fédération addiction
prévenir - réduire les risques - soigner

FNARS
agir pour la solidarité

ADDICTIONS & LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

travailler ensemble

ADDICTIONS & LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

travailler ensemble

PRÉSENTATION DES DEUX FÉDÉRATIONS

La Fédération Addiction constitue **un réseau national représentatif du secteur de l'addictologie.** Elle s'est fixée pour mission de regrouper les acteurs de l'addictologie pour les aider à **réfléchir aux évolutions et au sens de leurs pratiques professionnelles, à soutenir leur organisation en réseau et à les représenter auprès des décideurs publics.** Ses prises de positions politiques sont basées sur le décloisonnement des approches professionnelles, la promotion de l'usager, sa reconnaissance en tant que citoyen et l'amélioration de sa qualité de vie et de son environnement.

La Fédération Addiction représente :
- plus de 200 personnes morales, associations de solidarité ou organismes publics de dimension nationale, régionale et locale **qui gèrent près de 750 établissements et services :** Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie **(CSAPA)** en ambulatoire ou résidentiel - Consultations Jeunes Consommateurs **(CJC)** - Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues **(CAARUD)** - Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie **(ELSA)** - Services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie **(SSRA)** - Consultations hospitalières en addictologie - Réseaux de santé addictions, etc.
- 400 adhérents personnes physiques issus des secteurs sanitaire, médico-social et de la ville : professionnels exerçant en libéral (médecins généralistes, pharmaciens, ...), praticiens hospitaliers, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, etc.

Les adhérents interviennent dans le soin, la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et la réduction des risques dans une approche médico psycho sociale et transdisciplinaire des addictions. La Fédération Addiction est organisée en **14 unions régionales et inter-régionales** pour proposer à ses adhérents des espaces de réflexion et d'élaboration au plus près des contextes et des enjeux locaux. Elle travaille sur la base d'une méthodologie de **démarche participative** qui s'appuie sur les pratiques professionnelles de terrain qu'elle transforme et valorise en « expertise collective ».

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) est **un réseau d'associations de solidarité et d'organismes qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité.** Elle est composée d'un **siège national et de 22 associations régionales.**

La FNARS a un double rôle : elle intervient à la fois **en direction des adhérents pour les accompagner dans la réflexion sur l'évolution de leurs pratiques** face aux transformations des besoins sociaux mais aussi pour qu'ils soient davantage **acteurs des politiques publiques et force de proposition** à leur égard. De plus, elle **interpelle les pouvoirs publics** pour que les politiques publiques (emploi, logement, santé, asile etc.) évoluent et prennent davantage en compte les situations de pauvreté sur la base d'une **expertise co-construite avec le réseau et les personnes accompagnées.**

La FNARS représente près de 870 associations de solidarité et organismes publics qui ensemble gèrent près de 2800 structures dont :
800 Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) - 900 ateliers et chantiers d'insertion (30 000 postes de travail en insertion) - 75 000 places d'hébergement et de logement temporaire (dont des places en structures médico-sociales) - 12 000 places en centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) - Plus de 15 000 intervenants sociaux - Des milliers de bénévoles.

900 000 personnes sont accueillies et accompagnées chaque année dans le réseau FNARS.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 6
INTRODUCTION : DEUX TÊTES DE RÉSEAU, UN PROJET 7
REMERCIEMENTS 8

PREMIÈRE PARTIE : POINTS DE REPÈRE 9

PANORAMA DES DEUX SECTEURS 10
La structuration du secteur de la lutte contre les exclusions en France 10
La structuration du secteur médico-social en addictologie français 13
Réformes et bouleversements 19
Constats partagés et points de distinction 22

LES PERSONNES AU CŒUR DE L'INTERVENTION MÉDICO-SOCIALE ET SOCIALE 24
Une règlementation commune 24
L'articulation de l'accompagnement global avec l'accompagnement spécifique 25
Parcours en santé et parcours de vie 27
Définitions communes aux deux secteurs 28
Définitions spécifiques au secteur de l'addictologie 29
Définitions spécifiques au secteur de la lutte contre les exclusions 33

RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION ET GESTION DES CONTRAINTES 34
Rappel de la réglementation 34
Hébergement et gestion des contraintes 37

PISTES DE RECOMMANDATIONS COMMUNES GÉNÉRALES 38
Autour de la personne 38
Entre professionnels 40
Entre structures 41
Les outils d'articulation entre professionnels 42

DEUXIÈME PARTIE : TRAVAILLER ENSEMBLE : ILLUSTRATIONS 45

1. « ALLER VERS » LES PERSONNES ET LES INSTITUTIONS 47
Les consultations avancées 48
- Une consultation avancée d'un CSAPA en CHRS (Bourgogne) 49
- Des permanences avancées au sein d'un accueil de jour (Bourgogne) 51

Les maraudes communes....53
• Une maraude commune Samu social - CAARUD (Pays de la Loire)....53
• Une équipe mobile en addictologie sur les lieux d'hébergement (Rhône-Alpes)....55
• Une maraude partenariale Samu social - CAARUD (Nord-Pas-de-Calais)....57
• L'équipe mobile en addictologie du CSAPA 53 (Pays de la Loire)....60

2. LE TRAVAIL PARTENARIAL ET L'ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS....62

Le partage d'informations dans le partenariat....63
• Partenariat CSAPA - CHRS et partage d'informations (Midi-Pyrénées)....67

La place particulière du SIAO....69
• L'expérimentation de réunions collectives entre le SIAO et des CSAPA de Seine-Saint-Denis (Île-de-France)....70
• Une commission thématique addiction au sein du SIAO de la Côte d'Or (Bourgogne)....72
• Le Groupe Parcours Hommes (Nord-Pas-de-Calais)....74

3. LA RÉDUCTION DES RISQUES DANS LE DISPOSITIF D'HÉBERGEMENT....76
• Une expérience de gestion des consommations en centre de stabilisation (Île-de-France)....78
• Un partenariat entre un CAARUD et un CHRS (Franche-Comté)....80

4. ADDICTIONS, ACCOMPAGNEMENT ET INSERTION PAR L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE....82
• Un partenariat entre un chantier d'insertion et un CSAPA (Midi-Pyrénées)....85
• Une action de formation auprès d'encadrants techniques de régies de quartier (Midi-Pyrénées)....87
• Une médiatrice santé en SIAE (Nord-Pas-de-Calais)....89
• Une action de formation d'un CSAPA en SIAE (Midi-Pyrénées)....91

5. DEUX PROGRAMMES POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE....93
• Le programme « Un chez-soi d'abord »....93
• Le programme TAPAJ....95

CONCLUSION....98
UNE MÉTHODOLOGIE COMMUNE....99
RESSOURCES ET BIBLIOGRAPHIE....101
INDEX DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS....103

AVANT-PROPOS

Pour une fédération nationale, un partenariat n'est jamais un acte anodin, c'est un engagement, un acte politique. Le partenariat entre la FNARS et la Fédération Addiction était donc à la fois naturel et complexe.

Naturel du fait de la multiplicité des points de convergence. Humains d'abord, car nombreux sont les adhérents ou les administrateurs ayant la double appartenance ou se retrouvant dans un « cousinage » ancien. La proximité des valeurs, également, parce que de multiples combats passés nous ont donné l'occasion d'être côte à côte pour défendre des droits, faire avancer des revendications ou réclamer des moyens. Enfin, nos deux fédérations ont aussi des caractéristiques communes, ne serait-ce que les nombreux adhérents acteurs du secteur social et médico-social à but non lucratif, mais aussi leur souci de placer la personne accueillie au cœur de l'accompagnement dans le respect de ses choix, car nous savons qu'un parcours de soin et un parcours d'insertion doivent nécessairement se rencontrer et s'articuler l'un l'autre.

Mais ce partenariat a aussi été complexe car, sur les territoires, le rapprochement des établissements, justement dans le but d'améliorer l'articulation des acteurs autour des parcours de soin et de vie, est souvent venu interroger les pratiques de chacun, jusqu'à les mettre en question. Face aux situations complexes dans lesquelles se retrouvent les personnes accompagnées, entre une précarité découlant de conduites addictives ou des conduites addictives découlant d'une précarisation de plus en plus forte, tous les jeux de ''cache-cache" sont possibles, entre les ambitions thérapeutiques des uns et la mission d'insertion des autres. L'addiction et la précarité sont le résultat de facteurs multiples.

Ajuster les pratiques, identifier leurs complémentarités, affirmer leurs différences, les enrichir réciproquement, était donc nécessaire, à un moment où l'addictologie et le secteur de la lutte contre les exclusions connaissent des évolutions conceptuelles fortes, se dégageant du modèle du seul sevrage/abstinence ou de la « capacité à habiter » à travers la politique du logement d'abord, diversifiant les soins résidentiels et d'autres formes « classiques » d'hébergement ou d'accès à l'emploi, s'impliquant dans des programmes comme « Un chez-soi d'abord » ou un Travail Alternatif Payé à la Journée (TAPAJ).

Le partenariat entre la FNARS et la Fédération Addiction a donc eu pour objectif d'avancer sur un terrain commun, en explorant les convergences, en identifiant les points de complexité, en laissant s'exprimer les différences, voire les divergences. Puis, comme nos deux fédérations en ont l'habitude, il s'est agi de valoriser des expériences existantes, d'en lancer de nouvelles et d'en tirer des pistes de recommandations pour soutenir les dynamiques sur les territoires. Bien évidemment, il a été nécessaire de se limiter et le travail que vous avez entre les mains ne prend en compte que des initiatives issues du secteur social, médico-social et de l'insertion par l'activité économique.

