmes, interventions et approches validés (étayés par des données probantes issues de l'évaluation de l'efficacité des programmes) en faveur du ou des publics-cibles (développement des compétences psychosociales, intervention précoce, repérage précoce/intervention brève (RPIB), entretien motivationnel...)
- en organisant une veille informationnelle et documentaire sur ces sujets

L'état des connaissances peut notamment être identifié à partir d'ouvrages scientifiques (expertises collectives (16), traités scientifiques (13, 21, 22)...), de guides et référentiels nationaux³⁵ et internationaux fondés sur les données probantes (23-25) ou de synthèses des connaissances réalisées par des organismes ayant une compétence scientifique ou d'expertise dans le champ de la santé et/ou des addictions³⁶.

- **Concevoir la stratégie d'intervention du CSAPA en matière de prévention, à partir :**

- de l'état des connaissances
- des besoins et des ressources repérés
- des priorités définies par le schéma régional de prévention
- des enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- d'une réflexion, avec les partenaires et l'ARS, sur l'opportunité d'orienter l'action de prévention du CSAPA vers les publics et les contextes présentant des facteurs de risques ou de complexité (prévention sélective, prévention indiquée), lorsque les besoins de prévention universelle sont couverts par les autres acteurs du territoire

La stratégie d'intervention peut notamment comprendre (voire associer dans une démarche d'intervention précoce) les éléments suivants :

- intervention auprès des publics, à travers la mise en œuvre concertée avec les partenaires et la (co-)animation de programmes d'interventions structurés (programmes de développement des compétences psychosociales, programmes de prévention familiale, interventions en milieu scolaire ou en milieu professionnel...)
- renforcement des connaissances et des compétences des professionnels de première ligne (éducatifs, sociaux, soignants) en matière de conduites addictives à travers l'outillage, la sensibilisation et la formation
- soutien/appui/conseil aux partenaires dans la mise en œuvre de démarches de prévention individuelle et collective auprès de leurs publics

- **Analyser, avec l'équipe pluridisciplinaire, les ressources internes à mobiliser et organiser :**

- la structuration d'un service, d'une équipe professionnalisée et la désignation d'un référent/coordonateur dédié
- l'organisation d'une veille sur les financements mobilisables (appels à projets...)
- la recherche, le recueil ou l'élaboration de programmes, d'outils et de supports d'intervention adaptés aux publics et aux objectifs visés
- la contribution des autres équipes aux interventions de prévention (temps médical, temps infirmier, temps socioéducatif...)

³⁵ Voir par exemple les grilles ASPIRE développées par l'OFDT : <https://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/prevention/grille-aspire/>

³⁶ Comme par exemple Santé Publique France (qui propose de nombreuses ressources dont un répertoire des interventions en promotion de la santé : http://inpes.santepubliquefrance.fr/registre_interventions/liste.asp) ou les observatoires français (OFDT) et européen (OEDT) des drogues et toxicomanies (qui proposent respectivement une rubrique "Aide aux acteurs" (<https://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs>) et un portail des bonnes pratiques : http://www.emccda.europa.eu/best-practice_fr)

- **Identifier les besoins et organiser la formation des professionnels du service/de l'équipe dédiée :**
 - aux conduites addictives : bénéfices recherchés, risques et dommages liés aux types d'usages, facteurs de risque et de protection...
 - aux démarches, programmes et outils de prévention fondés sur des données probantes
 - aux principes d'intervention et aux standards/critères de qualité en prévention des addictions
 - aux compétences d'intervention en prévention (animation de séances collectives auprès de publics enfants, adolescents et adultes, accompagnement/conseil individuel, aller-vers...)
 - à la méthodologie et à la coordination de projet en prévention/promotion de la santé
 - le cas échéant, aux compétences en intervention de formation
- **Définir un cadre d'intervention et élaborer une charte à l'intention des commanditaires présentant les conditions et les principes d'intervention du CSAPA, notamment en matière :**
 - de méthodologie d'intervention recourant aux données probantes et aux approches validées, en termes de contenu/d'approche et de modalités de mise en œuvre (inefficacité des actions ponctuelles ou isolées, structuration d'approches multimodales...)
 - d'implication des partenaires dans la démarche (co-construction des projets, coanimation des séances...)
 - de valeurs et de posture d'intervention en prévention des addictions
 - de mise en œuvre d'une démarche évaluative adaptée
 - de co-financement, le cas échéant
- **Faire connaître l'action du CSAPA en matière de prévention, à travers :**
 - l'élaboration de supports de communication
 - l'information du réseau de partenaires
 - la rencontre des élus locaux (maires-adjoints, vice-présidents de conseils départementaux, conseillers municipaux, départementaux ou régionaux délégués en charge de la santé, de la jeunesse, de l'enfance, des affaires scolaires, des solidarités...)

2.3 Organiser le recours aux pairs

- **Sensibiliser l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA aux origines, au bien-fondé, au périmètre, aux freins et aux leviers de l'intervention par les pairs.**
- **Promouvoir une participation soutenue des personnes accueillies au fonctionnement du CSAPA.** La participation des personnes constitue un levier à l'implication de pairs-intervenants dans les actions. Se reporter aux recommandations de l'ANESM : « La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie ».
- **À partir des résultats de l'évaluation et de l'analyse des besoins avec les personnes accueillies, définir la place et le rôle de l'intervention par les pairs dans l'accompagnement global proposé par le CSAPA.** En fonction des besoins identifiés, elle peut faire l'objet d'une implication bénévole, d'une embauche ou du recours à une association d'autosupport, d'entraide ou de patients-experts et se réaliser sous plusieurs formes, comme par exemple :
 - la participation aux interventions de proximité en prévention des addictions
 - la participation à l'élaboration des outils et supports de prévention et de réduction des risques
 - la participation à des interventions individuelles et collectives d'éducation à la santé auprès des personnes accueillies par le CSAPA (pratiques à moindre risque, utilisation du matériel de réduction des risques, promotion du dépistage et soin du VIH et du VHC...)

- ▶ la participation à des interventions collectives d'entraide ou de soutien (groupes de parole, groupes thérapeutiques, groupes "entourage"...))
- ▶ la participation à l'accompagnement des parcours individuels par des pairs formés ayant fait l'expérience d'un parcours de soin et d'accompagnement en addictologie (médiateur de santé pair, patient expert...)
- **Identifier, avec les acteurs repérés du soin, de la réduction des risques et de la prévention, les ressources proposant la formation, l'intervention ou l'expérimentation en matière de pair-aidance dans les champs de l'addictologie et de la santé (formations universitaires, dispositifs de médiateurs de santé pairs, patients-experts, groupes d'entraide, projets de recherche, appels à projets expérimentaux...).**
- **Identifier et solliciter, avec les partenaires et les instances de participation des personnes accueillies, les pairs ayant l'expertise recherchée.**
- **Définir la place et le rôle des pairs au sein de l'équipe. Formaliser ces éléments, par exemple à travers :**
 - ▶ l'élaboration d'une charte précisant le cadre collectif du recours aux pairs (droits et obligations, modalités d'accueil et d'intégration, éthique d'intervention, formation, assurance...)
 - ▶ le recours à des conventions d'engagements réciproques pour les pairs bénévoles, précisant les modalités particulières s'appliquant à chaque intervenant (horaires, missions, confidentialité...)³⁷
- **Évaluer les besoins et, le cas échéant, organiser la formation des pairs, en interne ou par le biais du partenariat.** Dans le cas d'une formation assurée en interne, une attention particulière devra être portée à la qualification des professionnels chargés de la formation.

La formation porte notamment sur :

- les mécanismes de l'addiction
 - les usages de substances psychoactives, les prises de risques et les dommages associés, en fonction de la réalité des pratiques de consommation
 - la posture d'intervenant-pair, la juste proximité avec les personnes et l'éthique d'intervention
 - les compétences communicationnelles et la capacité à transmettre un savoir expérientiel
 - les droits des personnes usagères de substances psychoactives
- **Soutenir les pairs-intervenants, en :**
 - ▶ organisant un dispositif de référent professionnel ou de supervision (tutorat, régulation, temps d'échange et de suivi formalisés...), permettant d'accompagner le pair dans ses missions (appui, conseil...) et de repérer d'éventuelles difficultés (relations avec l'équipe ou avec les personnes accueillies, gestion des consommations...)
 - ▶ clarifiant les liens fonctionnels et hiérarchiques avec le reste de l'équipe, en particulier lorsque le pair-intervenant est par ailleurs un usager ou ex-usager du CSAPA

³⁷ Des trames de telles chartes et conventions, libres de droits, peuvent être trouvées sur le site Internet de France bénévole : <https://www.francebenevolat.org/documentation/la-charte-du-benevolat-et-convention-d-engagements-reciproques> [consulté le 22.05.2017].

Illustration : accueil différencié pour les personnes accompagnées par les CAARUD

Les premières réunions régionales de la Fédération addiction en Rhône-Alpes sur l'articulation CSAPA et CAARUD ont fait émerger le constat que l'orientation d'usagers d'un CAARUD vers un CSAPA procède d'un travail de réflexion et d'élaboration, fait avec les intervenants. Il concerne l'évaluation d'une demande de passage sous TSO, un premier accès au soin, des échanges et un premier lien avec le dispositif. Ce travail en amont, qui peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années, n'était pourtant pas pris en compte dans le protocole d'inclusion des CSAPA.

Le CSAPA de la Croix rousse a donc souhaité mieux le prendre en compte dans l'accueil de ces patients. Un travail coordonné entre les équipes du CSAPA et des deux CAARUD de la ville a donc été mené pour organiser un accueil différencié. Sur appel des professionnels du CAARUD, le protocole est allégé pour un accueil plus simple et plus rapide. Les professionnels du CAARUD peuvent, pour un usager avec qui un travail préalable a été entrepris, et avec son accord, présenter son parcours par téléphone, à l'équipe du CSAPA, au moment de la réunion d'équipe. À l'issue de cette présentation, les premiers rendez-vous sont pris pour les premières prescriptions. Un accueil par semaine est possible pour une demande de ce type.

Par ailleurs, le CSAPA essaie de proposer une prise en charge adaptée avec une notion de bas seuil et de haut seuil possible, sans seuil maximal de posologie pour les TSO. Les CAARUD participant à cette dynamique sont attentifs à ne pas devenir pour autant un « pré-CSAPA », afin de conserver le rôle et les missions qui en font un dispositif à part entière, proposant un accueil de première ligne à des personnes qui peuvent avoir une demande minimale.

Source : Fédération Addiction, Agir en réduction des risques, en CSAPA et en CAARUD. Rapport d'enquête [en ligne]. Paris : Fédération Addiction, 2015, p.52

L'ESSENTIEL

L'INSCRIPTION DES MISSIONS DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Intégrer la réduction des risques et des dommages dans le fonctionnement du CSAPA

▸ au sein de l'établissement

- identifier l'état des connaissances et des pratiques de RdRD existantes
- évaluer avec le public accueilli ses besoins et ses attentes en matière de RdRD
- repérer les autres acteurs-ressources de la RdRD sur le territoire
- organiser une réflexion éthique avec l'équipe pluridisciplinaire et les personnes accompagnées sur les valeurs, les finalités et les modalités de l'accompagnement
- évaluer et tenir à jour les connaissances et les savoir-faire des professionnels en matière de RdRD
- adapter aux principes de la RdRD le parcours et les prestations proposés, les postures professionnelles, les pratiques et les outils de co-évaluation des situations et de coordination des accompagnements
- désigner un ou des référent(s) de la mission RdRD

▸ auprès du réseau partenarial

- renforcer les connaissances et les compétences des partenaires en matière d'addiction
- établir des modes de sollicitation et de coordination facilitant l'orientation, l'accès au conseil et à l'accompagnement, la cohérence et la continuité des parcours
- repérer ou organiser des espaces partenariaux de co-évaluation et de co-accompagnement des situations complexes

Elaborer la stratégie d'intervention du CSAPA en prévention des addictions

- repérer les acteurs-ressources, les réseaux et les espaces de concertation et de coordination partenariales du territoire
- identifier les besoins et les publics prioritaires du territoire au regard des conduites addictives
- identifier l'état des connaissances et des interventions validées en matière de prévention
- analyser les ressources internes et les moyens à mobiliser
- organiser la mise en place et la formation d'un professionnel ou d'une équipe dédié(e)
- établir un cadre et élaborer une charte d'intervention à l'intention des commanditaires
- diffuser l'information sur l'action de prévention du CSAPA auprès des publics et des partenaires

Organiser le recours aux pairs

- sensibiliser l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire au bien-fondé, aux freins et aux leviers de l'intervention par les pairs
- définir, au regard des résultats de l'évaluation interne et des besoins des personnes accueillies, la place et le rôle de l'intervention par les pairs au sein du parcours d'accompagnement
- organiser, avec les partenaires et les représentants des personnes accueillies, le repérage, la sollicitation et, le cas échéant, la formation des pairs-intervenants
- définir la place, le rôle et le statut des pairs-intervenants au sein de l'équipe
- organiser le soutien aux pairs-intervenants

3. La prévention et la réduction des risques et des dommages au sein du parcours d'accompagnement en CSAPA

Parcours des personnes accueillies en CSAPA

Les parcours d'accompagnement et de soin en addictologie ne sont pas linéaires (26).

Les personnes accueillies en CSAPA peuvent l'être à différents moments de leur trajectoire de consommation (ou de celle de leur proche lorsque la personne accueillie est un membre de l'entourage) et de leurs souhaits et capacités à engager une démarche de changement.

Leur entrée dans un parcours d'accompagnement et de soin peut se faire de leur propre initiative, sous l'influence ou la pression d'un tiers ou en application d'une décision judiciaire (obligation de soin ou injonction thérapeutique). Elle peut être motivée par les répercussions de la conduite addictive sur leur santé, sur leur situation sociale, sur leur vie personnelle ou sur autrui. Ces circonstances d'entrée dans le parcours, tout comme les connaissances et les représentations des personnes à propos du soin des addictions, influencent la demande initiale qu'elles adressent aux professionnels.

Le premier temps de l'accompagnement consiste ainsi à co-évaluer avec la personne ses usages, leur contexte et les risques et dommages induits, à l'informer des options de soutien médico-psychosocial disponibles et adaptées et à construire avec elle son projet d'accompagnement. En fonction des besoins et des attentes évalués, l'accompagnement peut porter sur le trouble de l'usage, les comorbidités somatiques et psychiatriques ou l'inclusion sociale. Au moment de l'entrée dans le parcours, l'enjeu consiste à se saisir de l'impulsion ayant suscité l'arrivée au CSAPA et à créer les conditions de la confiance et de l'adhésion, en partant des priorités et de la réalité vécue par la personne.

Par la suite, les parcours se caractérisent fréquemment par une alternance de périodes d'abstinence, de modération et de (re)consommation. Ils dépendent des ressources et des vulnérabilités de la personne, de ses motivations et ambivalences (notamment liées aux processus psychologiques à l'œuvre dans la démarche de changement), de l'évolution de sa situation sociale et personnelle et de son environnement. La fréquence des polyconsommations ou l'émergence de consommations de compensation peut en outre nécessiter l'adoption de stratégies d'accompagnement différenciées selon les produits.

Tout au long des parcours, les besoins et les demandes des personnes et de leur entourage requièrent des réponses successives, alternatives ou complémentaires en termes de réduction des risques, de prévention et de soin.

Approche intégrative du soin, de la prévention et de la RdRD en CSAPA

L'accompagnement global et transdisciplinaire proposé en CSAPA permet d'y mettre en œuvre une approche intégrative, permettant l'accès simultané de la personne à des interventions et services de prévention, de soin et de RdRD, en interne ou par le biais du partenariat (27).

Elle repose sur une approche centrée sur la personne, sans hiérarchisation *a priori* des objectifs d'accompagnement ou de conditionnement de celui-ci à une démarche de soin mais reconnaissant au contraire la complémentarité des domaines d'accompagnement, au service de ses capacités, de ses priorités et de sa temporalité :

- l'accès à la RdRD et à la prévention constitue en elle-même une forme de soin
- le soin permet à la personne de réduire les risques et les dommages liés à ses usages
- l'amélioration de sa situation personnelle et sociale rend la personne accessible à l'engagement dans une dynamique de changement de ses pratiques ou de ses usages

L'approche intégrative a pour finalités l'amélioration de la qualité de vie de la personne, son accès effectif aux droits et aux services et la continuité de son accompagnement (28). Elle se réalise à travers :

- la diversité des portes d'entrée dans l'accompagnement et la combinaison des interventions proposées en prévention, soin et RdRD
- la coordination interne des intervenants du CSAPA pour l'élaboration, la mise en œuvre et la réévaluation du projet d'accompagnement
- la coordination des professionnels du CSAPA et des partenaires extérieurs autour des objectifs de l'accompagnement

Les recommandations suivantes portent sur les postures, les pratiques et les interventions en prévention et réduction des risques et des dommages telles qu'elles s'intègrent à l'accompagnement global en CSAPA. Elles sont présentées selon les étapes du parcours d'accompagnement. Par souci de clarté, et pour faciliter l'appropriation des recommandations, les contextes ambulatoire (partie 3.1) et résidentiel (partie 3.2) ont été distingués.

► **Enjeux et effets attendus :**

- **la création des conditions de l'alliance avec la personne et de l'adhésion à l'accompagnement**
- **la co-construction de l'accompagnement selon les besoins évalués, les priorités de la personne et leur évolutivité**
- **la réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux**
- **la continuité de l'accompagnement**

RECOMMANDATIONS

3.1 CSAPA ambulatoires

3.1.1 Faciliter l'accès des personnes au CSAPA

- **Présenter de manière explicite et compréhensible par tous, dans les supports de communication (livret d'accueil, plaquette, site Internet...), les missions du CSAPA en matière de prévention et de réduction des risques et des dommages et les outils et accompagnements proposés.**
- **Définir, avec les partenaires du CSAPA, des modalités de collaboration permettant de faciliter la rencontre et l'accès des personnes éloignées du soin et de l'accompagnement, comme par exemple :**
 - la possibilité, si la personne le souhaite, d'un accompagnement du premier rendez-vous par le professionnel orienteur
 - la transmission, avec l'accord de la personne, d'informations préalables concernant sa situation ou sa demande
 - l'organisation de consultations de proximité permettant la rencontre des personnes au sein des services et établissements partenaires ou la participation à des maraudes de veille sociale
 - la possibilité d'un accueil sans rendez-vous ou dans un délai bref pour les situations le justifiant

- **À partir de l'analyse de la file active, proposer si nécessaire un accueil différencié permettant de faciliter l'accès des personnes connaissant une vulnérabilité ou des besoins spécifiques, par exemple les femmes, les personnes se prostituant, les personnes sortant de prison ou les consommateurs de cocaïne basée.**

Ces accueils différenciés peuvent prendre la forme :

- de prestations et/ou activités réservées
 - de plages horaires ou de locaux dédiés
-
- **Établir une procédure d'accueil/de premier contact permettant, au-delà de la simple prise de rendez-vous :**
 - d'engager un échange à propos de la situation ou de la demande de la personne
 - de présenter les options d'accompagnement et les prestations proposées par le CSAPA et la possibilité de bénéficier de l'anonymat
 - d'apporter le cas échéant une première réponse, en particulier sous la forme d'une délivrance de matériel de réduction des risques ou à travers l'orientation des situations d'urgence sanitaire ou sociale vers le réseau de partenaires
 - le cas échéant, d'organiser, lorsque le CSAPA n'est pas en mesure de répondre à la demande de la personne (CSAPA spécialisé "alcool" ou "stupéfiants"), une orientation vers les ressources appropriées, en proposant systématiquement un accompagnement (transmission des coordonnées, explication du parcours de prise en charge, prise de rendez-vous avec la personne...)

3.1.2 Garantir la co-construction et la continuité de l'accompagnement médico-psycho-socio-éducatif

- **Organiser un parcours d'accueil permettant de proposer une évaluation globale (médicale, psychologique et sociale) de la situation par l'équipe pluridisciplinaire. Veiller, dans l'ordre et le déroulement des bilans, dans le choix des outils d'évaluation et dans la posture professionnelle, à réunir les conditions favorisant la participation active de la personne, l'évocation de ses usages et l'expression de ses attentes. Veiller à ce que le parcours d'évaluation globale ne soit pas un obstacle à l'apport d'une première réponse, lorsque la situation le nécessite** (prescription et délivrance de traitements dont traitements agonistes opioïdes, remise de matériel de RdRD...).
- **Dans ce cadre, recueillir la demande de soin et d'accompagnement de la personne et co-évaluer avec elle (notamment à l'aide d'outils standardisés³⁸ et la formation des intervenants à leur passation) :**
 - ses usages et son degré d'addiction
 - les facteurs déclencheurs, les effets recherchés et les bénéfices tirés de la conduite
 - l'antériorité de son parcours de soin et d'accompagnement en addictologie
 - son état de santé physique et mentale
 - les éventuelles situations de violence, d'abus ou de traumatisme vécues
 - les risques et des dommages sanitaires liés :
 - aux pratiques d'usage (type et qualité du produit, fréquence, quantité, voie et gestes de consommation, matériel utilisé...)
 - au contexte de l'usage (circonstances et environnement de consommation, caractère isolé ou collectif de l'usage, conditions de salubrité et de sécurité...)
 - au partage du matériel de consommation

³⁸ Comme par exemple la grille MATE-fr (<https://www.mateinfo.fr/>) ou le questionnaire ASI/IGT (<http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static50/autofformation-asi>)

- ▶ les risques et les dommages sociaux associés à la conduite addictive concernant :
 - les relations avec la famille, les proches et le réseau social
 - les ressources financières et l'accès aux droits
 - l'emploi/la formation
 - le logement
 - la situation judiciaire
 - ▶ la perception, par la personne, de ces risques et dommages.
- **À partir de la demande de la personne, de ses attentes, de ses capacités et de l'analyse des besoins issue de l'évaluation globale de sa situation, co-élaborer avec elle son projet personnalisé de soin et d'accompagnement. Formaliser, au sein du document individuel de prise en charge³⁹ :**
 - ▶ **les objectifs partagés**, qui peuvent porter sur des stratégies de cessation, de modération, d'accompagnement ou de réduction des dommages liés à la conduite addictive (voire concilier des objectifs différenciés selon le produit considéré dans le cas d'une polyconsommation) et sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie (sociale, personnelle, professionnelle)
 - ▶ **les prestations proposées par le CSAPA pour l'atteinte de ces objectifs**
 - **Tout au long de l'accompagnement, établir une relation collaborative avec la personne et soutenir son pouvoir d'agir, en :**
 - ▶ reconnaissant et sollicitant son expertise et ses compétences
 - ▶ lui apportant des connaissances sur les produits et leurs effets, sur les risques et les dommages liés à ses usages, sur les mécanismes de l'addiction et sur les approches thérapeutiques
 - ▶ recherchant son consentement éclairé et en respectant ses choix et ses priorités
 - ▶ valorisant et soutenant toute évolution favorable dans l'usage, la prise de risque ou la motivation
 - ▶ l'informant, lors de la remise du livret d'accueil, de ses droits et de ses libertés en tant que personne accueillie⁴⁰ et de ses moyens de recours en cas de non-respect⁴¹
 - ▶ l'accompagnant, le cas échéant, dans les démarches visant à faire valoir ses droits face aux situations de stigmatisation et de discrimination dont elle peut être l'objet dans son parcours de santé ou dans son parcours de vie, en particulier si elle est dépendante et/ou dans une situation de vulnérabilité particulière (personne migrante, personne sans logement personnel, personne victime de violences ou de psycho-traumatisme, personne ayant des troubles psychiatriques, personne en situation de handicap, personne se prostituant).
 - **Tout au long de l'accompagnement, lorsque des consommations ou des pratiques à risque sont évoquées auprès de tout professionnel de l'équipe, informer la personne des modalités de mise à disposition de matériel et d'éducation aux pratiques à moindre risque par le CSAPA.**

³⁹ Articles L. 311-4 et D.311 du Code de l'action sociale et des familles.

