



## Présentation guide partenarial

# « Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble »

---

### PHASE 1 : Pourquoi ce travail partenarial ?

**Les 2 dispositifs, quoique confrontés à des problématiques communes, ne travaillent pas forcément ensemble. Dans les faits, et pour les raisons que nous évoquerons et qui sont explicitées dans le guide, ils n'articulent que peu leurs interventions ce qui peut constituer un obstacle au parcours des usagers et à leur accompagnement global.**

Mais le constat est que les adhérents de la FNARS et de la Fédération Addiction accueillent et accompagnent un public présentant des caractéristiques communes : addictions, troubles psychiques, traumatismes psychologiques, précarité économique, exclusion sociale.

Je rappellerai l'enquête Samenta<sup>1</sup> réalisée en 2009 par l'Observatoire du Samu social de Paris et l'INSERM<sup>2</sup> auprès de sans-domiciles franciliens a permis d'estimer que les problématiques d'addiction concernent près de 3 sans-abris sur 10 et qu'un tiers souffre de troubles psychiatriques sévères. De plus, les études réalisées sur la santé des sans-abris mettent en évidence un pourcentage élevé à la fois de non-consommateurs d'alcool et de consommateurs à risques parmi les personnes à la rue.<sup>3</sup>

**L'autre partie du constat est que si les interventions sont peu articulées, elles peuvent exister, de façon hétérogène. Or, ces coopérations entre les deux**

---

<sup>1</sup> Laporte A., Chauvin P., « Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats », Observatoire du Samusocial de Paris, INSERM, Paris, 2010, 227p. Disponible sur

**secteurs souffrent d'une absence de recueil de données répertoriant les expériences existantes.**

- De ce double constat est né une proposition : encourager les pratiques intersectorielles, élaborer une culture de travail commune, valoriser les expériences mises en place.

→ **Convention de partenariat FNARS/ Fédération Addiction (2013)**

- Offrir un espace d'échanges** entre les deux secteurs pour promouvoir la collaboration entre eux en y intégrant tous les acteurs pertinents sur les territoires
- Développer des recherches et/ou études communes** liées à la PEC des publics communs aux établissements d'addictologie et du secteur AHI
- Développer une réflexion et un discours communs** pour défendre l'action sociale et les personnes accueillies au niveau national comme sur les territoires
- Informé sur les dispositifs** des deux secteurs
- Informé sur les pratiques partenariales existantes** pour aider à leur développement, donner des pistes favorisant le partenariat.

Convention d'une durée de **deux ans**

- ✓ **Coordination nationale** : binôme des chargées de projet Fédération et FNARS

Ce travail a permis de mettre en évidence ce qui fait le spécifique de chaque secteur, ce qui les rassemble autour d'une préoccupation commune :

**Améliorer l'accompagnement global des personnes accueillies**

et des enjeux communs :

**Travailler à la convergence des parcours des personnes accueillies plutôt que de les inscrire dans des trajectoires d'inclusion sociale et de soin parallèles.**

## **PHASE 2 : méthodologie**

Démarche participative : Cinq régions pilotes ont été choisies afin de constituer le socle du projet : les régions Midi-Pyrénées, Bourgogne, Ile-de-France, Pays de la Loire et Nord-Pas-de-Calais. Ces régions devaient permettre de mettre en exergue les différents champs d'intervention dans lesquels les adhérents de la FNARS et de la Fédération Addiction interviennent : hébergement, insertion par l'activité économique, santé, prévention, etc. Les critères de choix ont porté sur la diversité des moyens d'action et des dispositifs présents sur le territoire, le dynamisme des régions, leur densité, le maillage territorial.

Un **comité de pilotage national** a été constitué en 2012, composé des référents régionaux issus des deux réseaux et animé par un binôme de chargées de projet.

Ce comité de pilotage national a élaboré un **questionnaire** dont l'objectif était de recenser dans les régions pilotes **les pratiques et les enjeux des collaborations existantes** entre les deux réseaux. Ce questionnaire a ensuite été diffusé aux professionnels des structures adhérentes et non adhérentes à la FNARS et/ou à la Fédération Addiction de ces régions. Par contrainte méthodologique, il a été choisi de limiter le périmètre du projet aux établissements médico-sociaux.

À partir des résultats du questionnaire, chaque binôme de référents régionaux a mobilisé sur son territoire un certain nombre de professionnels issus des deux réseaux dans le cadre de **groupes de travail ou de journées régionales thématiques**. Ces groupes de travail se sont chacun réunis à 4 reprises entre 2013 et 2014.

Le présent guide est donc issu de ce travail réalisé en régions, au plus près des adhérents. Le comité de pilotage national, en lien avec les conseils d'administration de la FNARS et de la Fédération Addiction, en a validé les principes d'action et sélectionné les expériences de partenariat qui sont valorisées.

La réflexion sur le « **Travailler ensemble** » a de plus été enrichie par deux ateliers conjointement animés lors des Journées Nationales de la Fédération Addiction en 2013 et 2014, mais aussi par des expériences de partenariat issues d'autres régions françaises, qu'il nous a semblé intéressant de mettre en exergue.

### **PHASE 3 : « Apports » du guide :**

#### **Ce qui nous différencie 2 champs d'intervention et 2 cadres spécifiques**

##### Financement distincts-

##### Missions distinctes

D'un côté Prévenir-Intervenir précocement-Réduire les risques- soigner en ambulatoire ou héberger pour soigner.

De l'autre Héberger/loger/proposer un travail pour insérer

Temporalités distinctes : pas de mesures ni de durée de mesures pour le secteur addicto

Identités distinctes : l'intervention auprès des exclus et des grands exclus d'un côté- le soutien et l'accompagnement pluri-disciplinaire médico-psycho-social auprès des populations présentant des problématiques addictives avec et sans produits de l'autre

#### **Points de distinction :**

Un certain nombre de points distinguent les deux secteurs :

- L'origine des financements : les missions d'hébergement et d'accompagnement mises en œuvre par le secteur de la lutte contre les exclusions sont essentiellement financées par l'Etat, soit par le biais d'une Dotation Globale de Fonctionnement pour les établissements et service sociaux et médico-sociaux soit par subvention. Les missions de soins, d'accompagnement et de réduction des risques mises en œuvre par les dispositifs spécialisés en addictologie sont financées par l'Assurance maladie à travers une Dotation Globale de Fonctionnement. A l'exception de la mission prévention pour laquelle nous sollicitons des subventions.
- La capacité d'accueil de chaque secteur. Au total, la somme des files actives des CAARUD est d'environ 61 000 personnes et celle des CSAPA pour la partie soins d'environ 268 000 personnes<sup>4</sup> par an. Les dispositifs d'hébergement spécialisés en addictologie, quant à eux, disposent d'environ 1100 places. Concernant le secteur de lutte contre les exclusions, il est difficile d'objectiver le nombre exact de personnes prises en charge. Au total, le parc généraliste d'hébergement et de pensions de famille comportait 111 817 places au 30 juin 2014 (dont 98 973 places d'hébergement).
- La temporalité des accompagnements est différente dans les structures des deux secteurs. Le dispositif d'hébergement est temporaire, dans l'attente d'une orientation vers un logement stable et adapté. Le dispositif de soin en addictologie doit

accompagner la personne et son entourage tout au long de son parcours ; son intervention n'est donc pas limitée dans le temps en ambulatoire mais il existe tout de même une durée de séjour en soin résidentiel pouvant atteindre deux ans.

- Les plateaux techniques et les professionnels intervenant dans chacun des deux secteurs ne poursuivent pas les mêmes missions.

Dans le secteur de la lutte contre les exclusions, les professionnels sont essentiellement des intervenants sociaux (assistant de service social, technicien de l'intervention sociale et familiale, éducateurs spécialisés...), avec parfois l'apport de professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues...). La situation d'exclusion, notamment un passé à la rue, est source de problèmes de santé et d'accès aux droits. Les professionnels le prennent en compte dans l'accompagnement global qu'ils proposent aux personnes pour améliorer leur accès au droit commun. Ils n'auront pas pour vocation de soigner dans l'institution mais de les accompagner vers le soin en identifiant des relais, susceptibles de suivre dans la durée leur parcours de soins.

Dans le secteur médico-social de l'addictologie, ce sont des actes de soins et de réduction des risques, centrés sur l'addiction qui sont le premier objectif. Les équipes sont composées de professionnels de santé (médecins, psychiatres, infirmiers, cadres de santé, psychologues...) et d'intervenants sociaux (assistants sociaux, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, chefs de service...). Ces professionnels agissent en complémentarité dans une perspective d'accompagnement global de la personne.

## **Ce qui nous rassemble**

Les effets de réforme de part et d'autre.

La refondation du secteur AHI-SIAE

La réforme de l'addictologie, des dispositifs addicto et la consécration du concept d'addictions

La réglementation : place de l'utilisateur et outils loi 2002-2

L'accompagnement global : le parcours de soin + le parcours d'inclusion social

Le parcours en santé

## **Le rapprochement entre le secteur de la lutte contre les exclusions et de l'addictologie**

Les liens entre le secteur de la lutte contre les exclusions et celui de l'addictologie ont été d'abord tissés avec les structures de prise en charge en alcoologie. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela :

- Les professionnels connaissent bien les manifestations liées à la consommation d'alcool ; le produit est largement partagé, il est le plus consommé dans la population générale et le plus accessible ;
- Chacun se sent légitime, même s'il n'est pas spécialiste, à en dire quelque chose et s'autorise à le faire ;
- Le statut juridique de l'alcool, réglementé mais licite, induit qu'il est plus facile d'en aborder la consommation.

Peu à peu, l'évolution des modes d'intervention et le lien plus évident entre secteurs de l'alcool et de la toxicomanie ont favorisé une prise en compte de toutes les addictions. La réduction des risques a bouleversé les représentations, les pratiques, les stratégies thérapeutiques des professionnels et a proposé des alternatives au schéma d'abstinence qui a prévalu comme unique mode de soin pendant des décennies. Les structures d'hébergement et d'insertion ont vu apparaître un public qui n'avait pas forcément rompu

avec les produits mais qui était cependant engagé dans une démarche de soin (grâce à un travail sur la gestion des consommations<sup>5</sup> par exemple).

Les droits et devoirs des usagers ont été introduits dans la loi 2002-2 de rénovation du secteur social et médico-social. La reconnaissance de l'importance de la participation des personnes à leur propre projet individuel et au projet de l'établissement, *via* des Conseils de la vie sociale (CVS) ou d'autres groupes d'expression, a permis de réinterroger des principes, des règles jugées inadaptées ou protégeant l'établissement.

Ainsi, la diversification des thérapeutiques et des stratégies d'intervention, la reconnaissance de l'exercice des droits d'expression des usagers mais aussi la prévalence des comportements addictifs, la manifestation de leurs usages, avec la mise en place des CSAPA ont fait évoluer la prise en compte des problématiques d'addiction et les partenariats entre structures.

### **PHASE 3 : Limites-enjeux-difficultés- à ce projet**

MG

Les premières difficultés de ce projet ont été intrinsèquement liées à la mise en situation du « travailler ensemble » : « travailler ensemble » revenait à s'exposer à interroger ses pratiques, celles des autres pour mieux articuler les interventions, les ajuster, identifier les complémentarités, affirmer les différences et les enrichir.

Il a donc fallu exorciser la crainte de l'amalgame, la peur qu'on confonde les missions et les dispositifs respectifs.

Des autres freins au « travailler ensemble » découlent de la réglementation des produits stupéfiants qui rend de fait complexe la prise en charge des personnes consommatrices de SPA dans les dispositifs de droit commun.

Cela induit donc :

-des **difficultés pour les professionnels de la lutte contre les exclusions à aborder les questions d'addiction**, par méconnaissance, représentations ou sentiment de ne pas être légitimes pour le faire, ou bien par craintes de ce que pourraient générer des comportements addictifs dans un collectif.

-**des représentations associées** à la consommation de produits qui peuvent favoriser des comportements renforçant la stigmatisation. Ce d'autant que l'absence d'engagement dans un processus de soin peut rendre difficile l'accès ou le maintien dans le logement et l'emploi.

-le fait que **peu de demandes d'accompagnement sont formulées** par les personnes, notamment par déni des problématiques addictives.

La méconnaissance des acteurs non spécialisés, de l'offre de soin de son territoire, le manque de temps à consacrer au partenariat sont également des freins au « travailler ensemble ».

-Des contraintes liées au secret professionnel qui rendent difficile l'identification des éléments d'information pouvant être partagés de ceux qui ne peuvent pas l'être

-Au niveau institutionnel : le turn over des équipes, des partenariats souvent individuels, personnalisés, insuffisamment portés par les institutions.

Enfin, des obstacles structurels existent :

---

- le décalage entre l'offre et la demande en matière d'hébergement et d'insertion entraîne une sélection des personnes, excluant encore plus celles souffrant de problématiques addictives ;
- un modèle d'insertion pensé dans une logique de parcours, qui pose le soin comme préalable à l'hébergement ;
- Des politiques publiques organisées en tuyaux d'orgue, cloisonnées

De ces contraintes découle la nécessité d'inventer de nouvelles modalités de réponse.

#### PHASE 4 : Postures communes et illustrations MG + CD

Ce travail partenarial a permis de mettre en exergue un certain nombre de **valeurs et de principes d'action partagés** par les professionnels des deux réseaux concernant l'accompagnement de leur public. Ces valeurs et principes d'action ont été formulés **par les personnes ayant mis en place des actions partenariales au sein de leurs structures**, à qui l'on a demandé d'identifier des « pistes de recommandations communes pour que le partenariat fonctionne ».

Ces pistes de recommandations se déclinent en trois niveaux : les principes partagés **autour de la personne accompagnée**, entre **professionnels impliqués dans le partenariat** et **entre structures**.

Voici quelques **exemples** des recommandations communes mises en exergue :

##### 1. Autour de la personne :

Les professionnels ont soulevé la nécessité de :

**-partir de la demande de la personne et de construire l'accompagnement avec elle**, l'aider à la réalisation de ses choix, dans le respect de ses souhaits et refus (ce qui permet d'adapter les objectifs de l'accompagnement à ce qu'elle peut faire)

**- laisser à la personne le temps de formuler sa demande** tout en lui rappelant la possibilité de se faire accompagner (accepter de prendre la personne « là où elle en est = ne pas lui imposer du soin mais l'amener à prendre conscience de l'importance de sa santé).

**-Se rendre disponible**, dans une posture d'écoute, de respect, et mettre de côté tout jugement,

**-prendre en compte la problématique d'addiction au même titre que les autres problématiques**, dans le cadre de l'accompagnement global,

**-reconnaître la diversité des réponses possibles quant aux problématiques d'addiction**, allant de la gestion des consommations à l'abstinence.

**-Echanger les informations avec l'accord de la personne et l'informer des discussions qui ont eu lieu** pour consolider la relation de confiance.

##### 2. En ce qui concerne les recommandations communes identifiées entre professionnels des deux secteurs :

**-Respecter les approches et les modes d'intervention de chaque professionnel.** Il s'agit bien de « travailler ensemble », mais dans le respect des compétences de chacun.

**-Expliquer son cadre d'intervention, ses limites et contraintes**, et comprendre et accepter ceux du partenaire.

**-Se faire connaître auprès des acteurs de son territoire**

**-Développer la communication formelle et informelle**, *via* des réunions de synthèse ou des rencontres en dehors de l'institution

**-Se donner du temps** pour construire un ensemble de références communes

D'où l'intérêt de travailler aussi cela au niveau institutionnel.

##### 3. Entre structures

Nécessité de :

- Favoriser la traçabilité du partenariat et le tuilage,**
  - Formaliser le partenariat** (par une convention et/ou l'inscription dans le projet d'établissement) pour clarifier les modalités d'intervention de chacun et l'inscrire dans la durée,
  - Dégager du temps pour la construction et la mise en œuvre du partenariat** et considérer ce temps comme un temps de travail,
  - Evaluer le partenariat** pour identifier les limites des interventions de chacun, le rendre plus efficient et apporter des pistes de solutions lorsque des difficultés sont récurrentes.
- Ces pistes de recommandations permettent de **dessiner une « ligne de force » du travailler ensemble**, en atténuant les difficultés évoquées précédemment et en proposant des leviers pour favoriser les collaborations.

### **Illustrations :**

Alors, comment mettre en application ces recommandations sur le « travailler ensemble » ? C'est tout l'objet de la seconde partie du guide, qui présente **16 expériences de partenariats** ayant eu lieu dans les cinq régions pilotes, mais aussi dans d'autres régions françaises, lorsque l'on nous a fait part d'expériences intéressantes.

Ces expériences sont des illustrations des collaborations qui ont pu se mettre en place sur les territoires et ne prétendent donc pas les résumer ni n'ont valeur de modèle.

Nous avons choisi d'articuler notre réflexion autour de **5 thématiques porteuses d'enjeux** : l'« aller vers », l'articulation entre professionnels et plus particulièrement la thématique du partage d'informations, la réduction des risques dans le dispositif d'hébergement, addictions et insertion par l'activité économique ainsi deux exemples de programmes proposant une approche intégrée (Un chez-soi d'abord- TAPAJ).

Exemples de fiches d'expérience : consultations avancées, maraudes communes, commissions thématique addictions dans le SIAO, partenariat entre un chantier d'insertion et un CSAPA, etc.

**CONCLUSION** : guide diffusé début décembre – le partenariat avec la FNARS se poursuit avec notamment l'organisation de formations communes à déployer sur les territoires.