Issu d'un travail collectif, ce guide n'a pas la prétention d'être un recueil de bonnes pratiques, mais bel et bien une présentation d'expériences, dans leur diversité, dans les questions qu'elles posent sur l'accompagnement des personnes, pour donner envie de se les approprier et de mieux les diffuser, pour aider les acteurs des deux fédérations à collaborer de manière plus efficace, en ayant appris à mieux se connaître et à mieux connaître leurs actions.

Jean-Pierre COUTERON, président de la Fédération Addiction

Louis GALLOIS, président de la FNARS

INTRODUCTION : DEUX TÊTES DE RÉSEAU, UN PROJET

La FNARS et la Fédération Addiction partagent des valeurs humanistes, éducatives et sociales qui les amènent à considérer que les personnes en situation de précarité et d'exclusion sont des citoyens à part entière et qu'il faut pour cela lutter contre les discriminations. Les adhérents de ces deux fédérations accueillent et accompagnent des publics qui vivent, pour certains, des problématiques identiques : addictions, sans-abrisme, troubles psychiques, précarité économique, exclusion sociale, etc.

Le partenariat entre la FNARS et la Fédération Addiction part du constat partagé que les parcours de soin et d'accompagnement vers la réinsertion sociale des personnes accueillies par les adhérents des deux réseaux ne sont pas parallèles mais se recoupent et se complètent. Les deux fédérations ont ainsi souhaité travailler à l'amélioration de l'accueil et de l'accompagnement de ces publics. Pour cela, une convention de partenariat a ainsi été signée en 2013, afin d'offrir un espace d'échanges entre les deux secteurs, d'élaborer une culture de travail commune mais aussi d'informer sur les dispositifs et sur les pratiques partenariales existantes.

Le guide « Travailler ensemble » est un premier résultat de ce partenariat. Construit autour d'expériences de collaboration menées dans cinq régions volontaires (Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France, Bourgogne, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire), il met en évidence les spécificités de chaque secteur, les problématiques rencontrées par les acteurs des deux champs et propose des leviers pour favoriser les partenariats.

Ce guide se veut donc être l'illustration des possibilités d'actions communes en faveur des publics accueillis dans les deux réseaux, mais aussi le reflet des difficultés vécues par les professionnels sur le terrain. Nous espérons que les pistes que vous y trouverez, vous aideront à votre tour, à développer des partenariats effectifs sur vos territoires.

REMERCIEMENTS

La FNARS et la Fédération Addiction souhaitent remercier :

• les professionnels qui ont répondu au questionnaire de lancement de la réflexion,
• les membres du comité de pilotage national du projet,
• les unions régionales de la Fédération Addiction et les associations régionales de la FNARS (Bourgogne, Île-de-France, Pays de la Loire, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées),
• les participants aux groupes de travail régionaux,
• l'ensemble des participants aux journées régionales et des professionnels qui se sont mobilisés pour ce guide,
• les membres des conseils d'administration de la FNARS et de la Fédération Addiction,
• les administratrices référentes du projet : Catherine Delorme pour la Fédération Addiction et Maryse Lépée pour la FNARS,
• les contributeurs et relecteurs de l'ouvrage: Catherine Delorme, Marie Villez, Daniel Bernier, Gaëlle Tellier, Marie Glorieux, Mathilde Dupré, Bernard Delpy, Daniel Chaumès, Audrey Roquefort, le Groupe d'Appui National (GAN) Justice, Martine Lacoste, Gladys Lutz, Laurence Arguillère-Bultel, Gérard Pradelle, Christine Tellier, Nathalie Latour, Georges Martinho, François Brégou, Christine Laconde, Jean-Pierre Couteron, Eric Pliez.

La FNARS a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé pour ce projet.
La Fédération Addiction a réalisé ce travail sur ses fonds associatifs.

POINTS DE REPÈRE

- Panorama des deux secteurs
- Les personnes au cœur de l'intervention médico-sociale et sociale
- Rappel de la réglementation et gestion des contraintes
- Pistes de recommandations communes générales

PANORAMA DES DEUX SECTEURS

La structuration du secteur de la lutte contre les exclusions en France

Le secteur de la lutte contre les exclusions recouvre une diversité de missions et de dispositifs, construits au fur et à mesure de l'évolution de la précarité et des réponses qu'ont tenté d'y apporter le secteur associatif, l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les collectivités territoriales. Il fait intervenir de nombreux acteurs. À travers ces dispositifs, le secteur a pour missions de permettre aux personnes d'accéder à une autonomie et au droit commun.

Deux lois essentielles

• **La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions** est la première loi-cadre sur l'exclusion. Elle entend donner une certaine cohérence à l'ensemble des dispositifs de lutte contre la pauvreté et la précarité en présentant deux orientations fondamentales : un traitement global des exclusions couvrant des problématiques très vastes (emploi, santé, logement, difficultés familiales) et l'accès effectif aux droits fondamentaux des personnes en difficulté.

• Le secteur de la lutte contre les exclusions a par ailleurs fait l'objet d'une refonte par la **loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.** Elle a notamment permis de structurer une partie des dispositifs, d'établir des règles de création et de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux et d'introduire le droit des personnes dans la loi.

L'État a pour mission de coordonner et de piloter le secteur de la lutte contre les exclusions. Celui-ci recouvre le secteur « Accueil – Hébergement-Insertion » (AHI) spécialisé sur l'accès à l'hébergement et au logement des personnes sans abri et plus largement l'ensemble des acteurs et dispositifs qui ont pour mission d'accueillir, d'orienter et d'accompagner toutes les personnes en difficulté sociale afin de leur permettre un accès au droit commun. Il s'agit donc d'acteurs spécialisés notamment sur les questions d'emploi (à travers les dispositifs d'insertion par l'activité économique), de santé (via les dispositifs « passerelles » d'appartements de coordination thérapeutique ou les lits halte soins santé) ou du droit d'asile (centres d'accueil pour demandeurs d'asile, centres provisoires pour hébergement).

LE SECTEUR ACCUEIL-HÉBERGEMENT-INSERTION

Un référentiel national relatif aux prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile a été publié en juillet 2010[1]. Il décrit l'ensemble des prestations délivrées par les acteurs de ce secteur qui contribuent à la mise en œuvre de quatre missions : alimenter, héberger pour satisfaire les besoins essentiels, accueillir et orienter, accompagner vers l'autonomie.

L'autorité de contrôle et de tarification des structures AHI est au niveau national, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), la Direction Régionale de la Jeunesse et de la Cohésion Sociale (DRJCS) au niveau régional et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) au niveau départemental.

Le secteur AHI est schématiquement structuré autour de plusieurs activités, qui peuvent être gérées par des associations/organismes ayant différents statuts juridiques :

• L'accueil et l'orientation : les intervenants sont en charge d'accueillir et d'orienter toute personne en situation de sans abrisme. Les dispositifs tels que les centres d'appel du 115, les équipes mobiles (maraudes), les accueils de jour, les services d'accueil et d'orientation et, depuis 2010, le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)[2] mettent en œuvre ces missions dites « de première ligne ».

• L'hébergement d'urgence : *« Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence*[3] *»*. L'hébergement d'urgence est donc immédiat et inconditionnel. Il s'adresse à toute personne, quelle que soit sa situation médicale, administrative ou son origine. Il offre un ensemble de prestations qui sont arrêtées par la loi (gîte, couvert, hygiène, première évaluation médicale, psychique et sociale) et un accompagnement personnalisé. Depuis la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable, un principe de continuité est imposé aux structures d'urgence qui ne peuvent remettre à la rue une personne qui ne le souhaite pas. Elles sont tenues de l'orienter vers un établissement stable ou de soins (hébergement ou logement) adapté à sa situation. Ces places d'hébergements d'urgence sont pour grande partie assurées en hôtel et peuvent être gérées par des Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale (CHRS) dits « d'urgence » ou d'autres organismes.

• L'hébergement de stabilisation doit permettre à des personnes éloignées de l'insertion de se stabiliser et de favoriser leur orientation vers des structures adaptées à leur situation. Instaurées par le Plan d'Action Renforcé en direction des Sans-Abris en 2007, les places de stabilisation sont à mi-chemin entre l'urgence et l'insertion. Elles visent avant tout un public très désocialisé, à la rue depuis longtemps et en rupture avec les structures d'accueil classique. Le fonctionnement est souple, autorise notamment les allées et venues, les visites de l'entourage, avec un seuil de tolérance élevé.

• L'hébergement d'insertion a pour mission d'accueillir temporairement toutes les personnes *« qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale »*[4]. Cette mission est assurée principalement par les CHRS dits « d'insertion »[5]. L'accueil en CHRS étant lié à l'admission à l'aide sociale qui prend en compte toute personne en situation de détresse sociale, celui-ci est inconditionnel.

• Le « logement adapté et accompagné » désigne différentes formes de logement et comprend les mesures d'accompagnement vers et dans le logement. Il s'agit notamment :

· **Des résidences sociales :** ces structures offrent une modalité de logement collectif temporaire meublé (associant logements privatifs et espaces collectifs). Elles peuvent être créées ex nihilo ou par transformation de foyers de jeunes travailleurs (FJT) ou de foyers de travailleurs migrants (FTM). Elles accueillent des personnes ayant un besoin de logement temporaire lié à la mobilité ou dans l'attente d'un logement durable, en capacité d'occuper un logement autonome avec, si besoin, un accompagnement léger.