⁴⁰ Conformément aux articles L. 311-3 et L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

⁴¹ Comme par exemple saisine de la direction ou de l'organisme gestionnaire, du Service réclamations de l'Agence régionale de santé ou du défenseur des droits.

- **Assurer la continuité et la cohérence de l'accompagnement global de la personne, à travers :**
 - la coordination des intervenants et des interventions de l'équipe pluridisciplinaire autour des objectifs du projet personnalisé (et de leur réévaluation en fonction de l'évolution de la situation et des priorités de la personne), qui implique la mise en place d'outils et d'espaces de transmission d'informations, d'échange, de suivi et de co-évaluation des situations, dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel
 - le partage avec les professionnels extérieurs impliqués, le cas échéant, avec l'accord de la personne et dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel, d'informations utiles et nécessaires à la coordination de son accompagnement global et à la concordance des objectifs d'accompagnement
 - la réévaluation périodique, par exemple à chaque renouvellement du document individuel de prise en charge (DIPC) et au moins une fois par an, de son projet d'accompagnement et de soin en fonction de l'évolution de ses besoins et attentes, de sa situation et de sa motivation.

- **Soutenir l'adhésion de la personne, son appropriation du projet d'accompagnement et de soin et sa motivation, par exemple à travers :**
 - le recours à des approches motivationnelles
 - le recours à l'éducation par les pairs et au soutien entre pairs (groupes d'auto-soutien, de parole, d'entraide, patients-experts...)
 - les programmes autorisés d'éducation thérapeutique
 - l'implication, lorsque c'est pertinent et avec l'accord de la personne, de l'entourage dans le projet d'accompagnement
 - l'échange, le cas échéant, à propos des situations de reconsommation, la dédramatisation et l'ajustement si nécessaire du projet de soin et d'accompagnement.

3.1.3 Prévenir les risques et réduire les dommages sanitaires et sociaux

► Délivrance des traitements agonistes opioïdes (TAO)

- **Garantir l'accès des personnes dépendantes aux opiacés aux traitements agonistes opioïdes, en interne et/ou en articulation dans le cadre d'un partenariat avec les professionnels de premier recours en ville (médecin généraliste, pharmacien d'officine) et/ou les services hospitaliers, en :**
 - clarifiant et en partageant avec l'équipe pluridisciplinaire et les instances de participation des usagers la place des TAO dans le projet de soin et d'accompagnement, qui peut répondre à des objectifs de réduction des risques (aide à la gestion des consommations, stabilisation de la santé et de la situation sociale...), d'aide au sevrage ou de maintenance au long cours
 - co-évaluant avec la personne ses attentes et l'urgence de sa demande et en proposant, si besoin, une mise sous traitement après évaluation médicale de l'indication sans attendre la fin du parcours d'accueil
 - ne conditionnant pas la prescription et/ou la délivrance du TAO à la mise en place conjointe d'un accompagnement psychosocial si la personne ne le souhaite pas.

- **Favoriser la mise en place d'une relation de confiance et soutenir le pouvoir d'agir de la personne en :**
 - l'informant sur les bénéfices et les contraintes du traitement, sur les risques de surdose et d'interactions avec d'autres substances psychoactives (alcool, stupéfiants, médicaments...) et sur la prévention des surdoses
 - l'informant sur le cadre légal et sur les droits des usagers de TAO
 - co-évaluant avec elle sa tolérance et son observance du traitement
 - adaptant le projet de soin et d'accompagnement à toute évolution de sa demande

- échangeant avec elle à propos de ses consommations résiduelles ou émergentes, lorsqu'elles existent, et en proposant, au besoin, la délivrance de matériel de réduction des risques
- envisageant, dans le cas de suivi d'un traitement par méthadone, la pratique d'analyses urinaires itératives comme un outil de dialogue avec la personne et d'ajustement du traitement, ne devant pas donner lieu à un jugement ou à une exclusion du protocole
- **Prévenir les ruptures de traitement, en :**
 - anticipant, avec la personne, les besoins liés à des contraintes professionnelles ou personnelles (déplacements, voyage à l'étranger et législation des pays de destination sur le transport et la détention de médicaments stupéfiants...)
 - se mettant en lien et en se coordonnant, avec l'accord de la personne, en particulier avec les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA) en cas d'hospitalisation
 - se mettant en lien et en se coordonnant, avec l'accord de la personne, avec les acteurs du milieu pénitentiaire (CSAPA, USMP, ELSA de l'hôpital de rattachement⁴²...) en cas d'incarcération
 - accompagnant le relais de la prescription vers le médecin traitant et en organisant, le cas échéant, un accompagnement coordonné en restant positionné comme co-accompagnant ou comme partenaire ressource
 - s'impliquant autant que nécessaire auprès de la plateforme territoriale d'appui comme pivot du parcours de santé de l'utilisateur.
- **Prendre en considération, co-évaluer et accompagner dans la mise en œuvre toute demande par la personne de l'arrêt du traitement agoniste opioïde.**
- ▶ **Prévention et réduction des risques et dommages liés aux pratiques de consommation**
- **Lorsque le CSAPA a mis en place des modalités autorisant l'entrée de boissons alcoolisées (casier, consigne, réfrigérateur, espace de consommation...), informer la personne sur ces modalités.**
- **Informer la personne des outils de réduction des risques disponibles, des modalités de leur délivrance et de leur récupération et renouveler l'information à chaque fois que des épisodes de consommation active sont évoqués.**
- **Organiser des interventions structurées d'éducation aux pratiques à moindre risque dans une variété de formats (individuelle/collective, brève/longue, distribution et affichage de supports d'information, ateliers pratiques, éducation par les pairs, éducation thérapeutique du patient...) adaptés aux publics accompagnés.** Elles peuvent notamment porter sur :
 - l'information sur les effets et sur les risques liés aux produits et à la polyconsommation
 - l'information/l'éducation sur l'utilisation du matériel de réduction des risques et sur les risques liés au partage et à la réutilisation
 - la réduction des risques et des dommages liés à l'injection : prévention du passage à l'injection, promotion des alternatives à l'injection, éducation à l'injection à moindre risque, voire supervision des gestes⁴³ selon des protocoles d'intervention structurés (2)

⁴² Voir partie 5

⁴³ Article L. 3411-8 - II 4° du Code de la santé publique : « La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risque, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances [psychoactives] 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. »

- la réduction des consommations à risque ou la sécurisation des consommations d'alcool, à travers le renforcement des compétences psychosociales d'autocontrôle et de maîtrise des consommations
- les outils et les stratégies de prévention du tabagisme et de réduction des risques liés aux consommations de tabac (relais des campagnes et journées nationales, information et accès aux traitements de substitution nicotinique, information sur le vapotage...).
- **Lors de la mise à disposition d'outils de RdR, co-évaluer avec la personne ses besoins en matériel et fournir du matériel neuf selon les quantités nécessaires à une couverture à 100 % des épisodes de consommation, sans imposer de limite par personne et/ou par visite. Echanger avec la personne sur :**
 - les éventuelles difficultés rencontrées dans l'approvisionnement en matériel ou concernant son élimination
 - les éventuelles difficultés rencontrées dans l'utilisation du matériel
 - l'adéquation du matériel proposé par le CSAPA (préférences, adaptation, matériel manquant...)
 - les risques liés à ses pratiques de consommation (nature du/des produit(s) consommé(s), mode de préparation et de consommation, contexte et environnement des consommations, gestes de consommation, utilisation du matériel, normes du groupe...)
 - la question de l'élimination du matériel usagé, sans conditionner la distribution de matériel neuf à la remise de matériel usagé.
- **Prévenir les risques de surdose et relayer les alertes sur les produits, à travers :**
 - l'organisation d'interventions concernant la reconnaissance, la prévention et la gestion des situations de surdose (cocaïne, opiacés, médicaments...) à destination des personnes et de leur entourage
 - la délivrance de naloxone et l'éducation à son utilisation pour prévenir les décès par surdose aux opiacés à destination des personnes et de leur entourage
 - l'organisation du recours à un dispositif d'analyse des drogues
 - la diffusion en interne des alertes descendantes et la remontée d'informations aux centres d'addictovigilance⁴⁴ (ou à l'OFDT, via le dispositif SINTES⁴⁵).
- ▶ **Prévention et réduction des risques et des dommages infectieux**
- **Organiser, en lien avec les partenaires (soin en hépatologie et infectiologie, associations, pairs...), des interventions pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin de l'hépatite C, proposant en particulier et de préférence sur site :**
 - la délivrance d'informations sur le VHC, sa prévention, son dépistage et les traitements disponibles
 - un dépistage régulier (annuel pour les consommateurs actifs, semestriel pour les injecteurs actifs, trimestriel pour les injecteurs de stimulants en contexte sexuel⁴⁶), en privilégiant les méthodes non invasives (TROD, buvard...) et en accompagnant le dépistage et la remise des résultats (entretien de counseling pré- et post-test)
 - l'évaluation de la fibrose hépatique, en privilégiant les méthodes non-invasives

⁴⁴ Les informations et les coordonnées des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance peuvent être trouvées sur le site de l'ANSM : <<http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance>> [consulté le 06.03.2019]. Les signalements d'effets indésirables rencontrés peuvent être faits par les professionnels et les usagers directement en ligne sur la plateforme : <<https://signalement.social-sante.gouv.fr>>

⁴⁵ <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/sintes/sintes-volet-veille/>

⁴⁶ DHUMEAUX, D., ANRS, CONSEIL NATIONAL DU SIDA, ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU FOIE, *op. cit.*

- ▶ la mise en place ou l'orientation vers une consultation spécialisée (initiation, suivi du traitement, suivi post-traitement de l'hépatite C), sans conditionner l'accès au traitement à l'arrêt des consommations
 - ▶ l'information sur la prévention de la transmission des hépatites et de la recontamination.
- **Organiser, en lien avec les partenaires de la prévention et du soin du VIH, des interventions pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin du VIH, proposant en particulier et de préférence sur site :**
 - ▶ la délivrance d'informations sur le VIH, la prévention de sa transmission (dont l'accès à la prophylaxie pré-et post-exposition), son dépistage, les traitements disponibles, les services et ressources du territoire, par exemple à travers l'éducation par les pairs
 - ▶ le dépistage annuel pour les usagers de drogue injecteurs et trimestriel pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes⁴⁷ ou pour les personnes pratiquant le slam, à travers l'organisation de séances de dépistage, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou la délivrance, le cas échéant, d'autotests de dépistage
 - ▶ la mise en place ou l'orientation vers une consultation spécialisée de prise en charge et de suivi des personnes infectées par le VIH (éducation thérapeutique du patient, dépistage des complications et comorbidités, observance du traitement antirétroviral, repérage des risques d'interactions pharmacologiques ...), sans conditionner l'accès au traitement à l'arrêt des consommations.
 - **Promouvoir la vaccination contre les hépatites A et B et les vaccins recommandés du calendrier vaccinal à travers :**
 - ▶ l'organisation de séances de vaccination au sein du CSAPA
 - ▶ l'orientation des personnes vers les ressources adéquates (médecin traitant, centres de vaccination...).
 - **Soutenir, le cas échéant, la personne dans l'accès et le maintien dans le traitement de l'hépatite ou du VIH** (accès aux droits et aux services, soutien à l'observance, repérage d'effets indésirables, adaptation du projet de soin et d'accompagnement...).
- ▶ **Prévention et réduction des risques et dommages sociaux**
- **Prévenir et réduire les répercussions de la conduite addictive sur l'entourage et répondre aux besoins de celui-ci, en :**
 - ▶ mentionnant explicitement dans les supports de présentation (site Internet, affiche, plaquette...) les missions et les interventions spécifiques du CSAPA à destination de l'entourage et en informant directement toute personne accueillie
 - ▶ proposant un accompagnement distinct et personnalisé à tout membre de l'entourage qui en fait la demande
 - ▶ organisant, directement ou par le biais du partenariat, des interventions collectives offrant aux membres de l'entourage des espaces d'information, d'échange et de soutien (groupes thérapeutiques, groupes de parole ou d'entraide entre pairs...)
 - ▶ organisant, directement ou par le biais du partenariat, des programmes structurés de prévention familiale visant le renforcement des compétences parentales, des compétences psychosociales des enfants et du fonctionnement familial
 - ▶ en orientant les personnes vers des ressources de soutien à la parentalité, de conseil ou de thérapie conjugale et familiale

⁴⁷ Haute Autorité de Santé (HAS). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France*. Saint-Denis : HAS, mars 2017.

- ▶ proposant, le cas échéant, le soutien du CSAPA aux personnes dont les enfants font l'objet d'une mesure de placement, à travers :
 - l'information sur le fonctionnement des services de Protection de l'enfance, sur les modalités d'accompagnement (projet pour l'enfant⁴⁸...) et sur les droits des parents (visite, hébergement, exercice de l'autorité parentale...)
 - la médiation, si nécessaire et à la demande de la personne, avec les services de Protection de l'enfance ou avec les services désignés pour l'exercice de la mesure éducative (AEMO, placement familial, MECS...)
- ▶ mettant en place une procédure relative aux situations d'enfants en danger ou en risque de danger comprenant notamment :
 - les modalités d'objectivation et de partage en interne des cas de suspicion de négligence, de maltraitance ou de danger
 - les modalités de transmission, par la direction du CSAPA, d'une information préoccupante à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation et les modalités d'association des personnes concernées à cette démarche.
- **Favoriser l'accès et le maintien dans l'hébergement ou dans le logement, sans faire du soin un préalable à l'accompagnement socioéducatif, en :**
 - ▶ co-évaluant avec la personne :
 - sa situation en matière d'habitat et des droits ouverts en matière d'accès à l'hébergement et au logement
 - les risques de rupture de logement ou d'hébergement liés au parcours de santé (sortie d'hospitalisation, séjour en centre résidentiel...) ou au parcours de vie (séparation, impayés, surendettement, sortie de prison...)
 - ▶ co-élaborant avec elle son projet d'accompagnement par le CSAPA, qui peut comprendre :
 - l'orientation accompagnée vers des dispositifs d'hébergement en effectuant une évaluation sociale, avec l'accord de la personne, à destination du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)
 - l'orientation accompagnée vers des dispositifs permettant l'accès direct à un logement pérenne sans condition de soin ou de réduction des consommations, notamment les dispositifs du logement accompagné (pensions de famille, résidences sociales, intermédiation locative, etc.) ainsi que les dispositifs médico-sociaux comme « un chez soi d'abord »
 - le soutien dans l'engagement ou la poursuite de démarches d'accès aux aides ou de demande de logement de droit commun dans le parc diffus social ou privé et la coordination, avec son accord, avec les professionnels et les services concernés
 - le soutien, à sa demande, dans la résolution des difficultés liées à la conduite addictive pouvant affecter son maintien dans l'habitat (conflits avec le voisinage/le bailleur, contraintes ou interdictions des usages en établissement, gestion des consommations...).
- **Prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser l'accès à l'emploi, sans faire du soin un préalable à l'accompagnement socioéducatif, en :**
 - ▶ co-évaluant avec la personne :
 - sa situation sociale et professionnelle (emploi, formation...)
 - les répercussions de la conduite addictive sur sa situation professionnelle ou sa recherche d'emploi et les répercussions de ses conditions de travail sur ses consommations
 - ses besoins et ses attentes

⁴⁸ Articles L. 223-1-1 et L. 2231-2 et article D. 223-12 à D. 223-17 du Code de l'action sociale et des familles

- ▶ co-élaborant avec elle son projet d'accompagnement par le CSAPA, qui peut comprendre :
 - le soutien dans la poursuite ou la reprise de démarches vers la formation ou l'emploi et la coordination, avec son accord, avec les professionnels et les services impliqués dans son accompagnement socio-professionnel
 - le soutien, à sa demande, à son projet de maintien ou de retour à l'emploi à travers l'entrée en lien et la coordination avec les acteurs de la santé au travail
 - l'organisation ou l'orientation vers des activités individuelles ou collectives d'aide à la recherche d'emploi (rédaction de CV, préparation aux entretiens d'embauche, remobilisation...)
 - l'organisation ou l'orientation vers des dispositifs d'insertion par l'activité économique ou proposant du travail à l'heure (dispositif "Premières heures", TAPAJ pour les moins de 26 ans...) aux personnes éloignées de l'emploi.

3.1.4 Prévenir les ruptures de parcours liées à la fin de l'accompagnement

- **Organiser, le cas échéant, le relais vers les acteurs chargés d'assurer la poursuite de l'accompagnement, à travers :**
 - ▶ la remise à la personne et, avec son accord, la transmission aux professionnels de santé d'aval (soin résidentiel, soin ambulatoire, médecin traitant..) des éléments retraçant son projet de soin (dossier médical, courrier de liaison...)
 - ▶ la remise à la personne et, avec son accord, la transmission aux professionnels socioéducatifs ou aux travailleurs sociaux d'aval des éléments retraçant son projet de vie et les démarches entreprises
 - ▶ la remise à la personne des ordonnances et médicaments nécessaires à la continuité du traitement
 - ▶ la remise à la personne, en cas de besoin, de matériel de réduction des risques.
- **Recueillir l'avis de la personne sur le fonctionnement du CSAPA et sur la qualité de son accompagnement médical, psychologique et socio-éducatif⁴⁹.**
- **Expliquer à la personne que l'équipe du CSAPA reste disponible et peut être sollicitée en cas de besoin** (question, doute, besoin de traitement, de soutien ou de matériel de réduction des risques...).

⁴⁹ Voir recommandations de l'ANESM "La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie" : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_addictologie_anesm.pdf

Illustration : programme d'éducation thérapeutique pour les personnes ayant un trouble de la consommation d'alcool

«Choizitaconso©⁵⁰» est un programme d'éducation thérapeutique conçu au CSAPA CONVERGENCE (ANPAA84) dans l'objectif de proposer un accompagnement complémentaire et novateur. Ce programme vise la récupération des mécanismes protecteurs devenus défaillants vis-à-vis de la consommation d'alcool. Il ne remet en cause, ni l'intérêt d'une expérience d'abstention totale, ni la légitimité des usagers à souhaiter consommer des boissons alcoolisées.

L'objectif affiché est la maîtrise de la consommation. Il s'inscrit dans une démarche de réduction des dommages et d'amélioration globale de la trajectoire de vie des usagers en favorisant leur responsabilité et leur pouvoir d'agir.

Chaque atelier propose un objectif à atteindre dans le champ des compétences psychosociales. Les méthodes de travail ainsi que les outils d'animation ont été choisis afin de stimuler l'intérêt et l'attention des participants et favoriser leur participation active en soutenant et valorisant la production de solutions par eux-mêmes.

Le programme complet propose un choix de 13 séances hebdomadaires et collectives de 2 heures : présentation du programme et des participants, les mots du soin, les représentations, les causes biologiques, personnelles et environnementales, les principes et les techniques de la maîtrise, la communication, prendre une décision, agir en fonction de ses émotions, les situations à risque, trouver de nouvelles ressources. Ce programme fait l'objet d'une recherche clinique, « ETHER », avec le concours de l'Inserm⁵¹ PACA.

Auteur : Dr Danielle CASANOVA, CSAPA CONVERGENCE (ANPAA 84)

Illustration : programme éducatif et thérapeutique pour l'entourage

L'environnement constitue un facteur d'initiation, de maintien et de rechute des conduites addictives⁵². Le manque de soutien, la communication restreinte, les conflits sont des facteurs prédictifs d'addiction⁵³. Réciproquement ces conduites entraînent chez les proches épuisement, souffrance, ruptures⁵⁴...

Le programme ETAPE (Éducation thérapeutique addiction patient entourage) est destiné aux entourages des usagers, engagés ou pas dans des soins, pour répondre à des objectifs fonctionnels et pragmatiques : réduire la souffrance des aidants, augmenter leur compétence à

⁵⁰ D. Casanova, C. Goncalves Da Cruz, K. Hourrier, O. Ricobono-Soulier, J. Seguin, S. Vassas ; Choizitaconso©. Un apport à la réduction des dommages en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*, 2018 ; 40(4) : 334-339.

⁵¹ Éducation thérapeutique pour la réduction des risques et des dommages en alcoologie (ETHER) ; ID-RCB : 2019-A00715-52.

⁵² Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, 2005 ; 8(11) :1450-1457.

⁵³ Dufour H, Nadeau L. (1998). L'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie axés sur les familles. *Revue Santé mentale au Québec*, 1998;23(2):224-245.

⁵⁴ Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med*, 2013 ; 78 :70-77.

communiquer de façon apaisée et amener l'utilisateur à changer, améliorer réciproquement leur qualité de vie.

Débuté en 2014, ETAPE a été structuré selon les principes de l'éducation thérapeutique du patient et de l'entretien motivationnel, associés à des techniques de communication. Après une évaluation initiale, l'entourage suit un parcours personnalisé de deux modules répartis en neuf ateliers sur 6 mois. Le module 1 permet l'acquisition de connaissances nécessaires à la compréhension de la pathologie addictive et des soins orientés vers la RdRD et le rétablissement. Le module 2 vise l'acquisition de compétences sur les déterminants du changement, la maîtrise du réflexe correcteur, le passage de la résistance à l'ambivalence, les outils permettant de débloquer la communication, désamorcer les conflits et soutenir le changement tout en posant des limites, la déstigmatisation de la « rechute » appréhendée comme une « étape » et non un échec, l'intérêt de restaurer une qualité de vie chez leurs proches et pour eux-mêmes, avec en fin de programme une mise en pratique globale et personnalisée des concepts et des outils de relation et communication. Une évaluation de l'impact est réalisée à partir de questionnaires en fin de programme, à 6 puis 12 mois.

Sur 114 entourages inscrits, 53 ont terminé le programme fin 2017 : 66 % étaient des parents, 30 % des conjoints et 4 % des enfants d'utilisateurs. Un quart incriminait l'alcool et 47 % une polyconsommation. À l'issue du programme, les entourages présentaient une amélioration significative des scores de dépression (47 % d'amélioration), du sentiment de compétence à soutenir l'utilisateur (41 %), de souffrance (36,5 %), d'anxiété (35,5 %), et de qualité de vie (32 %). L'amélioration s'est maintenue à 12 mois sauf pour le sentiment de compétence qui s'est légèrement infléchi. La satisfaction était $\geq 4,5/5$. Les entourages perdus de vue étaient plus jeunes et plus souvent des enfants d'utilisateurs.

Le programme ETAPE représente une ressource structurée pour les proches des sujets addicts, l'intérêt étant de pouvoir le transmettre aux professionnels intéressés. L'impact est significatif, rapide et se poursuit à plus d'un an du programme. Des spécificités sont à créer pour les enfants d'utilisateurs.

Auteurs : Dr. Lucie PENNEL^{1,2}, Caroline SALAS-TOQUERO^{1,2} & Pr. Maurice DEMATTEIS^{1,2}

1. Service Universitaire de Pharmaco-Addictologie - CSAPA, CHU Grenoble Alpes, 38400 Saint-Martin d'Hères - 2. Université Grenoble Alpes, Faculté de Médecine, 38700 La Tronche

3.2 CSAPA résidentiels

3.2.1 Faciliter l'accès des personnes et favoriser la pertinence des orientations

- **Informar la personne demandeuse et tenir les partenaires orienteurs informés :**
 - des critères d'admission
 - des modalités de transmission et d'instruction des demandes
 - des options thérapeutiques et des accompagnements proposés
 - des modalités de séjour et de vie en collectivité.
- **Établir une procédure d'admission qui favorise l'exercice du choix éclairé de la personne et évalue l'adaptation du séjour à son projet et à son parcours, à travers :**
 - le recueil, auprès de la personne et du professionnel orienteur, des informations utiles et nécessaires à l'évaluation de sa demande et de ses besoins
 - l'échange avec la personne sur ses attentes et sa motivation
 - l'information de la personne sur les règles concernant la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, médicaments, stupéfiants...) pendant le séjour et l'échange sur la concordance de ces règles avec ses consommations et son projet
 - la possibilité d'organiser une visite préalable des lieux (*in situ* ou virtuelle)
 - l'étude et la validation de la demande par une instance interne pluriprofessionnelle.

