

**NOTE DE  
CADRAGE**

# Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS

Validée le 13 octobre 2020

**Date de la saisine** : [Date de la saisine] **Demandeur** : Cliquez ici pour taper du texte.**Service(s)** : SR/ DiQASM**Personne(s) chargée(s) du projet** : Jean Bart-Christiane, Trépied Valentine, Chauvel Clément, Sow Aissatou

## 1. Présentation et périmètre

### 1.1. Demande

Ce projet de recommandations constitue le troisième volet d'un programme portant sur la « prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives », dont l'élaboration avait été confiée à l'ANESM par la DGCS. Les deux premiers volets ont été publiés :

- Volet 1 : la réduction des risques et des dommages (RDRD) en CAARUD (publication ANESM 2017)
- Volet 2 : la prévention des addictions et la RDRD par les CSAPA (publication HAS 2020)

Lors de la validation de la lettre de cadrage du programme par les instances de l'ANESM, il avait été acté que le cadrage du volet 3 devrait faire l'objet d'une révision, pour s'adresser principalement aux ESSMS et non pas aux CSAPA et CAARUD intervenant dans les ESSMS.

### 1.2. Contexte

- Etat des connaissances (contexte épidémiologique)

Les conduites addictives sont définies, dans une démarche descriptive, par l'ensemble des comportements de consommations de substances psychoactives ou de pratiques sans produit (jeu de hasard et d'argent, jeu vidéo) – usage, usage à risque/nocif et dépendance<sup>1</sup> – et dans une démarche

---

<sup>1</sup> Selon le référentiel de psychiatrie et addictologie, l'usage se définit comme une pratique de consommation sans caractère pathologique (il est défini que pour l'alcool). L'usage nocif caractérise la pratique de consommation répétée induisant des dommages médicaux ou sociaux pour la personne et/ou son environnement sans que les critères de dépendance soient réunis. La dépendance est une pratique se caractérisant par l'impossibilité de s'abstenir de consommer. La dépendance est une pratique se caractérisant par l'impossibilité de s'abstenir de consommer (1)

compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution : pérennisation ou cessation » (Reynaud et al, 1999). L'addiction est la résultante de l'interaction entre des facteurs de risque liés au produit, des facteurs individuels de vulnérabilité et des facteurs de risque environnementaux (Reynaud et al, 2016).

Les recherches récentes concernant les conduites addictives des personnes accompagnées et/ou accueillies en Etablissement Social ou Médico-Social (ESSMS) sont rares voire inexistantes. A ce jour, il n'existe aucune étude épidémiologique française analysant la situation de ces personnes. La plupart des travaux sont fondés sur des études locales quantitatives ou qualitatives (études de cas, départementales ou régionales) qui mettent en lumière des tendances sur les caractéristiques des usages. Cependant, les usagers des ESSMS cumulent des facteurs individuels de vulnérabilité qui peuvent les conduire à adopter des comportements à risque. En effet, les conduites addictives sont profondément marquées par des inégalités sociales de santé et elles sont aussi inégalement distribuées suivant le sexe des personnes (2) (3). Par exemple, la position sociale, la profession et le niveau d'éducation modèlent les rapports individuels aux produits psychoactifs (4). De plus, l'isolement relationnel, l'absence de soutien social de la part de l'entourage, ou les expériences de vie négatives (pauvreté, maltraitance, parcours migratoire, etc.) sont directement associés à une augmentation du risque de comportements de santé néfastes (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11).

Les personnes en situation de handicap peuvent présenter une fragilité sociale, relationnelle et psychique susceptible de les placer en situation de risque en matière de consommation de substances psychoactives licites (alcool, tabac, médicament psychotrope) et des écrans (12). L'usage de substances chez ces personnes est une préoccupation importante et sous-estimée par les professionnels de terrain (13). Une étude montre que pour chaque substance étudiée (tabac, alcool, drogues illicites et médicaments), le taux de consommation est plus élevé chez les personnes en situation de handicap que les autres (40% versus 34% tous produits confondus), exception faite de l'alcool (binge drinking) (14). L'écart est encore plus grand pour les médicaments prescrits, le tabac ainsi que l'héroïne, la cocaïne, la consommation de cannabis et d'oxycodone. Néanmoins les types de conduites addictives rencontrées, les niveaux d'usage et les risques et dommages associés varient considérablement selon le type de handicap considéré, le milieu de vie ainsi que le degré d'autonomie des personnes. En effet, les prévalences de consommation de drogues au cours de la vie sont différentes selon le type de handicaps : de 12% à 14% pour chez les personnes atteintes de déficiences intellectuelles, de 15% à 40% chez celles souffrant d'altérations mentales, de 40% à 50% chez les personnes atteintes de déficience sensorielle et de 50% ou plus pour celles ayant un handicap physique (13). Pour Blandin et Gorwood, près de 50% des personnes bipolaires souffrent d'une addiction (15). Le risque de dépendance est augmenté de 5,8% chez les patients bipolaires par rapport à la population générale et multiplié par 2,3 par rapport aux autres pathologies psychiatriques (16). Aussi, la fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes est nettement plus élevée (66% à 67%) qu'en population générale (30% des sujets) (17). Une autre enquête menée plus spécifiquement auprès des personnes présentant une déficience auditive montre que la consommation de substances psychoactives est globalement à des niveaux égaux ou inférieurs à ceux de la population générale (18). Les niveaux d'usage de consommation de cannabis apparaissent, eux, légèrement supérieurs à ceux observés en population générale. Enfin, les travaux montrent qu'il existe des différences selon la situation de handicap (12). Ainsi, l'usage de substances psychoactives est plus élevé chez les déficients intellectuels légers (19) (20) et en particulier ceux vivant dans une plus grande proximité avec le milieu ordinaire semblent plus exposés et vulnérables au risque (12). De même, une étude quantitative menée au sein de 31 Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) situés dans le Languedoc-Roussillon estime la prévalence du tabagisme à 34% parmi les personnes en situation de handicap alors qu'elle est de 27% dans la population générale d'après le Baromètre Santé de l'INPES (21) (22).