· **Des pensions de famille :** elles constituent un logement adapté pour des personnes au faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court terme. Les pensions de famille ont pour caractéristique principale de disposer d'un hôte ou d'un couple d'hôtes, qui a avant tout pour rôle d'animer la vie collective de la pension. Les résidences accueil (qui constituent une forme de pension de famille) s'adressent à des personnes souffrant d'un handicap psychique et prévoient un partenariat formalisé avec des équipes de soins et d'accompagnement social et médico-social adapté. Elles relèvent de la réglementation des « logements-foyers », *« proposant un logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des «locaux communs affectés à la vie collective »*[6].

Le logement adapté et accompagné comprend également l'intermédiation locative, (location / sous-

[1] Circulaire N°DGCS/1A/2010/271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations d'accueil, d'hébergement, d'insertion.

[2] Voir à ce sujet FNARS et Croix-Rouge française, « SIAO : Repères et pratiques », avril 2013.

[3] Article L.345-2-2 et L.345-2-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

[4] Article L345-1 du CASF.

[5] Le CHRS dispose avant tout d'un statut juridique lui permettant d'exercer tout à la fois des missions d'urgence, de stabilisation ou d'insertion, avec ou sans hébergement.

[6] Article L633-1 Code de la construction et de l'habitation.

location avec ou sans bail glissant) ainsi que l'aide à la gestion locative sociale, qui soutient le projet social de résidences sociales.

Ces dispositifs ne sont pas réglementés par le code de l'action sociale et des familles (CASF) mais par le code de la construction et de l'habitat.

LES AUTRES DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS

Certains établissements et services médico-sociaux sont, par exemple, spécialisés dans l'accueil des personnes en situation de précarité confrontées à des problématiques de santé. Il s'agit notamment des Appartements de coordination thérapeutique (ACT), qui proposent un hébergement à titre temporaire à des personnes en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière nécessitant des soins et un suivi médical, ou des Lits halte soins santé (LHSS). Ces derniers accueillent des personnes en situation de grande exclusion, à la rue, dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation, afin de les soigner.

• Les structures du dispositif national pour les demandeurs d'asile (DNA) – Centres d'accueil pour demandeurs d'asile ou centres d'hébergement spécialisés pour l'accueil de demandeurs d'asile, plates-formes d'accueil pour demandeurs d'asile - accueillent, orientent, hébergent et accompagnent les demandeurs d'asile dans leurs procédures devant l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA). Une fois reconnues réfugiées, ces personnes peuvent être également accueillies et hébergées dans des centre provisoires d'hébergement, des CHRS spécialisés pour l'accueil des bénéficiaires d'une protection internationale.

• Les centres maternels sont des lieux qui hébergent des femmes enceintes et des mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile. Ils dépendent des Conseils départementaux au titre de la protection de l'enfance.

• Pour répondre aux besoins particuliers de personnes éloignées de l'emploi, le secteur de lutte contre les exclusions a développé des actions telles que les ateliers d'adaptation à la vie active (AVA) et des dispositifs relevant de l'insertion par l'activité économique (IAE). Cette dernière propose depuis les années 1970 un modèle d'insertion permettant une mise en situation d'emploi des personnes embauchées dans les structures d'insertion (SIAE), assortie d'une formation et d'un accompagnement global, à la fois social et professionnel. Il permet ainsi à des personnes de s'insérer en exerçant des emplois sur des activités socialement utiles et non délocalisables (chantiers de rénovation et construction, entretien d'espaces verts…).

QUELQUES CHIFFRES :

Au 30 juin 2014, les capacités du parc AHI se décomposent comme suit[7] :

· **28 218** places offertes dans les centres d'hébergement hors CHRS (places d'urgence, de stabilisation et d'insertion),
· **30 128** places d'hôtel**,**
· **40 372** places en CHRS (urgence, stabilisation et insertion)
· **12 844** places en pensions de famille

L'ensemble de ces dispositifs totalisait 111 817 places au 30 juin 2014.

[7] Sources des données : CHORUS, enquête AHI DGCS au 30 juin 2014.

La structuration du secteur médico-social en addictologie français

Le champ de l'addictologie est composé de trois secteurs : le secteur médico-social, le secteur sanitaire hospitalier et le secteur de la ville (regroupant les médecins généralistes, pharmacies d'officines et les réseaux de santé). Les professionnels de l'addictologie peuvent décliner des missions de soins, d'accompagnement, de réduction des risques, d'intervention précoce et de prévention. Ces missions sont encadrées par des conditions de confidentialité, d'anonymat et de libre adhésion des publics aux actions qui leur sont proposées. Elles ne comportent pas de notion de durée.

Le secteur médico-social en addictologie est chargé, en articulation avec les autres acteurs cités ci-dessus, d'accompagner l'usager [8] et son entourage tout au long de son parcours de soin de façon à le faciliter. Les établissements du secteur médico-social sont des acteurs de proximité qui déclinent une réponse adaptée, graduée et transdisciplinaire quel que soit le lieu d'habitation (y compris dans les territoires ruraux ou péri-urbains) et le moment du parcours de soin qu'ils sont chargés d'organiser lorsqu'ils ne peuvent répondre eux-mêmes aux besoins.

Le secteur médico-social intervient sur toutes les formes d'addictions, qu'elles soient liées à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, drogues illicites, tabac, médicament) ou à un comportement (addiction aux jeux de hasard et d'argent, aux jeux vidéo…). Ses missions s'articulent autour de six axes fondamentaux et complémentaires qui permettent d'assurer un indispensable continuum de prise en charge :

· la prévention,
· l'intervention précoce,
· la réduction des risques,
· le soin médico-psychologique,
· l'accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale,
· la fonction ressource/pivot. Le Centre d'Accompagnement, de Prévention et de Soins en Addictologie (CSAPA) est une structure de référence pour les pratiques addictives et pour l'accompagnement des usagers et de leur entourage. *« Il assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin. (…) Toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins* [9] ». Ainsi, il articule son intervention avec les professionnels des secteurs sanitaire, social et de ville au profit du parcours de vie des personnes. Le CSAPA est donc un acteur ressource pour les professionnels spécialisés en addictologie mais aussi pour les intervenants non spécialisés (établissements scolaires par exemple).

[8] Voir la partie « Définitions spécifiques au secteur de l'addictologie ».

[9] Circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Deux lois essentielles

· La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses fonde le secteur des soins en toxicomanie. Cette loi, qui régit encore actuellement la politique française de lutte contre les drogues, institue une logique d'abstinence par l'interdiction de l'usage des substances psychoactives illicites, y compris dans la sphère privée. Elle réprime toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants, de la simple consommation à la production, sans distinction entre les produits. Elle instaure un régime d'exception à l'encontre des usagers de drogues, en faisant de l'injonction thérapeutique [10] la seule alternative aux poursuites pénales. L'usager est donc un délinquant qu'il faut sevrer. Cette loi prévoit la gratuité et l'anonymat des soins dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale conventionnée par l'Etat.

· La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale inscrit les CSAPA dans les établissements médico-sociaux et reconnaît ainsi le secteur comme partie prenante du soin et les usagers comme relevant de l'action solidaire auprès de personnes ayant des difficultés spécifiques [11]. Comme pour le secteur de la lutte contre les exclusions, cette loi a notamment permis de structurer une partie des dispositifs, d'établir des règles de création et de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux et d'introduire le droit des personnes dans la loi.

[10] Voir la partie « Rappel de la règlementation ».

[11] Les CAARUD, institués en 2006, ont directement intégré le dispositif médico-social et relèvent de fait de cette même loi.

L'accompagnement proposé dans le secteur médico-social peut avoir des dimensions individuelles et/ou collectives. Il fait appel à des offres de thérapies diversifiées, qu'il s'agisse de thérapies médicamenteuses (sevrage, substitution,…), de psychothérapies ou de socio-thérapies. Actuellement, les psychothérapies sont elles-mêmes d'origines diverses, psychanalytiques, cognitivo-comportementalistes et systémiques. Une seule personne ou institution ne peut à elle-seule assurer la diversité de ces propositions, ce qui justifie l'intérêt du travail en réseau. Les thérapies psychosociales, souvent utilisées dans le dispositif de soins résidentiels, s'appuient sur le groupe pour développer l'*empowerment* individuel. Le groupe est ainsi envisagé comme un levier thérapeutique.

HISTORIQUE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN ADDICTOLOGIE

Durant de longues décennies, la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes et des personnes toxicomanes s'est organisée autour de deux dispositifs distincts qui se sont construits parallèlement.

Les structures spécialisées dans la prise en charge des problématiques liées à l'alcool sont créées par **une circulaire du 30 novembre 1970 sous le nom de « Centres d'Hygiène Alimentaire » (CHA).** Ces établissements à gestion associative ou hospitalière, essentiellement composés de médecins généralistes, s'appuient sur un programme thérapeutique diététique et alimentaire pour aider les buveurs excessifs à modérer leur consommation. La clinique de l'alcoologie se construit ainsi en positionnant le traitement des problématiques d'alcool sur un registre médical et nutritionnel [12], évitant la stigmatisation d'un produit considéré comme faisant partie de la culture française.

Le dispositif de soins en toxicomanie trouve son origine **dans la loi du 31 décembre 1970 qui crée les « Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes » (CSST)** offrant une prise en charge médico-psycho-socio-éducative gratuite, confidentielle et anonyme aux usagers. Leurs missions ne seront toutefois fixées règlementairement qu'en 1992. Cette loi ne comporte pas de disposition spécifique en matière de prévention et de ce flou naîtra une politique de prévention hétérogène, morcelée et manquant de cohérence.