3.2.2 Favoriser la co-construction et l'appropriation par la personne de son projet de soin et d'accompagnement

- **Organiser un parcours d'accueil permettant de proposer une évaluation globale (médicale, psychologique et sociale) de la situation par l'équipe pluridisciplinaire.**
- **Dans ce cadre, recueillir auprès de la personne et, avec son accord, auprès des professionnels d'amont impliqués dans son accompagnement, les éléments permettant de co-évaluer avec elle (notamment à l'aide d'outils standardisés⁵⁵ et la formation des intervenants à leur passation) :**
 - ses usages et son degré d'addiction
 - les facteurs déclencheurs, les effets recherchés et les bénéfices tirés de la conduite
 - l'antériorité de son parcours de soin et d'accompagnement en addictologie
 - son état de santé physique et mentale
 - les éventuelles situations de violence, d'abus ou de traumatisme vécues
 - les risques et des dommages sanitaires liés :
 - aux pratiques d'usage (type et qualité du produit, fréquence, quantité, voie et gestes de consommation, matériel utilisé...)
 - au contexte de l'usage (circonstances et environnement de consommation, caractère isolé ou collectif de l'usage, conditions de salubrité et de sécurité...)
 - au partage du matériel de consommation
 - les risques et les dommages sociaux associés à la conduite addictive concernant :
 - les relations avec la famille, les proches et le réseau social
 - les ressources financières et l'accès aux droits
 - l'emploi/la formation
 - le logement
 - la situation judiciaire
 - la perception, par la personne, de ces risques et dommages.

⁵⁵ Comme par exemple la grille MATE-fr (<https://www.mateinfo.fr/>) ou le questionnaire ASI/IGT (<http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static50/autoforformation-asi>)

- **À partir de la demande de la personne, de ses attentes, de ses capacités et de l'analyse des besoins issue de l'évaluation globale de sa situation, co-élaborer avec elle son projet personnalisé de soin et d'accompagnement. Formaliser, au sein du contrat de séjour :**
 - **les objectifs partagés**, qui peuvent porter sur des stratégies d'expérimentation ou de consolidation de l'abstinence, de gestion des consommations ou de réduction des dommages (voire concilier des objectifs différenciés selon le produit considéré dans le cas d'une polyconsommation) et sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie (sociale, personnelle, professionnelle)
 - **les prestations proposées** par le CSAPA pour l'atteinte de ces objectifs.

- **Tout au long du séjour, soutenir le pouvoir d'agir de la personne, en :**
 - reconnaissant et sollicitant son expertise et ses compétences
 - recherchant son consentement éclairé et en respectant ses choix et ses priorités
 - valorisant et soutenant toute évolution favorable dans l'usage, la prise de risque ou la motivation
 - l'informant, lors de la remise du livret d'accueil, de ses droits et de ses libertés en tant que personne accueillie⁵⁶ et de ses moyens de recours en cas de non-respect⁵⁷
 - l'accompagnant, le cas échéant, dans les démarches visant à faire valoir ses droits face aux situations de stigmatisation et de discrimination dont elle peut être l'objet dans son parcours de santé ou dans son parcours de vie, en particulier si elle est dépendante et/ou dans une situation de vulnérabilité particulière (personne migrante, personne sans logement personnel, personne victime de violences ou de psychotraumatisme, personne ayant des troubles psychiatriques, personne se prostituant, personne sortant de prison)
 - l'informant des modalités de participation des usagers au fonctionnement de l'établissement et des instances mises en place (conseil de vie sociale/d'établissement/de maison...)
 - réévaluant périodiquement son projet d'accompagnement et de soin en fonction de l'évolution de ses besoins et attentes, de sa situation et de sa motivation.

- **Soutenir sa démarche de changement et sa motivation, à travers :**
 - le recours à des approches motivationnelles
 - le recours à l'éducation par les pairs et au soutien entre pairs (groupes d'auto-soutien, de parole, d'entraide, pairs-experts...)
 - les programmes autorisés d'éducation thérapeutique
 - l'engagement dans des activités de socialisation ou d'insertion hors les murs (bénévolat, activités sportives, loisirs...)
 - l'anticipation des situations d'exposition au risque de reprise des consommations et la co-élaboration d'un plan individualisé de prévention
 - l'échange, le cas échéant, à propos des situations de reconsommation, la dédramatisation et l'ajustement si nécessaire du projet de soin et d'accompagnement.

- **Assurer la coordination des intervenants et des interventions de l'équipe pluridisciplinaire autour des objectifs du contrat de séjour (et de leur réévaluation en fonction de l'évolution de la situation et des priorités de la personne), à travers la mise en place d'outils et d'espaces de transmission d'informations, d'échange, de suivi et de co-évaluation des situations, dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel.**

⁵⁶ Conformément aux articles L. 311-3 et L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

⁵⁷ Comme par exemple saisine de la direction ou de l'organisme gestionnaire, du Service réclamations de l'Agence régionale de santé ou du défenseur des droits.

3.2.3 Prévenir les risques et réduire les dommages sanitaires et sociaux

► Prévention et réduction des risques et dommages liés aux pratiques de consommation

- **Informar la personne du matériel de réduction des risques disponible, des modalités de sa délivrance et de sa récupération au sein du CSAPA.**
- **Organiser des interventions structurées d'éducation aux pratiques à moindre risque dans une variété de formats (individuelle/collective, brève/longue, distribution et affichage de supports d'information, ateliers pratiques, éducation par les pairs, éducation thérapeutique du patient...) adaptés aux publics accompagnés.** Elles peuvent notamment porter sur :
 - l'information sur les effets et sur les risques liés aux produits et à la polyconsommation
 - l'information/l'éducation sur l'utilisation du matériel de réduction des risques et sur les risques liés au partage et à la réutilisation
 - la réduction des risques et des dommages liés à l'injection : prévention du passage à l'injection, promotion des alternatives à l'injection, éducation à l'injection à moindre risque
 - la prévention des consommations associées de tabac (relais des campagnes et journées nationales, information et accès aux traitements de substitution nicotinique...)
 - la réduction des consommations à risque ou la gestion des consommations d'alcool.
- **Anticiper avec la personne les éventuels besoins en matériel lors de ses sorties (week-ends...). Co-évaluer avec la personne ses besoins en matériel et fournir du matériel neuf selon les quantités nécessaires à une couverture à 100 % des épisodes de consommation.**
- **Prévenir les risques de surdose et relayer les alertes sur les produits, à travers :**
 - l'organisation d'interventions concernant la reconnaissance, la prévention et la gestion des situations de surdose (cocaïne, opiacés, médicaments...)
 - l'organisation d'interventions d'éducation à la prévention et la gestion des situations de surdose aux opiacés et à l'utilisation de la naloxone à destination des personnes et de leur entourage
 - l'anticipation avec la personne des situations d'exposition au risque lors de ses sorties (week-ends...) et l'élaboration d'un plan personnalisé de prévention de la rechute et de RdRD
 - l'organisation du recours à un dispositif d'analyse des drogues
 - la diffusion en interne des alertes descendantes et la remontée d'informations aux centres d'addictovigilance⁵⁸ (ou à l'OFDT, via le dispositif SINTES⁵⁹).

► Prévention et réduction des risques et dommages infectieux

- **Organiser, en lien avec les partenaires (soin en hépatologie, associations, pairs...), des interventions pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin de l'hépatite C, proposant en particulier et de préférence sur site :**
 - la délivrance d'informations sur le VHC, sa prévention, son dépistage et les traitements disponibles

⁵⁸ Les informations et les coordonnées des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance peuvent être trouvées sur le site de l'ANSM : <<http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance>> [consulté le 06.03.2019]. Les signalements d'effets indésirables rencontrés peuvent être faits par les professionnels et les usagers directement en ligne sur la plateforme : <<https://signalement.social-sante.gouv.fr>>

⁵⁹ <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/sintes/sintes-volet-veille/>

- ▶ un dépistage régulier (annuel pour les consommateurs actifs, semestriel pour les injecteurs actifs, trimestriel pour les injecteurs de stimulants en contexte sexuel⁶⁰), en privilégiant les méthodes non invasives (TROD, buvard...) et en accompagnant le dépistage et la remise des résultats (entretien de counseling pré- et post-test)
 - ▶ l'évaluation de la fibrose hépatique
 - ▶ la mise en place ou l'orientation vers une consultation spécialisée (initiation, suivi du traitement, suivi post-traitement), sans conditionner l'accès au traitement à l'arrêt des consommations
 - ▶ l'information sur la prévention de la transmission des hépatites et de la recontamination.
- **Organiser, en lien avec les partenaires de la prévention et du soin du VIH, des interventions pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin du VIH, proposant en particulier et de préférence sur site :**
 - ▶ la délivrance d'informations sur le VIH, la prévention de sa transmission, son dépistage, les traitements disponibles, les services et ressources du territoire, par exemple à travers l'éducation par les pairs
 - ▶ le dépistage annuel pour les usagers de drogue injecteurs et trimestriel pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes⁶¹ ou pour les personnes pratiquant le slam, à travers l'organisation de séances de dépistage, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou la délivrance le cas échéant d'autotests de dépistage
 - ▶ la mise en place ou l'orientation vers une consultation spécialisée de prise en charge et de suivi des personnes infectées par le VIH (éducation thérapeutique du patient, dépistage des complications et comorbidités, observance du traitement antirétroviral, repérage des risques d'interactions pharmacologiques ...), sans conditionner l'accès au traitement à l'arrêt des consommations.
 - **Promouvoir la vaccination contre les hépatites A et B et les vaccins recommandés du calendrier vaccinal à travers :**
 - ▶ l'organisation de séances de vaccination au sein du CSAPA
 - ▶ l'orientation des personnes vers les ressources adéquates (médecin traitant, centres de vaccination...).
 - **Soutenir, le cas échéant, la personne dans l'accès et le maintien dans le traitement de l'hépatite ou du VIH (accès aux droits et aux services, soutien à l'observance, repérage d'effets indésirables, adaptation du projet de soin et d'accompagnement...).**
- ▶ **Prévention et réduction des risques et dommages sociaux**
- **Assurer, en lien avec les partenaires d'amont et d'aval, la continuité de l'accompagnement dans les démarches d'accès et de maintien dans l'hébergement ou dans le logement, en :**
 - ▶ co-évaluant avec la personne :
 - sa situation en matière d'habitat et ses droits ouverts en matière d'accès à l'hébergement et au logement
 - les risques de rupture de logement ou d'hébergement liés au parcours de santé (sortie d'hospitalisation, séjour en soin résidentiel...) ou au parcours de vie (séparation, impayés, surendettement, sortie de prison...)

⁶⁰ DHUMEAUX, D., ANRS, CONSEIL NATIONAL DU SIDA, ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU FOIE, *op. cit.*

⁶¹ Haute Autorité de Santé (HAS). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France* (Mettre en droit), Saint-Denis : HAS, mars 2017.

- ▶ co-élaborant avec elle, et en coordination avec les partenaires d'amont et d'aval, son projet d'accompagnement par le CSAPA, qui peut comprendre :
 - le soutien dans l'engagement ou la poursuite de démarches d'accès aux aides ou de demande de logement de droit commun dans le parc diffus social ou privé et la coordination, avec son accord, avec les professionnels et les services concernés
 - l'orientation vers des dispositifs permettant l'accès direct à un logement pérenne sans condition de soin ou de réduction des consommations (intermédiation locative, dispositifs du type « logement d'abord »...)
 - l'orientation vers l'hébergement thérapeutique (appartement de coordination thérapeutique (ACT), lits d'accueil médicalisé (LAM), lits halte-soins-santé (LHSS))
 - l'orientation vers le logement accompagné.
- **Assurer, en lien avec les partenaires d'amont et d'aval, la continuité de l'accompagnement socio-professionnel, en :**
 - ▶ co-évaluant avec la personne :
 - sa situation sociale et professionnelle (emploi, formation...)
 - les répercussions de la conduite addictive sur sa situation professionnelle ou sa recherche d'emploi et les répercussions de ses conditions de travail sur ses consommations
 - ses besoins et ses attentes
 - ▶ co-élaborant avec elle, et en coordination avec les partenaires d'amont et d'aval, son projet d'accompagnement par le CSAPA, qui peut comprendre :
 - le soutien dans l'engagement ou la poursuite de démarches vers la formation ou l'emploi et la coordination
 - l'organisation ou l'orientation vers des activités individuelles ou collectives d'aide à la recherche d'emploi (rédaction de CV, préparation aux entretiens d'embauche, remobilisation...)
 - l'organisation ou l'orientation vers des dispositifs d'insertion par l'activité économique ou proposant du travail à l'heure (dispositif "Premières heures", TAPAJ pour les moins de 26 ans...) aux personnes éloignées de l'emploi
 - l'orientation vers l'emploi accompagné.
- **Favoriser la restauration et le maintien du lien social et familial, à travers :**
 - ▶ l'accompagnement dans l'organisation de la vie quotidienne et dans la régulation de la vie collective pendant le séjour
 - ▶ la participation aux activités collectives thérapeutiques et socio-éducatives
 - ▶ le soutien à l'entourage, en interne ou par le biais du partenariat
 - ▶ le soutien à la parentalité, en interne ou par le biais du partenariat.

3.2.4 Prévenir les risques et les ruptures liés à la fin de l'accompagnement

- **Tenir les partenaires d'aval informés de la date de fin du séjour et programmer, avec la personne, l'organisation des premiers rendez-vous de mise en place du suivi médical, psychologique et socio-éducatif.**
- **Garantir la continuité du parcours de soin et d'accompagnement, à travers :**
 - ▶ la remise à la personne et, avec son accord, la transmission aux professionnels de santé d'aval (soin ambulatoire, médecin traitant..) des éléments retraçant son projet de soin (dossier médical, courrier de liaison...)

- ▶ la remise à la personne et, avec son accord, la transmission aux professionnels socioéducatifs ou aux travailleurs sociaux d'aval des éléments retraçant son projet de vie et les démarches entreprises.
- **Prévenir les ruptures de traitement, en remettant à la personne les ordonnances et médicaments nécessaires pour couvrir la période correspondant à la prise de relais par les partenaires d'aval.**
- **Évaluer le besoin et délivrer à la personne, le cas échéant, du matériel et des conseils de réduction des risques et de prévention des surdoses.**
- **Mettre en place une procédure spécifique pour les sorties non programmées (exclusion à l'initiative du centre, départ à la demande de la personne) visant à prévenir les ruptures de traitement, de parcours et d'hébergement et les risques de surdose liés à une reconsommation. En l'absence de relais ou d'une autre offre accessible sur le territoire, maintenir des modalités d'accès aux outils de RdRD.**
- **Recueillir l'avis de la personne sur le fonctionnement du CSAPA et sur la qualité de son accompagnement médical, psychologique et socio-éducatif⁶².**
- **Expliquer à la personne que l'équipe du CSAPA reste disponible et peut être sollicitée en cas de besoin (question, doute, besoin de traitement, de soutien ou de matériel de réduction des risques...).**
- **S'assurer, après la sortie, de la mise en place effective de l'accompagnement, par exemple en convenant d'un contact de suivi (appel téléphonique, mail, courrier...) avec la personne et les partenaires d'aval.**

⁶² Voir recommandations de l'ANESM "La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie" : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_addictologie_anesm.pdf

Illustration : accompagner le développement de la RDR ALCOOL en CSAPA

Pendant plus de 2 ans, nous avons accompagné la mise en œuvre de la RDR Alcool au sein de deux CSAPA volontaires⁶³, qui partageaient dès le départ les principes et objectifs de la RDR Alcool que nous défendons⁶⁴.

La première étape a consisté à déconstruire ensemble pour mieux les reconstruire les représentations, discours et pratiques autour de l'objet alcool, afin de redéfinir les champs et objectifs d'intervention spécifiques à chaque équipe. Nous avons ensuite travaillé à définir, expérimenter et réajuster :

- le positionnement institutionnel de la structure (livret d'accueil, règlement intérieur, etc...)
- l'accueil des personnes
- des outils de diagnostic permettant de co-évaluer avec le patient les bénéfices, risques et dommages en lien avec ses pratiques et d'appréhender la singularité de chaque usage
- une méthodologie et une stratégie pour prioriser les risques et dommages réductibles afin de proposer un accompagnement ajusté aux ressources, contraintes et aspirations singulières à chacun
- une méthodologie de plaidoyer visant à présenter cette approche RDR Alcool à tous les acteurs impliqués auprès des patients (familles et proches, professionnels du soin ou de l'aide sociale, justice...).

À chaque étape, les principes centraux de la RDR Alcool ont été respectés, tels que :

- la sécurisation des consommations comme préalable
- l'accompagnement des alcoolisations
- l'attention déplacée des consommations (quantité, etc.) vers leurs conséquences, tant positives que négatives
- la co-construction des objectifs avec les personnes
- la lutte contre les inégalités sociales de santé et d'accès au droit qui atteignent les personnes usagères « actives ».

Près d'une année après la conduite de cette démarche, l'évaluation montre que la pratique des deux CSAPA s'est trouvée profondément modifiée, comme le regard des personnes accueillies elles-mêmes et la façon qu'elles avaient de nommer leurs difficultés. Les professionnels se sentent aujourd'hui mieux outillés pour accompagner un vrai changement de paradigme et pour agir positivement sur la qualité de vie des personnes, telle qu'envisagée par elles.

Auteur : Matthieu FIEULAINÉ, Psychologue, Coordonnateur de Modus Bibendi, Collectif National des Acteurs de la RDR Alcool

⁶³ CSAPA Soléa de Besançon (ADDSEA) et CSAPA Maison jaune de Arles (Groupe SOS Solidarités).

⁶⁴ Principes et objectifs aujourd'hui formalisés dans une charte rédigée par Modus Bibendi, collectif national des acteurs de la RDR Alcool.

L'ESSENTIEL

LA PREVENTION ET LA RDRD AU SEIN DU PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT

• CSAPA AMBULATOIRES

Faciliter l'accès des personnes au CSAPA

- définir, avec les partenaires, des modalités de collaboration permettant de faciliter la rencontre et l'accès des personnes éloignées du soin et de l'accompagnement
- proposer, le cas échéant, un accueil différencié pour les personnes connaissant une vulnérabilité ou des besoins particuliers
- établir une procédure d'accueil permettant l'échange autour de la demande, la transmission d'informations et, le cas échéant, l'apport d'une première réponse ou la réorientation

Garantir la co-construction et la continuité de l'accompagnement

- organiser un parcours d'accueil permettant l'évaluation globale de la situation par l'équipe pluridisciplinaire et la participation active de la personne
- co-évaluer avec la personne sa situation, ses usages, et les risques et dommages sanitaires et sociaux associés et perçus
- co-élaborer avec elle son projet personnalisé de soin et d'accompagnement, définissant les objectifs partagés et les prestations proposées pour les atteindre
- établir une relation collaborative et soutenir le pouvoir d'agir, l'adhésion et la motivation de la personne
- proposer, lorsque des consommations sont évoquées, la mise à disposition de matériel, d'outils et d'interventions d'éducation aux pratiques à moindre risque
- assurer la coordination autour des objectifs du projet personnalisé et de leur réévaluation régulière entre intervenants internes et avec les acteurs extérieurs impliqués

Prévenir les risques et réduire les dommages sanitaires et sociaux

▸ **délivrance des traitements agonistes opioïdes (TAO)**

- garantir l'accès aux TAO des personnes dépendantes aux opiacés
- favoriser l'instauration d'une relation de confiance
- prévenir les ruptures de traitement
- prendre en considération, co-évaluer et accompagner toute demande d'arrêt du traitement

▸ **risques et dommages liés aux pratiques de consommation**

- informer la personne des outils de RdRD disponibles, des modalités de leur délivrance et, le cas échéant, des modalités d'accueil de l'alcool
- organiser des interventions structurées d'éducation aux pratiques à moindre risque dans une variété de formats adaptés aux publics accompagnés
- co-évaluer avec la personne, lors de la distribution, ses besoins en matériel de réduction des risques et fournir les quantités nécessaires à une couverture à 100% des épisodes de consommation, sans imposer de limite par personne ou par visite
- prévenir les risques de surdose et relayer les alertes sur les produits

▸ **risques et dommages infectieux**

- organiser, en lien avec les partenaires spécialisés et de préférence sur site, des interventions pour la promotion de la vaccination et pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin des hépatites et du VIH

▸ **risques et dommages sociaux**

- prévenir et réduire les répercussions de la conduite addictive sur l'entourage et répondre aux besoins de celui-ci

- favoriser l'accès et le maintien dans l'hébergement ou dans le logement, sans faire du soin un préalable à l'accompagnement socioéducatif
- prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser l'accès à l'emploi, sans faire du soin un préalable à l'accompagnement socioéducatif

Prévenir les ruptures de parcours liées à la fin de l'accompagnement

- organiser le relais vers les acteurs en charge de la poursuite de l'accompagnement
- recueillir l'avis de la personne sur le fonctionnement du CSAPA et la qualité de l'accompagnement proposé
- informer la personne de la disponibilité de l'équipe en cas de besoin

• CSAPA RESIDENTIELS

Faciliter l'accès des personnes et favoriser la pertinence des orientations

- informer les demandeurs et les partenaires orienteurs des critères et des modalités d'admission et des accompagnements proposés
- établir une procédure d'admission qui favorise le choix éclairé de la personne et l'adaptation du séjour à son parcours et à son projet

Favoriser la co-construction du projet et son appropriation par la personne

- organiser un parcours d'accueil permettant de proposer une évaluation globale de la situation
- recueillir auprès de la personne et des partenaires d'amont les éléments permettant de co-évaluer avec elle sa situation, ses usages, et les risques et dommages sanitaires et sociaux associés et perçus
- co-élaborer avec la personne son projet personnalisé de soin et d'accompagnement, définissant les objectifs partagés et les prestations proposées pour les atteindre
- établir une relation collaborative et soutenir le pouvoir d'agir, l'adhésion et la motivation de la personne
- assurer la coordination des intervenants et des interventions de l'équipe pluridisciplinaire autour des objectifs du contrat de séjour et de leur réévaluation régulière

Prévenir les risques et réduire les dommages sanitaires et sociaux

▸ risques et dommages liés aux pratiques de consommation

- informer la personne des outils de RdRD disponibles et des modalités de leur délivrance
- organiser des interventions structurées d'éducation aux pratiques à moindre risque dans une variété de formats adaptés aux publics accompagnés
- anticiper et co-évaluer avec la personne ses éventuels besoins en matériel lors de ses sorties et fournir les quantités nécessaires à une couverture à 100% des épisodes de consommation
- prévenir les risques de surdose et relayer les alertes sur les produits

▸ risques et dommages infectieux

- organiser, en lien avec les partenaires spécialisés et de préférence sur site, des interventions pour la promotion de la vaccination et pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin des hépatites et du VIH

▸ risques et dommages sociaux

- assurer, en lien avec les partenaires d'amont et d'aval, la continuité de l'accompagnement dans les démarches d'accès et de maintien dans l'hébergement ou le logement
- assurer, en lien avec les partenaires d'amont et d'aval, la continuité de l'accompagnement socioprofessionnel
- favoriser la restauration et le maintien du lien social et familial

Prévenir les risques et les ruptures liés à la fin de l'accompagnement

- tenir les partenaires d'aval informés de la date de fin de séjour et programmer l'organisation des premiers rendez-vous en vue du suivi médical, socioéducatif et psychologique
- garantir la continuité du parcours de soin et d'accompagnement à travers la remise et la transmission des informations nécessaires au suivi
- remettre à la personne les ordonnances, traitements et outils de RdRD nécessaires avant la prise de relais par les partenaires d'aval
- mettre en place une procédure spécifique pour les sorties non-programmées, visant à prévenir les ruptures de traitement, de parcours et d'hébergement et les risques de surdose
- recueillir l'avis de la personne sur le fonctionnement du CSAPA et la qualité de l'accompagnement proposé
- informer la personne de la disponibilité de l'équipe en cas de besoin
- s'assurer, après la sortie, de la mise en place effective de l'accompagnement d'aval

4. Intervention de proximité en prévention des addictions

L'intervention de proximité consiste, pour un CSAPA, à aller au-devant des publics dans différents milieux, en réponse à une demande, à un besoin ou à une commande (émanant de professionnels, d'établissements, d'élus, de citoyens...). Elle se déroule ainsi dans une variété de lieux : établissements scolaires ; accueils et services de l'enfance et de la jeunesse ; milieu festif⁶⁵ ; clubs sportifs ; établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; milieu professionnel...

