

# Atelier 3

## Héberger ou consommer ?

### Éric Lemercier

Chargé de mission Santé, SIAO 93, association Interlogement 93

### Souleymane Ba

Chef de service, CHRS Georges Dunand, Association Emmaüs (75)

### Gilles Rozsypal

Directeur, centre thérapeutique résidentiel La Ferme Merlet, CEID (33)

### Maxence Thomas

Psychologue clinicien, équipe mobile en addictologie de l'association Oppelia Aria (69)

### Animation : Gaëlle Tellier

Présidente du Groupe d'Appui National (GAN) Santé de la Fédération des acteurs de la solidarité

**Éric Lemercier** : En Seine-Saint-Denis, nous nous sommes aperçu au moment de la mise en place du SIAO, qu'un certain nombre de personnes en demande d'hébergement se retrouvaient année après année exclues, en lien avec leur problématique de santé.

**Le SIAO n'a pas pour seule vocation de répondre à la commande publique, mais aussi de trouver de nouvelles pratiques d'accompagnement. Nous ne pouvons pas créer de places, alors nous avons imaginé des axes d'amélioration, en créant des espaces de rencontre entre acteurs de la prise en charge médico-psycho-sociale.** Il s'agissait de travailler à une culture du faire ensemble où chacun pouvait monter en compétences. Nous avons mis en place un dispositif, la concertation technique de l'urgence, où nous présentons les situations les plus complexes à tous les acteurs pour développer une analyse globale des situations, des axes d'accompagnement et le casting de cet accompagnement (« qui fait quoi »).

Nous avons lancé une expérimentation en 2014 sur un format bien particulier autour d'une cinquantaine de situations : tous les deux mois, les travailleurs sociaux, les médecins des CSAPA, les psychologues des CSAPA et des centres d'hébergement, le SIAO se rencontrent pour aborder ces situations. Nous avons pu orienter certains en résidence sociale, vers un centre d'hébergement, et en l'espèce un centre de stabilisation pour les situations les plus complexes.

Au-delà des orientations, cette expérimentation a permis de mettre en place des habitudes de travailler ensemble. Une personne qui consomme trop enfreint le règlement, mais c'est surtout le symptôme d'une problématique sous-jacente. Elle est donc vue par les psychologues et les travailleurs sociaux, suite à un travail d'orientation entre le CSAPA, le CAARUD et les travailleurs sociaux du centre d'hébergement. Il s'agit de réajuster le plus finement possible l'accompagnement et la qualité de l'offre de services proposés. Ainsi, des points qui ne

sont pas directement abordés par les travailleurs sociaux en centre d'hébergement sont ensuite abordés lors d'un rendez-vous avec un psychologue en CSAPA. L'idée est de mailler le plus finement possible et ensuite de réajuster.

Nous avons également expérimenté la participation des usagers. Un des enjeux du début de l'expérimentation a aussi été de définir ce public : est-ce que c'est un patient, une personne accueillie ? C'est un sujet, une personne. Nous co-construisons avec elle dans le cadre d'un accompagnement et de nos synthèses – un certain nombre de personnes accueillies participent à ces synthèses, où peut s'exprimer un retour critique par rapport à l'offre de services. **Les personnes accueillies s'aperçoivent de la chaîne de l'accompagnement, ce qui renforce leur estime et nous donne de nouvelles pistes.** Nous avons aussi travaillé l'évaluation de l'offre proposée, en définissant des indicateurs avec l'ensemble de la chaîne : si le travail est correct, quels sont les éléments à creuser et sinon, que faut-il retravailler ?

**Il y a un temps incompressible de connaissance mutuelle avant qu'on puisse se comprendre et que la confiance s'installe, mais il faut travailler sur ces espaces de rencontre.**

**Souleymane Ba** : Le centre d'hébergement existe depuis 1997, c'est l'un des plus anciens de l'association Emmaüs. En 2007, il est devenu un CHRS. Le public accueilli est adulte, isolé, autonome. Il s'agit essentiellement de personnes dans une démarche de soins, avec des pathologies évolutives, diabète, insuffisance rénale, hépatite, etc. Je dirige une équipe de neuf salariés : trois travailleurs sociaux, quatre auxiliaires socio-éducatifs, dont deux n'interviennent que la nuit et deux la journée, un agent d'accueil administratif et un agent d'entretien. Ce projet a été initié par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et la mission santé de l'association Emmaüs, et validé par la direction d'Emmaüs.

C'est la première fois que nous avons expérimenté un projet de cette ambition : permettre la consommation d'alcool dans les structures d'hébergement. Il y avait des réticences des uns et des autres, des salariés comme des hébergés. Cela ne fait pas partie de la culture Emmaüs : dans tous les règlements intérieurs, il est interdit d'apporter et de consommer de l'alcool sur les lieux. **Il a fallu que l'ANPAA vienne expliquer le projet aux équipes, pour déjouer les fantasmes.**


Il s'agissait simplement d'accompagner les personnes à contrôler et gérer leur consommation d'alcool. Interdire la consommation d'alcool provoquait une surconsommation, aux alentours du centre. L'agent d'entretien descendait tous les matins des sacs remplis de canettes, jetées dans les toilettes. Est-ce qu'en autorisant, on pouvait inciter à mieux gérer ?