La loi du 30 juin 1975 [13] relative aux institutions sociales et médico-sociales marque un tournant, en consacrant l'autonomie du secteur social et en fondant un secteur intermédiaire : le secteur médico-social. L'objectif est d'unifier les établissements accueillant toutes sortes de publics dont le point commun est d'être fragilisés, et de favoriser la souplesse, la créativité et l'initiative pour que les offres soient les mieux adaptées à des problématiques diverses, multifactorielles et en constante évolution. Cette loi précise les missions, obligations, droits et devoirs des établissements médico-sociaux ainsi que leurs modalités de financement dans un contexte sociétal d'Etat-Providence. Les CHA sont intégrés au secteur médico-social alors que les CSST restent dans le domaine d'exception et figurent dans le Code de la santé publique.

Les CHA se trouvent très vite en difficultés du fait de l'augmentation des consommateurs dépendants qui saturent les dispositifs et du manque de moyens financiers qui leur sont alloués. Ils sont remplacés en 1983 par les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA), devenant ainsi de véritables centres de soins, d'accueil et de prévention avec des missions de formation, d'information et de recherche. Ils évoluent en 1998 en Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et gardent les mêmes missions. Les CCAA et CSST demeurent séparés jusqu'à **la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.** Cette loi institue les **Centres de Soins, de Prévention et d'Accompagnement en Addictologie (CSAPA)**, qui remplaceront en 2007 (lorsque leurs missions seront fixées par décret) les CCAA et CSST. Ces derniers disposent alors d'un délai de trois ans pour fusionner.

Cette transformation majeure s'opère dans un contexte d'affirmation et de diffusion de l'addictologie, suite au Plan Gouvernemental de la MILDT [14] 1999-2002. La mise en place des CSAPA témoigne de la volonté de décloisonner les prises en charge et de sortir le dispositif de l'exception en prévoyant un financement par l'Assurance-maladie [15]. La structuration du dispositif médico-social en addictologie se poursuit avec la création, en **2004 du dis-**

[12] L'idée était qu'une meilleure alimentation devait permettre d'éviter les consommations d'alcool problématiques.

[13] Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

[14] Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

[15] CCAA et CSST étaient financés par le Ministère de la Santé, avec une très faible visibilité d'une année à l'autre.

positif spécifique des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et en 2006, des Centres d'Accueil, d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), dispositifs spécifiquement dédiés à la réduction des risques. En 2007, la Direction Générale de la Santé publie le «Plan de prise en charge et de prévention des addictions [16] » qui précise le dispositif global de prise en charge en addictologie, les rôles du secteur médico-social, de la ville et du sanitaire ainsi que les financements alloués. Les CSAPA et CAARUD se trouvent ainsi *« à l'interface et en complément des réponses sociales d'une part et des réponses sanitaires et médicales d'autre part [17] »*.

Les CSAPA

Missions obligatoires [18] :

1) l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation de la personne ou de son entourage,

2) la réduction des risques,

3) la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Les CSAPA assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux dont les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Missions facultatives :

la mission de prévention (pourtant inscrite jusque dans l'acronyme [19]), l'intervention précoce (via les CJC), la prise en charge des addictions sans substance, l'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

[18] Selon les dispositions de l'article D.34 11-1 et s. du Code de la santé publique.
[19] Toutefois l'inscription de la mission de prévention des CSAPA comme mission obligatoire est prévue dans le projet de loi « de modernisation de notre système de santé » actuellement en examen au Parlement.

Les CAARUD

Missions obligatoires [20] :

1) l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues,

2) le soutien aux usagers dans l'accès aux soins,

3) le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle,

4) la mise à disposition de matériel de prévention des infections,

5) l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers,

6) le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues,

7) la participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

[20] Selon les dispositions du décret du 14 avril 2005 complétant l'article L.312165 du code de la santé publique.

MOYENS DE FONCTIONNEMENT DES CSAPA ET CAARUD

En tant qu'établissements et services médico-sociaux, les CSAPA et CAARUD sont soumis à une autorisation administrative de fonctionnement et sont tenus de procéder à des cycles d'évaluation interne et externe de la qualité de leurs activités et des prestations délivrées. Les résultats de ces évaluations conditionnent la reconduction de l'autorisation administrative que leur délivre l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ils sont financés par :
• l'assurance maladie, par l'ONDAM [21] médico-social, pour la partie soin/accompagnement et la réduction des risques. Toutefois, contrairement aux autres champs du médico-social (personnes handicapées et personnes âgées par exemple), il n'existe pas de programmation budgétaire pluriannuelle pour l'addictologie : les budgets de fonctionnement et les mesures nouvelles sont décidés chaque année, souvent tardivement et sans anticipation.

[16] Plan de prise en charge et de prévention des addictions, 2007-2011, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007.

[17] ANIT-F3A, « Devenir CSAPA avant fin 2009 », supplément technique, 2009.

[21] Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM).

· de multiples sources de financements (ARS, MILDECA[22], Etat, collectivités territoriales…) pour la mission prévention. Ce morcèlement et le caractère non-pérenne des financements -même s'ils sont bien souvent reconduits d'une année sur l'autre- fragilise les acteurs de la prévention et ne permet pas la construction d'une politique publique de prévention efficiente.

LE DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAL AVEC HÉBERGEMENT

Le dispositif médico-social en addictologie offre aux usagers une prise en charge qui peut être ambulatoire, mais aussi avec hébergement. L'histoire du dispositif médico-social avec hébergement est complexe, empreinte de tâtonnements et d'expériences. Elle débute dans les années 1970 avec l'apparition des premiers centres d'hébergement collectif et aboutit au dispositif multiple que nous connaissons aujourd'hui. On peut donc décomposer ce dispositif en deux types, selon qu'ils offrent une prise en charge collective ou individuelle.

• Offre de prise en charge collective :

· **Les Centres thérapeutiques résidentiels** (CTR), appelés autrefois centres de postcure[22], sont des lieux de soin avec un hébergement collectif, gérés par un CSAPA. La durée de séjour initiale est variable (de quelques semaines à un an) et reconductible. Ces centres permettent à la personne de retrouver des capacités d'autonomie dans sa vie sociale et psychique (à travers un projet d'abstinence et une vie de groupe régulée), de trouver un équilibre dans un cadre protégé et de construire un projet individuel de réinsertion sociale sur une durée programmée pouvant aller jusqu'à six mois renouvelable une fois.

· **Les Communautés thérapeutiques** (CT) proposent du soin résidentiel avec hébergement collectif, fondé sur une prise en charge où un groupe de résidents-pairs est le moteur du soin et de l'entraide. Comme les CTR, elles accueillent les personnes dont la prise en charge en ambulatoire se révèle insuffisante ou non pertinente. Elles proposent un programme thérapeutique essentiellement basé sur la vie communautaire, les activités de groupe, les interactions avec les pairs, la reconnaissance et l'expression des émotions. L'accompagnement en CT peut durer jusqu'à deux ans.

· **Les Centres d'accueil d'urgence et de transition** (CAUT) proposent des séjours de courte durée (de quelques semaines à trois mois) pour consolider ou mettre en place un projet de soin ou d'insertion. Ces centres sont des réponses « tremplins » avant l'intégration d'un dispositif de soins résidentiels ou d'un dispositif sanitaire ou social. On en trouve quatre en France dont trois sont spécialisés pour les personnes sortant de prison.

• Offre de prise en charge individuelle :

· **les Appartements thérapeutiques** (AT) proposent un hébergement individuel qui vise l'inscription sociale de la personne et le renforcement de son identité. Durant son séjour, elle bénéficie d'un accompagnement thérapeutique, médical, psychologique et éducatif tout en étant en situation d'autonomie. Ces dispositifs sont rattachés à des CSAPA qui assurent le suivi et soutiennent le résident dans ses démarches.

· **les familles d'accueil** permettent aux usagers de rompre avec leur quotidien, de retrouver un rythme de vie par l'intégration dans un milieu familial et de reconstruire des liens interpersonnels et sociaux.

• Autres dispositifs :

· **Les Centres d'hébergement et de réinsertion Sociale à orientation addictologique** (CHRSA) sont un dispositif hybride situé à la frontière du médico-social et du social. Ils accueillent des personnes ayant des problématiques d'addiction, en situation d'exclusion et s'inscrivent dans une filière en articulation étroite avec le soin, dont la composante fait partie du projet d'établissement spécifique de soins. Ils déploient les missions traditionnelles des CHRS ainsi qu'un accompagnement spécifique sur les addictions, tourné dans un objectif d'abstinence. Au nombre de sept, les CHRSA ne font pas partie du dispositif de soins en addictologie mais s'y relient de par leur fonctionnement.

…

[22] Cette appellation était plus conforme à la conception d'un temps de convalescence succédant au sevrage. Avec leur intégration dans les CSAPA, ces centres ont reçu une mission thérapeutique qui prime sur celle de l'hébergement et de postcure.

QUELQUES CHIFFRES

• En 2014 on compte [23] :
- 158 CAARUD [24],
- environ 483 CSAPA ambulatoires,
- environ 32 Centres thérapeutiques résidentiels,
- 11 Communautés thérapeutiques,
- 4 Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition,
- Une centaine d'Appartements thérapeutiques,
- Une quarantaine de familles d'accueil.

Où trouver plus d'informations sur les dispositifs de soins avec hébergement ?