Elle peut prendre différentes formes selon le niveau d'intervention (universel, sélectif ou indiqué) et, selon qu'elle s'adresse directement aux publics ou aux professionnels qui les accompagnent, dans une logique d'intervention précoce. En fonction des demandes et des besoins des commanditaires et destinataires et des caractéristiques des milieux rejoints, l'intervention se fonde sur des stratégies de prévention de la santé et de promotion de la santé (*voir encadré "définitions"*) visant le renforcement des facteurs de protection, la réduction des facteurs de risque et l'accès au conseil et au soin.

Ces stratégies peuvent avoir pour objectifs :

- de développer la capacité des personnes à faire des choix favorables à leur santé, à travers :
 - le renforcement de leurs connaissances sur les conduites addictives, les substances psychoactives, leurs effets, et les risques liés à leur usage (apport ou mise à jour des connaissances, modification des représentations)
 - le renforcement de leurs compétences psychosociales
 - l'amélioration de leur situation personnelle et sociale
- de repérer les usages à risque et de faciliter l'accès au conseil, au soutien et aux soins
- de renforcer les connaissances et les compétences des professionnels de première ligne pour leur permettre de mieux accompagner leurs publics sur les questions liées aux conduites addictives
- de promouvoir la création de milieux favorables à la santé.

Pour atteindre ces objectifs, l'intervention de proximité peut recourir à des approches et des techniques :

- d'intervention précoce
- de communication/d'information
- d'éducation pour la santé
- de réduction des risques et des dommages
- d'appui/soutien aux professionnels de première ligne
- de formation
- de modification des environnements de vie.

Définitions

Prévention de la santé

La prévention de la santé désigne l'ensemble des mesures visant à éviter ou retarder les facteurs de risque, la survenue ou la gravité d'un problème de santé (maladie, accident).

Elle recourt à différentes catégories d'interventions :

- mesures législatives et réglementaires (obligation vaccinale, taxation des produits du tabac, réglementation de la publicité en faveur de l'alcool...)

⁶⁵ Voir recommandations de l'ANESM "La réduction des risques et des dommages dans les CAARUD" - partie 5.2 "Intervention en milieu festif" (https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud)

- actions de modification de l'environnement ou des conditions de vie (distribution gratuite de préservatifs ou de substituts nicotiniques, gestion de la disponibilité de l'alcool sur le lieu de travail...)
- actes médicaux (vaccination, dépistage...)
- éducation pour la santé (aide au sevrage tabagique, éducation aux pratiques à moindre risque, éducation thérapeutique du patient...).

Promotion de la santé

Selon l'OMS (29), la promotion de la santé est le "processus qui confère aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer", la santé étant perçue comme "une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie" permettant à l'individu ou au groupe "d'identifier et de réaliser ses ambitions, de satisfaire ses besoins et d'évoluer avec son milieu ou de s'y adapter".

Elle comprend les stratégies visant à :

- **établir une politique publique saine**, en éclairant les décideurs des divers secteurs sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé
- **créer des milieux favorables** en adoptant une approche socio-écologique de la santé et l'action sur les déterminants de la santé
- **renforcer l'action communautaire**, à travers la participation effective et concrète des personnes à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé
- **acquérir des aptitudes personnelles** permettant le développement individuel et social à travers l'information, l'éducation pour la santé, le renforcement des compétences de vie
- **réorienter les services de santé** vers une distribution plus égale des ressources entre les soins de santé et la prévention.

Éducation pour la santé

L'OMS définit l'éducation pour la santé comme l'ensemble des "*activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à **vouloir** être en bonne santé, à **savoir** comment y parvenir, à **faire** ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à **recourir** à une aide en cas de besoin*"(30). Elle s'appuie sur une conception émancipatrice de l'éducation, c'est-à-dire venant favoriser l'exercice de la liberté de choix : « *par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer. [...] L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes* » (31).

L'éducation pour la santé est l'une des modalités d'intervention en prévention et en promotion de la santé (*voir définitions ci-dessus*). Dans le premier cas (stratégie orientée prévention de la santé), l'entrée se fait par la pathologie/le problème de santé visé et les contenus éducatifs proposés sont spécifiques (information sur les risques, sur les options et services de soin...). Dans le second cas (stratégie orientée promotion de la santé), l'approche de la santé est globale et positive et les contenus proposés sont transversaux (compétences psychosociales, analyse critique de l'information...).

Intervention précoce

L'intervention précoce (c'est-à-dire en amont d'une demande de soin) vise à raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes d'un usage à risque ou nocif de substances psychoactives et le recours à une aide/un soutien. Elle comprend la promotion d'un environnement

favorable, le repérage précoce, l'évaluation des usages, des risques et des dommages et le soutien dans l'accès au conseil et au soin.

Elle intervient au niveau :

- **collectif**, en renforçant les compétences de la collectivité (famille, école, quartier, entreprise...) et en soutenant les professionnels accompagnant les publics (communauté éducative, police/justice...)
- **individuel**, en créant des espaces de contact avec les personnes et à travers le repérage précoce et l'intervention personnalisée.

Éthique d'intervention

L'intervention de proximité en prévention repose sur certaines valeurs et principes éthiques, qui regroupent ceux (généraux) de l'intervention en prévention/promotion de la santé (32, 33) et ceux (spécifiques) de l'intervention en addictologie (34) .

Une intervention éthique en prévention des addictions respecte les principes suivants :

- **bienveillance et respect des personnes**
 - elle a le souci de ne pas nuire et présente un bénéfice réel pour les personnes
 - elle respecte l'intimité et l'intégrité des personnes, garantit un cadre de confidentialité et veille à ne pas discriminer ou stigmatiser
 - elle respecte les choix et libertés individuels, ne porte pas un regard critique ou jugeant sur les personnes et ne recourt pas à des méthodes fondées sur l'injonction, la culpabilisation, l'infantilisation ou la menace.
- **transparence et équité**
 - elle énonce des objectifs clairs et respecte le consentement éclairé des personnes
 - elle délivre des messages et des informations fondés sur les connaissances scientifiques, tenant compte des motivations de l'usage et s'abstenant de porter un jugement moral sur les conduites
 - elle respecte l'auto-détermination des personnes et contribue prioritairement à renforcer leur pouvoir d'agir individuel et collectif
 - elle prend en compte les inégalités sociales et territoriales de santé et contribue à les réduire, à travers la priorisation et l'adaptation du volume et de l'intensité des actions (universalisme proportionné).

Efficacité et qualité des interventions

Les facteurs d'efficacité et de qualité des interventions retrouvés dans la littérature sont les suivants (16, 32, 35, 36) :

- **fondements probants** : dans une double exigence d'efficacité et d'éthique de la démarche préventive, l'intervention repose sur des fondements probants à trois niveaux :
 - dans le choix de l'approche : elle se réfère à des modèles théoriques du changement de comportement
 - dans le choix des méthodes : elle s'appuie sur des référentiels, des recommandations ou des enseignements issus d'actions similaires ou d'expériences antérieures ayant montré des preuves d'efficacité
 - dans le choix des contenus : elle propose des contenus adaptés aux destinataires, mis à jour et mobilisant les connaissances scientifiques
- **adaptation au contexte** : l'intervention évalue et si nécessaire s'ajuste aux besoins du public-cible, à ses caractéristiques culturelles, à son environnement physique et social et à ses conditions de vie

- **précocité** : l'expérimentation, voire l'entrée dans les consommations, se déroule en général dans la période allant de l'adolescence au début de l'âge adulte. La propension des jeunes à consommer et/ou à s'engager dans des conduites à risque est liée, entre autres facteurs, à leur processus de développement pendant l'enfance et la préadolescence. Une prévention, centrée sur le renforcement des facteurs de protection et le développement des compétences psychosociales, devrait donc démarrer dès le plus jeune âge
- **durabilité et pérennité** : afin de permettre ou de renforcer l'impact de la prévention sur les attitudes, les intentions et les comportements des personnes, les interventions s'inscrivent dans la durée et se répètent à différents moments du parcours de vie
- **démarche participative** : la participation effective et concrète des populations (publics, pairs...) dans la conception et la mise en œuvre de l'intervention permet d'en renforcer la pertinence et contribue à développer le pouvoir d'agir des destinataires de l'intervention
- **transversalité et intersectorialité** : étant donné le caractère multifactoriel des conduites addictives et la combinaison de déterminants environnementaux, sociaux et individuels, l'intervention de prévention est d'autant plus efficace qu'elle agit simultanément sur l'individu et sur son environnement et qu'elle associe à la démarche l'ensemble des acteurs concernés
- **qualification des intervenants** : l'intervention est mise en œuvre par des professionnels formés aux contenus et aux outils, ainsi qu'à la communication et aux techniques d'animation adaptées aux publics destinataires.

La mise en œuvre opérationnelle de ces valeurs et principes passe par l'adoption d'une démarche de projet, qui se déroule selon les étapes successives suivantes :

- 1) constitution de l'équipe-projet et du partenariat
- 2) diagnostic/analyse de la situation et définition des objectifs
- 3) planification des modalités d'intervention et des modalités d'évaluation (contenus, outils, ressources humaines, matérielles et financières)
- 4) mise en œuvre, suivi et évaluation du projet
- 5) analyse, valorisation et communication des résultats.

Pour consolider leur pratique de la conduite de projet en prévention-promotion de la santé, les CSAPA peuvent s'appuyer sur de nombreuses ressources documentaires⁶⁶ et sur les réseaux d'acteurs territoriaux qui proposent un accompagnement méthodologique (Instances régionales d'éducation pour la santé, pôles régionaux de compétences). Dans le domaine des addictions, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies a élaboré des standards de qualité des interventions, fondés sur les recommandations internationales et les contributions d'experts de terrain. Ils constituent des repères à partir desquels les acteurs de la prévention peuvent évaluer la qualité de leurs interventions (14).

⁶⁶ voir notamment les guides, ressources et outils disponibles sur le site internet de Santé Publique France

4.1 Méthodologie d'intervention

Les recommandations suivantes portent sur la méthodologie de l'intervention de proximité en prévention des addictions. Il s'agit de recommandations générales pouvant s'appliquer à l'intervention auprès de tous les publics, présentées selon les étapes de la méthodologie de projet en prévention/promotion de la santé. À titre d'illustrations, les parties suivantes (4.2 et 4.3) aborderont, pour chacune de ces étapes, les spécificités à prendre compte pour l'intervention auprès des publics jeunes et en milieu professionnel.

Précaution de lecture : les CSAPA sont amenés à intervenir dans une grande diversité de milieux et de configurations. La mise en œuvre des bonnes pratiques suivantes n'est pas toujours de leur ressort exclusif. Celles-ci s'adressent donc à l'ensemble des personnes chargées de piloter et mettre en œuvre l'intervention (comité de pilotage, comité technique, équipe-projet...). Lorsque le CSAPA n'est pas (seul) décisionnaire dans le choix de la méthodologie d'intervention, son rôle consiste à informer le commanditaire et le(s) pilote(s) sur les bonnes pratiques d'intervention et à les accompagner dans la démarche ou, le cas échéant, à suspendre sa participation lorsque les conditions garantissant la pertinence et la qualité de l'intervention ne sont pas réunies.

RECOMMANDATIONS

► Enjeux et effets attendus

- **La conduite de l'intervention selon les principes et les étapes de la méthodologie de projet en prévention-promotion de la santé, c'est-à-dire reposant sur :**
 - l'association des parties prenantes
 - la définition des objectifs au regard du contexte et des besoins évalués
 - l'identification et le recours aux données probantes et aux interventions validées
 - la réunion des conditions permettant une mise en œuvre effective
 - l'évaluation de l'intervention.

4.1.2 Co-évaluer les besoins et les ressources avec les parties prenantes

- **Associer les parties prenantes à l'élaboration de l'intervention, à travers leur participation aux instances ou dispositifs de coordination existants ou mis en place pour l'occasion (commission, comité, groupe-projet...). Il peut s'agir de représentants :**
 - du commanditaire
 - des professionnels de première ligne travaillant auprès de la population considérée (enseignants, éducateurs, animateurs, chargés d'insertion, professionnels de santé, aides à domicile, auxiliaires de vie, chargés de prévention des risques professionnels...)
 - de leur encadrement (direction d'établissement ou de service...)
 - de la population considérée et de son entourage (parents, pairs...)
 - des partenaires ressources du territoire pour l'accompagnement et le soin de la population considérée (réseaux des acteurs de l'enfance, de la jeunesse, du social, du handicap, de l'aide aux personnes âgées...)
 - des élus (élus locaux, élus associatifs, élus syndicaux...).
- **Identifier les besoins de la population considérée, en recueillant et en analysant avec les parties prenantes les constats relatifs :**
 - **aux usages de substances psychoactives déclarés/repérés** : produits, quantité, fréquence, pratiques, contextes de consommation, motivations d'usage, risques et dommages associés

- ▶ **aux facteurs de risque et de protection individuels et/ou collectifs** : caractéristiques socio-démographiques et socio-sanitaires (âge, sexe, statut, conditions de vie, environnement social et familial, données épidémiologiques...), état de santé physique et mentale, relations entre pairs, cohésion sociale/de groupe
- ▶ **aux connaissances et aux compétences de la population considérée** en matière de prévention et de réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives.
- **Identifier les facteurs environnementaux et contextuels liés à la structure ou au milieu d'intervention, en recueillant et en analysant avec les parties prenantes les constats relatifs :**
 - ▶ aux facteurs de stress, de pression
 - ▶ au climat/à la qualité de vie
 - ▶ à la qualité des relations entre professionnels et avec la population considérée
 - ▶ à la disponibilité des produits
 - ▶ aux règles et règlements concernant l'usage de substances psychoactives
 - ▶ aux modalités de gestion des situations de consommation (pauses cigarette, évènements festifs, prise en charge des personnes en difficulté avec une conduite addictive...)
 - ▶ à l'historique et à la place des projets de prévention des addictions et/ou de promotion de la santé
 - ▶ aux connaissances et aux compétences des acteurs de première ligne en matière de conduites addictives (substances, effets, risques et dommages, législation, options de soin et d'accompagnement en addictologie, lieux-ressources du territoire...).
- **Co-évaluer les ressources mobilisables et leur disponibilité, et en particulier :**
 - ▶ **les ressources humaines** : professionnels internes, partenaires et pairs pouvant s'impliquer dans le pilotage et/ou la mise en œuvre de l'intervention
 - ▶ **les ressources matérielles** : conditions et durée d'intervention, disponibilité et mobilisation du public, outils et supports d'intervention, formation des co-intervenants...
 - ▶ **les ressources financières** : financements internes, privés ou publics mobilisables (appels à projets locaux, régionaux et nationaux).
- **Partager, avec les parties prenantes, les principes et les conditions d'intervention du CSAPA, concernant notamment :**
 - ▶ **l'éthique d'intervention** : suspension du jugement moral sur les usages, objectivité et neutralité du discours, validité scientifique des contenus et méthodes utilisés, respect de la personne et de son auto-détermination
 - ▶ **les conditions d'efficacité et de qualité des interventions** : action dans la durée, multimodale, centrée sur les déterminants des conduites addictives et adossée à une démarche d'évaluation.

4.1.3 Co-construire les objectifs et les modalités d'intervention

- **Définir, au regard des usages et des besoins identifiés, les objectifs et les finalités de l'intervention, c'est-à-dire :**
 - ▶ la situation problématique à prévenir ou modifier et ses déterminants
 - ▶ le public-cible (qui se compose de tout ou partie de la population considérée)
 - ▶ le sens du changement recherché au sein du public-cible (prévenir, réduire, stabiliser...).
- **Rechercher l'état des connaissances concernant les modèles théoriques mobilisables, les données probantes, les interventions validées et les spécificités liées au public, à l'usage ou au milieu concerné.**

- **Élaborer avec les parties prenantes, au regard des objectifs, une stratégie et des modalités d'intervention fondées sur l'état des connaissances. En fonction des finalités poursuivies, des déterminants identifiés et des ressources disponibles, l'intervention associe des composantes :**
 - **communicationnelles, visant les connaissances du public-cible** : séances d'information, distribution de supports de communication, affichage, relais des campagnes et événements nationaux...
 - **éducatives, visant les attitudes et les habiletés du public-cible** : programmes probants et structurés en éducation pour la santé, promotion de la santé et développement des compétences psychosociales, promotion des pratiques à moindre risque, prévention par les pairs...
 - **environnementales, visant les comportements du public-cible** : aménagement du milieu et des conditions de vie/de travail, formation et outillage des acteurs de première ligne, travail sur le projet et le règlement de l'établissement...
- **Identifier ou concevoir des séquences d'intervention structurées** (approche pédagogique, contenus, nombre et progressivité des séances, techniques d'animation...).
- **Recueillir ou élaborer les outils et supports d'intervention validés et adaptés au public** (livret d'animation, outils pédagogiques (jeux éducatifs, films, diaporama...).
- **Lorsque l'évaluation des besoins a fait apparaître des vulnérabilités ou des facteurs de risques particuliers au sein du public destinataire de l'intervention, inclure, dans les modalités d'intervention, des temps ou des espaces offrant aux personnes la possibilité d'un repérage et/ou d'un échange personnalisé avec un professionnel formé (conseil, évaluation, orientation...) en respectant la discrétion vis-à-vis du groupe et la confidentialité.**
- **Établir un calendrier ou plan opérationnel du projet et de ses différentes étapes :**
 - préparation de l'intervention : recherche ou élaboration des séquences, techniques et supports d'intervention, sollicitation d'intervenants, formation des co-intervenants
 - mise en œuvre de l'intervention : rythme, fréquence, durée, modalités de mobilisation du public...
 - évaluation de l'intervention : conduite de l'évaluation, bilan, restitution...
- **Définir un cadre évaluatif approprié, accepté et utile. Établir des modalités, des critères, des indicateurs et des outils de recueil adaptés au type d'évaluation conduite** (voir encadré : la démarche évaluative).

La démarche évaluative en prévention/promotion de la santé

Selon les objectifs qui lui sont assignés, les moyens à y consacrer et la nature de la question évaluative posée, la démarche d'évaluation peut revêtir plusieurs formes, qui mobilisent des outils et des méthodes spécifiques.

L'évaluation de la pertinence porte sur le bien-fondé de l'intervention. Elle permet de répondre à la question : « Les objectifs poursuivis sont-ils adaptés aux besoins existants ? ». Elle intervient généralement lors de la préparation de l'intervention et se réalise à travers l'explicitation des besoins (diagnostic, recueil des données...) et la documentation des problématiques en jeu (analyse de la littérature, données probantes...).

L'évaluation du processus porte sur la mise en œuvre opérationnelle de l'intervention. Elle permet de répondre à la question : « Comment l'intervention s'est-elle déroulée par rapport à

ce qui était prévu ? ». Elle intervient tout au long de la démarche et se réalise à travers la mesure et l'appréciation de l'activité (préparation, partenariat, réalisations, pilotage, ressources mobilisées...) et de l'acceptabilité de l'intervention (mobilisation du public, satisfaction...).

L'évaluation des résultats porte sur l'efficacité de l'intervention. Elle permet de répondre à la question : « Quels changements ont été obtenus par rapport aux changements escomptés ? ». Elle intervient en aval (ou en amont et en aval) de l'intervention et se réalise à travers la mesure des changements visés (dans les comportements, les connaissances, les compétences...) selon des méthodes non-expérimentales (comparaison avant-après, comparaison de groupes...) ou expérimentales (comparaison avant-après avec groupe témoin...). Lorsque l'évaluation des effets tient compte, en outre, des effets inattendus de l'intervention, on parle d'**évaluation d'impact**.

4.1.4 Mettre en œuvre, suivre et évaluer l'intervention

- **Mettre en œuvre les activités prévues selon le calendrier/plan opérationnel établi.**
- **Mettre en place, lors des séances de prévention, un cadre et des conditions favorables, qui passent par :**
 - l'adoption d'une communication bienveillante et positive, accessible au plus grand nombre, adaptée aux caractéristiques du public et favorisant l'échange avec lui
 - l'adoption de règles collectives d'écoute, de respect des prises de parole et de confidentialité des échanges
 - le recours à des outils et techniques d'animation adaptés au public et aux objectifs de l'intervention.
- **Documenter la mise en œuvre, par exemple en :**
 - établissant des comptes-rendus ou relevés de décisions des réunions de coordination/pilotage
 - tenant un journal des activités réalisées et de leur déroulement
 - dénombant les participants aux activités et en mesurant leur appréciation et les connaissances/compétences acquises
 - remplissant les outils de recueil d'informations prévues par le cadre évaluatif.
- **Adapter l'intervention aux difficultés ou obstacles opérationnels rencontrés. Ajuster, le cas échéant, les objectifs opérationnels en associant les parties prenantes.**
- **Conduire l'évaluation, en recueillant et en analysant les éléments concernant notamment :**
 - **le processus d'intervention** : mobilisation des ressources et des moyens, qualité du pilotage et de la coordination, atteinte et satisfaction du public-cible, qualité de l'animation et de la participation du public, adaptation des modalités et des outils au public-cible...
 - **les résultats de l'intervention** : changement effectif des facteurs de risque et de protection visés (accroissement des connaissances, rectification des représentations, modification des comportements, transformation de l'environnement...).
- **Partager les résultats de l'évaluation avec les parties prenantes. Définir, le cas échéant, les conditions et les modalités d'une poursuite ou d'une reconduction de l'intervention.**
- **Réajuster le cas échéant, au regard des résultats de l'évaluation, les séquences, les outils et les techniques utilisés.**

L'ESSENTIEL

INTERVENTION DE PROXIMITE EN PREVENTION DES ADDICTIONS

• METHODOLOGIE D'INTERVENTION

Co-évaluer les besoins et les ressources avec les parties prenantes

- associer les parties prenantes aux instances ou dispositifs d'élaboration et de coordination de l'intervention
- recueillir et analyser les constats relatifs aux besoins et aux ressources de la population considérée au regard des conduites addictives
- identifier et analyser les facteurs environnementaux et contextuels liés à la structure ou au milieu d'intervention
- co-évaluer les ressources mobilisables et leur disponibilité
- partager, avec les partenaires, les principes et conditions d'intervention du CSAPA

Co-construire les objectifs et les modalités d'intervention

- définir les objectifs et les finalités de l'intervention au regard des besoins repérés
- rechercher l'état des connaissances concernant les modèles et interventions mobilisables et les spécificités liés à l'usage, au milieu et au public concerné
- élaborer, au regard des objectifs, une stratégie et des modalités d'intervention fondées sur l'état des connaissances
- identifier ou concevoir des programmes structurés, des outils et des supports d'intervention validés et adaptés au public destinataire
- établir un calendrier ou plan opérationnel du projet
- définir un cadre évaluatif approprié, accepté et utile, établir les modalités, critères et indicateurs d'évaluation et élaborer les outils de recueil des données

Mettre en œuvre, suivre et évaluer l'intervention

- respecter le calendrier établi, documenter la mise en œuvre et adapter l'intervention, le cas échéant, aux difficultés rencontrées
- instaurer, lors des séances auprès du public, un cadre et des conditions favorisant la bienveillance, l'écoute, le respect et la confidentialité des échanges
- conduire l'évaluation à travers le recueil et l'analyse des données concernant le processus et les résultats de l'intervention
- partager les résultats de l'évaluation avec les parties prenantes et définir, le cas échéant, les conditions et modalités d'une reconduction de l'intervention
- réajuster, au regard des résultats de l'évaluation, les séquences, les outils et les techniques utilisés

4.2 Spécificités de l'intervention auprès des publics jeunes

L'adolescence est une période de transformation physique et psychique, d'acquisition de nouvelles capacités, de transition vers de nouveaux modes de relations affectives et sociales, de construction d'une identité et d'autonomisation. Elle se caractérise par des comportements d'expérimentation et de prise de risques ou d'exposition aux risques, parmi lesquels figurent les conduites addictives. De fait, c'est à cet âge que se réalisent l'initiation aux consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments psychotropes prescrits ou détournés de leur usage, cannabis et autres substances illicites) et parfois l'installation dans des consommations occasionnelles ou régulières ou dans des comportements d'addiction sans produit (usages problématiques des écrans, de l'Internet, des jeux vidéo...) (37). Les jeunes constituent ainsi un public privilégié de la prévention.

