

# L'usage de cannabinoïdes de synthèse en hébergement social

Auteur

## **Florine Trebalage**

- ▶ Cheffe de Service au sein du CHRS Pierre Morange – Pôle Social, Association Aide et Protection de l'Enfance et de la Jeunesse (AAPEJ).

L'auteur déclare l'absence de tout lien d'intérêt.

## Contexte

Un Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) a pour vocation de permettre à la personne en rupture d'hébergement de bénéficier d'un accompagnement socio-éducatif global afin d'accéder au logement. Le service d'Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL) est destiné aux personnes qui ont tous leurs droits ouverts. La mission devrait principalement être ciblée sur l'accompagnement vers l'accès et le maintien dans le logement. Or, les spécificités du territoire rendent un accompagnement socio-éducatif global également nécessaire de la part de l'équipe.

Les personnes orientées par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) vers les dispositifs d'hébergements et de logements adaptés ont toutes plus de 18 ans. La majorité d'entre elles n'ont ni ressource financière ni solution d'hébergement. Leurs parcours empruntés d'errance et de ruptures sociales sont venus fragiliser leurs situations administratives et de fait leurs accès au logement.

Le cadre réglementaire (Loi 2002.2 rénovant l'action sociale et médico-sociale) impose aux CHRS la contractualisation d'un contrat de séjour et d'un règlement de fonctionnement dès l'admission de la personne et la co-construction d'un projet personnalisé. Le non-respect de ces documents contractualisés induit la mise en application de la clause résolutoire et par conséquent la fin d'hébergement. La finalité d'un CHRS étant de permettre l'accès au logement par la réussite d'un accompagnement socio-éducatif global.

Le CHRS Pierre Morange dispose de 55 places d'hébergements pour personnes isolées (dont 12 dédiées aux moins de 25 ans). Le parc locatif se compose de 50 appartements dont 42 sur la zone Sainte-Clotilde/Saint-Denis ; 3 sur la commune du Port ; et 5 dans l'Est de l'île sur les communes de Saint-André, Saint-Benoît et Bras-Panon. Tous les appartements sont équipés du mobilier nécessaire, l'association est locataire. La personne est « hébergée » et verse une participation à l'hébergement à hauteur de 15% de ses ressources. Le rapport d'activité de 2021, démontre que le public orienté au CHRS se compose de : 24% de personnes sortantes d'hospitalisation, 24% de personnes sortantes de centre d'hébergement d'urgence et 18% par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

Ce pôle social regroupe divers dispositifs de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI) dédiés à l'hébergement de personnes majeures isolées dans le Nord et le Sud de l'île de La Réunion.

Au sein des hébergements des dispositifs Sud du Pôle Social de l'AAPEJ (45 appartements), le public est principalement composé de personnes sortant de détention.

Les équipes de CHRS se composent essentiellement de travailleurs sociaux de formations différentes : assistants de services sociaux, éducateur spécialisés et moniteurs-éducateurs.

Peu de données sont retrouvées dans la littérature concernant l'usage de cannabinoïdes de synthèse (CS) au sein des structures d'hébergement médico-sociales, et des actions mises en place.

Globalement, plusieurs actions et expérimentations concernant la mise en place de mesures de réduction des risques et des dommages au sein de structures médico-sociales, dont des dispositifs d'hébergement, sont en cours et pourraient être adaptées à La Réunion.

Cet article concerne les résidents hébergés dans les dispositifs Nord et le Sud de l'île de La Réunion de l'AAPEJ, et usagers de « tabac chimique ».

## Méthodologie

Ce travail se base sur la description des situations de 8 résidents, 5 accueillis dans les dispositifs nord et 3 accueillis dans les dispositifs sud du pôle social de l'AAPEJ ; une de ces personnes étant également bénéficiaire du dispositif d'Accompagnement Vers et dans le Logement (AVDL). Un des résidents suivis par les professionnels du dispositif Nord est uniquement accompagné par le service AVDL et bénéficiait de l'intermédiation locative.

Les données sont issues de plusieurs sources :

- des entretiens semi-directifs (3 résidents),
- le contenu et l'analyse des fiches d'événements indésirables (3 résidents) remplies en juillet et août 2021,
- des échanges entre professionnels autour des situations rencontrées (5 résidents),
- les réponses à un questionnaire distribué en juin 2021 aux résidents du CHRS Pierre Morange (7 réponses).

Dans le cadre d'un Appel à Manifestation d'Intérêts (AMI) sur les addictions, un **questionnaire** a été distribué en juin 2021 à l'ensemble des résidents du CHRS Pierre Morange (annexe 2) et rempli de façon anonyme : 7 réponses ont été obtenues. L'objectif était d'avoir plus d'éléments sur l'usage de produits psychoactifs par les résidents. Cela a permis, toujours dans le cadre de l'AMI, la mise en place du Dispositif d'Intervention Précoce-Précarité géré par la Fédération des Acteurs de la Solidarité – Océan Indien (FAS-OI)<sup>1</sup>.

Ce travail s'appuie également sur **un retour d'expérience et un échange entre les professionnels du CHRS Pierre Morange** au sujet de 2 situations auxquelles l'équipe socio-éducative été confrontée au sein du dispositif Nord au deuxième semestre de 2021.

Ces situations concernaient une résidente âgée de 22 ans et un jeune homme âgé de 29 ans orientés vers le CHRS après une période en détention. L'issue pour ces 2 jeunes a été une fin d'hébergement, ce qui a déclenché la prise en compte de l'usage de tabac chimique dans l'accompagnement social global des résidents des dispositifs.

Pour rappel, étant donné que la question des consommations se pose dès l'admission dans les dispositifs de l'AAPEJ, les référents sociaux étaient bien informés des consommations d'alcool et de cannabis de certains résidents. En revanche, l'usage de tabac chimique n'avait été évoqué par aucun des usagers à l'admission. De plus, l'usage de ce produit était inconnu par les professionnels de l'établissement jusqu'en juin 2021.

Il est donc apparu important de collecter des informations sur le produit et ses usages dès lors que ces derniers ont entraîné des conséquences directes sur le maintien de la personne accompagnée au sein de la structure d'hébergement ; et analyser les liens de causalité entre les nouveaux comportements observés et leurs impacts sur le maintien au sein de l'hébergement via des échanges entre professionnels.

A la suite de la gestion de ces 2 situations par l'équipe socio-éducative du CHRS Pierre Morange, une **grille d'entretien semi-directif** sur les usages du « tabac chimique » a été élaborée pour ce travail afin d'affiner les connaissances (annexe 1).

Cette grille d'entretien a permis de mieux comprendre l'usage de tabac chimique de 3 des résidents du dispositif Nord. Les entretiens ont été passés par l'auteur de l'article, dans le cadre de l'accompagnement des personnes, dans les locaux administratifs du CHRS selon les disponibilités des résidents en mettant en exergue la garantie de l'anonymat et la visée de l'expertise.

Les 2 autres résidents du dispositif Nord n'ont pas pu être interviewés : l'un avait quitté le CHRS et le second était hospitalisé. Ces résidents ont fait l'objet d'une fiche événement indésirable.

Les résidents du dispositif Sud n'ont pas eu d'entretien semi-directif.

Les situations de 3 résidents du dispositif Nord ont fait l'objet de **fiches événements indésirables** (2 en juillet 2021 et 1 en août 2021) ; un entretien semi-directif avait été proposé à un de ces résidents.

Les fiches « événements indésirables » sont des documents que les professionnels doivent renseigner lorsqu'un dysfonctionnement perturbant l'activité du service apparaît. Le professionnel doit y noter : les circonstances et le déroulement des faits, le nombre de personnes exposées et les conséquences constatées au moment de la transmission d'informations (annexe 3). L'analyse de ces fiches a permis d'approfondir l'origine de ces événements indésirables et comprendre que le point commun à ces situations relevait de l'usage du tabac chimique.

La problématique des poly-consommations (alcool, tabac et zamal pour ces 3 résidents) était devenue un axe de travail dans le cadre de leur accompagnement social global : les résidents pouvaient verbaliser les conséquences de leurs problématiques addictives sur leur santé globale et leur vie quotidienne. L'accompagnement vers le soin faisant partie intégrante de leur projet personnalisé co-construit avec leur référent social.

<sup>1</sup><https://www.federationsolidarite-oi.org/dipprecarite>

Ces 3 résidents ont été reçus par l'équipe mobile de l'association Addictions France à la demande des référents sociaux, et ont pu bénéficier d'un ou plusieurs rendez-vous en CSAPA.

L'ensemble de ces expériences et données de terrain ont été analysées à la lumière d'une recherche documentaire, des apports théoriques et des analyses croisées avec les professionnels de l'addictologie lors des réunions cliniques et des réunions de sensibilisations.

## Expertise

### ► **Les caractéristiques des usagers**

Les 5 usagers identifiés au sein du dispositif Nord avaient moins de 30 ans.

Selon les données recueillies via le questionnaire, la consommation de tabac chimique (y compris les consommations ponctuelles) touche en effet essentiellement les résidents de moins de 30 ans. Ces usagers déclarent par ailleurs une consommation d'alcool et de cannabis régulière (consommations bien identifiées par les référents sociaux) et une consommation de cocaïne très occasionnelle.

### ► **Le repérage**

#### **Dispositif Nord**

Au 2<sup>e</sup> semestre 2021, les équipes socio-éducatives ont agi dans l'urgence face à des « conduites à risques » (errance, sexualité), des « mises en danger » (prêts d'argent, déplacements inadaptés, comportements prostitutionnels...) et des « décompensations » (accès de violences, hurlements, réelle rupture avec la réalité). Il a été relevé des signes d'anxiété injustifiés et des angoisses démesurées sans rapport avec la réalité. Ces situations concernaient 5 résidents âgés de moins de 30 ans accueillis dans les dispositifs Nord.

La référente sociale d'un premier résident (éducatrice spécialisée) est intervenue suite à l'urgence signifiée par celui-ci. Ce dernier a contacté le service en faisant part de ses hallucinations et de son impossibilité à se déplacer. Le discours incohérent du résident a induit une visite à domicile du référent social suivi d'un accompagnement vers le CHU Nord. L'équipe n'avait jamais été confrontée à ce type de comportement chez les personnes accompagnées.

Par la suite, les entretiens sociaux menés dans le cadre de l'accompagnement social global de ces résidents ont mis en évidence l'usage commun de cannabinoïdes de synthèse (CS), alors que ce produit était jusqu'alors non identifié par les travailleurs sociaux, et ce malgré un questionnement par le référent social des conduites addictives. Ce sont les effets et les conséquences repérées chez les résidents qui ont attiré l'attention de l'équipe éducative.

Selon les témoignages de partenaires spécialisés dans l'insertion professionnelle des jeunes (chantier d'insertion) et de nouveaux résidents, cet usage de CS a été relevé principalement sur les hébergements situés au Nord du département (et notamment les hébergements localisés sur des quartiers repérés à l'Ouest de Sainte-Clotilde - quartier des Camélias, ainsi qu'à l'Est de Sainte-Clotilde - quartier du Chaudron).



## **Dispositif Sud**

Au sein des hébergements des dispositifs Sud, la consommation de « tabac chimique » a été repérée chez 3 résidents âgés de moins de 25 ans dès leur admission en CHRS en 2021.

Ce n'est pas le produit qui a été immédiatement repéré par l'équipe socio-éducative mais les effets du produit inconnus des travailleurs sociaux qui accompagnent régulièrement des personnes consommant de l'alcool et du cannabis.

L'équipe a pu mettre en lumière des attitudes étranges et inadaptées, le sentiment de persécution verbalisé par les résidents, et la perception de voix extérieures. Ces effets ont interrogé l'équipe sur le type de produit consommé par les 3 résidents qui décrivaient des symptômes similaires.

Les premiers signaux qui ont alerté l'équipe socio-éducative et étayé leur vigilance n'étaient pas spécifiques à la prise de tabac chimique mais se confondaient avec des symptômes de mal-être, dont l'absentéisme répété en milieu professionnel, l'isolement relationnel, et des phases dépressives [1].

### **► Le premier usage de « tabac chimique »**

## **Dispositif Nord**

Concernant les 3 résidents consommateurs de tabac chimique au sein des dispositifs Nord ayant eu un entretien semi-directif, il apparaît que le premier usage s'est fait en groupe ou en binôme. Aucune personne interrogée n'a consommé seule, de sa propre initiative la première fois.

En revanche, ils étaient tous les 3, avant leur première prise de tabac chimique, des consommateurs réguliers de « zamal<sup>2</sup> » et d'alcool. Les entretiens semi-directifs révèlent que la recherche d'un effet spécifique (plus amplifié par rapport à leur consommation habituelle de zamal et d'alcool) ne demeure pas le motif de la première prise.

La première prise a été vécue comme une opportunité, un essai normalisé par le groupe. D'ailleurs, un seul des résidents interviewés a continué sa consommation après sa première prise. Il précise qu'il en a consommé régulièrement (soit tous les 2 jours) par rapport aux « effets spirituels » que cela lui procurait. Cet état est probablement la raison pour laquelle le tabac chimique est également dénommé « drogue du chamane » chez certains consommateurs.

Suite à leur première prise, deux de ces résidents ont fait l'objet de décompensations massives qui ont nécessité une hospitalisation puis un suivi en Centre-Medico-Psychologique (CMP).

Au total, même s'il n'est pas possible de généraliser ces constats à l'ensemble des jeunes de moins de 30 ans de La Réunion, la première prise de tabac chimique chez ces jeunes résidents est intervenue dans un moment de fragilité dans leur parcours.

Les 5 résidents ont tous traversé des périodes traumatiques durant leur enfance et/ou leur adolescence qui se sont manifestées par des ruptures brutales. Pour 3 de ces 5 résidents des fragilités psychologiques étaient déjà repérées par l'équipe socio-éducative sans qu'un accompagnement thérapeutique n'ait pu être mis en place. Probablement parce que 4 de ces jeunes ont pu verbaliser qu'ils avaient déjà pu rencontrer des psychologues lorsqu'ils étaient mineurs dans le cadre de leur accompagnement en Protection de l'Enfance mais qu'il n'en voyait plus l'intérêt.

Trois de ces 5 résidents bénéficiaient d'un accompagnement socio-éducatif ciblé sur leur insertion par l'activité économique. Les 2 autres étaient en situation d'emploi. En revanche, leur référent social avait bien repéré l'intérêt de mettre en place un espace thérapeutique adapté compte-tenu des traumatismes vécus, notamment par : une psychothérapie classique, de l'art thérapie ou de la thérapie familiale selon les profils.

<sup>2</sup> Appellation du cannabis à La Réunion

## ► **Les conséquences de la première prise sur les plans médical et professionnel et la poursuite de la consommation**

Parmi les 5 personnes hébergées au sein des dispositifs Nord, 2 ont continué leurs consommations : une jeune femme et un jeune homme qui justifie sa consommation pour répondre à sa quête de spiritualité. Il s'agit des 2 jeunes pour lesquels une fin d'hébergement a été décidée. Un échange entre professionnels sous forme de « retour d'expérience » a été proposé.

Ce dernier a été accompagné par l'équipe mobile de l'association Addictions France afin de gérer sa consommation, qu'il a choisi de compenser par un usage important d'alcool (précisément de rhum). Selon lui, l'accoutumance au tabac chimique semble plus importante que celle de ses consommations premières, zamal et alcool. Il verbalise une impossibilité à arrêter sa consommation et qu'il ne peut compenser que par de l'alcool.

L'autre résidente a arrêté toute activité professionnelle en se projetant uniquement dans la recherche du produit. Sa place d'hébergement n'a pu être maintenue puisqu'elle ne réglait plus sa participation à l'hébergement, elle a abandonné son poste et surtout a refusé tout lien avec l'équipe mobile Addictions France. Au fil de sa consommation, elle a eu recours à la prostitution de survie pour se procurer le produit. Ces informations ont été recueillies par les acteurs du territoire, les voisins à proximité et son ex compagnon.

Trois autres n'ont pas poursuivi leurs consommations après la 1ère prise. Toutefois les consommations d'autres substances psychoactives (alcool) ont continué et nécessité des soins. Un résident souligne qu'il a eu « peur » des conséquences de cette première prise. Il dit avoir ressenti une forte angoisse qui n'a fait que s'amplifier puisqu'il n'était plus maître de ses déplacements et pense avoir « rampé » pour accéder à son hébergement.

Les 2 résidents qui ont fait l'objet d'une décompensation se rejoignent sur le fait que leur hospitalisation et les retours des professionnels de santé leur ont fait prendre conscience de l'état de détresse psychique dans lequel ils se trouvaient. Par « crainte » que cet état ne se répète, ils ont arrêté la consommation de tabac chimique. L'un d'entre eux souligne que sa décompensation lui a fait perdre ses acquis professionnels, sa compagne et ses aptitudes physiques. Sa convalescence a duré 2 mois au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR). Cette période a impacté toute sa sphère socio-professionnelle.

## ► **La prise de cannabinoïdes de synthèse et le maintien dans l'hébergement**

Parmi les situations « marquantes » concernant les 5 résidents suivis dans le dispositif Nord, les conséquences pour l'hébergement ont été les suivantes :

- 2 fins d'hébergement pour non respect du contrat de séjour et la consommation a induit des violences physiques sur autrui. L'une des résidentes a exprimé elle-même sa volonté de ne plus être accompagnée par le service.
- 1 réintégration au sein du dispositif avec un contrat d'objectifs qui mentionne la nécessité d'une coordination des soins pour un résident qui a décompensé
- 1 maintien au sein de l'hébergement avec la collaboration du service d'addictologie du CHU Nord. Une période de sevrage a été sollicitée par le résident en amont de la mise en place d'un projet de soins adaptés. Cet accompagnement au sevrage s'est mis en place grâce à l'accompagnement en binôme par l'équipe mobile et le CSAPA de l'association Addictions France.
- 1 maintien au sein de l'hébergement avec des rencontres ponctuelles avec l'équipe mobile de l'association Addictions France et un accompagnement ciblé vers l'accès au logement dispensé par un opérateur différent.

Pour ces 5 situations, des effets psychiques qui ne s'apparentent à aucun autre produit consommé par les résidents ont été relevés. Les équipes socio-éducatives ne connaissaient ni le produit, ni ses effets. Aucune mesure « préventive » face à ce phénomène n'était connue ni recommandée par les partenaires [2].

## ► **L'usage du « tabac chimique » en détention**

Parmi les entretiens menés auprès des personnes hébergées sur le dispositif Nord, 2 personnes ont connu une période de détention. Si elles témoignent de la possibilité de consommer le tabac chimique en milieu carcéral, ces 2 personnes expliquent qu'elles n'en consommaient pas durant leur incarcération.

Cependant, elles précisent que les détenus ont accès à cette drogue par le biais de « colis » préparés et envoyés par des personnes extérieures vers le centre pénitentiaire. Les 2 personnes expliquent qu'elles ne savent pas s'il y a des confections artisanales en détention mais elles déclarent avoir repéré que ce sont les détenus originaires principalement d'une communauté qui en sont les consommateurs.

Au sein des dispositifs Sud, la référente sociale évoque 3 situations pour lesquelles elle a repéré une consommation de tabac chimique : les usagers ont moins de 25 ans et un parcours carcéral. Elle note que durant ses visites en détention, elle a pu repérer des détenus qui semblaient avoir consommé ce cannabinoïde de synthèse et selon elle « la population carcérale originaire d'une communauté est plus consommatrice de cette drogue en détention ». Il semblerait qu'en détention il n'y ait pas de transfert de ce produit vers la population réunionnaise, cela se ferait plutôt à la sortie de détention suite au « choc carcéral » et à l'accès facile vers tous types de drogues. Les personnes subissent les effets du « choc carcéral<sup>3</sup> » [3] puisqu'elles passent d'un milieu « contenu » au « milieu ouvert » au sein duquel elles recouvrent toutes formes de libertés.

## Conclusion

### ► **Messages clés et perspectives**

Le postulat de l'auteur est que les problématiques addictives sont inhérentes au public hébergé en CHRS. En effet, les parcours de vie des personnes hébergées sont emprunts de ruptures familiales et d'absence de liens sociaux. L'isolement relationnel des personnes hébergées couplé aux fragilités psychologiques non prises en charge rendent le public particulièrement vulnérable. A leur arrivée en CHRS, les personnes ont atteint la majorité et ont déjà une longue expérience de la consommation de substances psychoactives.

Selon les données recueillies lors des 3 entretiens semi-directifs réalisés, les motifs de la première prise de « tabac chimique » semblent multiples. Les résidents usagers de tabac chimique ont tous une longue expérience de la consommation d'alcool et de cannabis. L'influence du groupe et de l'environnement du jeune dans cette première prise est rapportée.

Ce produit apparaît accessible rapidement et à moindre coût. Selon les personnes interviewées, le prix était le même voire moins élevé que celui du zamal sur certains quartiers de Saint-Denis.

Au regard des difficultés socio-économiques du public accompagné sur les dispositifs d'hébergement, il est probable que cette population soit donc la plus encline à aller vers ce produit et cette modalité d'expérimentation puisque la consommation en groupe peut être assimilée à une manière de rompre l'isolement relationnel. L'intérêt de cette première prise peut être questionné. Est-ce un « rite » qui permet d'appartenir au groupe ? D'être valorisé et reconnu par le groupe ? Ce point est abordé dans l'article 7 - "Dynamiques, pratiques et représentations sociales liées aux cannabinoïdes de synthèse : regard socio-anthropologique" p.98

<sup>3</sup> C'est-à-dire « l'effet que produit sur la conscience le brutal décalage entre l'existence du dehors et celle du dedans : la coupure d'avec les siens, la réduction de l'espace, la perte de l'intimité, la dépossession des biens, la confrontation avec un univers matériel contraint et souvent sordide, les ordres, le bruit, la solitude, la violence... »

Les 2 décompensations induites par la prise de tabac chimique mettent en lumière que l'hospitalisation et la période de rétablissement a permis aux 2 résidents d'être acteurs de leur sevrage. L'intérêt d'un éloignement géographique médicalisé lorsque les personnes ont repéré leurs problématiques addictives et souhaitent être accompagnées peut être questionné.

Il apparaît nécessaire que les professionnels en lien avec les personnes issues de la grande précarité puissent être formés pour mieux connaître tous nouveaux types de produits afin d'intervenir de manière préventive.

Une formation en approche systémique (approche spécifique des relations sociales qui ne se focalisent pas uniquement sur l'individu mais sur ses relations et son environnement) [4] dans le cadre de l'accompagnement social global permettrait aux professionnels d'avoir une analyse étayée sur les interactions entre la personne accompagnée et son environnement afin d'évaluer les relations de l'utilisateur au produit. Par exemple, le principe de l'analyse systémique de Palo Alto est de considérer que si la difficulté de la personne perdure encore à l'instant présent, cela signifie que les tentatives de solutions qu'elle met en place ne fonctionnent pas. Il s'agit donc d'intervenir sur les interactions entre la personne et son environnement pour tenter d'y impulser un changement.

La montée en compétence des professionnels assurerait une démarche inclusive pour éviter des sorties sèches pour non-respect du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement. Cela favoriserait la réduction des risques et des dommages en hébergement et la gestion de la consommation.

Enfin, le maintien d'une démarche co-construite avec l'équipe mobile de l'association Addictions France pour que les interventions au sein de l'environnement du résident perdurent et permettent de mettre le résident en dynamique sur ses habitudes de consommation.

## ► **Recommandations**

- Il paraît indispensable d'étoffer l'équipe mobile en addictologie de l'association Addictions France afin d'intervenir précocement avec le référent social en direction du résident :
  - présence d'un membre de l'équipe mobile à chaque entrée au CHRS en présence du référent social. Il serait préférable que ce soit un psychologue formé en addictologie et ayant une bonne connaissance du public en situation de grande précarité,
  - permanences animées par l'équipe mobile de l'association Addictions France au sein de l'établissement avec des supports de médiation collectifs plus informels qui facilitent la communication autour des consommations telles que : des actions collectives, des séances de sport adapté, des jeux de société, de cartes spécifiques,
  - mise en place de groupes de paroles sur la santé globale afin de sensibiliser les résidents,
  - organisation de temps de formation « générale » des travailleurs sociaux pour que leurs interventions soient structurées et précoces.
- La création et la mise en œuvre d'un protocole d'accueil spécifique et d'une équipe pluriprofessionnelle au sein des Centres d'hébergement pour les résidents ayant des problématiques addictives :
  - intérêt d'un éventuel éloignement géographique médicalisé lorsque les personnes ont repéré leurs problématiques addictives et souhaitent être accompagnées,
  - mise en place de commissions au sein des dispositifs d'hébergement en présence du référent social de l'hébergement, de l'équipe mobile de l'association Addictions France, d'un psychiatre de CMP animé par la coordinatrice du SIAO afin de créer un parcours résidentiel adapté aux besoins de la personne,



- création de places d'hébergement contingentées par le SIAO pour des personnes ayant des problématiques addictives connues afin de spécialiser les interventions et d'adapter le maintien au sein de l'hébergement. Des financements spécifiques seraient à envisager avec l'ARS, la Directions de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DEETS) et le Département. L'objectif serait de permettre l'augmentation des ressources humaines disponibles avec un ETP infirmier et un ETP psychologue afin de permettre un accompagnement paramédical en hébergement.
- Permettre des lieux de consommation de cannabis thérapeutique accompagnés par les professionnels au sein des locaux du CHRS pour faciliter la réduction des risques et des dommages [5].
- Former les professionnels et les futurs professionnels :
  - former les professionnels du secteur de l'hébergement social au repérage, à l'évaluation (approche systémique), et à l'accompagnement des personnes consommatrices de substances psychoactives [6],
  - former les professionnels et les étudiants en travail social en contact avec les personnes en grande précarité : connaissance des différents produits, de leurs effets, et des messages de réduction des risques.
- Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier la consommation de nouveaux produits au sein des structures d'hébergement.
- S'inspirer de l'expérience de Mayotte où différentes structures d'hébergement ont participé à un travail de thèse de médecine [7].

## Bibliographie


1. Fédération Française d'Addictologie. La Réduction des Risques et des dommages. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. La Réduction des Risques et des dommages liés aux conduites addictives. Journal du Droit des Jeunes. 2016.
2. Addictologie 2019 p 381 à 390 « Usagers, parcours et rétablissement » Emmanuelle JOUET, Tim GREATEN, Robert FISHER, Alain MOREL.
3. Continuité et discontinuité de la condition pénitentiaire. Jean-Marie DELARUE revue du MAUSS 2012/2 (n°40) p73 à 102.
4. Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies. Myriam CASSEN « Le journal des psychologues 2008/1 n°254.
5. La Réduction des risques et des dommages en tout lieu. Nina TISSOT « La politique du Logement d'abord en Pratique ». Presses de Rhizome 2022.
6. Promouvoir la Réduction des Risques du CAARUD au CHRS. Marie-Lise ROBERT VST (Vie Sociale et Traitements) 2017/2 n°134.
7. Fleury A, Daculsi PH. Profil médico-social des patients ayant consulté au Centre d'addictologie de Mayotte en 2015 pour usage de nouveaux produits de synthèse, une étude rétrospective. Therapies. févr 2017;72(1):151-2.

## Grille d'entretien semi-directif

### ***Rappel du contexte de l'expertise, de son intérêt et garantie de l'anonymat.***

- 1) Age
- 2) Origine des consommations de substances psychoactives ? De tabac chimique ?
- 3) Objectif de la consommation de tabac chimique ?
- 4) Pourquoi ce changement de produit ? Comment s'est déroulé votre première prise de tabac chimique ?
- 5) Éléments de contexte ? Pourquoi ? Quand ? Comment ? Où ?
- 6) Fréquence de la consommation ?
- 7) Facilité à se procurer le produit ? Lieux connus pour s'acheter le produit ? Ou produit rare ? Tarifs ?
- 8) Consommation courante dans votre entourage ?
- 9) Usage du produit en détention ?
- 10) Connaissez-vous la composition du tabac chimique ?
- 11) Est-ce-que cette consommation vous a donné envie de consommer d'autres produits ? Expliquez.

## Fiche événement indésirable (FEI)

	<p><b>Formulaire de transmission de l'information à la DJSCS</b></p> <p><b>Dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales<sup>1</sup></b></p>
<p>Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</p>	
<p>PRÉFET DE LA RÉUNION</p>	

*Conformément à l'article R331-8 du CASF, la DJSCS demande aux directrices et aux directeurs des établissements, des services, des lieux de vie ou d'accueil qu'elle autorise, agréé ou subventionne de lui transmettre sans délai à l'aide du formulaire<sup>2</sup> ci-dessous les informations concernant les dysfonctionnements graves et événements prévus par l'article L.331-8-1 du CASF.*

Cette fiche de signalement remplie par vos soins doit être adressée à l'adresse courriel suivante :

- [djcs974-plce@jscs.gouv.fr](mailto:djscs974-plce@jscs.gouv.fr)

Etablissement, service, lieu de vie, lieu d'accueil	
Date et heure de la déclaration :	Coordonnées et nom de la personne à joindre :
Nom de la structure : Nom du rédacteur de la FEI :	Personne concernée :  Mlle X
Adresse de la structure :	

Prénom, Nom et qualité du déclarant :

Autorité(s) administrative(s) informée(s) :

ARS       Préfet    DDCS-PP       Service Pénitentiaire    SPIP    Président du conseil départemental (la Cellule Départementale des Informations Préoccupantes).

**Nature des faits : Les exemples cités dans les catégories ci-après ne constituent pas une liste exhaustive, mais ont vocation à vous aider à identifier les dysfonctionnements et les événements qui relèvent de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.**

<sup>1</sup> En application de l'article L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles, fait l'objet d'une information aux autorités administratives compétentes « tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation [des structures sociales et médico-sociales] susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées ».

Chaque structure informe les autorités administratives compétentes des faits qui relèvent de son périmètre d'activité et renseigne les items qui lui sont adaptés et pertinents au regard de ses missions et de son mode d'intervention.

La transmission de ces informations aux autorités administratives ne dispense en aucune manière de signaler, le cas échéant, le dysfonctionnement ou l'événement mentionné à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles aux autorités judiciaires compétentes. Le directeur ou le responsable de la structure actualisera ou complètera ces informations en cas de nouveaux développements.

<sup>2</sup> Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement de structures sociales et médico-sociales



Type de dysfonctionnement ou d'évènement	Décrire ou préciser
<p><b>1. Sinistre ou événement météorologique</b> <i>(par exemple : inondation, tempête, cyclone, incendie, rupture de fourniture d'électricité, d'eau...)</i></p>	
<p><b>2. Accident ou incident lié à une défaillance technique</b> <i>(par exemple : pannes prolongées d'électricité, d'ascenseur...)</i></p> <p><b>et événement en santé environnementale</b> <i>(par exemple : épidémie, intoxication ; légionnelle, maladies infectieuses...)</i></p>	
<p><b>3. Perturbation dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines</b> <i>(par exemple : vacance de poste prolongée, notamment d'encadrement, difficulté de recrutement, absence imprévue de plusieurs personnels, turn over du personnel, grève..., mettant en difficulté l'effectivité de la prise en charge ou la sécurité des personnes accueillies).</i></p>	
<p><b>4. Accident ou incident lié à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance</b> <i>(par exemple : erreur dans la prise de médicament, retard dans la prise en charge ...)</i></p>	
<p><b>5. Perturbation de l'organisation ou du fonctionnement liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille ou des proches ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure</b> <i>(par exemple : conflit important sur la prise en charge d'une personne, menaces répétées, demandes inadaptées, défiance à l'encontre du personnel, activités illicites...)</i></p>	
<p><b>6. Décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne</b> <i>(par exemple : suite à une chute, un accident.)</i></p>	
<p><b>7. Suicide ou tentative de suicide</b></p>	

<p><b>8. Situation de maltraitance envers les usagers</b></p> <p><i>(par exemple : violence physique, psychologique ou morale, agression sexuelle, négligence grave, privation de droit, vol, comportement d'emprise, isolement vis-à-vis des proches, défaut d'adaptation des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite...)</i></p>	
<p><b>9. Disparition inquiétante</b></p> <p><i>(disparition entraînant la mobilisation des services de police ou de gendarmerie pour rechercher la personne)</i></p>	
<p><b>10. Comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure</b></p> <p><i>(par exemple : agressivité, menaces, violence physique, agression sexuelle...)</i></p> <p><b>ainsi que manquement grave au règlement de fonctionnement</b></p> <p><i>(par exemple : non-respect des règles de vie en collectivité, pratiques ou comportements inadaptés ou délictueux...)</i></p>	
<p><b>11. Actes de malveillance au sein de la structure</b></p> <p><i>(par exemple : détérioration volontaire de locaux, d'équipement ou de matériel, vol...)</i></p>	<p>L'appartement occupé par <b>Melle X</b> a basculé en « repère » occupé par des jeunes extérieurs à la structure, une douzaine selon l'agent polyvalent. Ces derniers ont dégradé les lieux.</p>



*Circonstances et déroulements des faits : Préciser notamment la date et l'heure des faits et de leur con*

### Nombre de personnes victimes ou exposées

1 personne : **Mme X**

### Conséquences constatées au moment de la transmission de l'information

<b>Pour la ou les personnes prises en charge</b> <i>(par exemple : décès, hospitalisation, blessure, aggravation de l'état de santé, changement de comportement ou d'humeur...)</i>	-
<b>Pour les personnels</b> <i>(par exemple : empêchement de venir sur le lieu de travail, arrêt maladie, réquisition...)</i>	-
<b>Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure</b> <i>(par exemple : difficulté d'approvisionnement, difficulté d'accès à la structure ou sur le lieu de prise en charge de la personne, nécessité de déplacer les usagers, suspension d'activité...)</i>	-

### Demande d'intervention des secours *(Pompiers, SAMU, police, gendarmerie...)*

OUI  préciser:

NON

## Mesures immédiates prises par la structure

Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées	-
Pour assurer la continuité de la prise en charge, le cas échéant	
A l'égard des autres personnes prises en charge ou du personnel, le cas échéant (par exemple : information à l'ensemble des usagers, soutien psychologique...)	

## Information des personnes concernées, des familles et des proches *sous réserve de l'accord de la personne concernée selon la nature des faits*

---

---

## Dispositions prises ou envisagées par la structure

<b>Concernant les usagers</b> <i>(par exemple : adaptation de la prise en charge, révision du projet d'accompagnement, soutien, fin de prise en charge...)</i>	-
<b>Concernant le personnel</b> <i>(par exemple : formation, sensibilisation, soutien, mesure conservatoire, mesure disciplinaire...)</i>	-
<b>Concernant l'organisation du travail</b> <i>(par exemple : révision du planning, des procédures...)</i>	

<p><b>Concernant la structure</b>  <i>(par exemple : aménagement ou réparation des locaux ou équipements, information ou communication interne et/ou externe, demande d'aide ou d'appui, notamment à la DJSCS, activation d'une cellule de crise, activation d'un plan...)</i></p>	-
--	---

**Suites administratives ou judiciaires**  
*(Indiquer les coordonnées des structures saisies et la date)*

Enquête de police ou de gendarmerie	
Dépôt de plainte	
Signalement au procureur de la République	

**Evolutions prévisibles ou difficultés attendues**

**Répercussions médiatiques**

<p>Le dysfonctionnement ou l'événement mentionné à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles peut-il avoir un impact médiatique ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Les médias sont-ils déjà informés de ces faits ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p>
<p>Communication effectuée ou prévue ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, préciser :</p>	



## Questionnaire « problématiques addictives »



AAPEJ  
Pôle social

*Afin d'améliorer la qualité de votre accompagnement au sein de nos dispositifs, nous sollicitons votre attention pour répondre à ce questionnaire liés aux problématiques addictives au sein des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et des Maisons-Relais.*

1- Consommez-vous de l'alcool ? OUI  NON

Si oui, à quel fréquence consommez-vous et quelle quantité :

- 1 verre par jour  
 Plusieurs verres par jour (préciser le nombre :.....)  
 1 bouteille par jour  Plus d'une bouteille par jour (combien ?.....)

2- Consommez- vous d'autres produits ? OUI  NON

- Canabis/zamal** : (1 fois par jour ?  ; plusieurs fois par jour ?  Préciser combien.....)  
 **Tabac chimic** : (1 prise par jour ?  ; plusieurs fois par jour ?  (Préciser combien.....)  
 **Cachets** : (1 prise par jour ?  ; plusieurs fois par jour ?  (Préciser combien.....)  
 **Rivotril** : (1 prise par jour ?  ; plusieurs fois par jour ?  (Préciser combien.....)  
 **Cocaïne** : (1 prise par jour ?  ; plusieurs fois par jour ?  (Préciser combien.....)  
 **Autres** : (1 prise par jour ?  ; plusieurs fois par jour ?  (Préciser combien.....)

A préciser : .....

3- Avez-vous été suivi par un Centre de Soins en Addictologie ? OUI  NON

Si oui, continuez-vous votre suivi ?

Si non, pourquoi ?

4- Selon vous, quelles améliorations permettraient la reprise de votre accompagnement en addictologie ? (Type de professionnels, modalités d'intervention, actions collectives...)

*Nous vous remercions de votre participation*