- La Fédération Addiction a publié en 2012 un guide sur les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels collectifs. Ce document présente l'historique de ces dispositifs, un panorama et un ensemble de fiches sur les pratiques (cadre de fonctionnement, procédure d'admission, accueil du résident, etc.). Il comporte également un annuaire des différents dispositifs (CT, CTR, CAUT). Le guide est accessible en téléchargement gratuit sur le site de la Fédération Addiction : **www.federationaddiction.fr**

- L'annuaire des CHRSA est disponible sur le site de la Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie (FNESAA) : **www.fnesaa.com**

- La Fédération Nationale d'hébergements VIH (FNH-VIH) a mis en ligne sur son site un annuaire des ACT qu'elle regroupe (une soixantaine) : **www.fnh-vih.org**. D'autres associations gèrent également des ACT. Il peut être utile de consulter l'Agence Régionale de Santé de son territoire pour en obtenir la liste.

PRINCIPES DE L'APPROCHE MÉDICO-SOCIALE DES ADDICTIONS

• La place de l'usager : alliance et codécision.

On ne peut évaluer une pratique addictive sans prendre en compte la personne, le sens qu'elle donne ou ne donne plus à sa pratique, les avantages qu'elle y trouve, les problèmes qu'elle rencontre. C'est en adoptant une posture d'alliance avec l'usager, y compris dans le cadre d'un soin sous contrainte judiciaire, que va s'élaborer un projet d'accompagnement dont l'usager est le premier « expert ». Soigner, accompagner, réduire les risques contribuent à améliorer sa capacité à choisir et à agir.

• Les addictions se pensent dans une approche holistique.

Cette approche prend en compte les interactions entre les dimensions biologique, psychologique, sociale des addictions et leurs conséquences sur la santé. Elle considère la substance et son mode d'utilisation, le contexte et la fonction de consommation ou du comportement, les diverses pratiques de consommation, les risques qui s'y attachent ainsi que les facteurs propres à l'individu. L'accompagnement s'organise autour de priorités axées sur les risques encourus et le désir de l'usager. Il n'y a donc pas de prééminence d'une dimension sur l'autre.

• L'équipe pluridisciplinaire et la prise en charge transdisciplinaire.

La prise en compte des dimensions plurielles de l'expérience addictive justifie la coopération de professions différentes et complémentaires (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux…) autour de l'accompagnement du projet élaboré avec la personne. La transdisciplinarité a donc une perspective intégrative : elle alterne et coordonne les approches en fonction de l'expérience de la personne, de ses enjeux et des étapes qu'elle traverse. La pluridisciplinarité doit permettre, quant à elle, une approche globale de la personne et faciliter les liaisons en interne, mais aussi avec les différents partenaires extérieurs.

• La démarche d' « aller vers » les personnes, là où elles sont, là où elles en sont [25].

• L'élaboration de réponses adaptées aux problématiques spécifiques de certaines populations.

Les CSAPA et CAARUD travaillent avec une grande diversité de publics. Les pratiques des équipes se sont adaptées aux besoins particuliers de ces publics et aux évolutions des contextes propres aux territoires d'implantation des structures.

• Un accompagnement et une offre de soins dans la durée.

Il est nécessaire de prendre en compte la capacité d'agir de la personne : la consommation de substances psychoactives est une décision ; quand bien même les effets des produits consommés affectent

[23] D'après le recensement effectué par la Fédération Addiction à l'occasion de ses divers travaux (sur les soins résidentiels, sur les pratiques professionnelles de réduction des risques en CAARUD et CSAPA, etc.)

[24] Enquête ASA-CAARUD 2010, OFDT in « Les usagers des CAARUD vus à travers l'enquête ENa-CAARUD 2012 », OFDT, Présentation lors de la journée CAARUD 10 ans, 15 janvier 2015.

[25] Voir à ce sujet le chapitre « Aller vers les personnes et institutions », deuxième partie de ce guide.

l'autodétermination. L'usager n'est donc jamais impuissant et le changement reste possible. Le changement est un processus qui ne peut s'envisager de manière linéaire, ordonnée, planifiée. Le projet thérapeutique passe par des étapes, des paliers, des allers et retours nécessaires au questionnement sur le sens du parcours de vie, à l'engagement dans un processus de changement, à la reconstruction d'une nouvelle identité, à la modification de l'image de soi, au tissage de nouveaux liens avec l'environnement.

• Un accompagnement et une offre de soins diversifiés, en partenariat avec les autres acteurs de l'addictologie

Les réponses apportées par le secteur médico-social associent, en ambulatoire ou en hébergement, des traitements médicaux, des sevrages, de l'accompagnement social, des psychothérapies, un accompagnement psychologique, des actions d'information, de prévention et de réduction des risques.

En amont du soin, le travail en réseau avec les secteurs sociaux, socioculturel, de l'éducation et du travail, permettent une mobilisation et un accompagnement notamment des plus jeunes pour prévenir ou réduire les risques. Pour les soins proprement dits, le travail en réseau avec les hôpitaux et les professionnels de santé de ville garantit sur le long terme la continuité et la cohérence d'un accompagnement adapté aux besoins des usagers. Le secteur médico-social accueille tout type et tout degré d'addiction et offre, aux usagers comme à leur entourage, une palette de soins divers. Il leur propose un parcours qui articule toutes les possibilités d'étayage en coopération avec l'ensemble des professionnels.

Réformes et bouleversements

Les secteurs de la lutte contre les exclusions et de l'addictologie ont fait l'objet, ces dernières années, de réformes ayant bousculé leurs pratiques et organisations.

RÉFORMES DU SECTEUR DE LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

Dans un contexte d'évolution et de massification des situations de précarités et de crise du logement persistante, le secteur de l'hébergement fait l'objet d'une refondation depuis plusieurs années. Cette refondation répond à deux objectifs majeurs :
- l'accès plus direct des personnes sans abri au logement,
- la fin d'un système d'urgence (avec notamment un recours massif à l'hôtel) qui contraint les personnes à vivre à la rue.

• L'engorgement des dispositifs d'hébergement

Alors que des personnes, même avec des ressources, pourraient accéder au logement, elles ne trouvent que des solutions temporaires (comme des centres d'hébergement ou des résidences sociales) qui, de fait, deviennent des logements par défaut. Les difficultés d'accéder au logement contribuent ainsi à l'embolie des dispositifs d'hébergement.

• L'illisibilité du secteur de l'accueil-hébergement-insertion

A mesure que les situations de précarité progressaient, les associations ont développé leurs activités et créé de nouveaux dispositifs. Alors que l'Etat a peu piloté ce développement, il en résulte un empilement de dispositifs (mille-feuilles) qui contribue à rendre peu lisibles les services rendus par le secteur aux personnes en situation de détresse sociale.

LA REFONDATION DU SECTEUR

En novembre 2009 a été initiée une nouvelle stratégie de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées : la Refondation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Elle promeut :

- Une meilleure observation des besoins, indispensable pour élaborer et mettre en œuvre des politiques de l'hébergement et du logement adaptées,
- Une meilleure coordination des acteurs (Etat, collectivités locales, bailleurs sociaux, gestionnaires du 1%, associations de solidarité…), ce à quoi doivent contribuer les SIAO,
- L'humanisation des centres d'hébergement,
- Le respect de l'inconditionnalité de l'accueil et du principe de non remise à la rue,
- Le principe du « Logement d'abord ».

Le Logement d'abord

- Le « Logement d'abord » repose sur la conviction que le logement est une condition préalable et nécessaire à l'insertion. La stabilité liée au logement est considérée comme un prérequis : les personnes en difficulté d'insertion doivent avant tout pouvoir s'installer dans leur propre logement, un logement autonome, de droit commun, qu'elles ont choisi, pour lequel elles ont signé un contrat en leur nom sans limitation de durée, et qui n'est pas conditionné au suivi d'un quelconque engagement.
- Ce concept remet en question l'approche classique que l'on connaît en France, qui tend plutôt à poser le logement comme l'aboutissement (et non la condition préalable) d'un parcours d'insertion. La personne en difficulté doit généralement prouver sa capacité à accéder au logement, en passant préalablement par différents dispositifs d'hébergement temporaire.
- Le « Logement d'abord » implique une réflexion profonde sur l'évolution des modalités d'intervention et pratiques sociales.

LA MISE EN PLACE DES SERVICES INTÉGRÉS DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION (SIAO)

La création des Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) résulte du constat selon lequel la segmentation très importante du secteur et le manque de coopération entre les multiples acteurs de l'hébergement et du logement conduisent à un défaut de prise en charge des personnes. La phase de premier accueil, d'évaluation du besoin et

d'orientation est primordiale dans le processus d'accompagnement des personnes et doit donc être organisée de manière cohérente, coordonnée dans les départements pour trouver des réponses adaptées aux besoins.

Définis par la loi du 24 mars 2014, les SIAO constituent un élément structurant du service public de l'hébergement et de l'accès au logement.

· La finalité du SIAO est « d'assurer le meilleur traitement de l'ensemble des demandes d'hébergement et de logement formées par les personnes ou familles sans domicile ou éprouvant des difficultés particulières, en raison de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence, pour accéder par leurs propres moyens à un logement décent et indépendant et d'améliorer la fluidité entre ces deux secteurs ».