Facteurs de risque et de protection

Il existe une vulnérabilité particulière des adolescents au regard des conduites addictives. Pendant cette période, le processus de développement et de maturation cérébrale entraîne notamment une sensibilité accrue à la récompense, en même temps que de faibles capacités de prise de décision et de contrôle des impulsions, rendant les adolescents plus enclins à la prise de risque et à la recherche de sensations et donc plus vulnérables aux comportements addictifs. Ils sont également plus vulnérables aux dommages qui leur sont liés. D'une part, la neurotoxicité des substances psychoactives peut perturber ou altérer le processus de maturation cérébrale. D'autre part, la précocité de l'entrée dans les consommations et leur intensité à l'adolescence sont des facteurs de risque d'un usage nocif ou d'une addiction à l'âge adulte et de dommages sanitaires à long terme (16).

Au-delà des facteurs physiologiques, certains facteurs de risque et de protection associés à la consommation de substances psychoactives sont identifiés par la littérature (24, 35, 38). Ils sont présentés en annexe 3.

Modalités d'intervention

Étant donné la diversité des déterminants en jeu, la démarche de prévention consiste à déployer des interventions cohérentes entre elles et inscrites dans la durée, auprès des enfants/des jeunes et de leurs milieux de vie (environnement familial, social et physique). Elle peut intervenir à différents âges, selon des stratégies et des formats adaptés (39) :

- **Auprès des enfants**

Les interventions ne visent pas spécifiquement les conduites addictives et n'abordent pas nécessairement les produits. Les interventions universelles consistent en des programmes structurés de promotion de la santé et de renforcement des facteurs de protection vis-à-vis des conduites à risque. Elles peuvent se dérouler à l'école ou dans les lieux d'accueil des enfants et des familles. Elles portent sur le développement des compétences psychosociales (*voir encadré*) et la promotion d'un environnement social, familial et scolaire protecteur. Les interventions indiquées proposent des contenus renforcés vis-à-vis des enfants (travail spécifique sur gestion de la colère, du stress), de leurs parents (développement des compétences parentales) et incluent une composante individuelle (entretien, soutien, visite à domicile...).

À mesure que le rôle de l'école et des groupes de pairs commence à croître, les facteurs tels que les normes sociales, le climat scolaire et la qualité de l'éducation deviennent de plus en plus importants.

- **Auprès des adolescents**

Les interventions universelles associent préférentiellement la transmission de connaissances sur les conduites addictives, le développement des compétences psychosociales et l'éducation normative. Les composantes des interventions et leurs contenus doivent être adaptés à la chronologie d'entrée dans les usages. Elles sont d'autant plus efficaces qu'elles se répètent dans le temps et proposent ou s'inscrivent dans des programmes plurimodaux, c'est-à-dire impliquant l'action complémentaire

auprès des jeunes et sur leur environnement, dans plusieurs milieux (scolaire, familial, sportif...) et/ou auprès de plusieurs acteurs (parents, enseignants, professionnels de la jeunesse, professionnels de santé...)(34). Elles peuvent notamment être élaborées et mises en œuvre au sein de réseaux d'acteurs locaux ou de dispositifs territoriaux dédiés à la jeunesse (40).

Les compétences psychosociales (ou compétences personnelles et sociales)

Le terme de compétences psychosociales renvoie, selon la définition de l'OMS(41), à « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, (...), à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement ».

On distingue ainsi (42) :

Les compétences sociales/interpersonnelles (en jeu dans les relations et la communication avec les autres) :

- communication verbale et non verbale (écoute active, expression des émotions...)
- empathie
- capacité de résistance (à la pression, l'influence...) et de négociation (gestion des conflits)
- aptitude à la coopération et à la collaboration en groupe
- plaidoyer (persuasion, conviction...).

Les compétences cognitives (relatives à la connaissance/conscience de soi et à l'exercice du libre arbitre) :

- résolution de problèmes et prise de décision
- pensée critique et auto-analyse (avoir conscience des influences des pairs et des médias, avoir conscience des valeurs, attitudes, croyances et normes qui nous affectent, identifier les informations pertinentes).

Les compétences émotionnelles (mobilisées dans l'auto-régulation) ;

- connaissance de soi (auto-évaluation, sentiment d'efficacité personnelle, confiance, estime et affirmation de soi...)
- gestion de la colère, de l'anxiété et des impulsions
- gestion du stress.

Ces compétences constituent des déterminants majeurs des comportements à risque dans l'enfance et à l'adolescence. Leur développement et leur renforcement contribuent à favoriser le développement global des jeunes et à réduire notamment la précocité et l'abus des consommations de substances psychoactives, les comportements violents et les comportements sexuels à risque. En pratique, les programmes fondés sur les compétences psychosociales sélectionnent les compétences à développer en fonction du comportement à promouvoir et des caractéristiques du public concerné et reposent sur des méthodes actives et participatives (ateliers expérientiels organisés dans la durée, permettant l'exploration et la mise en pratique des compétences)⁶⁷.

Les interventions s'organisent ainsi autour de (16) :

- l'information/la sensibilisation des acteurs concernés à la vulnérabilité particulière de l'adolescent et aux risques liés à une initiation précoce
- le développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents et de leurs connaissances sur l'usage de substances psychoactives (effets indésirables, risques

⁶⁷ Des exemples de tels ateliers peuvent être trouvés à l'adresse : <http://www.cartablecps.org>

et leur variabilité selon les individus, conséquences à court terme, représentations et perception des normes de consommation par les pairs...)

- la sensibilisation et le soutien aux parents, à travers l'information sur les dommages liés aux consommations précoces et sur l'évolution des modes de consommation et les interventions visant à renforcer les compétences parentales (diffusion de brochures, programmes structurés en milieu familial...). Pour les familles plus vulnérables, il est recommandé la mise en place de dispositifs de soutien individualisé
- la formation des professionnels de la jeunesse à la connaissance des conduites addictives et au repérage précoce.

- **Auprès des jeunes adultes**

Pour ce public, et de manière générale lorsque des consommations aiguës et/ou chroniques sont installées, les interventions proposent ou incluent des composantes d'évaluation et de soutien personnalisé (intervention brève, entretien motivationnel...) et de réduction des risques et des dommages.

Facteurs d'efficacité/d'inefficacité des interventions

Les facteurs d'efficacité et d'inefficacité des interventions retrouvés dans la littérature sont présentés en annexe 2.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes complètent celles de la partie 4.1. Elles précisent, pour chaque étape, les éléments spécifiques à prendre en compte pour l'intervention auprès des publics d'enfants/de jeunes et sur leur environnement. Elles s'adressent à tout CSAPA mettant en œuvre des interventions auprès des jeunes. Lorsque le CSAPA est porteur d'une CJC, l'activité de prévention constitue une composante de la stratégie globale d'intervention précoce conduite par celle-ci (43), facilitant la mise en place du continuum d'intervention.

► Enjeux et effets attendus :

- **la mise en œuvre de stratégies combinées visant les enfants/les jeunes et leur environnement familial, social et physique**
- **le recours à des modalités, outils et techniques adaptés à l'âge des publics, aux facteurs de risque et aux besoins repérés**
- **le renforcement des connaissances et des compétences des enfants/des jeunes et des acteurs de la communauté éducative**
- **l'instauration d'environnements protecteurs.**

4.2.2 Lors de la phase d'évaluation des ressources et des besoins

- **Mettre en place une instance ou un groupe de travail associant les parties prenantes à la construction de l'intervention. Selon les contextes, les tranches d'âge et les interventions considérées, il peut s'agir de tout ou partie des acteurs suivants :**
 - professionnel(s) référent(s) de l'organisme commanditaire (établissement scolaire, structure d'accueil de l'enfance ou de la jeunesse, ESSMS, association, dispositif territorial de prévention et/ou de promotion de la santé...)
 - leur encadrement et/ou leurs tutelles (direction, élus locaux, inspection académique...)
 - professionnels internes de l'éducation, du social et de la prévention/promotion de la santé
 - parents ou leurs représentants
 - enfants/jeunes ou leurs représentants
 - partenaires locaux de l'éducation, de l'enfance et/ou de la jeunesse (services municipaux, associations...)

- partenaires locaux de la santé et de la prévention (points accueil écoute jeunes (PAEJ), CMP infanto-juvénile, CMPP, centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), maisons des adolescents, PMI...)
- partenaires locaux de l'accompagnement social et de l'insertion socio-professionnelle (mission locale, point ou bureau information jeunesse (PIJ/BIJ), prévention spécialisée...).

Dans certains cas, de telles instances existent déjà (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements scolaires du secondaire, commissions ou groupes de travail des dispositifs territoriaux de santé (ASV, CLS, CLSM...) ou de tranquillité publique (CLSPD), réseaux d'acteurs de la jeunesse...). **Il s'agit alors de veiller à les intégrer et à développer les interventions de prévention dans ce cadre.**

- **Prendre en compte l'analyse des facteurs spécifiques suivants :**

- **facteurs individuels** : sexe ; âge ; stade de développement/de maturité ; statut (élève, étudiant, apprenti, demandeur d'emploi, salarié...) ; inclusion scolaire/sociale ; réseau social et amical ; vulnérabilité psychologique ou psychiatrique ; comportements à risque ; expérience subie d'abus ou de violence
- **facteurs collectifs** : qualité des relations entre pairs et avec les adultes dans le milieu de vie (établissement scolaire, structure d'accueil, quartier...), normes et représentations au sein du groupe de pairs
- **facteurs familiaux** : qualité des liens familiaux, de la communication et du soutien/de l'étayage parental ; usages de substances psychoactives dans le milieu familial ; connaissances, compétences et représentations parentales en matière de conduites addictives
- **facteurs environnementaux** : disponibilité des produits ; règles et règlement concernant l'usage de substances psychoactives ; connaissances, compétences et représentations des adultes de la communauté éducative en matière de conduites addictives et de leurs déterminants.

4.2.3 Stratégie d'intervention à privilégier

- **Favoriser l'action combinée sur le public visé et son environnement social, familial et physique (milieu de vie), à travers des stratégies à composantes multiples, c'est-à-dire associant :**
 - l'intervention auprès du groupe de jeunes/d'enfants et de la communauté éducative (acteurs de l'enfance, de la jeunesse et de l'éducation, acteurs de santé, parents...)
 - et/ou l'intervention auprès des parents, de leurs enfants et de la famille dans son ensemble, par exemple à travers les programmes axés sur les compétences familiales (23, 44)
 - et/ou l'intervention auprès des publics et intervention sur l'environnement/le milieu de vie.
- **Favoriser l'action cohérente et répétée dans la durée auprès du public d'enfants/de jeunes concernés, à travers par exemple :**
 - la programmation d'interventions à sessions multiples sur plusieurs années auprès d'un même groupe ou d'une même classe
 - la formation et l'implication progressive des acteurs de première ligne dans l'animation des séances
 - l'inscription de l'intervention du CSAPA dans une programmation partenariale coordonnée (ASV, CLSM, CLSPD, collectifs d'intervenants en milieu festif...)
 - l'inscription de l'intervention du CSAPA dans un parcours de santé/de prévention (parcours scolaire de santé...)
 - l'inscription de l'intervention du CSAPA dans une politique d'établissement (CESC, comités d'usagers...) ou une politique locale (40) (politique ou plan local de santé ou de prévention, conseils municipaux des enfants/des jeunes...).

4.2.4 Lors de la phase de co-construction et de mise en œuvre

► Pour l'intervention auprès des enfants/des jeunes

- **Adapter les objectifs et les modalités à l'âge du public, à ses besoins développementaux (45) et à la chronologie d'entrée dans les usages, en ciblant notamment :**
 - **chez les enfants** : le développement des compétences psychosociales, et en particulier les compétences d'auto-régulation, de gestion des émotions et des impulsions, de prise de décision et de résolution de problème
 - **chez les adolescents** : la combinaison d'interventions, associant le renforcement des compétences psychosociales à :
 - l'information sur les produits (effets indésirables, risques et leur variabilité selon les individus, stratégies pour les réduire, conséquences à court terme, cadre légal et réglementaire, lieux et numéros d'accueil/conseil...)
 - l'éducation normative (travail sur les représentations, les croyances et les valeurs, rectification des perceptions erronées quant aux niveaux de consommation de la classe d'âge...)
 - les stratégies de résistance à la pression sociale
 - **chez les jeunes adultes** : l'auto-évaluation, le conseil personnalisé et/ou l'intervention brève ou motivationnelle.
- **Utiliser des méthodes interactives, fondées sur l'échange et la participation, qui partent des représentations, des préoccupations et des connaissances du public d'enfants/de jeunes et leur permettent d'adopter ou de renforcer des repères et d'exprimer un positionnement dans un cadre protégé.**
- **Recourir, pour les interventions portant sur l'acquisition ou le renforcement de compétences, à des méthodes permettant la mise en pratique et l'expérimentation (ateliers expérimentiels, mises en situation...) dans la durée (programmes, séquences structurées à sessions multiples...).**
- **Délivrer des informations objectives, validées scientifiquement, de manière neutre, non-jugeante, non-moralisatrice et tenant compte des bénéfices tirés/attendus des consommations.**
- **Prévenir les effets délétères/contre-productifs des interventions en :**
 - ayant recours à des programmes et des outils validés
 - ayant recours à des intervenants formés, maîtrisant les techniques d'animation de groupes d'enfants/de jeunes et crédibles à leurs yeux
 - adaptant le discours sur les usages et les produits à l'âge, aux codes et à la situation du public vis-à-vis des consommations (non-consommateurs, expérimentateurs, usagers occasionnels ou réguliers)
 - anticipant des mécanismes de régulation des comportements provocateurs/déviant.

► Pour l'intervention auprès des parents

- **Renforcer les connaissances des parents concernant les conduites addictives et leur prévention chez les enfants/les jeunes, et en particulier :**
 - les modes et la chronologie d'entrée dans les usages, leur évolution et les risques et dommages associés
 - les facteurs de risque et de protection vis-à-vis des comportements à risque, de l'entrée dans les usages et de la transition vers un trouble de l'usage
 - la vulnérabilité particulière des adolescents et les dommages liés à l'initiation précoce
 - les signes associés à une consommation à risque

- ▶ les ressources dédiées d'information, de conseil et d'accompagnement (sites Internet, numéros verts, consultations jeunes consommateurs (CJC)...) et leurs principes d'accompagnement
 - ▶ les principes d'intervention en prévention des addictions.
- **Renforcer les compétences des parents, et notamment celles leur permettant :**
 - ▶ d'aborder la question des conduites addictives avec leurs enfants
 - ▶ de poser des limites/des règles claires concernant les conduites addictives (consommation de substances psychoactives, consommation d'écrans...)
 - ▶ de renforcer la communication intrafamiliale
 - ▶ de gérer les conflits
 - ▶ de renforcer leur capacité de soutien et de supervision auprès de leurs enfants
 - ▶ de transmettre des valeurs familiales prosociales.
 - **Analyser les freins et les leviers à la mobilisation et définir des modalités facilitant le recrutement des parents/des familles, à travers par exemple :**
 - ▶ le recours à une démarche communautaire
 - ▶ l'emploi de supports et de canaux de communication adaptés, présentant l'intervention d'une manière non-stigmatisante
 - ▶ le déploiement de l'intervention auprès de groupes de parents déjà constitués
 - ▶ le choix d'horaires adaptés
 - ▶ l'organisation de la garde des enfants pendant la durée des séances/ateliers
 - ▶ une attention particulière apportée à la mobilisation des pères.
 - **Définir, pour les interventions dans la durée, des modalités favorisant la rétention des parents/des familles, à travers notamment :**
 - ▶ la sélection, la formation et le soutien à l'intervenant
 - ▶ le recours à des méthodes participatives
 - ▶ l'instauration de règles créant les conditions d'un climat bienveillant de confiance et d'écoute
 - ▶ la réévaluation régulière et l'adaptation des contenus en fonction des caractéristiques et des attentes des participants.
 - **Prévoir, dans la mise en œuvre des interventions familiales, des séquences spécifiques :**
 - ▶ pour les enfants seuls, centrées sur le développement des compétences psychosociales
 - ▶ pour les parents seuls, centrées sur le développement des compétences parentales
 - ▶ pour les enfants et les parents ensemble, centrées sur la cohésion, les relations familiales et la résolution de conflits.
- ▶ **Pour l'intervention sur l'environnement/le milieu de vie**
- **Promouvoir des milieux de vie protecteurs, à travers des stratégies visant à :**
 - ▶ renforcer les connaissances et les compétences des acteurs repérés de l'enfance et de la jeunesse
 - ▶ favoriser la cohésion et la qualité des relations au sein du groupe de pairs
 - ▶ favoriser la qualité des relations entre les enfants/les jeunes et les adultes (gestion de classe, climat scolaire...)
 - ▶ soutenir l'élaboration de politiques/règles/règlements s'appliquant aux consommations dans le milieu considéré.

- **Soutenir les acteurs de première ligne, en :**
 - les formant et les outillant sur des thématiques générales liées aux addictions (produits, usages et leurs déterminants, risques associés et leur temporalité, stratégies de prévention chez les enfants/les jeunes...) ou plus spécifiques (programmes validés, intervention précoce, RPIB, entretien motivationnel, RdRD...)
 - proposant l'appui du CSAPA aux acteurs confrontés à des questionnements ou des difficultés liés aux conduites addictives parmi les enfants/les jeunes ou les familles qu'ils accueillent
 - définissant des modalités d'orientation vers le CSAPA (ou son éventuelle Consultation jeunes consommateurs (CJC)) des publics en demande de conseil, d'accompagnement ou de soin.
- **Soutenir/participer à la mise en réseau des acteurs locaux de l'enfance et de la jeunesse (santé, éducation, prévention, loisirs, social/insertion, justice) et promouvoir une culture partagée en matière de conduites addictives chez les enfants/ les jeunes (repères, langage commun, modalités d'intervention, ressources).**
- **Soutenir, le cas échéant, les partenaires dans l'élaboration de procédures ou de règlements concernant la consommation de substances psychoactives reposant sur :**
 - la co-construction avec le public concerné
 - la description détaillée des produits, lieux et occasions visés
 - des réponses non punitives en cas de non-respect
 - une application invariable par toutes les personnes concernées (adultes et jeunes ; professionnels et usagers...).

4.2.5 Lors de la phase d'évaluation

- **Évaluer en particulier l'adaptation des outils, des supports et de l'animation (discours, aisance de l'intervenant, réception par le public, interventions du co(animateur...). Réajuster, en fonction, les séquences et les contenus et renforcer les compétences des intervenants en animation de groupes (d'enfants/d'adolescents/de parents...).**
- **Évaluer la qualité du partenariat (mobilisation des partenaires, implication dans le pilotage et la mise en œuvre, nombre de professionnels sensibilisés...). Analyser les éventuels dysfonctionnements rencontrés et réajuster, en fonction, le cadre/la charte d'intervention du CSAPA.**
- **Envisager avec les parties prenantes, à partir des résultats de l'évaluation du processus, les conditions d'une reconduite de l'intervention en privilégiant la montée en compétence des partenaires, qui peut notamment passer par :**
 - le renforcement de leur implication dans l'animation des séances
 - la formation aux contenus, aux outils et aux techniques d'animation
 - le transfert des contenus et des outils, avec le soutien du CSAPA en partenaire-ressource.
- **Identifier, à partir des retours des professionnels et des publics rencontrés, les besoins non repérés ou émergents et réajuster, en fonction, la stratégie d'intervention du CSAPA.**

Illustration : programmes d'intervention validés auprès des enfants et des jeunes

"À travers une séquence de jeux en classe, le programme **Good Behavior Game** (GBG) vise à améliorer la solidarité, la capacité de concentration et de communication chez des enfants de l'école primaire et à valoriser les comportements appropriés. Il a été démontré comme efficace chez des enfants (suivis jusqu'à leurs 20 ans), du fait d'une baisse significative des conduites addictives (alcool, drogues illicites, tabagisme régulier), délinquantes, suicidaires, du recours aux services socio-sanitaires et des incarcérations pour comportement violent. Le GBG n'empiète pas sur le temps d'apprentissage scolaire, les enfants le pratiquant lors de leurs leçons habituelles. À court terme, il contribue également à pacifier le climat scolaire et à favoriser le bien-être des enfants comme des enseignants.

Unplugged est un programme de prévention universelle en milieu scolaire sur l'alcool, le tabac et les drogues, expérimenté dans plusieurs pays d'Europe auprès d'élèves de 12 à 14 ans, à travers 12 séances interactives d'1 heure, menées par des enseignants formés. Le travail porte d'abord sur des aptitudes intra-personnelles, la confiance en soi, l'expression de soi et le respect des autres, en décryptant les attitudes positives et négatives à l'égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances et la réalité sur les produits et leurs effets et en ayant un œil critique (sur ce que disent les uns, la publicité...). Puis il s'agit de développer les habiletés interpersonnelles, de communication, d'opposition, de conciliation (fixer des objectifs est l'objet de la dernière séance). Le programme inclut trois séances destinées aux parents (comprendre l'adolescence, une bonne relation c'est aussi dicter des règles et des limites...). **Unplugged** a eu pour effet de réduire le tabagisme, les ivresses et l'usage de cannabis à court terme, chez les garçons (l'âge et l'estime de soi étant des facteurs explicatifs potentiels). Ces bénéfices ont persisté jusqu'à 15 mois pour ce qui est des ivresses et autres problèmes liés à l'alcool, des usages de cannabis, chez les jeunes de niveaux socio-économiques bas. "

Source : Beck F.(dir), Jeunes et addictions. Saint-Denis : OFDT, 2016, p.143

Strengthening Families Programme (SFP) est « un programme à destination d'enfants de 7 à 11 ans issus de familles à haut risque. (...) L'idée qui le sous-tend est la suivante : le contexte familial est le facteur le plus influent sur les consommations d'alcool des jeunes. En intervenant auprès des familles de manière adaptée, il est possible de retarder l'initiation à l'alcool, et par conséquent le risque de dépendance à l'âge adulte. Le programme vise donc à améliorer les facteurs de protection et à diminuer les facteurs de risque au sein des familles. Pour ce faire, des séances de 2 heures par semaine sont proposées aux familles, et ce, durant 14 semaines. Des mesures incitatives sont prévues pour faciliter la participation parentale sous la forme de services de garde, moyens de transport, repas, allocations, cadeaux... Chaque séance est divisée en deux temps : durant la première heure, enfants et parents travaillent séparément dans des ateliers animés par deux intervenants. La seconde heure est consacrée à la famille. Le volet parents est axé sur le développement des aptitudes parentales et, le cas échéant, la réduction de la consommation d'alcool ou de drogues des parents. Le volet enfant porte sur l'amélioration des compétences psychosociales, la gestion des émotions, la résistance aux pressions, l'amélioration des connaissances sur l'alcool et les drogues, etc. L'heure consacrée aux familles vise l'amélioration des relations intrafamiliales. Les méthodes utilisées sont la pratique, l'observation, la rétroaction, la vidéo... »

Source : Benec'h G., Alcool et jeunes. Synthèse des connaissances et exemples d'actions, Rennes: CIRDD Bretagne; 2013, p.56

L'ESSENTIEL

INTERVENTION DE PROXIMITE EN PREVENTION DES ADDICTIONS

• SPECIFICITES DE L'INTERVENTION AUPRES DES PUBLICS JEUNES

▸ Lors de la phase d'évaluation des ressources et des besoins

- associer les parties prenantes relatives à la tranche d'âge considérée : professionnels sanitaires, éducatifs et sociaux de l'enfance et de la jeunesse ; parents ; enfants/jeunes...
- prendre en compte l'analyse des facteurs individuels, collectifs, familiaux et environnementaux spécifiques

▸ Stratégie d'intervention à privilégier

- favoriser l'action combinée sur le public visé et sur son environnement social, familial et physique à travers des stratégies à composantes multiples
- favoriser l'action cohérente et répétée dans la durée

▸ Lors de la phase de co-construction et de mise en œuvre

> intervention auprès des enfants/des jeunes

- adapter les objectifs et les modalités aux besoins développementaux du public et à la chronologie d'entrée dans les usages en recourant notamment, selon l'âge, à des stratégies de développement des compétences psychosociales, d'éducation normative, d'information sur les produits et/ou d'intervention brève
- utiliser des méthodes interactives, qui partent des représentations, des préoccupations et des connaissances du public et lui permette d'acquérir ou de renforcer des repères et d'exprimer un positionnement dans un cadre protégé
- utiliser, pour le renforcement des compétences, des méthodes favorisant l'expérimentation et la mise en pratique dans la durée
- délivrer des informations objectives, validées scientifiquement, de manière neutre et non-jugeante et tenant compte des bénéfices tirés ou attendus des consommations
- prévenir les effets délétères des interventions à travers le recours à des programmes validés ; le recours à des intervenants formés et crédibles aux yeux du public ; l'adaptation du discours à l'âge et aux usages ; la régulation des comportements provocateurs/déviant

> intervention auprès des parents

- renforcer les connaissances des parents concernant les conduites addictives, les facteurs de risques et de protection, la vulnérabilité particulière des adolescents, le repérage des usages à risque, les ressources du territoire et les principes d'intervention en prévention
- renforcer les compétences permettant aux parents d'aborder la question des conduites addictives, de poser des règles et des limites, de renforcer la communication intrafamiliale, de développer leur capacité de soutien et de supervision
- analyser les freins et leviers et définir des modalités facilitant la mobilisation des parents et leur rétention dans la durée

> intervention sur l'environnement/le milieu de vie

- promouvoir des milieux de vie protecteurs, à travers le renforcement des connaissances et des compétences des acteurs de l'enfance/de la jeunesse ; la qualité des relations au sein du groupe de pairs et avec les adultes ; l'élaboration de règles pour réguler les usages
- soutenir les acteurs de première ligne en les formant, en les outillant, en facilitant l'orientation vers le CSAPA des publics en demande de conseil ou d'accompagnement
- soutenir ou participer aux réseaux d'acteurs locaux de l'enfance et de la jeunesse et promouvoir une culture partagée en matière de conduites addictives

▸ **Lors de la phase d'évaluation**

- évaluer l'adaptation des outils, des supports et de l'animation et les réajuster le cas échéant
- évaluer la qualité du partenariat et les obstacles opérationnels rencontrés et réajuster en fonction la charte d'intervention
- envisager avec les parties prenantes, au regard des résultats de l'évaluation, l'opportunité et les modalités d'une reconduite de l'intervention en privilégiant la montée en compétences des partenaires
- identifier, au regard des résultats de l'évaluation, les éventuels besoins non repérés ou émergents et réajuster la stratégie d'intervention

4.3 Spécificités de l'intervention en milieu professionnel

Cadre réglementaire

Sur le lieu de travail, l'employeur, comme le salarié, a une obligation de sécurité et de protection de la santé.