L'ANPAA a formé l'équipe pendant quatre jours, pour la doter d'une culture autour de la problématique de l'alcool. Restait à convaincre la réticence des usagers, notamment les abstinents, via un conseil de la vie sociale, des ateliers. Ce projet, qui a commencé en septembre 2015, a nécessité un an d'appropriation. Il est véritablement testé depuis novembre 2016 : pendant un mois, nous avons levé l'interdiction d'alcool. Les salariés ont noté les incidents sur des grilles d'observation, notamment ceux qui travaillent la nuit. À la fin du mois, nous avons remis l'interdiction pour vérifier s'il y avait plus ou moins d'incidents.



Contrairement à ce que nous redoutions, il y avait moins d'accidents lorsque l'alcool était autorisé. Ce centre, qui accueille cinquante-quatre personnes, en compte cinq-six confrontées à un problème d'alcool. Depuis janvier 2017, officiellement, un avenant au règlement autorise l'alcool, seulement dans les parties privatives. **Le résultat est là : il y a moins de tensions, moins de canettes qui traînent, l'alcool n'est plus tabou, les gens en parlent librement et trois personnes alcoolo-dépendantes ont accepté d'aller vers le soin, en cure.**

Cette expérimentation n'a pas encore été généralisée, nous en attendons la fin, la modélisation, et son évaluation. Mais nous avons fait la démonstration ensemble qu'il était possible d'avoir de nouvelles approches avec les personnes qui sont en difficulté avec un produit.

 **Maxence Thomas** : Notre équipe mobile en addictologie est rattachée à un CSAPA de l'agglomération lyonnaise. En 2010, suite à une fusion associative, l'équipe mobile en addictologie a été créée avec pour mission d'aller dans les CHR, à la rencontre des personnes en situation de grande précarité. Nous avons participé à la création de cette équipe, composée d'une infirmière à mi-temps, d'un médecin addictologue à 30 % et de moi-même, psychologue clinicien, à 50 %. L'idée était d'ouvrir une porte addictologique pour les personnes les

rupture au niveau social et les plus éloignées du soin, sans attendre qu'elles franchissent la porte du CSAPA. Nous avons rencontré les CHR et les équipes en place afin de créer des dispositifs très souples. Les travailleurs sociaux de CHR étaient démunis vis-à-vis des pratiques addictives, même s'ils étaient convaincus de la nécessité d'aider ces personnes.

**Tout notre travail a consisté à montrer que les addictions ne ressortent pas uniquement d'une absence d'efforts pour se soigner, que le soin en addictologie n'est pas forcément équivalent à l'abstinence et qu'on peut proposer autre chose.**

1. Retrouvez une présentation de l'expérimentation du SIAO 93 et de l'équipe mobile en addictologie dans le guide «Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble»



L'idée est de considérer le CHRS comme un lieu privilégié, où l'on peut commencer quelque chose au niveau de l'addictologie, peut-être un espace de discussion autour d'un café. Si la personne souhaite aller plus loin, des dispositifs plus classiques sont proposés : entretiens individuels, consultations avec le médecin. Nous avons aussi créé des groupes de parole, des ateliers thérapeutiques, un atelier théâtre, dans une optique de souplesse.

**Nous n'avons pas cherché à reproduire le fonctionnement CSAPA dans un CHRS, ce qui est aussi une des raisons du succès, mais nous nous sommes adaptés au fonctionnement du CHRS.** On considère que le soin ambulatoire viendra en son temps, qu'il est important de construire les choses sur place, de prendre le temps. **C'est du soin-parachute, dans une vraie optique de RDR, toxicomanie ou alcool. Notre médecin est très sensible, ainsi que notre infirmière, à la «bobologie», une porte d'entrée pour évoquer les consommations...**

Les travailleurs sociaux sont de plus en plus à l'écoute de ces questions d'addictions. Outre les formations, il y a une prise de conscience que la violence n'est pas contenue dans le flacon. La violence est là, elle est inhérente à la vie dans la précarité. L'alcool ou les produits révèlent des choses et permettent à certains résidents de s'exprimer.

Nous essayons de formaliser des dispositifs en lien avec les travailleurs sociaux des CHRS, pour gérer la consommation d'alcool, en autorisant x consommations par jour, dans des conditions sûres, sans s'alcooliser jusqu'à en tomber par terre et en resocialisant la consommation.

Les centres d'hébergement qui se sont lancés dans ces dispositifs sont enthousiastes à ce sujet.

**Gilles Rozsypal** : En 2015, au moment de réactualiser le projet d'établissement du Centre thérapeutique résidentiel<sup>2</sup>, nous avons réalisé un état des lieux, consulté partenaires et personnes accompagnées sur leurs représentations, leurs attentes et les freins à l'accès au dispositif résidentiel. Les retours évoquaient un seuil d'exigence inadapté, un cadre trop contraignant, générant des exclusions ou induisant des difficultés à se maintenir dans les centres.

Le nouveau projet devait lever ces freins et mieux correspondre aux attentes de notre public cible : objectifs de soins différenciés selon le produit (abstinence ou consommation maîtrisée), ajustement du seuil d'exigence collective, respect de la vie privée etc.

Lorsque l'on accueille des personnes souffrant d'addictions, il arrive qu'elles consomment des drogues. C'est une réalité dans nos établissements et le plus souvent, le fait d'exclure une personne pour ce motif la renvoie à ses difficultés et renforce sa problématique.

Nous avons choisi non pas d'autoriser l'usage, mais d'assumer qu'il n'était pas à lui seul un motif de fin de prise en charge.

2. Appelés autrefois centres de posture, les CTR sont des lieux de soin avec hébergement collectif gérés par un CSAPA. La durée de séjour est variable (de quelques semaines à un an) et reconductible.

Le respect des droits des personnes nous amenant à abandonner certains « moyens de contrôle » (fouille des affaires ou des chambres, entrave à la liberté de circulation), il s'est donc avéré nécessaire de trouver d'autres leviers, pour que les personnes accueillies puissent atteindre leurs objectifs, malgré les aléas inhérents à leur problématique, dont la consommation.

**Abaisser notre seuil d'exigence vis-à-vis des usagers implique d'« intégrer le risque » et donc de rehausser notre seuil d'exigence vis-à-vis de nous-même, de développer nos capacités d'alliance, d'évaluation, et notre technicité pour rendre ce risque acceptable.**

De nombreux débats équipe-usagers ont permis de définir un seuil d'exigence, un cadre et des moyens adaptés : nous utilisons plusieurs outils pour évaluer les niveaux d'usage et l'exposition au risque, c'est l'utilisateur qui définit ses besoins et objectifs. À nous d'ajuster nos actions pour qu'il les atteigne. Ce choix impose une attitude plus pragmatique, une évaluation rigoureuse, implique de la formation professionnelle et suscite un questionnement éthique permanent (de l'égalité à l'équité).

Nous accueillons seize patients avec des addictions sévères (alcool et autres drogues), avec leur chien et sans surveillance la nuit.

**Contrairement aux idées reçues, la non-sanction systématique des consommations, l'intégration d'actions de RDR à notre offre de soins et la mise à disposition de matériel stérile n'ont pas entraîné d'augmentation des usages.** Cela permet en revanche une meilleure alliance avec nos patients, et par conséquent une meilleure prise en compte de leurs difficultés, usages éventuels et des risques associés (individuels et collectifs). L'évaluation des projets de soins en témoigne : durées moyennes de séjour multipliées par deux, contrats de séjours menés à terme, évaluations positives et objectifs personnels atteints.

Pourtant, cette pratique reste fragile, non pas d'un point de vue clinique mais du point de vue de la responsabilité : la loi de santé intègre la « supervision »<sup>3</sup> des usages à la palette d'outils de RDR, sans toutefois sécuriser formellement cet accompagnement d'usage « illicite » connu du professionnel.

Pour l'alcool, l'usage collectif est interdit pour sécuriser le groupe, ce qui a du sens en CSAPA. Mais qui des usages maîtrisés ? Un groupe s'est cotisé, a préparé un repas, ouvert un

grand cru, laissé le vin respirer, changeant totalement leurs habitudes d'usage, et tout cela après avoir pris le soin de « baliser » ce moment pour en limiter les risques. C'est une « entrave au cadre » pour laquelle je me suis trouvé dans l'inconfort de ne pas appliquer une règle que j'ai moi-même établie. Mais aurait-il été « thérapeutique » ou « cadrant » de sanctionner cette consommation collective ?

Nous accompagnons des personnes dans la construction de leur propre parcours, pour qu'ils développent leur pouvoir d'agir. **Cette façon de travailler porteuse de solidarité et d'espoir permet de construire une clinique singulière avec elles, mais nous plonge également dans un questionnement éthique permanent.**



**Gaëlle Tellier** : Nous en sommes au début d'un travail entre les deux champs. La RDR en hébergement commence avec l'alcool, qui est licite et nous semble plus facile. Reste la question des produits illicites y compris dans les structures en addictologie. Mais ces expériences montrent qu'il faut dépasser les *a priori*, tenter parfois d'héberger des personnes directement en hébergements diffus, alors que le collectif peut nous sembler plus rassurant, contenant.

*Échanges avec la salle*

3. Pour plus d'informations, voir le supplément technique « Accompagner les consommations », Fédération Addiction, 2017