« Ainsi, une convention est conclue dans chaque département entre l'Etat et une personne morale pour assurer un service intégré d'accueil et d'orientation qui a pour missions, sur le territoire départemental :

1° De recenser toutes les places d'hébergement, les logements en résidence sociale ainsi que les logements des organismes qui exercent les activités d'intermédiation locative ;

2° De gérer le service d'appel téléphonique pour les personnes ou familles mentionnées au premier alinéa ;

3° De veiller à la réalisation d'une évaluation sociale, médicale et psychique des personnes ou familles mentionnées au même premier alinéa, de traiter équitablement leurs demandes et de leur faire des propositions d'orientation adaptées à leurs besoins, transmises aux organismes susceptibles d'y satisfaire ;

4° De suivre le parcours des personnes ou familles mentionnées audit premier alinéa prises en charge, jusqu'à la stabilisation de leur situation ;

5° De contribuer à l'identification des personnes en demande d'un logement, si besoin avec un accompagnement social ;

6° D'assurer la coordination des personnes concourant au dispositif de veille sociale prévu à l'article L. 345-2 et, lorsque la convention prévue au premier alinéa du présent article le prévoit, la coordination des acteurs mentionnés à l'article L. 345-2-6 ;

7° De produire les données statistiques d'activité, de suivi et de pilotage du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement ;

8° De participer à l'observation sociale. » [26]

[26] Article L345-2-4 du CASF

Le SIAO doit éviter les ruptures d'hébergement et d'accompagnement des personnes et apporter une réponse adaptée et continue en fonction des besoins des demandeurs. Ces missions appellent une organisation et des pratiques différentes entre professionnels. Chaque professionnel doit en effet adresser sa demande d'orientation au SIAO et chaque structure mettre à disposition ses places d'hébergement au SIAO qui orientera la personne vers la structure la plus adaptée. Le SIAO fait ainsi évoluer les pratiques professionnelles car il oblige les différents acteurs de l'accueil, hébergement, insertion à travailler davantage ensemble.

Pour l'exercice de ces missions, la loi favorise la conclusion de conventions de partenariats entre le SIAO et un grand nombre d'acteurs essentiels pour favoriser l'accès à l'hébergement, et au logement des personnes sans domicile (veille sociale, bailleurs sociaux, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, Aide Sociale à l'Enfance, collectivités territoriales, secteur de l'asile, ARS). Dans ce nouveau modèle, l'hébergement joue un rôle important en tant que filet de sécurité pour les personnes dans des situations d'urgence (notamment pour des raisons administratives).

LE SECTEUR DE L'ADDICTOLOGIE EN MOUVEMENT

L'addictologie s'est construite progressivement. Si la prise en charge des usagers de substances psychoactives date de plusieurs décennies, la formation de la discipline est plus récente. Les structures accueillant ces publics sont peu à peu sorties du domaine d'exception et entrées dans le secteur médico-social, inscrivant ainsi les usagers eux-mêmes dans le « droit commun » de la solidarité nationale. Du côté de l'hôpital, l'organisation de la prise en compte et de la réponse aux problématiques addictives s'est aussi structurée.

Dans le secteur qui est aujourd'hui celui du médico-social, la prise en charge s'est organisée autour des produits pendant des années. Le concept d'addiction, apparu à la fin des années 1990, a représenté un bouleversement majeur. Il a contribué à ce que chacun de ces dispositifs évolue vers une clinique de l'addiction, qui prenne en compte tous les pro-

duits et tous les comportements. Mais cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une modification structurelle de l'offre.

Une série de rapports gouvernementaux[27] publiés dans cette même décennie ont enjoint, d'une part, à dépasser l'approche par produits pour s'intéresser aux comportements globaux et, d'autre part, à construire une approche préventive ne se résumant pas à une posture mais qui s'inscrive en corrélation avec les différents niveaux d'usage. L'aboutissement de cette démarche, principalement impulsée par Nicole Maestracci, alors présidente de la MILDT, a été d'entrainer une réorganisation du système de soins. Nicole Maestracci souhaitait en effet étudier *« la possibilité de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de toutes personnes ayant des comportements addictifs[28] »*.

À la loi du 2 janvier 2002 a succédé le « Plan Addictions » de 2007-2011 qui marque une étape fondamentale dans l'histoire du secteur de l'addictologie française, en officialisant la mise en place des trois grands pôles d'acteurs que sont la médecine de ville, le secteur médico-social et le secteur sanitaire. L'intégration des CSAPA et CAARUD dans le dispositif médico-social a permis de sécuriser leur action et de formaliser leurs missions obligatoires et facultatives. Cette institutionnalisation a fait évoluer les pratiques vers une continuité des interventions, vers une approche intégrée et graduée, grâce au développement de l'intervention précoce et de « l'aller vers », qui confirment la logique de décloisonnement des secteurs, mais aussi grâce au travail partenarial avec les acteurs de proximité et de premier recours.

L'abstinence n'est plus apparue de ce fait comme la seule finalité du soin : des méthodes et des programmes favorables à la gestion des consommations, à la réduction des risques et des dommages se sont développés. La substitution et son déploiement (en tant qu'outil de réduction des risques et d'accompagnement) comme la mise sur le marché de nouveaux traitements expérimentés pour réduire les consommations d'alcool (le Baclofène par exemple), ont confirmé le passage d'une réduction des risques sanitaire à une réduction de tous les risques.

La régionalisation des politiques de santé via la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et la création des ARS ont eu pour effet une réorganisation territoriale entraînant le regroupement de nombreuses associations. Des dynamiques territoriales et de parcours de soin se sont mises en place (contrats locaux de santé, contrats locaux de santé mentale, programmes territoriaux de santé, etc.). Ces évolutions ont pour partie bénéficié aux publics et facilité une approche coordonnée du travail avec la personne et les différents partenaires.

LE RAPPROCHEMENT ENTRE LES DEUX SECTEURS

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[29] par exemple).

...

[27] Rapport Parquet (1997) puis Rapport des Pr Parquet, Reynaud et Lagrue (1999) remis à la Direction Générale de la Santé.

[28] Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), MILDT, Paris, 1999.

[29] Voir la partie « Définitions spécifiques au secteur de l'addictologie ».

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.

Constats partagés et points de distinction

CONSTATS PARTAGÉS

• Les secteurs de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions **accueillent un public en partie commun** : les personnes en grande difficulté sociale présentent pour certaines des problématiques d'addiction tandis que les dispositifs médico-sociaux en addictologie accueillent pour partie des personnes en situation de précarité, confrontées à des difficultés de logement et/ou d'accès à l'emploi. L'enquête Samenta [30] réalisée en 2009 par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'INSERM [31] 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 [32].

• Les professionnels de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions sont confrontés à **des difficultés liées aux évolutions de la société :** la modification de la précarité et sa massification, avec la progression de travailleurs pauvres, des familles sans-abri, de personnes migrantes, mais aussi un environnement « addictogène » marqué par l'augmentation des facteurs de vulnérabilités (désocialisation, chômage), le renforcement des stimulations sensorielles (via le marketing et les nouvelles technologies) et la disponibilité des substances psychoactives. Ce contexte sociétal favorise notamment la diversification des publics consommant des substances psychoactives et l'émergence de nouvelles pratiques addictives.

• Bien qu'ils se retrouvent autour d'un certain nombre de valeurs, **les professionnels conservent un ensemble de représentations** sur l'un ou l'autre secteur pouvant rendre complexes leur rapprochement sur les territoires et l'adaptation de leurs pratiques aux besoins des personnes qu'ils accompagnent.

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.

• **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 [33] par an. Les dispositifs d'hébergement spécialisés en addictologie, quant à eux, disposent d'environ 1100 places. Concernant le secteur de lutte contre

[30] 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 www.samusocial.paris

[31] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

[32] DREES, « Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile », *Études & Résultats* n°932, septembre 2015.

[33] Inspection Générale des Affaires Sociales, « Évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives », rapport n°2013-119R, février 2014, p18.

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 etc.), avec parfois l'apport de professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues etc.). 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.

LES PERSONNES AU CŒUR DE L'INTERVENTION MÉDICO-SOCIALE ET SOCIALE

Une règlementation commune

Les secteurs de la lutte contre les exclusions et de l'addictologie médico-sociale relèvent de la réglementation du Code de l'action sociale et des familles s'appliquant aux établissements sociaux et médico-sociaux. Ces deux secteurs hébergent, soignent et accompagnent les personnes fragiles en luttant contre les inégalités et en tendant *« à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets »* [34]. Le secteur de l'addictologie est de plus soumis aux dispositions réglementaires du Code de la santé publique.

[34] Article L116-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[35] Mécanisme permettant d'ajuster l'implantation, sur un territoire défini, des établissements et services aux besoins recensés et anticipés sur la période concernée.

LA LOI DU 2 JANVIER 2002

La loi du 2 janvier 2002 contient des principes et des outils qui s'imposent à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux tels que définis dans le CASF. Ils s'appliquent donc tant aux dispositifs spécialisés de l'addictologie (CSAPA, CAARUD) qu'aux CHRS, CADA, Centres maternels etc. Cette loi a apporté de nombreuses modifications au CASF et marque ainsi un véritable tournant.

INTENTIONS

- le renforcement du droit des usagers,
- l'élargissement des missions de l'action sociale,
- la meilleure organisation et coordination des différents acteurs du domaine social et médico-social
- l'amélioration de la planification, [35]
- l'obligation d'évaluer en interne et en externe les établissements sociaux et médico-sociaux, pendant la durée de l'autorisation.

PRINCIPES

- 1 - Le respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité et de la sécurité de l'usager,
- 2 - Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes,
- 3 - La garantie de bénéficier d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion,
- 4 - La confidentialité des informations le concernant,
- 5 - L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge,

• 6 - Une information sur ses droits fondamentaux, sur les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie et sur les voies de recours,
• 7 - la participation directe à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement.

