

**« L'hébergement des usagers actifs entre urgence, soin et citoyenneté : quels enjeux ? ».**

Afin d'apporter quelques éléments de réponse à cette question ,je m'appuierai sur l'expérience de la mise en place, du développement du centre d'hébergement d'urgence « sleep in » de l'association Cédre bleu pour montrer comment l'hébergement d'urgence pour les usagers actifs les plus « précarisés » peut être un support pour limiter la dégradation de leurs situations sanitaires et sociales mais surtout peut permettre son amélioration .

La prise de conscience de la chronicité de la pathologie addictive, peut marquer un tournant dans la prise en charge : plutôt que d'imposer le soin et l'abstinence, on permet à l'utilisateur d'être en mesure d'adopter un comportement responsable par rapport aux dommages liés à ses pratiques et son mode de vie

J'essaierai de montrer l'importance de la prise en compte des capacités individuelles de l'utilisateur à se projeter dans l'après... après la rue ; après l'urgence ,après le sleep in.

Cela amène à proposer des lieux, rassurants tant physiquement que psychologiquement pour permettre à chacun quel que soit ses envies ou ses possibilités de se projeter vers un mieux être et non pas de devoir adopter des comportements attendus.

J'insisterai sur le fait que la RDR ne doit pas être réduite uniquement aux risques infectieux, même si c'est une priorité, mais doit être entendue plus globalement comme réduction des risques physiques, psychologiques et sociaux.

C'est une discipline complémentaire de l'offre de sevrage et de mise à distance des produits qui justifie le développement des lieux d'accueil, dits à « bas seuil », en direction des usagers les plus désocialisés

J'essaierai également de montrer comment en proposant un accueil collectif tout en garantissant une individualisation de l'accompagnement on peut éviter une standardisation des solutions proposées, en l'occurrence soit le soin médicalisé, soit la consommation , soit l'abstinence, soit la rue.

J'espère réussir à démontrer qu'à partir de la protection élémentaire et humanitaire que garantissent les prestations hôtelières de première nécessité (mise à l'abri) le désir d'accéder aux droits sociaux et à la santé peut émerger.

Pour illustrer concrètement ce propos, je présenterai rapidement le travail partenarial avec l'ensemble des CAARUD de la métropole Lilloise, le travail avec les professionnels spécialisés dans la prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes en situation de grande précarité ainsi que des professionnels du soin spécialisé en toxicomanie

C'est cette mutualisation de compétences organisée sous forme d'un réseau partenarial qui peut permettre aux usagers d'objectiver leur situation et de définir une stratégie adaptée pour faire évoluer celle-ci vers un mieux être global. Ce mode

d'intervention leur donne la possibilité de trouver les relais nécessaires, en terme d'accompagnement et de soutien dans la mise en œuvre et à la réalisation d'un projet de vie.

C'est l'accès à ce réseau de partenaires qui peut permettre une réactivité plus efficiente aux potentielles ruptures et/ou échecs par une adaptation personnalisée du parcours de soin, et ce quel qu'il soit.

Aborder la notion de soin et de prendre soin confirme que le soin ne passe pas prioritairement par le médical :une gestion des consommations peut être une première forme de soin.

Avant de vous présenter concrètement le projet du centre d'hébergement d'urgence « Sleep in », il me paraît important de préciser rapidement ce que l'on entend par urgence, soin et citoyenneté.

Ce rappel conceptuel nous permettra de mieux comprendre pourquoi et comment un centre d'hébergement d'urgence, au travers de ses missions de protection asilaire, au travers d'un règlement de fonctionnement ,de son articulation avec l'ensemble du dispositif d'hébergement de droit commun ,peut être un support à l'insertion ou la réinsertion des usagers actifs de drogues les plus désocialisés.

Tout d'abord, le concept d'insertion définit toute l'action sociale. .,finalite de l'action sociale l'insertion relève à la fois d'un travail pédagogique et de l'accès aux droits.

Ce terme définit à la fois l'objectif poursuivi par les diverses interventions sociales et qualifie la démarche employée pour y parvenir.

Pourtant, et bien qu'il soit couramment employé dans des textes législatifs ou réglementaires, il n'en existe pas de définition officielle. Ce qui a mon sens est mieux ainsi car une définition précise risquerait de marquer un public et d'enfermer les actions dans un cadre rigide.

Lorsqu'elle désigne la finalité de l'action sociale, l'insertion renvoie à la bonne inscription de la personne dans la communauté sociale. C'est donc une notion nécessairement relative, évolutive dans le temps, mais aussi pluri-dimensionnelle :

L'insertion peut donc être économique, professionnelle, culturelle, relationnelle, citoyenne, elle peut se situer dans la ville, dans un quartier, dans une communauté

Son contenu est à la fois juridique, avec le bénéfice des droits reconnus à tout citoyen et le respect de ses devoirs, et humain, avec la capacité à établir et entretenir des relations sociales.

Lorsqu'elle désigne la démarche de l'intervention sociale, l'insertion recouvre à la fois un travail pédagogique visant à rendre la personne plus autonome, et des actions de soutien visant à lui permettre d'accéder à ses droits.

De même que le mot d'insertion, celui d'urgence est utilisé pour désigner une catégorie de l'hébergement,( avec un coût budgetaire qui n'est pas le sujet ici ) et une définition opérationnelle qui est **un accueil inconditionnel et de courte durée.**

Pour tenter de définir le concept de l'urgence dans le domaine social, il faut distinguer les deux niveaux qu'elle recouvre : la situation d'urgence et l'intervention d'urgence, autrement dit le besoin et la réponse à ce besoin.

Une situation d'urgence sociale est une situation de danger.

La situation d'urgence sociale peut se définir par le danger encouru par une personne. elle nécessite, une intervention, faute de quoi elle entraînera des conséquences graves.

On distingue deux catégories parmi les situations d'urgence :

-la situation **d'urgence de rupture** : la personne se retrouve brutalement sans logement

-la situation **d'urgence installée** : la personne est en danger depuis un temps indéterminé ; elle s'est trouvée auparavant confrontée à une situation de rupture face à laquelle aucune réponse adaptée n'a été apportée et elle continue d'en subir les conséquences, ou bien sa situation s'est dégradée progressivement et a atteint un point critique mettant gravement en danger sa santé physique et psychique

Les situations « installées » ne sont pas moins urgentes que les autres car elles correspondent à un danger tout aussi réel.

L'intervention d'urgence relève de l'assistance à personne en danger. A ce titre elle doit être immédiate et inconditionnelle.

Il s'agit d'empêcher l'irréparable, la détérioration irréversible de la santé, l'entrée ou l'enfoncement dans un processus de désocialisation....

Pour des personnes dont la situation d'urgence relève du logement, cela passe d'abord par la mise à l'abri dans un lieu décent et protecteur.

Cependant l'intervention d'urgence sociale peut-elle se limiter à cette mise à l'abri ?

L'urgence sociale n'est pas l'urgence de sinistre : Il n'en va pas de même pour les personnes en difficulté sociale qui constituent la cible du dispositif d'hébergement social.

Dès lors que l'hébergement s'inscrit dans une action sociale, il ne peut pas se limiter à une intervention de type « gestion de crise ».

On oppose parfois à ce raisonnement le fait que certaines personnes seraient inaptes à l'insertion sociale.

S'il est juste de dire que certaines ne demandent pas autre chose qu'un abri, que d'autres n'expriment pas cette demande, peut-on pour autant renoncer à leur proposer une perspective d'insertion dans la société?

Un dispositif d'urgence sociale ne peut répondre à sa vocation que s'il s'organise à partir des besoins des usagers .

Pendant très longtemps, on a fonctionné dans une logique d'établissement : une place se libérait dans tel CHRS et il s'agissait de l'attribuer à la personne correspondant le mieux à son projet d'établissement. La logique d'un dispositif d'hébergement est inverse : une personne est à la rue et il convient de rechercher une place disponible pour l'accueillir.

Les centres d'hébergement d'urgence se définissent donc comme des lieux ouverts à toute personne se trouvant à la rue. et proposent un abri « asilaire » pour la nuit ou pour quelques jours dans l'attente d'une solution plus pérenne.

La situation de l'hébergé est évaluée, il est accompagné dans une démarche d'accès aux droits et redirigé vers une structure d'insertion plus adaptée..

Le caractère inconditionnel de l'accueil renvoi directement à la notion de citoyenneté

Dans une société démocratique, la citoyenneté est l'une des composantes du lien social, notamment par l'égalité des droits qui lui est associée.

La citoyenneté symbolise le respect des droits et devoirs des citoyens, permettant une vie en communauté harmonieuse et durable. Chaque citoyen exerce à sa façon la citoyenneté telle qu'elle est établie par les lois et intégrée dans l'ensemble des mœurs de la société à laquelle il appartient.

Mais qu'en est-il pour les personnes, pour les usagers de structures sociales donc pour des citoyens, qui du fait de leur problématique individuelle se retrouvent à ne pas ou ne plus être en mesure de respecter les lois ou les plus exactement les bonnes mœurs de la société au sein de laquelle ils évoluent ?