Les conduites addictives des enfants et des jeunes relevant de la protection de l'enfance se caractérisent par une consommation de produits licites (tabac, alcool) et illicites (cannabis principalement, autres drogues moins fréquemment) et par un usage parfois excessif des écrans (23). Une étude réalisée au sein de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) fondée sur la passation d'un questionnaire auprès de 1357 jeunes montre que le tabac est le produit psychoactif le plus largement consommé parmi les jeunes. En effet, 32% des garçons 40% des filles fument au moins onze cigarettes par jour. La majorité d'entre eux a déjà consommé de l'alcool et sa consommation régulière<sup>2</sup> concerne 15% des garçons et 10% des filles (24). Le cannabis est le premier produit illicite expérimenté par les jeunes et sa consommation régulière<sup>3</sup> concerne plus d'un tiers des jeunes de la PJJ. Dans cette étude, l'ecstasy est le deuxième produit illicite expérimenté et la cocaïne occupe une place importante surtout parmi les filles<sup>4</sup>. Ces chiffres s'avèrent supérieurs aux niveaux de consommation rencontrés dans cette tranche d'âge en population générale en particulier pour le tabac, le cannabis et les autres drogues<sup>5</sup>. Des travaux étrangers permettent de combler les rares publications françaises existantes sur les conduites addictives des enfants placés. En effet, d'après la revue systématique de Braciszewski and Stout, le trouble de l'usage de substances psychoactives licites ou illicites demeure un problème important chez les jeunes en foyer d'accueil aux Etats-Unis qu'ils soient actuellement dans le système ou qu'ils l'aient quitté (25). Près de 33% des jeunes étasuniens confiés à des familles d'accueil au cours de leur vie ont expérimenté une drogue illicite contre 21 % des jeunes d'âge égal restés dans leur famille. Les jeunes américains qui recherchent un traitement pour des drogues sont sensiblement plus souvent allés en famille d'accueil pendant leur enfance (26). Selon, le Conseil Economique Social et Environnemental, parmi les mineurs non accompagnés vivant à la rue et pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), certains ont des consommations de substances psychotropes en groupe avec des conduites d'abus particulièrement marquées chez les plus jeunes comme l'inhalation de colle néoprène ou de solvants équivalents. L'alcool et le cannabis sont également très consommés par ces jeunes (27) (28).

Les personnes sans domicile vivant à la rue ont plus fréquemment des consommations à risque par rapport à la population générale (29) (30). Pour les personnes accueillies et/ou hébergées en structures d'accueil, l'enquête SAMENTA<sup>6</sup> menée auprès de sans-domiciles franciliens a permis d'estimer que la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concerne près de trois personnes sur dix (31). Plus précisément, dans le dispositif d'urgence, un tiers des personnes est dépendant ou consomme régulièrement des substances psychoactives et 29,1 % des personnes sont concernées dans le dispositif d'insertion. Elles sont moins d'une personne sur dix dans les hôtels sociaux. Les hommes consomment trois fois plus souvent de produits psychoactifs que les femmes<sup>7</sup>. Plus récemment, une étude menée

---

<sup>2</sup> Définie, dans cette étude, comme dix épisodes ou plus de consommation par mois.

<sup>3</sup> Dans cette étude, la consommation régulière est mesurée par « au moins quarante fois durant la vie ».

<sup>4</sup> Selon cette étude, pour l'ecstasy, durant leur vie, 14% des garçons et 24% des filles en ont pris au moins une fois, 4% des garçons et 8% des filles en ont pris au moins dix fois. Pour la cocaïne, 21% des filles contre 9% des garçons en ont pris ; 6% des filles contre 1% des garçons en ont pris au moins dix fois.

<sup>5</sup> Selon un rapport de l'OFDT, selon les études citées, la consommation régulière d'alcool chez les jeunes âgés de 17 ans varie de 8,4% à 16,7%. La consommation quotidienne de tabac chez les élèves de quatrième et de troisième est de 8,9% et de 17,5% chez les lycéens. De plus, un collégien sur 10 a déjà consommé du cannabis en 2014 dont 1,4 % est en sixième et 23,9 % en troisième. Enfin, en 2011, 12,6 % des jeunes lycéens déclaraient avoir expérimenté une drogue illicite autre que le cannabis contre 9,2 % en 2015.