OUTILS OBLIGATOIRES

- **Le livret d'accueil** qui doit permettre à la personne de connaître de façon précise les services mis à sa disposition.
- **La charte des droits et libertés** qui porte sur les principes éthiques et déontologiques de l'accueil dans les établissements sociaux et médico-sociaux: non-discrimination, droit à un accompagnement individualisé et adapté, droit au respect des liens familiaux, au renoncement, etc.
- **Le règlement de fonctionnement** qui définit les droits de la personne accueillie mais également ses obligations et devoirs nécessaires et au respect des règles de vie collective.
- **Le contrat de séjour**, qui individualise l'accompagnement et doit être signé dès lors que le séjour continu ou discontinu de la personne accueillie ou suivie a une durée prévisionnelle supérieure à 2 mois, à défaut, un document individuel de prise en charge (DIPEC) peut être conclu avec la personne. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel, dans un objectif de transparence entre institution et usager[36].
- **Le projet d'établissement** qui définit les objectifs de l'établissement ou du service notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement. Pour les structures spécialisées, il décline également le projet thérapeutique de la structure et est établi pour cinq ans.
- **La participation** de l'usager au Conseil de la vie sociale de son établissement ou à tout autre mode de participation.
- **La personne qualifiée** qui a pour mission d'aider les personnes accueillies et accompagnées à faire valoir leurs droits en cas de litige avec l'établissement ou le service.

[36] Pour les dispositifs ambulatoires, on ne parle pas de contrat de séjour mais de Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC).

L'articulation de l'accompagnement global avec l'accompagnement spécifique

L'accompagnement global est une mission fondamentale que partagent les professionnels des secteurs de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions. Il s'agit de prendre en compte la personne dans son ensemble, ses potentiels, compétences et capacités, quels que soient son parcours de vie, sa situation (santé physique et psychique, situation sociale, familiale,…) et les difficultés qu'elle rencontre. L'accompagnement global repose sur le respect de la personne, de ses choix, de son mode de vie et de ses projets. Il ne prétend pas solutionner simultanément tous les problèmes qu'elle rencontre mais travaille avec elle sur ses besoins et sur les ressources qu'elle peut mobiliser pour améliorer sa situation. Ainsi, la personne se situe au cœur de l'accompagnement et en est la principale actrice.

L'accompagnement global n'implique pas de « déspécialisation » des interventions : chaque intervenant détient une partie de la « réponse ». Il n'existe de ce fait pas de modèle unique d'accompagnement car la diversité des professionnels engagés répond à celle des problématiques rencontrées : précarité, conduites addictives, pathologies psychiatriques, souffrances familiales, isolement, difficultés d'accès aux soins, etc. L'accompagnement s'inscrit dans une démarche transversale et complémentaire faisant appel à des intervenants issus de divers secteurs (social, médico-social, sanitaire, ville, éducation, etc.).

Pour les professionnels, s'articuler et se coordonner est une nécessité afin de répondre efficacement et de manière adaptée aux besoins des personnes et à leur parcours. L'accompagnement nécessite non

seulement d'être pris en compte par les professionnels mais également un fort soutien politique, pour contribuer sur les territoires à décloisonner les interventions des différents intervenants et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

DANS LE CHAMP DE LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

L'approche globale tient compte de l'urgence de la situation de la personne (mise à l'abri, aide alimentaire et vestimentaire, prise en charge des différentes problématiques de santé, etc.) tout en s'efforçant d'identifier les origines de sa précarité. L'accompagnateur assure ainsi un rôle de pivot et peut proposer des actions en lien avec d'autres acteurs.

Le travail d'accompagnement dans les structures du secteur de la lutte contre les exclusions intègre une conception large de la santé. Qualifiée d' **« accompagnement santé »** [37], cette approche pemet d'intégrer les questions de santé à l'accompagnement social et à l'insertion. Les professionnels sont formés à la mise en œuvre des démarches d'accès à la protection sociale ainsi qu'à la médiation entre les personnes suivies et le secteur médical. Ils assurent ainsi un accompagnement social vers le système de santé publique. Cet accompagnement santé repose sur quatre piliers : l'accès à la prévention, l'accès aux soins, l'éducation pour la santé et l'accès aux droits. Il s'agit de permettre aux personnes accompagnées de devenir actrices de leur santé, de s'investir dans un objectif de valorisation de soi et de sa santé, de participer aux actions d'éducation et/ou de promotion de la santé (ateliers bien-être, repas collectifs, etc). La démarche participative peut être un levier pour atteindre ces objectifs : ces derniers ne sont pas imposés mais co-construits par la personne accompagnée et le professionnel. Les pratiques professionnelles évoluent en intégrant cette notion de participation et d'équité entre la personne accompagnée et le professionnel.

[37] À ce sujet, voir FNARS, « Guide accompagnement santé », 2015.

DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN ADDICTOLOGIE

L'accompagnement prend en compte le caractère multifactoriel des addictions et se décline dans une réponse adaptée, graduée et transdisciplinaire. Cette offre globale et intégrée, ambulatoire et résidentielle, fournit aux personnes qui en ont besoin une coordination entre les multiples intervenants qui les accompagnent durant tout ou partie de leur parcours.

L'accompagnement proposé par les équipes pluridisciplinaires des CSAPA et des CAARUD vise à permettre à la personne de recouvrer son autonomie, à travailler avec elle sur les étapes individuelles qui permettent de sortir de «l'identité addiction» dans laquelle elle est bien souvent enfermée, à remobiliser sa capacité à être actrice de changements, à mettre en œuvre alternatives et solutions. Il consiste également à prévenir et réduire les risques, à accompagner vers le soin tout en construisant un projet de vie. Ainsi, l'insertion fait partie intégrante du processus global de prise en charge des addictions.

L'accompagnement conforte les conditions dans lesquelles le soin est mis en œuvre. Il s'appuie sur les compétences psychosociales de la personne, tient compte de son rythme, et s'adapte à sa situation personnelle. C'est aussi une ouverture sur l'extérieur permettant à la personne de recréer des liens sociaux, de se réinsérer, d'accéder aux dispositifs de droit commun et d'identifier les intervenants auxquels elle peut s'adresser en fonction de ses nécessités, tout en poursuivant sa démarche thérapeutique. Dans ce cadre, le CSAPA ou le CAARUD travaille le parcours de soin et le parcours de réinsertion sociale dans une même dynamique, avec les professionnels du secteur de la lutte contre les exclusions et dans le respect des missions et des objectifs de chacun.

Parcours en santé et parcours de vie

Dans un contexte marqué par l'accentuation des phénomènes d'exclusion, l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé et l'évolution des modes de vie, la lutte contre le non-recours ainsi que l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires deviennent une priorité politique, notamment en santé publique. Cet objectif nécessite un renforcement du lien santé-social, pour lutter contre les barrières sociales, physiques, psychologiques et financières d'accès aux soins et poursuivre le décloisonnement entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

C'est donc pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies, hébergées, soignées par les associations de leurs réseaux que la FNARS et la Fédération Addiction partagent et défendent la notion de « parcours en santé ».

La notion de « parcours en santé » doit permettre à la personne de bénéficier d'un accompagnement global grâce à la continuité, la complémentarité et la pluridisciplinarité des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales qu'il implique. Ce parcours vise également à remettre la santé au cœur des préoccupations des personnes accompagnées, en leur permettant d'en être actrices. Le parcours en santé invite à un nécessaire changement de paradigme pour sortir de la seule notion de « parcours de soin », centrée sur une prise en charge sanitaire difficile à intégrer par bien des publics des secteurs concernés.

Le parcours en santé fait partie intégrante du parcours de vie de la personne. Il doit s'adapter à cette trajectoire de vie qui, bien souvent, n'est pas linéaire et qui peut être marquée par des ruptures. En cela, il doit permettre d'« aller vers » les personnes et rendre accessible la santé aux publics qui en sont éloignés. Il contribue à diversifier l'offre de santé afin de la rendre accessible. Cela nécessite de renforcer les systèmes de prévention et de promotion en santé, leviers majeurs de réduction des inégalités sociales en santé permettant de réduire la mortalité et les maladies évitables. Le parcours en santé doit donc intégrer une démarche de prévention dont l'effectivité est subordonnée à une meilleure articulation et clarification des compétences et financements entre acteurs du champ préventif.

Pour les professionnels travaillant dans les deux réseaux, l'enjeu de cette articulation est d'autant plus fort que les parcours de vie des personnes accompagnées sont complexes et que les intervenants sont multiples. Le parcours en santé implique une culture de travail commune et une capacité de repérage réciproque tant des situations d'addiction que des difficultés sociales ou d'insertion afin d'inscrire les actions dans une logique de prévention. Les partenariats entre professionnels issus de l'addictologie et du secteur de la lutte contre les exclusions doivent ainsi favoriser la réalisation de ces objectifs.