Du côté du salarié, il s'agit d'une obligation de moyens. Il lui incombe de "*prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail*"⁶⁸. Si le salarié a un motif raisonnable de penser qu'une situation présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ou en cas de défaillance constatée des systèmes de protection, il alerte immédiatement son employeur et peut exercer un droit de retrait⁶⁹.

Du côté de l'employeur, il s'agit d'une obligation de résultat. Aux termes de l'article L. 4121-1 du Code du travail "*l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs*". La responsabilité de l'employeur est également engagée dans les dommages que ses salariés peuvent causer à des tiers dans l'exercice de leur fonction⁷⁰. Pour satisfaire à cette obligation, l'employeur organise l'évaluation et la prévention des risques professionnels⁷¹. Il élabore et tient à jour le *document unique d'évaluation des risques professionnels*⁷² (DUERP) et met en place un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail⁷³. Les actions de protection et de prévention sont menées, selon les neuf principes généraux définis par la loi⁷⁴, par les salariés compétents désignés par l'employeur⁷⁵.

Au regard de la consommation de substances psychoactives, la loi restreint le type de boissons alcoolisées autorisées sur le lieu de travail et autorise l'employeur à prendre dans le règlement intérieur des mesures de limitation, voire d'interdiction de la consommation d'alcool, lorsque celle-ci est susceptible de porter atteinte à la santé ou à la sécurité des travailleurs⁷⁶. Le recours par l'employeur au dépistage de la consommation d'alcool (éthylotest) ou de stupéfiants (tests salivaires) est autorisé dans les conditions prévues par la jurisprudence :

- le contrôle de l'alcoolémie peut être réalisé pour faire cesser une situation dangereuse et ne doit pas être systématique. Il doit être prévu au règlement intérieur, être justifié par des raisons de sécurité des personnes et des biens et doit pouvoir être contesté par le travailleur ;
- le dépistage aléatoire doit être prévu au règlement intérieur, réservé aux postes dits "hypersensibles" (conduite de véhicules, manipulation de produits ou matériels dangereux, transport de voyageurs...) et offrir la possibilité d'une contre-expertise médicale. Les résultats de ce test sont couverts par le secret professionnel⁷⁷.

Par ailleurs, la loi interdit l'accès ou le maintien dans le lieu de travail des personnes en état d'ivresse⁷⁸. Lorsqu'une telle situation est constatée, l'employeur est tenu d'évaluer la situation et d'organiser, le cas échéant, le retrait de l'agent de son poste et sa mise en sécurité.

⁶⁸ Article L. 4122-1 du Code du travail.

⁶⁹ Article L. 4131-1 du Code du travail.

⁷⁰ Article 1242 du Code civil.

⁷¹ Article L. 4121-3 du Code du travail.

⁷² Article R. 4121-1 du Code du travail.

⁷³ Article L. 4612-16 du Code du travail - nouvel article L. 2312-27 visant les CSE.

⁷⁴ Article L. 4121-2 du Code du travail.

⁷⁵ Articles L. 4644-1 et R. 4644-1 du Code du travail.

⁷⁶ Article R. 4228-20 du Code du travail.

⁷⁷ Décision du Conseil d'État n°394178 du 5 décembre 2016.

⁷⁸ Article R. 4228-21 du Code du travail.

Conduites addictives et travail

Les déterminants des consommations de substances psychoactives en milieu de travail sont liés à l'individu, aux caractéristiques de l'environnement professionnel considéré et au contexte sociétal. Trois types de mécanismes peuvent être distingués (46) :

- les mécanismes d'importation (l'usage dans la sphère privée déborde dans la sphère professionnelle)
- les mécanismes d'acquisition (l'usage est initié et développé dans la sphère professionnelle)
- les mécanismes de renforcement (les usages privés sont renforcés par la vie professionnelle).

Les enquêtes épidémiologiques font apparaître des niveaux de consommation différents selon les produits, les secteurs d'activité, les professions, les catégories socioprofessionnelles et le sexe. Globalement, néanmoins, le fait d'être en emploi, par opposition au fait d'être au chômage, reste un facteur protecteur au regard des consommations pour tous les produits (47). Les conditions de travail (horaires, pénibilité, stress, stabilité de l'emploi, qualité des relations professionnelles et hiérarchiques...) et les normes du milieu professionnel (disponibilité des produits, culture professionnelle/d'entreprise, rites de convivialité ou d'intégration...) déterminent en partie les pratiques de consommation (47-49). Un certain nombre de déterminants professionnels susceptibles de susciter ou de majorer l'usage sont ainsi retrouvés dans la littérature. La Société française d'alcoologie en propose la typologie suivante (voir encadré).

Déterminants professionnels pouvant susciter ou majorer l'usage de substances psychoactives : proposition de typologie de la SFA d'après (LUTZ, CLEREN, 2013) (49)

- « **Tensions psychiques** : conflit, souffrance, isolement, désœuvrement, anxiété, vigilance, activités interrompues, charge émotionnelle, manque d'expérience, mésestime de soi, exclusion, surinvestissement, manque de reconnaissance, âge, perte de sens, injonction contradictoire, écueil éthique, usure mentale.
- **Tensions physiques** : temps de travail, horaires atypiques, gardes, activité répétitive, intensité des gestes, bruit, odeurs, chaleur, douleur, troubles musculo-squelettiques, âge.
- **Pratiques culturelles et socialisantes** : genre du métier, habitudes conviviales, relation hiérarchique, bizutage, image de marque, réseau, démarche commerciale, cohésion d'équipe, âge, ancienneté.
- **Précarité professionnelle** : statut, rémunération, image de marque du métier, évolution professionnelle, reclassement, formation, projet d'entreprise peu clair.
- **Disponibilité et offre des produits liées au milieu professionnel** : offre d'alcool sur le lieu de travail, métiers de production, de vente ou de contrôle liés aux produits psychoactifs, métiers de la santé....
- **Pauvreté des liaisons sociales** : absence de reconnaissance, manque de soutien, isolement, relations hiérarchiques de mauvaise qualité, opacité managériale, manque de soutien syndical, manque de temps pour les transmissions, manque de réunion de travail, absence de supervision, absence de débats professionnels, absence d'évolution professionnelle, absence ou excès de contrôle, exclusion, désinsertion sociale. »

Les usages en milieu professionnel peuvent donc répondre à des motivations liées :

- à la culture/à la socialisation
- à des phénomènes d'adaptation ou de réponse aux situations de risque
- à la performance (dopage)
- à l'addiction.

Démarche de prévention

Étant donné la diversité des comportements d'usage et de leurs déterminants dans la sphère professionnelle, une démarche globale de prévention comprend donc :

- **un volet collectif** organisant l'évaluation et la prévention des risques dans une approche de promotion de la santé au travail, à travers :
 - l'évaluation des circonstances, des motivations, des risques et des facteurs professionnels des usages
 - la mise en place d'une charte/d'un règlement visant la prévention et la gestion des situations de consommation
 - l'amélioration des postes ou conditions de travail à risque
 - l'information/la sensibilisation des travailleurs et des encadrants sur les conduites addictives
 - la formation et l'outillage de référents
- **un volet individuel**, organisant la gestion des situations d'usage chronique ou aigu, à travers :
 - la mise en place de protocoles de gestion des situations de crise/d'urgence
 - le repérage des consommations à risque et l'approche des travailleurs en difficulté avec une conduite addictive
 - l'intervention brève dans le cadre des consultations de santé au travail
 - l'orientation vers les professionnels du soin et du soutien en addictologie
 - le maintien dans l'emploi des salariés ayant un usage à risque ou un trouble de l'usage.

La littérature identifie les principes et facteurs d'efficacité suivants (34, 50) pour les programmes de prévention en milieu professionnel :

- ils sont fondés sur une approche par la santé
- ils impliquent toutes les parties prenantes (employeurs, employés)
- ils se fondent sur une politique interne partagée par tous les acteurs et non-punitive
- ils garantissent la confidentialité aux employés et le respect de leurs droits
- ils proposent des interventions individuelles d'évaluation, de conseil et d'orientation
- ils prennent place au sein de programmes de promotion de la santé
- ils incluent des séances de gestion du stress
- ils prévoient la formation des responsables, des employés et des personnels de santé à leur rôle dans le dispositif
- ils favorisent le maintien dans l'emploi et la non-discrimination des travailleurs accompagnés ou traités pour un problème d'addiction
- ils ne prévoient, le cas échéant, des mesures de contrôle ou de dépistage qu'en tant qu'élément d'une politique globale et selon des modalités éthiques et légales
- lorsque des mesures de restriction des consommations sont prévues, elles s'appliquent à tous de la même façon, indépendamment de la position hiérarchique.

Rôle des CSAPA

Les CSAPA peuvent être sollicités à différentes étapes de cette stratégie globale, que ce soit pour accompagner l'employeur dans tout ou partie de la démarche d'ensemble, pour former et outiller les professionnels référents santé et sécurité au travail, pour délivrer des interventions d'information/de sensibilisation et/ou pour participer à la mise en place de protocoles de repérage, d'évaluation et d'orientation vers le soin des travailleurs en difficulté avec une conduite addictive.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes complètent celles de la partie 4.1. Elles précisent, pour chaque étape, les éléments spécifiques à prendre en compte pour l'intervention en milieu professionnel. Elles s'adressent à tout CSAPA mettant en œuvre des interventions en milieu professionnel.

► Enjeux et effets attendus :

- la mise en œuvre d'une stratégie de prévention globale, adossée à la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels, qui organise au regard des besoins :
 - le repérage et l'action sur les déterminants professionnels de l'usage de substances psychoactives
 - le renforcement des connaissances et des compétences des professionnels de la santé et de la sécurité au travail
 - le renforcement des connaissances et des compétences des travailleurs et de leur accès à l'évaluation, au conseil et au soin
 - la régulation des situations de consommations
 - l'accompagnement des travailleurs en difficulté avec une conduite addictive

4.3.2 Lors de la phase d'évaluation des ressources et des besoins

- **Mettre en place une instance de pilotage de l'intervention, composée de représentants :**
 - de l'employeur (direction, service des ressources humaines, équipe pluridisciplinaire de santé/sécurité au travail, service social, encadrants...)
 - des employés (CHSCT ou comité social et économique (CSE), représentants du personnel, salariés compétents, pairs-relais...)
 - des services de santé au travail (médecin du travail, infirmier, intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP), assistant, service social du travail...).
- **S'enquérir de la présence, au sein du document unique d'évaluation des risques professionnels, de risques identifiés relatifs aux consommations de substances psychoactives. Identifier les postes/tâches concernés et le plan de prévention envisagé.**
- **Prendre en compte l'analyse des facteurs spécifiques suivants :**
 - le secteur d'activité
 - les professions ou catégories socioprofessionnelles de la population considérée
 - les usages repérés, leur contexte et leurs motivations
 - les incidents ou accidents du travail liés à l'usage de substances psychoactives
 - les déterminants professionnels des usages : conditions de travail, climat de travail, risques psychosociaux, précarité de l'emploi, disponibilité des produits, culture professionnelle, stratégies d'intégration ou de convivialité
 - le règlement et les pratiques concernant l'usage de substances psychoactives sur le lieu de travail
 - les pratiques de repérage, d'orientation et de prise en charge des travailleurs en difficulté avec une conduite addictive.

4.3.3 Stratégies d'intervention à promouvoir

- **Accompagner l'employeur/le commanditaire dans la mise en place ou la consolidation d'une politique interne de prévention des conduites addictives, inscrite dans le cadre des obligations liées à la santé et à la sécurité au travail⁷⁹ et organisant de manière cohérente :**
 - l'évaluation et la prévention des risques liés aux conduites addictives (postes sensibles⁸⁰, règles concernant l'alcool...)
 - l'évaluation et la prévention des déterminants professionnels des usages
 - la prévention des risques et des dommages liés aux usages problématiques (aigus ou chroniques).
- **Privilégier les stratégies à composantes multiples, c'est-à-dire associant des interventions :**
 - de prévention collective : promotion de la santé, éducation à la santé, gestion du stress
 - de prévention individuelle : intervention précoce, RPIB, conseil...
 - de prévention environnementale : promotion de lieux et environnements de travail favorables à la santé, régulation des usages...

4.3.4 Lors de la phase de co-construction et de mise en œuvre

► Interventions sur l'environnement

- **Accompagner l'adoption d'une pratique et d'un langage communs concernant les conduites addictives parmi les acteurs internes de la prévention (direction, encadrants, représentants du personnel, chargés de prévention, salariés compétents...), à travers leur sensibilisation/formation :**
 - aux généralités concernant les conduites addictives (produits, usages et risques associés, représentations...)
 - aux notions de prévention des addictions et de réduction des risques et des dommages
 - aux spécificités de la prévention en milieu professionnel (cadre légal et réglementaire, risques professionnels liés aux usages, déterminants professionnels des usages...)
 - à la gestion des situations à risque (procédures et ressources internes, conduite à tenir et rôle de chacun, options d'accompagnement en addictologie et ressources du territoire...)
 - aux enjeux éthiques de bienveillance, de non-discrimination et de respect de la confidentialité vis-à-vis des personnes en difficulté avec une conduite addictive.
- **Accompagner l'employeur/le commanditaire dans l'élaboration de règles explicites et partagées concernant les consommations de substances psychoactives, qui :**
 - se fondent sur les obligations légales de l'employeur et des employés, l'évaluation des risques et le respect des libertés individuelles
 - précisent les usages autorisés/interdits selon les produits (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments) et les occasions visées (temps de travail, pauses, moments festifs/pots...)
 - s'appliquent à tous, indépendamment de la position hiérarchique
 - précisent les réponses apportées en cas d'infraction
 - encadrent, le cas échéant, les modalités de dépistage pour les situations/postes de travail sensibles identifiés.

⁷⁹ Article L. 4121-1 du Code du travail : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels. 2° Des actions d'information et de formation. 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »

⁸⁰ Tels que : conduite de véhicule, manipulation de produits ou matériels dangereux, transport de personnes...

- **Accompagner l'élaboration de protocoles/procédures visant le repérage et la gestion des situations de consommation aiguë (ivresse, intoxication, malaise...) et prévoyant notamment :**
 - la mise en sécurité des personnes
 - les conditions de retrait ou de maintien dans le poste
 - l'organisation du dépistage ou du contrôle de l'ébriété en lien avec les services de santé au travail
 - les modalités de retrait du poste et d'accompagnement du travailleur intoxiqué (retour au domicile...)
 - les modalités de la reprise d'activité (visite/entretien de reprise...).

- **Accompagner la mise en place de protocoles/procédures visant la gestion des situations de personnes en difficulté chronique avec un usage, et organisant par exemple :**
 - le repérage (identification et objectivation des signaux d'alerte)
 - l'approche des personnes en difficulté
 - l'accompagnement et l'orientation des personnes en demande de soutien
 - le maintien dans l'emploi des personnes ayant un trouble de l'usage (adaptation du poste/des conditions de travail, gestion des consommations, sensibilisation/soutien aux collègues directs, reclassement professionnel...)
 - le retour à l'emploi des personnes en sortie d'un parcours de soin en addictologie.

- **Renforcer les connaissances et les compétences des médecins du travail, à leur demande et en lien avec l'équipe médicale du CSAPA, en matière de prévention, de repérage et d'accompagnement des usages à risque ou nocifs, en organisant des interventions visant :**
 - la formation aux méthodes et outils de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB)⁸¹
 - l'actualisation des connaissances en addictologie
 - l'amélioration de l'identification et de la prévention des déterminants professionnels susceptibles d'initier ou de renforcer les usages
 - l'accompagnement des personnes sous traitement agoniste opioïde
 - l'orientation et la collaboration avec les professionnels en addictologie du territoire
 - l'actualisation des connaissances concernant les outils et les stratégies de réduction des risques et des dommages
 - la prévention de la désinsertion professionnelle à travers la recherche du maintien dans l'emploi.

► Interventions collectives auprès des travailleurs

- **Renforcer les connaissances des travailleurs, à travers l'information/la sensibilisation sur :**
 - les risques liés aux usages de substances psychoactives sur la santé et la sécurité au travail
 - les déterminants professionnels des conduites addictives
 - la réglementation en vigueur concernant la consommation de substances psychoactives au travail
 - les obligations des différents acteurs (obligation de sécurité de l'employeur, obligation de sécurité du salarié, obligation de signalement d'un danger grave et imminent...)
 - les ressources internes et externes de soutien, de conseil et d'accompagnement
 - les options de soin et d'accompagnement en addictologie et en réduction des risques et des dommages.

⁸¹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rplib_v2.pdf

- **Renforcer les compétences des travailleurs concernant :**
 - ▶ l'identification des situations à risque
 - ▶ l'alerte/le signalement d'un danger ou d'un contexte à risque et les freins à la divulgation (loi du silence...)
 - ▶ l'appui à / l'approche d'un collègue en difficulté aiguë ou chronique avec une conduite addictive.
- **Promouvoir le bien-être au travail à travers la mise en place d'interventions de gestion du stress et de relaxation par des intervenants formés.**
- ▶ **Intervention individuelle auprès des travailleurs**
- **Proposer, en complément des interventions collectives, des moments ou des espaces permettant l'évaluation, l'échange et le conseil individualisés, à travers par exemple :**
 - ▶ la distribution de supports d'auto-évaluation et d'information sur les ressources délivrant un conseil personnalisé (CSAPA, numéros verts, sites Internet...)
 - ▶ la mise en place d'un espace d'entretien confidentiel (intervention brève, counseling, orientation).
- **Accompagner, le cas échéant, les personnes qui en font la demande dans le repérage et la sollicitation des ressources dédiées du territoire.**

Illustration : accompagnement des entreprises dans le maintien en emploi des salariés ayant des conduites addictives

Maintenir en emploi des personnes fragilisées par des problèmes de santé, notamment du fait de conduites addictives, relève d'un problème complexe. Les milieux de travail sont parfois peu sensibilisés ou peu outillés pour traiter cette question et rendre le travail soutenable pour les salariés atteints de maladie chronique évolutive (MCE). Actuellement, 20 % de la population active souffre de MCE⁸².

Face à ce constat, l'ANPAA⁸³, un cabinet conseil en ergonomie et des professionnels des SSTI⁸⁴ soutenus par le FACT⁸⁵ accompagnent trois entreprises de taille et de secteur différents. Ce projet s'inscrit dans le temps long en prolongeant des actions ponctuelles de sensibilisation menées antérieurement par les SSTI et l'ANPAA.

Les principes de cet accompagnement questionnent l'environnement de travail de chacun, l'approche collective de l'organisation du travail. C'est un dispositif de conduite de projet mené en interdisciplinarité pour accompagner les entreprises dans leur projet de prévention des conduites addictives, de maintien ou de retour en emploi des salariés en difficulté. Il vise une approche la plus systémique possible et la plus adaptée pour résoudre ces problèmes posés aux entreprises. Par exemple, l'importance de la fonction de soutien des collègues de personnes fragilisées par une MCE, dont les addictions, est soulignée par les partenaires impliqués, quels que soient leur métier et leur structure d'appartenance. L'utilité de maintenir le

⁸² Dominique Baradat et Élise Fosset (ARACT Nouvelle-Aquitaine) : « Maladie chronique évolutive et maintien dans l'emploi », Se doper pour travailler, ERES, 2017.

⁸³ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) en Occitanie.

⁸⁴ Services de santé au travail interentreprises (SSTI).

⁸⁵ Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT) – financement de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

soutien, donc d'agir rapidement avant la dislocation du collectif, l'apparition de conflits et d'attitudes de rejet vis-à-vis des salariés concernés est ainsi partagée.

Ce projet se concrétise par la mise en place d'études de situations de travail, d'élaboration de diagnostic et de préconisations dont, par exemple, des formations auprès des professionnels.

Pour inscrire des changements pérennes dans les entreprises et permettre ainsi le maintien ou le retour en emploi des salariés ayant des conduites addictives, il n'est d'autre force que l'union !

Auteur : François AURIOL (ANPAA Occitanie)

L'ESSENTIEL

INTERVENTION DE PROXIMITE EN PREVENTION DES ADDICTIONS

• SPECIFICITES DE L'INTERVENTION EN MILIEU PROFESSIONNEL

▸ Lors de la phase d'évaluation des ressources et des besoins

- mettre en place une instance de pilotage associant les représentants de l'employeur, des employés et des services de santé et sécurité au travail
- s'enquérir de la présence, au sein du document unique, de risques identifiés relatifs aux conduites addictives et du plan de prévention proposé
- prendre en compte l'analyse des facteurs spécifiques concernant le secteur d'activité, la profession, les déterminants professionnels de l'usage, les usages repérés, le règlement concernant l'usage sur le lieu de travail, la gestion des situations de consommation

▸ Stratégie d'intervention à privilégier

- accompagner l'employeur dans la mise en place ou le renforcement d'une politique interne organisant de manière cohérente l'évaluation et la prévention : des risques liés aux conduites addictives ; des déterminants professionnels des usages ; des risques et dommages liés aux usages problématiques (aigus ou chroniques)
- privilégier les stratégies à composantes multiples, c'est-à-dire associant des interventions de prévention individuelle, collective et environnementale

▸ Lors de la phase de co-construction et de mise en œuvre

> intervention sur l'environnement

- accompagner l'adoption d'une pratique et d'un langage commun concernant les conduites addictives parmi les acteurs internes, à travers la formation ou la sensibilisation
- accompagner l'employeur dans l'élaboration de règles explicites et partagées concernant les consommations
- accompagner l'élaboration de procédures visant le repérage et la gestion des situations de consommation aiguë et la gestion des situations de personnes en difficulté chronique avec une conduite addictive
- renforcer, à leur demande, les connaissances et les compétences des médecins du travail en matière de prévention, de repérage et d'accompagnement des usages à risque ou dommageables

> intervention collective auprès des travailleurs

- renforcer les connaissances des travailleurs, à travers l'information et la sensibilisation sur les usages, leurs déterminants professionnels, les risques induits pour la santé et la sécurité au travail, les obligations des différents acteurs et les ressources internes et externes de conseil, de soutien et d'accompagnement
- renforcer les compétences des travailleurs concernant le repérage des situations à risque, le signalement d'une situation de risque ou de danger, l'approche et l'appui à un collègue en difficulté avec une conduite addictive
- promouvoir les interventions de promotion de la santé et du bien-être au travail, notamment à travers la gestion du stress et la relaxation

> intervention individuelle auprès des travailleurs

- proposer, en complément des interventions collectives, des espaces permettant l'évaluation, l'échange et le conseil individualisé
- accompagner les personnes en demande dans le repérage et la sollicitation des ressources dédiées du territoire

5. Intervention en milieu carcéral

Risques et dommages liés aux conduites addictives parmi les personnes détenues

À l'échelle internationale, les études disponibles font apparaître une surreprésentation des addictions parmi les personnes détenues par rapport à la population générale (51). En France, les données sont peu nombreuses et anciennes (52). Elles font apparaître les niveaux d'usage suivants à l'entrée en détention (53, 54) :

- plus des trois-quarts des entrants sont des fumeurs quotidiens de tabac
- près d'un tiers a une consommation problématique d'alcool⁸⁶ et/ou régulière de cannabis
- la consommation régulière d'une autre substance illicite (opiacés, stimulants...) concerne 5 à 10 % d'entre eux et près de 15 % sont polyconsommateurs
- près d'un sur dix est dépendant à l'alcool et/ou à une substance illicite.

Il n'existe pas de données nationales concernant les consommations en cours de détention. Des études parcellaires, portant sur un nombre limité de sites, retrouvent des consommations massives de tabac, des consommations régulières d'alcool et de drogues illicites (cannabis notamment) (55-57) et attestent de pratiques d'injection et de partage de matériel en détention (58).

La consommation de benzodiazépines (prescrits ou détournés) est notablement plus élevée parmi les personnes détenues qu'en population générale, à âge et sexe équivalents (59). Par ailleurs, 8 % en moyenne des personnes détenues seraient sous traitement agoniste opioïde (TAO) (60).

La prison est un environnement à haut risque de transmission de maladies infectieuses. Les prévalences du VIH, du VHB et du VHC y sont très supérieures à celles rencontrées en population générale (61). Les caractéristiques du milieu carcéral (forte prévalence des conduites addictives et des troubles psychiatriques (62), pratiques sexuelles, de consommation et de modification corporelle (piercing, tatouage...), coiffure, conditions de détention...) peuvent être incriminées (63). Les personnes usagères de drogues constituent un public particulièrement à risque. Dans ces circonstances, la distribution de matériel de réduction des risques, la délivrance d'informations concernant les pratiques à moindre risque (y compris relatives aux tatouages et piercings), l'accès aux TAO et au dépistage revêtent une importance particulière.

Enfin, la sortie de détention constitue une barrière majeure à la continuité des soins et de l'accompagnement et une période à risque accru de mortalité par surdose (59) pour les personnes consommatrices d'opiacés. La délivrance de naloxone et l'éducation à son utilisation sont efficaces pour réduire la proportion de décès par opioïde après la libération (64). De même, l'anticipation et la préparation à la sortie permettent de prévenir les ruptures de parcours en addictologie.

Organisation des soins, de la prévention et de la RDRD

Droits des personnes détenues

En France, les principes de qualité, de continuité et d'équivalence des soins sont garantis par la loi⁸⁷, qui réaffirme notamment le droit des personnes détenues :

- au secret médical
- au secret de la consultation
- à un bilan relatif aux consommations de produits stupéfiants, médicaments psychotropes, alcool et tabac à l'entrée en détention
- à une visite médicale précédant la libération
- à un aidant si elle souffre d'un handicap⁸⁸

⁸⁶ C'est-à-dire de cinq unités ou plus par jour.

⁸⁷ Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, chapitre 3 section 7.

⁸⁸ Dans les conditions prévues par l'article L. 1111-6-1 du Code de la santé publique.

Repérage et soin des addictions

La prise en charge des addictions en détention s'organise autour des missions suivantes, précisées par l'instruction DGS/DGOS n°2010-390 du 17 novembre 2010 (65) :

- **le repérage** des problématiques addictives doit être effectué lors de la visite médicale d'entrée réalisée par les professionnels de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP)
- **le diagnostic** est réalisé par un professionnel spécialisé en addictologie
- la définition d'un **projet de soin adapté** est confiée, selon les cas et les organisations locales, par un médecin addictologue exerçant au sein de l'USMP, par un professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement de l'USMP ou par un CSAPA identifié comme référent. Le projet de soin comprend « le suivi du sevrage, la prescription et le suivi des traitements de substitution (66), la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques et le suivi psychologique »
- la **préparation à la sortie** est réalisée par le personnel du CSAPA référent ou le professionnel référent de la prise en charge, en articulation avec les conseillers d'insertion du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
- la **réduction des risques** infectieux et les **actions de prévention et d'éducation pour la santé**, déclinées localement selon les orientations nationales.

L'organisation de cette prise en charge et la coordination des professionnels y concourant font l'objet d'un protocole organisationnel local, dont l'élaboration et le pilotage sont confiés à un professionnel de l'USMP référent.

Les CSAPA peuvent y prendre part à différents titres (67) :

- les **CSAPA internes**, intégrés aux établissements pénitentiaires, assurent l'intégralité de l'accompagnement des personnes ayant une problématique addictive
- les **CSAPA externes/de proximité** interviennent en coordination avec les professionnels de l'USMP sur une partie de la prise en charge (avis spécialisé, animation de groupes thérapeutiques, intervention de prévention et de RdRD...)
- les **CSAPA référents**, désignés par l'Agence régionale de santé, sont spécifiquement chargés de la préparation à la sortie et de l'organisation de la continuité de l'accompagnement avec les partenaires extérieurs.

En fonction des missions assignées au CSAPA intervenant à l'un de ces titres en milieu carcéral, ses équipes sont donc amenées à participer, en lien avec l'USMP et le SPIP, au bilan social, au soutien au processus motivationnel, à l'évaluation, à l'élaboration du projet de soin et du projet de sortie, à la veille sur la continuité des soins, à la prise de contact et la visite des structures d'aval, au maintien des liens avec l'entourage, et au suivi des personnes après la sortie (68).

Réduction des risques et prévention

L'article L. 3411-8 du Code de la santé publique prévoit que "la politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral". Un décret doit venir préciser ces modalités⁸⁹, qui se limitent actuellement aux outils et interventions suivants (69) :

- la distribution de préservatifs, de lubrifiants et d'eau de javel
- la mise en place de protocoles concernant la coiffure, la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral, la prophylaxie post-exposition
- la délivrance d'information sur les risques liés aux actes de modification corporelle (tatouage, piercing...)
- l'organisation d'espaces d'échange, d'information, d'écoute sur la sexualité, les pratiques de consommation à risque...

⁸⁹ Article L. 3411-10 du Code de la santé publique.

Concernant la prévention, l'établissement hospitalier de rattachement a la charge d'élaborer un programme annuel ou pluriannuel d'actions de promotion et d'éducation à la santé⁹⁰. Les autorités judiciaires et sanitaires recommandent qu'elles soient menées dans une démarche globale de promotion de la santé, cohérente et coordonnée entre les intervenants, visant à conférer aux personnes les moyens de faire des choix favorables à leur santé et à agir sur les conditions de vie et déterminants environnementaux en détention. Un comité de pilotage dédié est mis en place pour co-élaborer, coordonner et évaluer la démarche⁹¹. Les intervenants spécialisés en addictologie (CSAPA, CAARUD, ELSA...) peuvent développer dans ce cadre des actions collectives et individuelles de prévention et de réduction des risques et des dommages.

Accès et continuité de l'accompagnement

Les conditions de détention (choc de l'incarcération, violence, crainte d'évoquer l'usage de substances illicites, doutes sur la confidentialité...) et les ruptures liées au parcours judiciaire (transferts, sorties...) sont de nature à compliquer l'accès à la réduction des risques, au soutien/ au soin et à sa continuité. À l'opposé, la période d'incarcération peut être l'occasion pour certaines personnes d'initier, poursuivre ou renouer un accompagnement et, pour les intervenants, d'atteindre les populations qui accèdent difficilement aux soins et à la prévention. Il est donc important que la question des addictions puisse être abordée à plusieurs reprises et à tout moment de la détention et que les intervenants en addictologie soient identifiés clairement par les personnes détenues et par les acteurs concourant au repérage des difficultés liées aux addictions.

Ces freins et ces leviers à l'accès au soin et à l'accompagnement en addictologie impliquent par ailleurs que l'abord des personnes se fasse selon une démarche et une posture de réduction des risques et des dommages et que les réponses apportées soient adaptées, d'une part, aux besoins, aux attentes et à la situation particulière de la personne (état de santé, durée de détention, parcours et pratiques de consommation, maîtrise de la langue, représentations...) et, d'autre part, aux conditions et aux codes du milieu carcéral.

Ces réponses associent, de manière intégrée ou coordonnée :

- la promotion du dépistage et de la vaccination (70)
- l'accès à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien motivationnel pour l'ensemble des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, médicaments, cannabis et autres drogues illicites)
- la délivrance de matériel de réduction des risques et l'éducation aux pratiques à moindre risque
- la prévention/promotion de la santé
- la préparation à la sortie (prévention des overdoses et des ruptures de traitement, projet de soin et d'accompagnement, réseau de soutien social...)
- l'inscription ou la réinscription dans un parcours d'accompagnement et de soin coordonné, en lien avec les partenaires d'amont et d'aval.

RECOMMANDATIONS

► Enjeux et effets attendus :

- **l'intervention du CSAPA selon des missions claires, au sein d'un réseau partenarial coordonné**
- **le repérage et l'accès à la RdRD, à la prévention et au soin des personnes détenues ayant des conduites addictives**
- **la continuité du parcours de soin et de l'accompagnement socioéducatif pendant la détention et à la sortie.**

⁹⁰ Article R. 6111-33 du Code de la santé publique

⁹¹ Voir (69) - Livre 6 : organisation de l'éducation et de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

5.1 Organiser l'intervention du CSAPA en milieu carcéral

- **Analyser, avec l'équipe pluridisciplinaire, les ressources à mobiliser au sein du CSAPA et organiser :**
 - la désignation d'un professionnel ou d'une équipe dédiée
 - la formation de ce(s) professionnel(s) aux postures, aux techniques et aux outils d'intervention adaptés au milieu carcéral et au cadre réglementaire
 - le soutien à ce(s) professionnel(s), sous la forme d'espaces d'échange, de débriefing, d'analyse de pratique, de supervision...
 - la contribution des autres équipes à l'intervention (temps médical, temps infirmier, temps socioéducatif...), selon le périmètre des missions confiées au CSAPA.

- **Repérer les acteurs internes et référents de l'établissement pénitentiaire :**
 - unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) : dispositifs de soin somatique et psychiatrique
 - médecin coordinateur de l'USMP
 - hôpital de rattachement
 - service médical psychiatrique régional (SMPR)
 - service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
 - services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
 - juge d'application des peines
 - services du Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE).

- **Repérer les acteurs concourant à la prise en charge des addictions :**
 - pilote ou coordinateur référent du protocole organisationnel local « addictions »⁹²
 - ELSA de l'hôpital de rattachement
 - autres CSAPA, le cas échéant (CSAPA pénitentiaire, CSAPA de proximité...)
 - CAARUD
 - intervenants associatifs (entraide/prévention...).

- **Repérer les instances de coordination :**
 - comité de coordination (ARS/établissements de santé/établissement pénitentiaire)
 - commission santé (soin/services pénitentiaires)
 - commission pluridisciplinaire unique (CPU) (examen des situations individuelles)
 - réunions d'information, de coordination et de suivi du protocole addictions
 - réunion de l'équipe pluridisciplinaire (pour les mineurs).

- **Convenir, avec les acteurs repérés et au sein des instances de coordination, de modalités de partage de l'information qui garantissent les droits des personnes (accord préalable, confidentialité des informations échangées, échange des seules informations utiles au bon déroulement et à la coordination des accompagnements).**

- **Convenir, avec les services de l'administration pénitentiaire et de l'unité sanitaire, de conditions et de moyens d'exercice garantissant :**
 - la confidentialité des entretiens avec les personnes
 - la mise à disposition de locaux/bureaux et de moyens de communication.

⁹² Tel que prévu par l'instruction DGS/MC2/DGOS/R4 no Mettre o en exposant 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention : « Un protocole organisationnel local est élaboré sous la responsabilité de la personne désignée et présenté dans le comité de coordination de l'établissement ».

- **Formaliser dans le protocole organisationnel local et au moyen de conventions avec les acteurs repérés le rôle et les missions du CSAPA concernant :**
 - le repérage et l'évaluation des conduites addictives
 - la participation à l'élaboration du projet de soin et à leur continuité à la sortie
 - la préparation à la sortie
 - la mise en œuvre d'interventions de prévention et de RdRD individuelles et collectives.
- **S'informer sur les outils de réduction des risques disponibles, leur accès effectif, les modalités de leur distribution et les modalités d'information/d'éducation du public à leur utilisation. Le cas échéant, proposer l'accompagnement du CSAPA dans la définition de modalités favorisant les pratiques à moindre risque.**
- **S'informer sur les conditions d'accès au matériel et aux produits de vapotage, dans le cadre du système de cantine.**
- **S'informer sur les modalités de prescription et de délivrance des médicaments et produits de santé liés à la prise en charge des addictions (traitements agonistes opioïdes, traitements de substitution nicotinique, naloxone...).**
- **S'informer sur la stratégie de dépistage des maladies infectieuses et de vaccination de l'unité sanitaire.**
- **S'informer sur le programme annuel de prévention, de promotion de la santé et d'éducation à la santé. Repérer le comité de pilotage en charge de leur mise en œuvre. Le cas échéant, proposer l'appui du CSAPA dans l'élaboration et/ou à la mise en œuvre d'actions de prévention des addictions adaptées au milieu carcéral.**

5.2 Favoriser le repérage, l'évaluation et l'accès à la prévention, à la RdRD et aux soins des personnes ayant des conduites addictives

- **S'informer sur les pratiques et les outils d'évaluation mis en œuvre lors du bilan d'entrée relatif aux consommations et contribuer, le cas échéant, à leur renforcement et à leur harmonisation entre les différents intervenants. S'assurer que des protocoles de repérage et de prise en charge des urgences addictologiques (syndrome de sevrage à l'alcool, aux opiacés, aux médicaments psychotropes...) sont prévus et opérationnels.**
- **Faciliter l'accès et l'orientation des personnes vers le CSAPA à travers :**
 - le renforcement et l'actualisation des connaissances et des compétences en addictologie des professionnels de l'USMP, à leur demande et en lien avec l'équipe médicale du CSAPA
 - la sensibilisation/la formation des professionnels du SPIP, de la PJJ et de l'administration pénitentiaire aux addictions (connaissances sur les addictions et la réduction des risques et des dommages, repérage des personnes en difficulté avec une conduite addictive, rôle et modalités d'intervention du CSAPA...)
 - la définition de modalités et la mise en place d'outils d'orientation vers le CSAPA par les partenaires internes (réunion, fiche de liaison, modalités de sollicitation...)
 - la diffusion de supports de présentation du CSAPA auprès des personnes détenues, par exemple à travers l'affichage, la mise à disposition de plaquettes ou le recours aux outils de communication internes (journal, radio, canal vidéo...)
 - l'organisation d'ateliers ou de séances d'information destinées à présenter le rôle et les missions des CSAPA (ambulatoires/résidentiels) et les options d'accompagnement en addictologie pendant et après la détention.

- **Proposer une rencontre avec le CSAPA à tout moment de la détention.**
- **Dans ce cadre, co-évaluer avec la personne, sa situation, ses besoins et ses attentes, le cas échéant (et avec son accord) en lien avec les professionnels impliqués (unité sanitaire, SPIP, PJJ, structures d'amont...), concernant notamment :**
 - son état de santé physique et mental
 - le bilan de ses consommations
 - les risques et les dommages liés à ses usages et au contexte carcéral
 - les antécédents de traitements/de prise en charge et les professionnels impliqués
 - les traitements actuels et l'accès aux traitements (notamment aux TAO)
 - son accès et sa connaissance du matériel de réduction des risques
 - sa situation sociale et son projet de sortie (ouverture ou réouverture des droits sociaux, logement, emploi, réseau social et familial...)
 - les échéances et obligations liées à sa situation judiciaire.
- **Promouvoir l'adoption par la personne de pratiques à moindre risque, à travers notamment :**
 - l'information sur les risques liés aux produits, aux modes de consommation, à la sexualité et aux actes de modification corporelle (coiffure, piercing, tatouages...)
 - l'information sur les modalités d'accès aux outils de réduction des risques et l'éducation à leur utilisation
 - l'information, le cas échéant, sur les traitements agonistes opioïdes et sur leur accès en détention (droits, parcours...).
- **Promouvoir le recours et l'accès de la personne aux soins et à la prévention, en :**
 - lui apportant un conseil sur les addictions et sur les options de soin et d'accompagnement en addictologie
 - mettant à sa disposition des supports et outils adaptés d'éducation à la santé et d'auto-évaluation
 - l'informant sur les parcours de soin et de prévention accessibles en détention et, le cas échéant, en l'orientant vers les partenaires internes
 - l'informant sur les maladies infectieuses (VIH, hépatites) et sur l'accès à la vaccination, au dépistage et au traitement
 - l'informant, si elle est fumeuse, sur l'aide au sevrage tabagique et, le cas échéant, sur l'accès aux outils et produits de vapotage dans le cadre de la cantine
 - l'informant et en l'accompagnant, le cas échéant, dans les démarches visant à faire valoir ses droits face aux situations de stigmatisation et de discrimination dont elle peut être l'objet.
- **Promouvoir et accompagner, dans le cadre du programme de prévention et d'éducation à la santé, la mise en place d'interventions collectives (sensibilisation, ateliers, groupes d'échanges...) concernant notamment :**
 - les produits, les usages, les effets et les risques
 - l'utilisation du matériel de réduction des risques
 - l'éducation aux pratiques à moindre risque
 - les addictions et les options de soin et d'accompagnement en addictologie
 - la promotion de la santé sexuelle
 - la prévention du tabagisme, l'accès aux dispositifs à destination de la population générale (Moi(s) sans tabac...) et l'accompagnement au sevrage tabagique
 - l'éducation au dépistage et au traitement du VIH et du VHC.

- **Promouvoir et accompagner la mise en place d'espaces de parole et de soutien pour les personnes ayant un trouble de l'usage (groupes thérapeutiques, groupes de parole ou d'entraide entre pairs...), animés par des intervenants formés (professionnels repérés de l'unité sanitaire ou de l'hôpital de rattachement, professionnels du CSAPA, associations d'auto-support/d'entraide, pairs, patients-experts...). Veiller, dans l'organisation de ces espaces, à la mise en place d'un cadre de confidentialité et de discrétion adapté au milieu carcéral.**

5.3 Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soin et du projet de sortie

- **Tout au long de l'accompagnement, favoriser l'instauration d'une relation de confiance avec la personne, en :**
 - l'informant des missions et des modalités d'accompagnement par le CSAPA
 - l'informant du cadre de confidentialité des échanges et des obligations liées au secret professionnel
 - adaptant le discours et les outils à la situation et aux capacités de la personne et en recueillant son consentement éclairé.
- **Co-élaborer avec la personne son projet d'accompagnement par le CSAPA, en lien et en cohérence avec les professionnels internes impliqués. Adapter le projet à la temporalité de la personne et à la temporalité judiciaire, notamment en priorisant :**
 - pour les peines courtes ou les personnes en fin de peine :
 - l'accompagnement du projet de sortie, en lien avec les acteurs internes et les partenaires d'aval
 - la vigilance et la communication avec l'administration pénitentiaire concernant la date de libération
 - l'anticipation d'outils de suivi et de contact en cas de sortie anticipée ou de transfert
 - pour les peines longues ou les personnes entrant en détention :
 - le soutien à la motivation et au processus de changement
 - le soutien dans l'élaboration et la mise en place d'un projet de soin et d'un accompagnement en réduction des risques pendant la détention
 - l'éducation à la santé et l'accès à la prévention
 - l'élaboration et l'accompagnement du projet de sortie
 - la réévaluation régulière des attentes et des besoins de la personne.
- **Assurer la coordination avec les acteurs internes impliqués dans la mise en œuvre du projet de soin et du projet de sortie de la personne, à travers :**
 - la définition claire du rôle et de la place de chacun dans l'accompagnement
 - la mise en place d'outils et d'espaces formalisés d'échange, de co-évaluation et de concertation autour des situations
 - le recueil et la transmission, le cas échéant et avec l'accord de la personne, d'informations utiles et nécessaires à la coordination de son accompagnement global.
- **Identifier les partenaires d'aval à solliciter dans le cadre du projet de soin et de sortie (CSAPA, services hospitaliers, professionnels de l'insertion socioprofessionnelle, de l'hébergement et du logement, CAARUD...) et assurer :**
 - la prise de contact
 - l'organisation d'un échange ou d'une rencontre avec la personne
 - l'organisation, le cas échéant, d'une visite sur place dans le cadre d'une permission

- la transmission des informations et des pièces nécessaires à la mise en place de l'accompagnement à la sortie
- la communication autour de la date de sortie et l'organisation du premier rendez-vous.