En France, l'usage de drogue est toujours régi par une loi prohibitionniste vieille de plus de 40 ans. Tu ne respectes pas la loi , tu es puni, ou tu es obligé de te soigner...

Toutefois depuis l'officialisation en 1995 de la politique de réduction des risques et des dommages infectieux et l'autorisation de la mise sur le marché de traitements de substitution, l'approche de la problématique addictive liée à l'usage de drogues s'oriente vers une prise en charge globale des usagers.

La RDR qui s'est développée à partir de l'urgence de santé publique que constituait l'épidémie de SIDA dans les années 80 s'est construite autour de l'héroïne et de son usage intraveineux, aujourd'hui, il convient d'élargir cette notion de réduction des risques à d'autres usages, d'autres modes de consommation et donc d'autres types de consommateurs dépendants dont la consommation problématique entraîne des dommages sanitaires et sociaux ne leur permettant plus d'exercer pleinement leur citoyenneté. C'est-à-dire d'être en mesure de vivre harmonieusement en société.

La RDR n'ayant pas pour but de cautionner les pratiques toxicomaniaques, elle tente de réaliser un équilibre entre prévention et logique thérapeutique. Elle constitue une démarche spécifique qui s'inscrit pleinement dans une prévention tertiaire et prend une part importante dans la promotion de la santé. On accepte donc d'accompagner la dépendance des usagers de

drogues qui ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas cesser leurs consommation, en créant ou recréant un lien social qui permet l'amélioration de leur état de santé global et limite la dégradation de leur conditions de vie.

En 2006 avec la création des CAARUD on marque un tournant dans la prise en charge : plutôt que d'imposer le soin et l'abstinence, on permet aux usagers actifs de pouvoir être en mesure d'adopter un comportement responsable par rapport aux dommages inhérents à leurs pratiques de consommation mais également à leurs conditions de vie., pour eux mais également pour leurs environnement. Cette reconnaissance législative de la rdr est le point de bascule entre le soin imposé et la possibilité de prendre soin de soi et des autres.

La réduction des risques ne se limite donc pas à la prévention des complications sanitaires découlant de l'usage de produit, elle prend en considération l'ensemble des facteurs susceptibles d'aggraver la situation sociale des usagers de drogue. Et ce quel que soit leur niveau d'intégration sociale. D'où la nécessité de développer des lieux d'accueil, dits à bas seuil d'accessibilité, en direction des usagers les plus désocialisés.

L'association le Cèdre Bleu, à travers l'action de ses professionnels de terrain intervenant au sein du CAARUD **Sleep in**, met en place des actions adaptées à un public fortement précarisé et marginalisé usager de drogues actif par une responsabilisation et une approche éducative de la Réduction Des Risques

Le CAARUD « sleep in » est avant tout un centre d'hébergement d'urgence de nuit pour les usagers de drogues non abstinents ne pouvant pas ou ne voulant pas stopper leurs consommations. Il s'est construit et développé autour d'un projet d'établissement qui se pose comme une alternative à la question de la répression et du soin imposé.

Mais le sleep in c'est également un ensemble d'actions complémentaires articulées autour de d'un centre d'hébergement. Depuis 3 ans, le sleep in développe également des actions de travail de rue différentes et complémentaires, une collecte de seringues usagées, une maraude partenariale avec l'équipe de la CMAO et une action partenariale « inter CAARUD »d'intervention en squat..

## **SUPPORT POWER POINT**

Ce centre d'hébergement d'urgence a ouvert ses portes au public le 1er avril 2001.

Il propose un accompagnement pour les usagers de drogues actifs, qui ne soit pas conditionné par l'existence d'un projet de sevrage ,d'abstinence ou de soins.

Le terme **sleep'in** trouve son origine dans un cahier des charges et un appel d'offre spécifique.

Le premier « sleep'in » est né en 1994 à Paris grâce au travail et au militantisme d'Anna FRADET et de son équipe .Il est né de cette idée « on n'emmerde pas les gens avec ce qu'ils font ,ni avec ce qu'ils devraient faire... ».

Le sleep in de Lille quand à lui est né suite à une l'étude réalisée par la cour des comptes en 1998 sur la question des toxicomanies .Le Nord de la France apparaissait comme le département français le plus touché par le problème de drogue. A l'inverse il n'arrivait qu'en 13ème position en matière de financement public se rapportant aux soins. L'arrondissement de Lille était géographiquement la zone la plus touchée du département et la ville de Lille regroupait à elle seule 70% des usagers actifs..

En 1999, la DDASS du Nord a diffusé aux CHRS et CSST, un appel d'offres concernant la création d'un SLEEP IN. Suite à un travail partenarial avec l'ensemble des acteurs régionaux, l'association Le Cedre bleu a ouvert le centre d'hébergement en 2001.

Les usagers actifs, en rupture familiale et sociale se retrouvent exclus des dispositifs spécialisés en toxicomanie faute d'être capables de formuler une demande de soins par rapport à leur problématique.

Actuellement encore les dispositifs d'hébergement d'urgence classiques ne correspondent pas nécessairement aux besoins de ce public spécifique. Les usagers de drogues non stabilisés, par leur rythme et par leur mode de vie, ne sont momentanément pas en capacité de répondre aux exigences de fonctionnement des structures d'hébergement traditionnel pour « tout public».

Cette exclusion des dispositifs de droit commun renforce l'errance qui elle-même multiplie les risques en matière de santé ; risques infectieux ; conduite délinquante ; situation administrative très complexe..

Seules des réponses à seuil adapté , c'est-à-dire qui ne proposent pas directement un soin visant l'arrêt de leur usage de drogue, permettent de répondre à des besoins fondamentaux et peuvent prétendre les aider à accéder ultérieurement à une demande de soins ou de mieux être concernant leur dépendance.

Le CAARUD SLEEP IN propose donc aux personnes en rupture sociale, un lieu où elles peuvent se poser à l'abri des agressions et des lois de la rue.

Les travailleurs sociaux qui interviennent dans ce type de services ont donc pour objectif principal de sécuriser physiquement et psychologiquement les personnes accueillies. C'est à partir de cette protection élémentaire et humanitaire que le désir d'accéder aux droits sociaux et à la santé pourra émerger.

C'est pourquoi en parallèle des prestations hôtelières et éducatives de première nécessité, le CAARUD SLEEP IN propose également un accès à une consultation sociale et à une consultation médicale.post hébergement le lendemain matin.

L'accès à ces consultations n'est pas obligatoire et ne conditionne pas l'accès au centre d'hébergement

Lors de ces consultations, du soutien, des orientations et des accompagnements vers des prises en charge plus classiques en addictologie peuvent alors être proposées (accompagnement psychosocial, sevrage hospitalier, substitution, appartements thérapeutiques, communautés thérapeutiques par exemple). De même, en fonction de chaque

situation, des orientations et des accompagnements vers les dispositifs de droit commun peuvent être réalisés et soutenus.

Le sleep'in répond ainsi à un besoin réel d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement à côté des dispositifs d'hébergement d'urgence pour tout public « sans domicile fixe » et il vient compléter le dispositif de soins spécialisé en toxicomanie.

La mission du sleep'in est donc de proposer ,à un public consommateur dépendant, des prestations hôtelières et des interventions socio-éducatives de première nécessité.: gîte et couvert, hygiène, soins infirmiers, accueil, écoute, soutien, conseils et orientations sont proposés.

Il s'agit parfois, pour certains usagers de drogues actifs, du premier contact avec des équipes spécialisées en addictologie.

Pour d'autres, l'intervention du sleep'in s'inscrit dans un projet de soins, souvent chaotique et émaillé de ruptures.

L'accès aux soins liés à l'usage de drogue n'est donc pas obligatoire pour obtenir l'entrée dans le service les usagers ne sont pas contraints de présenter un projet de soins pour faciliter leur admission. Néanmoins, la volonté et le désir de changement verbalisé par un usager de drogues en cours de séjour seront favorisés.

En quoi le fait d'héberger ponctuellement des usagers ne souhaitant pas ou ne pouvant pas stopper leurs consommations, peut être un support à l'amélioration globale de leur situation ?

Comment favoriser la dynamique de changement ?

Quels support peut on utiliser dans l'accompagnement de ce public ?

Tout d'abord le sleep in est **UN LIEU D'ACCUEIL COLLECTIF** accessible de 20h30 chaque soir à 8h le lendemain matin.

Chaque soir, 11 adultes, hommes et femmes, seuls ou en couple, « sans domicile fixe » et usagers actifs s de différents produits psychotropes...

Pour bénéficier d'une nuit d'hébergement, l'utilisateur doit réserver une place par téléphone le matin dès 9h.Cette forme d'admission reste la plus souple possible.

L'admission sans réservation téléphonique est possible si des places restent disponibles après 21h30.suite à la non venue de certains usagers.

Ce mode de réservation correspond aux usagers de drogues les plus précarisés, ceux qui n'arrivent pas à téléphoner le matin par exemple.

Le Sleep in c'est aussi la possibilité d'accéder sur un même lieu à un réseau de professionnels susceptibles d'apporter une aide ou un soutien dans la mise en place d'un projet de vie. .

Au fur et à mesure de l'expérience acquise les professionnels qui interviennent au sein du CAARUD, en concertation permanente avec l'ensemble des personnes sollicitant l'hébergement, ont pu identifier les besoins spécifiques des usagers et adapter le fonctionnement de la structure à la réalité de ces besoins.

Les notions d'addiction et de dépendance renvoient à la satisfaction d'un besoin qui devient vital. La satisfaction de ce besoin conduit à des modifications de comportements qui peuvent contribuer au rejet de la personne par son environnement social et familial. Derrière des usagers de substances psychoactives, il y a des individus qui voient leur existence bouleversée par leur addiction. Etiquetées tox , drogués ou alcooliques il s'agit bien de personnes au parcours différencié et en souffrance. Leur accompagnement est d'autant plus complexe que les structures de personnalités sont bien souvent pathologiques et que les produits consommés peuvent faire naître ou du moins aggraver des troubles psychiatriques. Ces troubles peuvent engendrer des comportements agressifs et dépressifs qui complexifient leurs accompagnements. Si la précarité sociale aggrave la toxicomanie et les maladies afférentes, elle rend bien sûr plus problématique encore le recours aux soins.

Pour certains cette consommation de produit ne leur permet pas de se projeter, dans un premier temps, dans un « mieux être » au delà de la satisfaction du besoin de consommer.

Conscient de ces difficultés le CAARUD a mis en place et développé un travail partenarial avec l'ensemble des CAARUD de la métropole Lilloise, avec les professionnels spécialisés dans la prise en charge des situations des personnes en situation de grande précarité ainsi que des professionnels du soin spécialisé en toxicomanie.

Cette mutualisation de compétences organisée sous forme d'un réseau partenarial, permet aux usagers d'objectiver leur situation, de définir une stratégie adaptée pour faire évoluer celle-ci vers un mieux être global mais surtout leur donne la possibilité de trouver les relais nécessaires, en terme d'accompagnement et de soutien, à sa mise en œuvre et à sa réalisation.

De même, l'accès à ce réseau de partenaires, permet une réactivité plus efficiente aux potentielles ruptures et/ou échecs ainsi qu'une adaptation personnalisée du parcours vers le soin et ce quel qu'il soit.

Ainsi depuis trois ans le travail partenarial développé avec le dispositif « Diogène » spécialisé dans la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en errance permet la tenue d'une permanence hebdomadaire post hébergement de l'un des infirmiers au sein du CAARUD

L'accès à ce professionnel spécialisé dans la souffrance psychique directement au sein du centre d'hébergement sans devoir prendre un rdv ou sans devoir se déplacer sur un centre hospitalier permet aux usagers de bénéficier d'un entretien infirmier, d'avoir accès à un traitement adapté à leur problématique, de reprendre un suivi psychologique interrompu ou abandonné, ou pour certains d'entre eux de mettre en place les démarches nécessaires pour bénéficier d'une hospitalisation adaptée avant que celle ci s'impose à eux.



L'ensemble de ce travail partenarial permet surtout aux usagers associant une comorbidité psychiatrique à leur toxicomanie de pouvoir continuer à être hébergé au sleep in en adoptant un comportement adapté à la vie en collectivité mais également d'être en capacité de se projeter plus sereinement dans un projet de vie adapté à leur envie.

De même le travail partenarial avec l'Equipe Hospitalière de Liaison en Addictologie de la métropole Lilloise facilite, au travers d'une permanence hebdomadaire post hébergement, aux usagers le désirant de mettre en place les démarches nécessaires à un éventuel projet de soin. Cette intervention sur le lieu de vie des personnes est surtout l'occasion pour certains d'envisager plus concrètement une démarche de soin adaptée et de l'envisager plus globalement dans un projet d'insertion et/ou de réinsertion sociale.

En complémentarité des prestations d'hébergement, d'accès à une consultation sociale, une consultation médicale, ainsi que l'accès à des permanences de professionnels de la santé mentale et du soin spécialisé en toxicomanie, le CAARUD développe des actions de Réduction des Risques pour prévenir les contaminations par le virus du SIDA et des hépatites. Ces actions s'axent principalement autour de la mise à disposition de matériel à usage unique et de la récupération du matériel souillé.

Depuis 2010 trois actions de travail de rue ont été mise en place.

- Une collecte de seringues usagées

- Une intervention partenariale en squat

- Une maraude partenariale avec le samu social

## **QUESTIONS+ECHANGES**