Définitions communes aux deux secteurs

ACCUEIL

Le « socle commun » de l'accueil, partagé par les deux secteurs, repose sur les principes d'écoute, de disponibilité et de réponse, même si cette réponse peut être parfois partielle. L'accueil inconditionnel est un devoir commun à un ensemble de structures sur un territoire, relevant d'une responsabilité collective et d'une obligation de moyens.
Dans le secteur de la lutte contre les exclusions, considéré comme le premier contact avec les personnes, les fonctions d'accueil ont comme objectif d'apporter, sans délai, une aide aux personnes en détresse sociale et à toute personne qui en exprime le besoin, une écoute et un secours immédiat selon les principes d'immédiateté et d'inconditionnalité. Pour un accueil digne, il est donc nécessaire d'adapter le seuil d'exigence aux personnes, pour qu'elles puissent effectivement être accueillies. Cette adaptation prend nécessairement en compte la personne dans toute sa dimension et intègre alors les questions d'addiction.
En addictologie, l'accueil est entendu au sens d'accueil « bas seuil » ou accueil « inconditionnel » et consiste à recevoir tout public, qu'il soit consommateur de substances psychoactives ou membre de l'entourage, sans jugement, sans condition d'arrêt de la consommation et avec des exigences minimales (pas de consommation dans la structure). La mission d'accueil implique pour le professionnel d'écouter et de recueillir la demande de la personne, telle qu'elle est formulée et élaborée à cet instant.

ACCÈS AU DROIT COMMUN

Les deux secteurs inscrivent leurs interventions comme un préalable ou une transition permettant le retour aux dispositifs de droit commun, à la « norme commune ».
Pour le secteur AHI, il s'agit de garantir « l'accès de tous aux droits de tous » dans l'esprit de la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions. En conséquence il n'est recouru au dispositif AHI qu'après mobilisation des ressources offertes par l'ensemble des autres dispositifs sociaux de droit commun, notamment dans le champ de la prévention des expulsions. Le respect de ce principe conditionne l'efficacité et la fluidité du dispositif. Il appartient aux pouvoirs publics de garantir l'accès aux prestations de droit commun. Les services sociaux, ceux des conseils départementaux et des communes, ainsi que les organismes de protection sociale, par les prestations qu'ils gèrent et l'action sociale qu'ils conduisent, sont à même d'intervenir en amont afin de prévenir les situations de recours au dispositif AHI.
En addictologie, les structures médico-sociales développent leurs missions et leurs pratiques dans l'objectif de réinscrire les bénéficiaires dans le circuit de droit commun, dans le dispositif de santé « ordinaire ». En ce sens, elles font de leurs actions un préalable ou une transition. Mais ces structures développent aussi une action spécifique et complémentaire au droit commun du fait de l'inscription de leurs activités dans le continuum prévention-soin-réduction des risques leur permettant de mettre en place des réponses adaptées aux problématiques addictives. Cette action s'est développée au contact de publics en situation spécifique, comme les personnes placées sous main de justice qui s'inscrivent dans une démarche de soins sous contrainte. Le travail d'accès au droit commun s'inscrit dans plusieurs dimensions : droit administratif, couverture santé, réinsertion sociale, etc.
Si la majorité des personnes accueillies dans le secteur médico-social en addictologie rejoint le droit commun, une partie de la population présentant des vulnérabilités plurielles (psychiques, psychiatriques, somatiques, sociales) et/ou un mode de vie autre, plus à la marge, ne peut s'y réinscrire. Les CSAPA et CAARUD les accueillent également, dans la limite de leurs compétences et moyens. Quel que soit le public, l'une des missions des CSAPA est de toujours maintenir un accompagnement de proximité tout au long du parcours de soin qu'il doit organiser.

...

ACCÈS AUX DROITS DES USAGERS

L'accès aux droits des usagers est une dimension fondamentale des établissements ou des services relevant de l'inclusion sociale. L'accès aux droits est garanti par des textes fondamentaux qui régissent l'action des professionnels et définissent les droits des personnes accueillies [38]. Selon l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), « l'accès aux droits ne se restreint pas à un acte technique mais interroge les pratiques d'accompagnement, d'information et de régulation des demandes ». Ainsi, les professionnels doivent « informer les personnes mais ne peuvent pas se limiter à une simple transmission d'informations. Ils accompagnent la personne sur trois versants : l'information, l'exercice du droit et le recours au droit tout en respectant sa volonté de faire valoir ou non un droit » [39].

ALLER VERS

L'« aller vers » désigne à la fois le mouvement par lequel les professionnels sortent du cadre de leurs institutions pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu de vie, mais aussi l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement. La démarche d' « aller vers » propose une réponse adaptée, graduée, transdisciplinaire aux personnes « là où elles sont, là où elles en sont », c'est-à-dire quel que soit leur lieu d'habitation, leur situation (personnelle, administrative, sociale) et le moment de leur parcours de vie. « Aller vers » permet d'accompagner autrement, de trouver de nouvelles façons d'aborder les problématiques (précarité, besoins primaires, risques liés aux consommations…) et d'intervenir précocement. Cette démarche demande de modifier les pratiques, de faire évoluer les dispositifs en les déployant au plus près des populations et des institutions.

[38] Loi du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, loi 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions ; loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable ; loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion.

[39] ANESM, « Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du CASF » Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mai 2012.

Définitions spécifiques au secteur de l'addictologie

ABUS (OU USAGE NOCIF)

L'usage nocif caractérise les modes de consommation de substances psychoactives préjudiciables pour la santé, bien que n'entrant pas dans la catégorie des dépendances. Selon la classification du DSM IV (1991), les critères de l'abus reposent sur un usage répété exposant la personne à des dangers et sur l'existence de conséquences sociales négatives (incapacité à remplir des obligations majeures, problèmes judiciaires ou interpersonnels). Dans le langage courant, on parle également d'usage problématique, à risque ou excessif [40].

[40] Toutefois, le DMS-V (2013) a fait disparaître cette notion d'abus.

ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement est devenu un axe essentiel des politiques publiques en addictologie. Il a été officialisé par les décrets relatifs aux missions des CSAPA et CAARUD. Parfois présenté comme le complément psychologique et social du traitement médical, ses fonctions sont en fait plus fondamentales : il participe à la redéfinition de la notion de guérison, à l'évolution de la relation avec l'usager et du temps de traitement. L'accompagnement aide l'usager à s'approprier ses propres motivations au changement en se décentrant d'une finalité unique, l'abstinence par exemple. Il a pour fonction de rétablir une expérience de satisfaction, une relation « positive » à l'environnement, dans des conditions à moindre risque. L'accompagnement concrétise une évolution de la relation à l'usager en promouvant la notion d'association, de libre adhésion, de projet, là où régnait la seule notion de contrat et de contrainte. Il rappelle la nécessité de susciter l'engagement de l'usager dans une visée qui fait du confort de vie un objectif respectable et respecté. Accompagner se pense comme une succession d'interventions visant à aider l'usager à reprendre la maîtrise de sa vie et à retrouver sa capacité à l'autonomie et à la citoyenneté. C'est un processus qui se déroule dans la durée.

ADDICTION

Le concept d'addiction rassemble différents produits et comportements (jeu pathologique, cyberaddiction, etc.). Ce n'est plus le produit qui est central, mais l'usage qui en est fait. Les catégories comme l'alcoolisme ou la toxicomanie, sans être totalement obsolètes, ne constituent plus la façon exclusive d'appréhender la question, laissant place à la complexité qui caractérise ces comportements. En effet, l'addiction est un phénomène multifactoriel, à la fois biologique, psychique et social, dans son processus comme dans ses conséquences. Pris isolément, aucun de ces facteurs n'est nécessaire ni suffisant pour expliquer les consommations. Une des définitions les plus communément admises de l'addiction est celle donnée par le psychiatre Aviel Goodman en 1990. L'addiction est ainsi « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives [41] ». Ce concept prend également en compte les états précoces d'usage simple et d'abus, qui évoluent ou non vers la dépendance.

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

L'alliance thérapeutique est un outil essentiel dans le domaine de l'addictologie. Elle articule trois éléments primordiaux : des objectifs communs entre professionnel et usager, un accord sur les modalités du travail d'accompagnement et le développement d'un lien de confiance approprié aux objectifs définis. L'alliance thérapeutique est fondée sur une position éthique de non-jugement. On lui préfère la notion d'adhésion et de recherche d'adhésion en début de rencontre, représentant un accord minimal mais essentiel à l'action commune. Elle n'est pas acquise d'emblée mais est construite avec le temps par l'usager et le professionnel. Elle doit également reposer sur le cadre institutionnel et sur l'équipe.

DÉPENDANCE

La définition médicale de la dépendance est celle d'un état résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance psychoactive caractérisée par une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique afin de ressentir ses effets psychiques et parfois d'éviter le sevrage. Selon l'OMS [42], la dépendance se caractérise par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes au cours de la dernière année :

· désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive,
· difficultés à contrôler l'utilisation de la substance,
· syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive ou utilise la même substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage,
· mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive (le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré)
· abandon progressif d'autres sources d'intérêt et de plaisir au profit de l'utilisation de la substance et augmentation du temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets,
· poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

DROGUE

Dans une approche globale et scientifique, le mot «drogue» recouvre «toutes les substances chimiques qui peuvent modifier le fonctionnement du cerveau [43]» et provoquer ainsi des modifications psychiques et comportementales.

GESTION DE LA CONSOMMATION

La gestion de la consommation est une approche thérapeutique permettant à l'usager de reprendre un rôle dans la réussite des objectifs qu'il souhaite atteindre. La gestion contrôlée des consommations permet de s'éloigner de la problématique de la culpabilité et de considérer l'usage de produit comme faisant partie de la responsabilité individuelle, même en situation de dépendance. Elle reconnaît l'expertise de l'usager dans la gestion de sa vie et fait du professionnel un soutien dans sa démarche de changement.

[41] GOODMAN Aviel, « Addiction: definition and implication », *Br.J. Addict,* 1990.

[42] Selon la Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement, OMS, 1992.

[43] MOREL Alain, COUTERON Jean-Pierre, Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner, Dunod, Paris, 2008.

INTERVENTION PRