

Journée régionale des acteurs de la réduction des risques – le 17 décembre 2025 à Reims

Compte-rendu de l'atelier : La réduction des risques en résidentiel

- **Intervenants :**
 - Allan CHAVASTELLE, chef de service CTR-ATR-ACT, CMSEA - Centre des Wads
 - Frédéric GARDE, personne accompagnée à Argos – Ithaque
 - Nicolas LEMOINE, éducateur spécialisé - Ithaque
 - **Modérateur :** Dr Valérie JEANROY, médecin addictologue au CSAPA d'Haguenau, CH Haguenau
-

Objectif du Séminaire

Analyser et partager les stratégies de mise en œuvre de la réduction des risques (RDR) au sein des structures d'hébergement thérapeutique. L'objectif est de documenter le changement de paradigme, passant d'une logique de sanction à une approche d'accompagnement centrée sur l'usager, et d'identifier les bonnes pratiques ainsi que les défis persistants.

Synthèse des Présentations

1. Évolution et Application de la RDR en Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)

Intervenant principal : Allan CHAVASTELLE

L'intervention a retracé l'évolution historique de la RDR, soulignant le passage d'une vision où "soigner, c'est guérir, et guérir, c'est arrêter" à une approche centrée sur la personne, reconnue comme un sujet de droit et non plus un objet de soin.

Points Clés : * **Changement de paradigme :** Le principal défi a été d'accompagner le changement de mentalité au sein des équipes soignantes, souvent réticentes et considérant la RDR comme une incitation à la consommation. Ce processus a nécessité plusieurs années (2023-2027) pour passer de la "sanction" à une "réponse

adaptée”. * **Cadre de référence** : L’approche s’appuie sur le référentiel de la HAS (octobre 2022), qui promeut le respect des droits, la bientraitance, le renforcement du pouvoir d’agir et l’accompagnement global de la personne “là où elle en est”. * **Dispositif du CTR de Foville** : * **Groupe de prévention de la rechute** : Animé par un psychologue, basé sur le volontariat, pour améliorer la conscience des mécanismes de rechute. * **Sorties thérapeutiques** : Les résidents peuvent désormais revenir en ayant consommé. La consommation est ensuite discutée et travaillée, marquant une rupture avec l’ancienne pratique de sanction systématique. * **Exposition progressive** : Des initiatives comme les “cocktails sans alcool” dans des contenants ressemblant à des bouteilles de vin sont mises en place avec l’accord du groupe pour réapprendre à vivre avec le produit dans un cadre social. * **Activités thérapeutiques diversifiées** : L’art-thérapie, le théâtre et le jardinage sont utilisés pour travailler sur les émotions, considérant l’addiction comme une “pathologie des émotions et du lien”. * **Gouvernance participative** : Des réunions d’expression et la présence d’un représentant des résidents en réunion de service sont encouragées pour maximiser les espaces de parole.

2. La RDR dans un Hébergement Adossé à une Salle de Consommation

Intervenant principal : Nicolas LEMOINE

Cette présentation a détaillé le parcours d’accompagnement en trois phases (avant, pendant, après) au sein de l’hébergement de Argos, qui dispose de 19 places.

Points Clés : * **Avant l’hébergement** : Un travail pluridisciplinaire est mené en amont dans la salle de consommation pour créer un premier lien, connaître la personne et initier le projet de soins. * **Pendant l’hébergement** : * L’accueil est basé sur le projet de la personne, qu’il vise l’abstinence, la gestion ou simplement l’accès à des soins somatiques (ex: hépatite). * Une approche “d’aller-vers” est privilégiée, avec des médecins, infirmiers, psychiatres et psychologues qui se déplacent dans les chambres, rendant l’accès aux soins moins formel et plus efficace. * La RDR est travaillée au quotidien et dans tous les espaces de vie (cuisine, etc.). * **Après l’hébergement** : L’objectif est de maintenir le lien avec la salle de consommation pour assurer une continuité du suivi, même en l’absence de solution de logement stable. Un accompagnement est poursuivi pendant 6 mois post-sortie. * **Défis identifiés** : * La gestion des décompensations en santé mentale. * La gestion du deal et de la violence, qui constituent les limites non négociables de la structure. * L’articulation avec le cadre légal, qui peut parfois parasiter les pratiques de RDR.

3. Témoignages

1. **Elali (Monitrice-éducatrice) :** A rappelé que l'objectif n'est plus la "guérison" mais le "rétablissement" et le "tendre vers le bien-être", en accompagnant les projets des personnes sans jugement.
 2. **Résidents/Bénéficiaires :** Ont partagé leur parcours, illustrant la difficulté de concilier des objectifs d'abstinence et de gestion au sein d'un même collectif. Un bénéficiaire a témoigné de la manière dont la structure lui a permis de réduire sa consommation, d'accéder plus facilement aux soins (qu'il ne parvenait pas à organiser seul) et d'améliorer ses pratiques d'hygiène.
-

Discussions et Pistes de Réflexion

Les échanges avec les participants ont soulevé plusieurs points cruciaux :

3. **La fonction de la consommation :** Un participant a insisté sur le fait que la consommation répond à un besoin ou une recherche de bien-être. La RDR doit pragmatiquement reconnaître cette fonction pour ne pas invalider l'expérience des usagers.
4. **RDR en collectif :** La mise en place de la RDR dans un groupe hétérogène est un défi. La réponse apportée a été la nécessité de :
 - **Définir un projet commun** dès l'admission.
 - **Obtenir le consentement** du groupe pour les activités d'exposition.
 - **Utiliser les réunions d'expression** pour verbaliser les ressentis.
 - **Assurer un suivi individuel** pour accompagner les personnes en difficulté.
5. **L'implication des équipes :** Une cheffe de service a partagé son expérience sur la transition vers la RDR, qui a provoqué des résistances et même des départs au sein de son équipe. Cela souligne l'importance cruciale de la formation, du soutien et de la co-construction du projet avec les professionnels.
6. **Double diagnostic (Psychiatrie et Addictologie) :** La présence d'un psychiatre sur site est perçue comme un atout majeur pour gérer les situations complexes. La discussion a mis en lumière l'objectif principal de la RDR : **simplifier la vie des gens** et leur accès aux soins, en évitant de les faire "courir partout".

7. **Temporalité et progressivité** : La durée limitée des séjours en CTR semble en contradiction avec le temps long nécessaire à la RDR. La nécessité de rendre les séjours “progressifs” et de préparer activement le lien avec les dispositifs de droit commun (“milieu ordinaire”) est une orientation majeure.
-

Actions et Recommandations

- **Poursuivre la formation des équipes** : Renforcer la connaissance et l’adhésion des professionnels à la philosophie de la RDR pour assurer la cohérence des pratiques.
- **Co-construire les cadres d’intervention** : Impliquer les résidents dans la définition des règles de vie et des modalités d’accompagnement, notamment sur les questions de sanction et de réparation.
- **Développer des parcours progressifs** : Structurer les séjours pour préparer la sortie et le passage vers des dispositifs moins protecteurs, en renforçant les liens avec les services extérieurs (médecins de ville, CMP, etc.).
- **Documenter et partager les pratiques innovantes** : Capitaliser sur les expériences réussies (ex: “séjours carbone”, exposition progressive) pour diffuser les bonnes pratiques.
- **Clarifier le cadre légal** : Mener une réflexion sur les paradoxes entre les impératifs de la RDR (ex: consommation d’alcool en chambre) et le cadre réglementaire des établissements.