<sup>6</sup> Dans cette recherche, les types de structures enquêtées ont été : - les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ; - les centres maternels ; - les centres d'hébergement de stabilisation (CHS) ; - les centres d'hébergement d'urgence simples (CHU) ou avec lits infirmiers (LHSS) ; - les hôtels pour les personnes orientées par les 115 ; - les accueils de jour (ou espaces solidarité insertion -ESI) ; - les points de distribution de repas chauds.

<sup>7</sup> Plus précisément, plus d'un tiers (37,5 %) est dépendant ou consomme régulièrement des substances psychoactives contre 11,9 % des femmes (31)

sur le programme expérimental « un chez soi d'abord »<sup>8</sup> (destiné à placer et accompagner dans le logement des personnes sans-abri ayant des troubles psychiatriques sévères) a mis en évidence que 39 % des personnes se révèlent alcoolo-dépendantes et près de 46% présentent des troubles addictifs liés à une ou plusieurs drogues illicites ou médicaments psychotropes (34). Le cannabis est largement présent (60 %), suivi par les stimulants (cocaïne et amphétaminiques) (33 %) et les opiacés (18 %). La polyconsommation concerne la moitié des personnes interrogées dans cette étude.

Enfin, les consommations de substances psychoactives à 60 ans concernent essentiellement les produits licites : alcool, médicaments psychotropes avec ou sans ordonnance et tabac. Les consommations de cannabis ou d'autres produits illicites sont extrêmement rares (35). Selon la société française d'alcoologie, il n'y a pas de données solides de prévalence spécifique de sujets en difficultés avec l'alcool dans la population âgée française (36). En Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes (Ehpad), les résidents sont majoritairement très âgés, polypathologiques et polymédiqués<sup>9</sup> (39). Ils sont plus fragiles concernant l'usage problématique d'alcool et de médicaments psychotropes (40) (39) (41) (42) (18). Il existe des personnes âgées anciennement alcoolo-dépendantes mais également des personnes dont la dépendance à l'alcool est dite tardive (36). Dans deux tiers des cas environ, le mésusage est ancien et s'est poursuivi. Dans un tiers des cas, il a débuté tardivement après 60 ans. Ainsi, en Ehpad, la dépendance à l'alcool concernerait entre 20% à 40% des personnes accompagnées. Cependant, ce chiffre varie d'une publication à une autre. Une étude menée auprès de 368 résidents accompagnés au sein de huit Ehpad publics de la région des Hauts de France a montré qu'environ 18% d'entre eux, majoritairement des hommes, avaient une consommation d'alcool « excessive<sup>10</sup> » (43). Dans une autre enquête réalisée en Loire Atlantique, 107 personnes vivant en Ehpad ont été interrogées et, parmi elles, 15% consommaient plus de 3 verres ou plus par jour (44). Les médicaments psychotropes représentent après l'alcool, la seconde classe de substances psychoactive la plus répandue chez les sujets âgés (45). Les personnes âgées de 65 et plus seraient les plus représentées parmi les consommateurs de benzodiazépines et apparentés, une consommation qui varie selon les études de 39% à 55% dans cette tranche d'âge (46).

- Etat des lieux des pratiques et de l'organisation de l'accompagnement

Cet état des lieux s'appuie sur une littérature existante ainsi que le recueil du point de vue des acteurs de l'addictologie et celui des usagers à travers la réalisation de douze entretiens semi-directifs<sup>11</sup>.

Une réunion de cadrage avec des membres du Comité de concertation a également été organisée. De ces différents échanges sont ressortis les constats partagés suivants :

- les professionnels des ESSMS ne possèdent pas toujours de connaissances à jour sur les addictions (y compris les professionnels de santé) et ne se sentent pas légitimes pour aborder le sujet.

<sup>8</sup> « Un chez soi d'abord » est un programme expérimental inspiré du modèle américain « Housing First », développé à partir de 2011 dans 4 villes françaises (Lille, Marseille, Paris et Toulouse). Il cible une population psychiatrique présentant des troubles schizophréniques ou bipolaires (selon les critères du DSM IV), en « situation d'itinérance absolue ou de logement précaire » et présentant des « besoins sanitaires et sociaux élevés » déterminés par des hospitalisations (supérieures à 2 au cours de l'année précédente), une incarcération durant les 24 derniers mois ou l'abus/dépendance à des substances psychoactives. Le programme propose un logement à la personne (en tant que locataire) ainsi qu'un suivi par une équipe interdisciplinaire coordonnée, organisée autour du principe de l'interchangeabilité des intervenants ou « multi référence » (32) (33). L'accompagnement est orienté par le principe du « rétablissement ».

<sup>9</sup> Selon la DREES, les résidents des Ehpad cumulent en moyenne 8 pathologies et leur âge moyen est de 87 ans et 5 mois (37) (38)

<sup>10</sup> Dans cette étude, la consommation excessive est définie comme étant une consommation quotidienne supérieure ou égale à 3 verres de vin ou équivalent par jour

<sup>11</sup> La grille d'entretien se trouve en annexe 3

- parmi les substances consommées, le tabac occupe une place à part (usage parfois banalisé, vecteur de sociabilité, pouvant faire l'objet de représentations « positives »)
- la question des addictions est abordée la plupart du temps sous l'angle curatif (orientation vers le soin) et souvent à l'occasion d'une crise/d'une situation aiguë (problème de comportement, problème de trafic...).
- dans le secteur social, les problématiques de santé sont souvent mises au second plan par rapport aux problématiques sociales
- la gestion des addictions est principalement pensée au regard de problématiques institutionnelles de sécurité et de tranquillité.
- la question des consommations est souvent évacuée à travers l'adoption de règlements de fonctionnement prohibitifs voire de pratiques de contrôle ne respectant pas les droits des personnes (visites surprises dans les chambres, confiscation ou destruction des produits, contrôle des signes d'ébriété apparents , ...)
- les approches de prévention et de Réduction des Risques (RdR) sont peu connues et/ou peu pratiquées dans les ESSMS. Pourtant, les établissements qui ont mis en place une démarche RDR d'accueil des consommations en constatent les bienfaits sur le climat de l'établissement et les relations entre les professionnels et les usagers.
- les collaborations et les partenariats avec les acteurs du champ spécialisé (CSAPA, CJC, CAARUD...) ne sont pas très développés. A l'inverse, il existe des collaborations et des expériences émergentes et innovantes sur le terrain notamment dans le secteur social (recherche-action « Alcool : intervenir autrement » de la Fédération Addiction ; guide « Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble » de la Fédération Addiction et de la FNARS ; étude « APROCHES » de l'OFDT sur les addictions dans le dispositif « Un chez-soi d'abord »).

Ces constats sont corroborés et complétés par la littérature grise retrouvée sur le sujet :

- tous les professionnels des ESSMS sont confrontés aux usages de produits psychoactifs par certaines personnes accueillies ou hébergées (47). Ils repèrent et connaissent les personnes qui ont des conduites addictives comme l'alcoolisme (48). Par exemple, un état d'alcoolisation apparente le jour de l'entretien d'admission en CHRS rend quasiment impossible l'accompagnement dans ce dispositif (49) (47)
- les professionnels se sentent souvent démunis et impuissants pour accompagner la personne et ils ne savent pas quelle posture adopter (48) (47).
- pour les personnes adultes, le fait de consommer de l'alcool en établissement est intrinsèquement liée au fonctionnement institutionnel et à la réponse des diverses équipes (de soins, d'animation et administrative) (50). Le règlement intérieur de l'établissement conditionne les modes d'accès à l'alcool. De plus, au nom de la sécurité incendie, les possibilités de fumer sont souvent réduites dans les espaces privés et il est interdit aux résidents de fumer dans les espaces collectifs. Les pertes d'autonomie lourdes de certaines personnes en situation de handicap ou âgées ne leur permettent pas de se rendre à l'extérieur de la structure. Ce sont alors les professionnels qui se voient attribuer la gestion de la cigarette des personnes qu'ils accompagnent (45).
- la rareté des références et recherches issues des sciences médicales et sociales laisse le champ libre à diverses propositions d'interventions qui ne sont pas toujours étayées en ESSMS (48). Dans certains établissements, la réponse apportée est celle de l'interdiction du produit.

Pour les personnes âgées, le sevrage garde une place majeure en Ehpad. Cependant, la prohibition fait l'objet de critiques car, selon les auteurs, elle confond usage et mésusage que rien ne peut justifier sur le plan de la santé, ni sur celui du respect fondamental de l'identité et de la liberté individuelle.

- l'insuffisance de réponses adaptées aux personnes en situation de handicap en matière de prévention (47) (48). C'est le cas également pour les personnes âgées (48). Selon le rapport de l'ANESM sur les besoins en santé des personnes handicapées, moins d'un tiers des structures ayant participé à l'enquête ont mentionné la mise en place d'actions portant sur les conduites addictives (51)
- les organismes de référence du champ du handicap sollicitent peu les acteurs de promotion de la santé par méconnaissance. Ils ont du mal à repérer leurs démarches et leurs actions. Les structures évoquent également le manque de temps pour organiser des séances de prévention/éducation à la santé et les difficultés pour assurer la continuité du suivi (12).

#### - Etat des lieux documentaires

Une recherche documentaire préliminaire sur la période 2000-2020 a été conduite au travers de l'interrogation des bases de données (Medline/Emcare, Cochrane Library, SantePsy, BDSP, PRISME, LiSSa, Cairn) et la consultation des sites Internet des institutions, organismes, sociétés savantes réalisant des recommandations de bonne pratique et des guides de pratique (Liste des sites consultés dans l'annexe 2).

La recherche a été limitée :

- à la littérature française pour tout ce qui concerne les données de contexte et l'état des connaissances sur les conduites addictives dans les ESSMS;
- à la littérature internationale pour ce qui concerne les données épidémiologiques sur les populations à l'étude (personnes âgées en perte d'autonomie, enfance et jeunesse protégée, personnes sans-abri, personnes handicapées) et les pratiques et interventions de prévention et de RDRD : recommandations, revues systématiques ou narratives et métaanalyses publiés depuis 2010.

La recherche complète, la sélection et l'analyse des données seront réalisées lors des étapes ultérieures du projet.

Aucune recommandation de bonnes pratiques traitant de la même problématique n'a été identifiée. Néanmoins, les recommandations françaises et internationales ci-dessous pourront être considérées afin de répondre à certaines questions spécifiques

Recommandations françaises :

- Agence Nationale de L'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
- Agence Nationale de L'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013
- Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement, principes généraux et recommandations Inserm, 2014.
- SFA. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement

- SFA. Personnes âgées et consommation d'alcool [Texte court]
- SFA. Personnes âgées et consommation d'alcool [Question 3 – Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ?]

Recommandations internationales traitant de problématiques spécifiques :

- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Alcohol use disorder among older adults. Markham: CCSMH; 2019.
- INESSS. Services externes intensifs pour la clientèle jeunesse présentant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive
- NICE. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services
- NHS. Working with people who use drugs. Guidance for homelessness accommodation services [Scottish Government]

### 1.3. Enjeux

Les vulnérabilités des personnes accompagnées par les ESSMS constituent des facteurs de risque de développer des conduites addictives à risque ou dommageables. Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 piloté par la MILDECA accorde une attention particulière :

- à la situation des personnes en situation de handicap, des personnes ayant de graves troubles psychiatriques, des personnes sans-abri, des personnes migrantes, des mineurs non-accompagnés et des enfants accompagnés par l'ASE et la PJJ (objectifs 3.4, 6.1, 6.6 et 8.2)
- au rôle des ESSMS dans la prévention et la réduction des risques ainsi que leur articulation sur le territoire avec les services spécialisés en addictologie (objectifs 1.1.1, 1.1.4, 6.4.1, 8.2.1)

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

- faire des établissements sanitaires et médico-sociaux des lieux exemplaires en ce qui concerne la lutte contre le tabac (action n°10)
- développer les actions d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac au sein des structures accueillant des publics spécifiques (action n°13)
- intensifier les actions pour mieux prévenir et repérer la consommation du tabac pendant la grossesse et pour protéger les jeunes enfants (action n°14)

Pour pouvoir intégrer la question des conduites addictives dans leurs organisations et dans leurs pratiques d'accompagnement, les professionnels des ESSMS ont besoin de travailler sur les valeurs et les représentations, de mettre à jour leurs connaissances et de disposer de repères, d'outils et de partenariats formalisés pour agir. Il existe, à cet égard, un enjeu à partager et diffuser auprès d'eux les évolutions importantes des concepts, des approches et des réponses relatifs aux addictions au cours de cette dernière décennie et la diversification des outils, programmes et interventions mobilisables en matière de prévention et de RdRD.

### 1.4. Cibles

Cette recommandation s'adresse prioritairement aux professionnels des ESSMS relevant de l'article 312-1 du CASF.

## 1.5. Objectifs

Cette recommandation a pour objectif de fournir des repères et outils aux professionnels sociaux et médico-sociaux en vue de :

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

## 1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

La recommandation abordera les questions présentées ci-dessous :

### 1. Définitions et repères

- les conduites addictives et les risques et dommages liés
  - la prévention et la promotion de la santé
  - la RDRD
  - les caractéristiques des usages et les facteurs de risque pour les populations suivantes :
    - enfance protégée
    - enfants et adultes handicapés
    - personnes âgées en perte d'autonomie (domicile, institution)
    - personnes sans abri
    - personnes migrantes/réfugiées dont mineurs non accompagnés (MNA)
- Pour chacune de ces populations, les différences selon le sexe seront systématiquement investiguées.
- la réglementation en ESSMS

### 2. L'organisation de la structure

- Comment intégrer la question des conduites addictives dans l'établissement ou le service ? Comment recueillir et prendre en compte les attentes et les besoins des personnes et de l'entourage sur cette question ? Comment concilier les enjeux de liberté individuelle et de sécurité/tranquillité collective, dans le respect des droits des personnes et de la réglementation ?
- Comment évaluer les besoins et les attentes des équipes pour intervenir sur cette question ? Quelles sont les connaissances, compétences et postures à mobiliser ? Comment assurer la sensibilisation/formation des professionnels sur l'approche de la prévention et de la RdRD ?
- Comment co-construire des modalités de travail partenarial avec les acteurs du territoire (du soin, de la prévention et de la RdRD) afin d'accompagner l'établissement/le service dans sa réflexion et ses actions de prévention et de RDRD ? Comment favoriser l'accès des personnes accompagnées au dispositif spécialisé et prévenir les ruptures de parcours de santé en addictologie ?

### 3. Les interventions de prévention et de RdRD

Les interventions collectives



- Comment renforcer les connaissances et les compétences des personnes accompagnées en matière de conduites addictives ? en matière de pratiques à moindre risque ? Quelles sont les informations / les repères / les messages à transmettre selon le public visé ? Quels sont les programmes et outils validés de prévention/promotion de la santé, d'éducation thérapeutique et de RdRD mobilisables ?
- Comment favoriser l'intervention par les pairs ? S'agit-il d'une stratégie efficace pour tous les publics ? dans tous les milieux d'intervention ?
- Comment intervenir en situation d'urgence ou de crise liée à la consommation de substances psychoactives ?

### L'accompagnement individuel

- Comment repérer et aborder la question des addictions avec les personnes accompagnées par la structure ? Quels sont les signes d'alerte ? Comment aborder la question en routine/lorsque des signes sont repérés ?
- Comment mener des actions de prévention individuelle auprès des personnes accompagnées ? à quel(s) moment(s) du parcours d'accompagnement ? Quelles sont les interventions ou programmes à recommander par type de public considéré ?
- Comment co-évaluer avec la personne ayant des conduites addictives les risques et les dommages liés à ses usages ? Comment l'aider à les réduire et faciliter son accès au matériel, au conseil, au soin, au soutien ? Quels sont les outils et interventions mobilisables par les différents intervenants (professionnels de santé, travailleurs sociaux...) ?
- Comment accueillir et accompagner une personne ayant un trouble de l'usage et faciliter, en lien avec les partenaires, la continuité des soins/du traitement/de l'accompagnement en addictologie ?
- Comment prendre en considération la question des addictions dans l'élaboration et la réévaluation du projet personnalisé d'accompagnement, dans le respect des choix et des capacités de la personne ? Comment favoriser la participation/l'engagement des personnes ?

### La prise en compte de l'entourage (familial, amical) de la personne

- Comment aborder avec l'entourage la question des conduites addictives du proche accompagné ? Comment associer, le cas échéant, l'entourage aux démarches du proche vers le soin, le conseil, le soutien ? Comment répondre aux besoins de l'entourage (familial, amical) d'une personne ayant un trouble de l'usage ?
- Comment évaluer les répercussions des conduites addictives de l'entourage (familial, amical...) sur la personne accompagnée, réduire les risques et prévenir les dommages liés et accompagner, le cas échéant, la personne vers une prise en charge adaptée (troubles causés par l'alcoolisation fœtale...) ?

## 2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

### 2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode de travail s'appuiera sur le Guide méthodologique d'élaboration des recommandations pour le secteur social et médico-social, en cours de validation par la CSMS.

Elle prévoit en pratique :

- la diffusion d'un appel à contribution, destiné à recueillir les pratiques et interventions innovantes et les besoins et difficultés rencontrés par les équipes de terrain, les personnes et leur entourage
- la réalisation d'une analyse critique de la littérature (avec l'aide d'un ou de deux chargés de projet)
- la mise en place d'un groupe de travail (8 réunions prévues, voir composition qualitative envisagée ci-dessous)
- la constitution de groupes de personnes concernées et de leur entourage, en vue soit de la mobilisation de connaissances (focus groups) soit de l'élaboration des recommandations (GT à distance)
- la relecture des recommandations par un groupe de lecture et par les parties prenantes

### 2.2. Composition qualitative des groupes

Composition du groupe de travail de 15 à 20 personnes :

- Chercheur universitaire addictologue
- Professionnel d'encadrement d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou de résidence autonomie : directeur, cadre de santé
- Professionnel d'encadrement d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ou Foyer Accueil Médicalisé (FAM) : directeur, cadre de santé, infirmier, chef de service
- Professionnel d'encadrement de structure d'aide à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap comme les Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), etc. : directeur, responsable de secteur
- Professionnel d'encadrement d'un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) : directeur, chef de service
- Professionnel d'encadrement d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou un Centre d'Hébergement d'Urgences (CHU) : directeur, chef de service

- Professionnel de santé exerçant dans un établissement d'accueil et de soins pour les personnes sans domicile (LHSS, LAM, ACT...) : médecin, infirmier
- Responsable de service de prévention des addictions / promotion de la santé
- Responsable ou professionnel éducatif, psychologue, infirmier intervenant d'unité éducative en Etablissement de Placement Educatif (EPE) ou en Centre Educatif Renforcé (CER) ou en Centre Educatif Fermé (CEF) ou, et pour le civil, en foyers de l'enfance ou en Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS)
- Responsable d'UEMO (Unité Educative de Milieu Ouvert) ou STEMO (Services Territoriaux Educatifs de Milieux Ouverts) ou Unité Educative d'Accueil de Jour (UEAJ) ou responsable d'AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert)
- Intervenant spécialisé en Réduction des Risques (RdR)
- Professionnel de Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) : médecin, psychologue, éducateur
- Chargé d'études de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) référent en RdR
- Usagers ou représentants d'usagers couvrant les quatre secteurs

Le groupe de lecture multidisciplinaire comprendra des personnes représentantes des professionnels et des usagers.

### 2.3. Productions prévues

- Argumentaire scientifique
- Texte des recommandations

## 3. Calendrier prévisionnel des productions

Date de passage de la note de cadrage en collège : 30/09/2020

Date de validation de la note de cadrage en commission : 13/10/2020

Elaboration d'un appel à contribution et réalisation d'entretiens collectifs avec les usagers des quatre secteurs : Novembre – Janvier 2021

Constitution du groupe de travail : novembre-décembre 2020

Réunions du groupe de travail : janvier 2021 – février 2022

Groupe de relecture : Janvier 2022

Date de passage de la recommandation en collège : mars 2022

Validation de la recommandation en commission : Avril 2022

# Annexes

---

## Annexe 1 : Bibliographie indicative

1. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2e édition révisée Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016.
2. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;Issue 12:CD001088.  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
3. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, George J. System change interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017;Issue 2:CD010742.  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010742.pub2>
4. Jauffret-Roustide M. Les inégalités sociales dans le champ des addictions. Les Tribunes de la santé 2014;2(43):61-8.  
<http://dx.doi.org/10.3917/seve.043.0061>
5. Schulte B, O'Donnell AJ, Kastner S, Schmidt CS, Schäfer I, Reimer J. Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature. Frontiers in psychiatry 2014;5:131.  
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00131>
6. Surkan PJ, Fielding-Miller R, Melchior M. Parental relationship satisfaction in French young adults associated with alcohol abuse and dependence. Addictive behaviors 2012;37(3):313-7.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.10.008>
7. Melotti R, Heron J, Hickman M, Macleod J, Araya R, Lewis G. Adolescent alcohol and tobacco use and early socioeconomic position: the ALSPAC birth cohort. Pediatrics 2011;127(4):e948-55.  
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-3450>
8. Tjora T, Hetland J, Aarø LE, Øverland S. Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development: a longitudinal latent curve model analysis. BMC public health 2011;11:911.  
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-911>
9. Redonnet B, Chollet A, Fombonne E, Bowes L, Melchior M. Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: the socioeconomic context. Drug and alcohol dependence 2012;121(3):231-9.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.002>
10. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. American journal of epidemiology 2007;166(8):966-74.  
<http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwm155>
11. Guardia D, Salleron J, Roelandt J-L, Vaiva G. Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale. L'Encéphale 2017;43(5):435-43.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.06.008>
12. CREA-ORS Languedoc-Roussillon. Prévention des addictions en ESMS relevant du secteur du

13. West SL, Graham CW, Cifu DX. Rates of alcohol/other drug treatment denials to persons with physical disabilities: accessibility concerns *Alcoholism Treatment Quarterly* 2009;27:305-16.
14. Glazier RE, Kling RN. Recent trends in substance abuse among persons with disabilities compared to that of persons without disabilities. *Disability and health journal* 2013;6(2):107-15.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.01.007>
15. Blandin E, Gorwood P. Troubles bipolaires et comorbidités addictives. Dans: Bourgeois ML, Gay C, Henry C, Masson M, ed. *Les troubles bipolaires*. Paris: Lavoisier Médecine Sciences ; 2014. p. 271-9.
16. Masson M, Blecha L, Benyamina A. Troubles bipolaires et addictions [Dossier]. *Santé mentale* 2017;(223):19-61.
17. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale* 2008;34(3):299-305.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.04.003>
18. Substance Misuse Treatment Framework (SMTF) Improving Access to Substance Misuse Treatment for Older People : Welsh Government; 2014.  
<https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-02/substance-misuse-treatment-framework-improving-access-to-substance-misuse-treatment-for-older-people.pdf>
19. Swerts C, Vandeveld S, VanDerNagel JE, Vanderplasschen W, Claes C, De Maeyer J. Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in Flanders. *Research in developmental disabilities* 2017;63:107-17.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.019>
20. Williams F, Kouimtsidis C, Baldacchino A. Alcohol use disorders in people with intellectual disability. *BJPsych Advances* 2018;24:264-72.
21. Stoebner-Delbarre A, Schaub R, Thezenas S, Carluer J, Delaye B, Cupissol D. Aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap : un programme-pilote en Languedoc-Roussillon. *La Santé de l'Homme* 2011;(412):40-1.
22. Marques C, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Pasquereau A, V. N-T. Les fumeurs français : qui sont-ils ? Résultats du baromètre de santé publique France 2017. *Bull Epidemiol Hebd* 2020;14:291-4.
23. Choquet M, Hassler C. La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Retour sur enquête(s) *Les Cahiers Dynamiques* 2009;44(7):27-30.
24. Santé Publique France, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Le Borgès E, Quatremère G, Andler R, Arwidson P, *et al.* Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés : État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2019.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/consommation-de-substances-psychoactives-chez-les-jeunes-en-france-et-dans-certains-pays-a-revenus-eleves-etat-des-lieux-des-modes-et-niveaux-de>
25. Braciszewski JM, Stout RL. Substance use among current and former foster youth: A systematic review. *Children and Youth Services Review* 2012;34(12):2337-44.  
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.011>
26. Simmat-Durand L. Signalements et placements des enfants de mère toxicomane : halshs-00453367 ; 2006.

27. Conseil économique social et environnemental. Les addictions au tabac et à l'alcool. Paris: CESE; 2019.  
[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019\\_02\\_addictions.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_02_addictions.pdf)
28. Bouche Florin L. L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit. *Psychotropes* 2019;25(1):25-45.
29. European Federation of National Organisations Working with the Homeless. Good Practice Guidance for Working with People who are Homeless and Use Drugs. Brussels: FEANTSA; 2015.
30. Direction de la recherche des études d'écarts, Moisy M, Beck F. Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile. *Etudes & Résultats* 2015;(932).
31. Laporte A, Chauvin P. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France : SAMENTA. Paris: Inserm; 2010.  
[https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_Sementa\\_2010.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_Sementa_2010.pdf)
32. Gesmond T, Laval C, Estecahandy P. Le programme expérimental « UN CHEZ-SOI D'ABORD » abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche ; 2016.  
[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/abrege\\_du\\_rapport\\_final\\_volet\\_qualitatif\\_de\\_recherche.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/abrege_du_rapport_final_volet_qualitatif_de_recherche.pdf)
33. Rhenter P. Vers un chez-soi. L'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques. *Le sociographe* 2013;42:59-66.
34. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Milhet M, Protais C, Díaz-Gómez C. Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord ». *Profils et trajectoires de consommation. Tendances* 2019;134.
35. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Le Nézet O, Spilka S, Laffiteau C, Legleye S, Beck F. Usages de substances psychoactives après 60 ans. *Tendances* 2009;67.
36. Société française d'alcoologie, Société française de gériatrie et gérontologie. Personnes âgées et consommation d'alcool. Question 3. Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ? *Alcoologie et Addictologie* 2014;36(3):247-51.
37. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Muller M. L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. *Résultats de l'enquête EHPA 2015. Les dossiers de la DREES* 2017;(20).
38. Direction de la recherche des études d'écarts, Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. *Etudes & Résultats* 2016;(989).
39. Menecier-Ossia L, Kholer M, Moscato A, Menecier P. L'alcool en établissement pour personnes âgées. *Soins Gérontologie* 2014;19(106):34-6.
40. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatria Danubina* 2016;28(1):13-24.
41. Menecier P. L'alcool en EHPAD : un plaisir un risque ou un problème ? *Revue de la Fédération Hospitalière de France* 2012;54:65-9.

42. Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique ? NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2008;8(46):3-8.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.004>
43. Leurs P, Huvent-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puisieux F, Comité Scientifique de la Société Septentrionale de Gérontologie C. La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. La Presse médicale 2010;39(12):e280-e8.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2010.02.054>
44. Chambonnet JY, Vallier S. Risque alcool chez les personnes de plus de 75 ans en Loire-Atlantique. Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie 2006;13(121):10-7.
45. Cudennec T, Griner Abraham V, Menecier P. Les addictions chez les personnes âgées. Soins gérontologie 2017;(123):11-38.
46. Nubukpo P, Clément JP. Addiction aux médicaments et vieillissement. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement 2013;11(3):305-15.  
<http://dx.doi.org/10.1684/pnv.2013.0415>
47. Stehelin A, Blanchard B, Leglise Y, Cheguettine Y, Balandier M, Allegret BG, *et al.* Prévenir et accompagner les conduites addictives dans les ESSMS [dossier]. CAHIERS DE L'ACTIF 2017;(490-491):7-223.
48. Menecier P. Les aînés et l'alcool. Toulouse: ERES; 2010.
49. Michalot T, Simeone A. L'alcoolisation apparente : un critère d'exclusion pour l'admission en C.H.R.S. d'insertion ? Pensée plurielle 2010;23(1):109-22.  
<http://dx.doi.org/10.3917/pp.023.0109>
50. Menecier P, Prieur V, Arèzes C, Menecier L, Rotheval L. L'alcool et le sujet âgé en institution Gérontologie et société 2003;26(105):133-49.
51. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Appel à contributions « Besoins en santé des personnes handicapées » Rapport d'Analyse Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rapport\\_d\\_analyse\\_juillet\\_2013.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rapport_d_analyse_juillet_2013.pdf)

## Annexe 2 : Liste des sites consultés

Association des intervenants en dépendance du Québec - AIDQ  
Association Nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations - ANCREAI  
Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie - ANPAA  
British Association of Social Workers - BASW  
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health - CCSMH  
Centre d'études de documentation d'information et d'action sociale - CEDIAS  
Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française - CISMef  
Conseil de l'Europe - COE  
Eurotox : Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles  
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - l'INSERM  
Fédération addictions - FA  
Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri - FEANTSA  
Fédération française d'addictologie - FFA  
Homeless Hub  
Institut National d'Excellence en Santé et services sociaux du Québec - INESSS  
Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec - MSSS  
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives - MILDECA  
National institute for health and care excellence - NICE  
NHS Evidence  
Observatoire européen des drogues et des toxicomanies - EMCDDA  
Observatoire français des drogues et des toxicomanies - OFDT  
Observatoire SAMU social de Paris  
Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance - CWRP  
Santé publique France - SPF  
Société Française d'Alcoologie - SFA  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA



### Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif pour les professionnels et les usagers

- Quelles sont les données disponibles et les constats de terrain sur les conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, substances illicites, médicaments, jeu, écrans) des publics accompagnés dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (handicap, personnes âgées, personnes hébergées, enfance protégée) ?
- Quelles sont les données disponibles et les constats concernant les connaissances, les compétences et l'état des pratiques des professionnels des ESSMS en matière de réduction des risques et des dommages, de prévention, de repérage et d'accompagnement vers le soin ?
- Quelles sont les approches, les programmes et/ou les outils validés, prometteurs ou innovants mobilisables par les professionnels des ESSMS pour prévenir les addictions ou réduire les risques et les dommages liés aux conduites addictives ?
- Quels sont les enjeux principaux identifiés et attentes vis-à-vis des recommandations à venir ?