5.4 Accompagner la sortie de détention

- **Anticiper, en fonction de la date de sortie et en lien avec le SPIP, le maintien ou la réouverture des droits sociaux.**
- **Veiller, en lien avec les acteurs internes impliqués, à l'organisation de la transition et du relais vers les partenaires d'aval, à travers :**
 - la remise à la personne et, avec son accord, la transmission aux professionnels de santé d'aval (soin résidentiel, soin ambulatoire, médecin traitant...) des éléments retraçant son projet de soin (dossier médical, courrier de liaison...)
 - la remise à la personne et, avec son accord, la transmission aux professionnels socioéducatifs ou aux travailleurs sociaux d'aval des éléments retraçant son projet de sortie et les démarches entreprises
 - la remise à la personne des ordonnances et médicaments nécessaires à la continuité du traitement (TAO notamment)
 - la remise à la personne, en cas de besoin, de matériel de réduction des risques.
- **Informar la personne et co-évaluer avec elle les risques liés à la sortie et notamment les risques de reconsommation ou de surdose. Proposer, le cas échéant :**
 - un conseil en réduction des risques
 - l'information sur la reconnaissance des signes d'overdose, la délivrance de naloxone et l'éducation à son utilisation
 - la délivrance de matériel de réduction des risques ou l'orientation vers une structure en proposant (CSAPA, CAARUD, pharmacies, distributeurs automatiques).
- **Recueillir l'avis de la personne sur son accompagnement par le CSAPA.**
- **S'assurer, après la sortie, de la mise en place effective de l'accompagnement, par exemple en convenant d'un contact de suivi (appel téléphonique, mail, courrier...) avec la personne et les partenaires d'aval.**

L'ESSENTIEL

INTERVENTION EN MILIEU CARCERAL

Organiser l'intervention du CSAPA en milieu carcéral

- analyser les ressources à mobiliser et organiser la désignation et la formation d'une équipe dédiée, les modalités du soutien à lui apporter et la contribution des autres professionnels du CSAPA à l'intervention en milieu carcéral
- repérer les acteurs internes et référents de l'établissement pénitentiaire et les acteurs concourant à la prise en charge des addictions
- repérer les instances de coordination
- convenir, avec les acteurs repérés, de conditions et de moyens d'exercice adaptés et de modalités d'échange de l'information respectant les droits des personnes
- formaliser, dans le protocole organisationnel local, le périmètre du rôle et des missions du CSAPA
- s'informer sur les outils de RdRD disponibles, sur leurs modalités d'accès et sur les interventions d'éducation aux pratiques à moindre risque et concourir, le cas échéant, à leur promotion
- s'informer sur les modalités de prescription et de délivrance des produits de santé liés à la prise en charge des addictions (TAO, TSN, naloxone...)
- s'informer sur la stratégie de dépistage et de vaccination et sur le programme annuel de prévention et de promotion de la santé

Favoriser le repérage, l'évaluation et l'accès à la prévention, à la RdRD et aux soins

- s'informer et contribuer au renforcement et à l'harmonisation des pratiques et des outils d'évaluation mis en œuvre lors du bilan d'entrée et de gestion des urgences addictologiques
- faciliter l'accès au CSAPA, à travers la sensibilisation des partenaires internes, la définition de modalités d'orientation, l'information et la diffusion de supports de présentation
- proposer une rencontre à tout moment de la détention
- co-évaluer avec la personne demandeuse sa situation, ses besoins et ses attentes, le cas échéant en lien avec les intervenants impliqués
- promouvoir l'adoption par la personne de pratiques à moindre risque à travers l'information sur les risques et dommages liés à ses usages, les moyens de les réduire et les modalités d'accès aux outils de RdRD
- promouvoir le recours et l'accès de la personne à la santé, aux droits, aux soins et à la prévention des addictions et des maladies infectieuses
- promouvoir et accompagner la mise en place d'interventions collectives de prévention et d'éducation à la santé
- promouvoir et accompagner la mise en place d'espaces de parole et de soutien pour les personnes ayant un trouble de l'usage, animés par des intervenants formés et respectant un cadre de confidentialité et de discrétion

Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soin et du projet de sortie

- favoriser l'instauration d'une relation de confiance, à travers la transparence sur le rôle du CSAPA, l'information sur la confidentialité des échanges, l'adaptation du discours et le recueil du consentement éclairé
- co-élaborer avec la personne son projet d'accompagnement par le CSAPA, en lien et en cohérence avec les professionnels internes impliqués et avec la temporalité judiciaire
- assurer la coordination avec les professionnels internes impliqués dans la mise en œuvre du projet de soin et du projet de sortie
- identifier les partenaires d'aval et organiser l'entrée en contact et la mise en lien

Accompagner la sortie de détention

- anticiper, en fonction de la date de sortie, le maintien ou la réouverture des droits sociaux
- veiller à l'organisation de la transition et du relais vers les partenaires d'aval, à travers la remise et la transmission d'informations sur le projet de soin et le projet de sortie et les démarches entreprises, la remise des ordonnances et traitements nécessaires à la continuité du traitement
- co-évaluer avec la personne les risques liés à la sortie, lui proposer conseil et information et lui remettre (ou l'orienter vers une structure proposant) des outils de réduction des risques
- recueillir l'avis de la personne sur l'accompagnement proposé par le CSAPA
- s'assurer, après la sortie, de la mise en place effective de l'accompagnement d'aval

Annexe 1. Facteurs d'efficacité et d'inefficacité des interventions de prévention à destination des publics jeunes

► Interventions auprès des enfants

ENFANTS		
Interventions efficaces	Facteurs d'efficacité	Facteurs d'inefficacité
<p>Climat scolaire/gestion de classe</p> <p><i>Programme validé implanté en France : Good behaviour game</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> le programme est organisé au cours des premières années de scolarisation il inclut des stratégies de réponse aux comportements inappropriés et de valorisation des comportements appropriés il suscite la participation active des élèves 	
<p>Développement des compétences psychosociales</p> <p><i>Programme validé implanté en France : Unplugged</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> les compétences visées sont variées l'intervention est organisée en sessions structurées sur plusieurs années, animées par des intervenants formés les méthodes utilisées sont principalement interactives 	<ul style="list-style-type: none"> la délivrance d'informations spécifiques à certaines substances et/ou jouant sur la peur l'intervention est centrée sur l'estime de soi et l'éducation émotionnelle
<p>Développement des compétences parentales</p> <p><i>Programme validé expérimenté en France : Strengthening Families Program 6-11 ans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> l'intervention renforce le lien parents-enfants elle permet aux parents de jouer un rôle plus actif dans la vie de leurs enfants elle soutient les parents dans la mise en place d'une discipline appropriée elle est organisée selon des modalités attrayantes (en dehors des heures de travail, tarif abordable, transport et garde des enfants prévus...) elle consiste en une série de sessions structurées elle comprend des activités pour les enfants seuls, pour les parents seuls et pour l'ensemble de la famille elle est mise en œuvre par des personnes formées 	<ul style="list-style-type: none"> l'intervention sape l'autorité des parents elle est organisée sous forme de cours uniquement elle consiste à transmettre des informations sur les drogues aux parents afin qu'ils en parlent à leurs enfants elle se concentre uniquement sur les enfants

► Interventions auprès des adolescents

ADOLESCENTS		
Caractéristiques des interventions	Facteurs d'efficacité	Facteurs d'inefficacité
Conception de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervention se déroule dans la durée (sessions organisées sur plusieurs années, session initiale suivies de sessions de rappel...) • l'intervention revêt une certaine intensité (séances hebdomadaires pendant plusieurs semaines) 	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervention est de trop courte durée
Public cible de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • le programme est multimodal • il s'adresse à des groupes dont les usages sont homogènes 	<ul style="list-style-type: none"> • le programme est délivré à un public autre que celui pour lequel il a été conçu • le programme s'adresse aux parents uniquement
Choix de l'intervenant	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervenant est un professionnel : <ul style="list-style-type: none"> ▸ formé à l'addictologie et à la relation d'aide ▸ possédant des compétences en techniques d'animation suscitant la participation ▸ crédible aux yeux des adolescents • l'intervenant est un pair : <ul style="list-style-type: none"> ▸ crédible aux yeux des adolescents ▸ plus âgé que les participants 	
Contenu de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> ▸ est adaptée à l'âge du public cible ▸ elle vise à la fois la modification des perceptions erronées et le développement des connaissances et des compétences ▸ elle repose sur des techniques interactives • le discours : <ul style="list-style-type: none"> ▸ tient compte des avantages perçus des consommations par les jeunes ▸ propose des stratégies alternatives aux consommations ▸ est adapté à l'âge et à la réalité vécue par l'adolescent ▸ présente les conséquences et les solutions à court terme 	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> ▸ repose sur des mesures de contrôle ▸ elle consiste uniquement à proposer des activités alternatives à la consommation ▸ elle vise uniquement la résistance aux influences sociales ▸ elle vise uniquement la transmission de connaissances sur les substances • le discours : <ul style="list-style-type: none"> ▸ transmet des informations inexactes ▸ recourt principalement à l'humour ▸ banalise les consommations

ADOLESCENTS	
Interventions efficaces	Facteurs d'efficacité/d'inefficacité
Éducation préventive basée sur les compétences psychosociales et l'influence sociale	<p>Facteurs d'efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des méthodes interactives sont utilisées • l'intervention est organisée de manière structurée en plusieurs sessions à un rythme hebdomadaire avec séances de rappel sur plusieurs années • elle est animée par des intervenants formés (y compris les pairs) • elle offre l'opportunité d'apprendre et de pratiquer une variété de compétences et en particulier l'adaptation, la prise de décision, la capacité de résistance à la pression des pairs et de l'environnement • elle favorise la perception des risques associés à la consommation (notamment les conséquences immédiates) • elle modifie les représentations erronées sur les normes et les attentes liées aux consommations <p>Facteurs d'inefficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'intervention se contente de délivrer de l'information • elle consiste en des sessions d'échanges non structurées • elle repose exclusivement sur l'estime de soi, l'éducation émotionnelle ou les valeurs éthiques et morales • elle recourt au témoignage d'anciens usagers • elle est animée par des agents des forces de l'ordre
Mise en place d'un cadre/d'un règlement concernant la consommation de substances	<p>Facteurs d'efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les règles impliquent l'ensemble des acteurs (élèves, personnel de l'établissement, parents) et s'appliquent à tous • elles précisent les substances visées, les lieux et les occasions concernés par le règlement • elles réduisent l'accès à l'alcool, au tabac et aux autres substances • elles prévoient des sanctions positives en cas d'infraction (counseling, orientation...) plutôt que punitives • les règles adoptées sont effectivement et invariablement appliquées <p>Facteurs d'inefficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le recours aux dépistages aléatoires
Programmes familiaux	<p>Facteurs d'efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le programme repose sur une réflexion théorique • il s'appuie sur une évaluation des besoins • il est adapté au niveau de risque de la population cible • il est adapté à l'âge et au stade de développement des enfants concernés • son intensité et sa durée sont adéquates (quatre à huit séances en général pour les programmes universels, 10 à 15 pour les programmes sélectifs) • les séances font appel à des procédés et techniques interactifs, avec des groupes composés de huit à 12 familles • le programme vise l'amélioration des relations parents-enfants et du fonctionnement familial, à travers le renforcement des compétences et des aptitudes en protection des membres de la famille : • travail sur la gestion familiale, la discipline efficace, la supervision, la création de liens, la transmission des valeurs et des attentes familiales et la résolution de problèmes pour les parents

ADOLESCENTS	
	<ul style="list-style-type: none">• développement des aptitudes sociales et renforcement de l'engagement scolaire pour les enfants• cohésion familiale, relations et résolution de conflits pour l'ensemble de la famille• il concentre ses moyens sur le recrutement et la rétention des familles• il est animé par des intervenants formés et soigneusement sélectionnés• s'il est transposé dans un groupe social différent de celui où il a été mis au point, il est adapté pour répondre aux caractéristiques culturelles et socio-économiques de la population cible grâce à un processus documenté, précis et rigoureux
Intervention brève	<p>Facteurs d'efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none">• une séance individuelle évalue l'usage et fournit un counseling et/ou une orientation• elle est conduite par un professionnel formé

Sources : (16, 23, 32, 44, 71)

Annexe 2. Facteurs de risque et de protection vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> • prédisposition génétique • exposition prénatale à l'alcool • problèmes d'attention, de santé mentale ou de comportement (hyperactivité, agressivité, anxiété, dépression, impulsivité...) • exposition à des violences ou des abus • attitude favorable à la consommation de substances psychoactives • attitude de rejet, de rébellion, comportement antisocial • perception d'une banalité de la consommation de substances psychoactives • le fait d'être un garçon • l'avancée en âge 	<ul style="list-style-type: none"> • comportement prosocial • compétences cognitives adaptées à l'âge • compétences sociales et émotionnelles • tempérament prudent
Famille	<ul style="list-style-type: none"> • communication négative • laisser-faire quant à l'usage de substances • conflits parentaux ou familiaux/compositions familiales instables • violences intrafamiliales • parents ou fratrie dépendants à une substance, souffrant de maladie mentale ou impliqués dans des activités criminelles • situation sociale défavorable 	<ul style="list-style-type: none"> • lien parent/enfant sécurisant • supervision, suivi et soutien parentaux • discipline efficace et constante • transmission de valeurs et d'attentes familiales prosociales • implication parentale dans la vie des enfants • aptitudes familiales à la résolution de problèmes/de conflits
Environnement proche	<ul style="list-style-type: none"> • la pression scolaire • l'échec scolaire • le faible sentiment d'appartenance à l'école/le décrochage scolaire • le manque de soutien ou les mauvaises relations avec les adultes • difficultés relationnelles avec les pairs • consommations dans le groupe de pairs, pression des pairs • la disponibilité et l'acceptabilité des substances psychoactives 	<ul style="list-style-type: none"> • accrochage scolaire • présence d'adultes attentionnés • achèvement de la scolarité secondaire • Désir de réussite scolaire • Politiques évitant les exclusions de l'école • Promotion des liens entre enseignants, parents et élèves
Société	<ul style="list-style-type: none"> • publicité et stratégies marketing en direction des enfants et des adolescents • facilité d'accès aux substances psychoactives • le fait de vivre dans une zone de conflit, d'être une personne déplacée, ou d'être victime de troubles politiques ou d'une catastrophe naturelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • lois interdisant ou limitant la publicité de la consommation d'alcool et de tabac auprès du public • lois interdisant aux enfants la consommation d'alcool et de tabac

Sources : (24, 35, 37, 44)

Références

1. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: Anesm; 2017.
2. Roux P, Le Gall JM, Debrus M, Protopopescu C, Ndiaye K, Demoulin B, *et al.* Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. *Addiction* 2016;111(1):94-106.
3. André O, Kartner A, Corty JF, Pfau G. L'analyse de drogues : un outil de réduction des risques pour les usagers de drogues, France. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2013;61S:S336.
4. Langlois E. Le travail payé à la journée pour les jeunes errants : enjeux, bilans et perspectives. Colloque « TAPAJ un an après, vers un déploiement national Bordeaux: Fédération Addiction; 2015.
5. Michels D, Halfen S, Lert F, Lydié N, Delile JM, Arwidson P, *et al.* Change le programme. Rapport d'évaluation. Paris: RESPADD; 2017.
https://gallery.mailchimp.com/6e0fa86cb67b5d4a98c4d0019/files/13d7c001-d0e1-40f7-a4b1-25e5fc8140bd/Rapport_Change_fichier_taille_r%C3%A9duite.pdf
6. Fédération Française d'Addictologie. 1ère Audition publique 2.0 "La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives". Livret de l'Audition publique (programme et rapports des Experts et du Groupe bibliographique). Paris: FFA; 2016.
7. Hirsh E. Questions éthiques et politiques. Dans: L'accompagnement des consommations : constats, enjeux, perspectives. Actes du cycle de séminaires. Paris: Fédération addiction; 2016. p. 10-5.
8. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Synthèse. Paris: MiLDT; 2013.
9. Jauffret-Roustide M. Les drogues. Approche sociologique, économique et politique. Paris: La Documentation Française; 2004.
10. Jauffret-Roustide M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review* 2009;18.
11. Morel A, Couteron JP. Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Paris: Dunod; 2008.
12. Morel A, Chappard P, Couteron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions : Contexte, enjeux, nouvelles pratiques. Paris: Dunod; 2012.
13. Bourdillon F. Traité de prévention. Paris: Médecine-sciences Flammarion; 2009.
14. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Brotherhood A, Sumnall HR, Berber H, Mutatayi C. Standards de qualité européens de prévention des usages de drogues : un guide rapide. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2014.

15. Foxcroft DR. Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prev Sci* 2014;15(6):818-22.
16. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Beck F, Dervaux A, Du Roscoat E, Gallopel-Morvan K, Grall-Bronnec M, *et al.* Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. Paris: INSERM; 2014.
17. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris: INSERM; 2010.
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: EMCDDA; 2010.
19. Fédération Addiction, COLLARD L. Réduire les risques - éthique, posture et pratiques. Paris: Fédération Addiction; 2017.
20. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. RDR alcool. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Paris: ANPAA; 2012.
<https://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-rrdc-lasers.pdf>
21. Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. Traité de santé publique. 3e édition. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2016.
22. REYNAUD M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Traité d'addictologie. Cachan: Lavoisier Médecine; 2016.
23. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue. Vienne: UNODC; 2009.
<https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-F.pdf>
24. Organisation mondiale de la santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Paris: UNESCO; 2017.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002629/262941f.pdf>
25. United Nations Office on Drugs and Crime. International standards on drug use prevention. Second Updated Edition. Vienna: UNODC; 2017.
http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf
26. Eurotox observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues. Soins. Bonnes pratiques en matière d'aide et de soins Bruxelles: Eurotox; 2017.
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret5_Soins.pdf
27. DELILE J-M. En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer, dans tous les secteurs des addictions ? *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE* 2017;3 vol 39:246-65.
28. Savic M, Best D, Manning V, Lubman DI. Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017;12(1):19.
29. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé. Charte d'Ottawa Geneva: OMS; 1986.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

30. Organisation Mondiale de la Santé. Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires : document de fond destiné aux discussions techniques trente-sixième Assemblée mondiale de la Santé, 1983. Genève: OMS; 1983.
31. Organisation Mondiale de la Santé. L'éducation pour la santé. Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. Genève: OMS; 1990.
32. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, BUHLER A, THRUL J. Prevention of addictive behaviours : Updated and expanded edition of Prevention of substance abuse. Luxembourg: EMCDDA; 2015.
33. Prévention et promotion de la santé. Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018.
34. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Health and social responses to drug problems: a European guide. Lisbon: OEDT / EMCDDA; 2017.
35. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. World drug report 2015. New York: United Nations / Nations Unies; 2015.
36. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: EMCDDA; 2011.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf
37. Beck F. Jeunes et addictions. Saint-Denis: OFDT; 2016.
38. Kempf C, Llorca PM, Pizon F, Brousse G, Flaudias V. What's New in Addiction Prevention in Young People: A Literature Review of the Last Years of Research. Front Psychol 2017;8:1131.
39. Couteron JP. Prévention chez les jeunes. Dans: Reynaud M, Karila L, Aublin HJ, Benyamina A, ed. Traité d'addictologie. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2016. p. 234-40.
40. Reynaud-Maurupt C. Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes. Structurer et mettre en oeuvre une stratégie territoriale : Guide méthodologique pour les acteurs des collectivités territoriales. Levens: GRVS; 2015.
41. World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. Geneva: WHO; 1997.
42. Lamboy B, Fortin J, Azorin J-C, Nekaa M. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes [Dossier]. Santé en Action 2015(431):10-40.
43. Fédération Addiction. Les pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs (C.J.C.). Paris: FA; 2012.
<https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/04/guidedefinalCJCweb.pdf>
44. Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Développer nos habiletés. Lignes directrices canadiennes pour les programmes de prévention de l'abus de substances axés sur les habiletés familiales. Ottawa: CCLAT; 2011.
http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2010_CCSA_Family_skill-based_Guidelines_fr.pdf
45. Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, Bantuelle M, Demeulemeester R. Comportement à risque et santé : agir en milieu scolaire. Saint-Denis: INPES; 2008.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

46. Gillet C, Demortier G. Conduites addictives et milieu professionnel. Dans: Reynaud M, Karila L, Aublin HJ, Benyamina A, ed. *Traité d'addictologie*. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2016. p. 251-6.

47. Palle C. Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. Saint-Denis: OFDT; 2015.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpva.pdf>

48. Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques. Quelle influence des conditions de travail sur la consommation de tabac ? DARES Analyses 2016(041):1-7.

49. Lutz G, Cleren P. Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel. III - Interactions conduites de consommation / travail. Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer les consommations de SPA. *Alcoologie et Addictologie* 2013(Tome 35, n°3):261-71.

50. United Nations Office on Drugs and Crime. *Compilation of evidence-based family skills training programmes*. Vienne: UNODC; 2017.
<https://www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf>

51. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* 2017;112(10):1725-39.

52. Institut de veille sanitaire, Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*. Saint-Maurice: InVS; 2014.
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9520

53. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, *et al.* Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33.

54. Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques, Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes & Résultats* 2005;386.

55. Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficiente et inefficace. *Presse Med* 2012.

56. Néfau T, Sannier O, Hubert C, Karolak S, Levi Y. L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. Note 2017-01 ed. Saint-Denis: OFDT; 2017.

57. Sahajian F, Berger-Vergiat A, Pot E. Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2017;65(5):361-7.

58. Michel L, Trouiller P, Chollet A, Molinier M, Duchesne L, Jauffret-Roustide M. Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). *Drug and alcohol review* 2018;37 (Suppl 1):S268-S76.

59. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances*. Paris: INSERM; 2012.

60. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés ». Saint Denis La Plaine: OFDT; 2018.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO180206.pdf>
61. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al.* Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidémiol Hebdo 2013(35-36):445-50.
62. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Dans: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris: INSERM; 2010. p. 309-40.
63. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, *et al.* Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. Bull Epidémiol Hebd 2011(39):409-12.
64. Bird SM, McAuley A, Perry S, Hunter C. Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006-10) versus after (2011-13) comparison. Addiction 2016;111(5):883-91.
65. Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la santé, HOUSSIN D, PODEUR A. Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n°2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2010.
66. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Guide des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2015.
67. Fédération addiction, Association des professionnels de santé exerçant en prison, Association des professionnels des addictions en milieu carcéral. Soins des personnes détenues. Addictions : la continuité des soins des personnes détenues. L'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert. Paris: Fédération Addiction; 2014.
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/FR_Soins-des-personnes-d%C3%A9tenues-2014.pdf
68. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. CSAPA "réfèrent carcéral". Partage de pratiques professionnelles et repères pour agir. Paris: ANPAA; 2015.
<https://anpaa.asso.fr/images/media/201506telechargements/guide-carceral.pdf>
69. Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins, Direction de la sécurité sociale, Direction générale de la cohésion sociale, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Paris: Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la justice ; 2017.
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42889.pdf
70. Hoareau E, Reynaud-Maurupt C. Hépatite C : Renouvellement des stratégies en CAARUD et CSAPA. Manuel méthodologique de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin. Paris: Fédération Addiction; 2018.
71. United Nations Office on Drugs and Crime. International standards on drug use prevention. Vienna: UNODC; 2013.

Participants

► Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

Fédération addiction

Fédération française d'addictologie (FFA)

► Visites sur site au sein d'établissements et de services

ANPAA Pays de la Loire

ANPAA Hauts-de-France

Communauté thérapeutique du Fleuve (Barsac - 33)

CSAPA de l'Association Charonne (Paris 13)

CSAPA Les Apsyades (Rezé - 44)

CSAPA Pierre Nicole (Paris 5)

► Equipe projet

Clément CHAUVEL, chef de projet (ANESM, HAS)

Christiane JEAN-BART, cheffe du service recommandations de la DIQASM (HAS)

Pascale FIRMIN, assistante (ANESM, HAS)

Tiphaine LACAZE, responsable du secteur inclusion sociale (ANESM)

► Groupe de travail

Frédéric ARNAUD, président, Association des patients experts en addictologie (APEA), Asnières

Vincent BERTELOOT, chef de service, CSAPA Soléa, Armentières

Nicolas BONNET, directeur, RESPADD, Paris

Alain DERVAUX, professeur de psychiatrie et d'addictologie, CHU d'Amiens

Nathalie JOANNARD, médecin inspecteur de santé publique, Direction générale de la santé, Paris

Dominique LEGRAND, référente médicale Addictions, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

Carine MUTATAYI, chargée d'études, Observatoire français des drogues et toxicomanies, Paris

Fabrice OLIVET, directeur, Auto-support des usagers de drogues, Paris

Muriel PISSAVY, chargée de projet Prévention et intervention précoce, CSAPA Essonne Accueil Ophelia, Palaiseau

Ariane POMMERY, secrétaire générale, APEA, Asnières

Marcel RATZEL, secrétaire, CAMERUP, Paris

Valère ROGISSART, directeur territorial, Association AURORE, Saint-Denis

► Groupe de lecture

Catherine BERNARD et Ruth GOZLAN, chargées de mission santé, MILDECA, Paris

Véronique BINET-DECAMPS, cheffe du service Management qualité, AP-HP, Paris

Charlène BOSSE, responsable de prévention, ANPAA en Normandie, Caen

Grégory LANGE, chef de service, CSAPA d'Evreux

Georges MARTINHO, délégué général adjoint, Fédération Addiction, Paris

Laurent MICHEL, directeur médical, CSAPA Pierre Nicole, Paris

Maxime CLOQUIE, directeur, CSAPA Pélican, Chambéry
Delphine JARRAUD, adjointe à la Direction nationale des
activités, ANPAA, Paris

Lucie PENNEL, praticien hospitalo-universitaire en phar-
maco-addictologie, CHU de Grenoble

Didier TOUZEAU, chef du pôle addictions et du CSAPA Li-
berté, Hôpital Paul Guiraud, Villejuif

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr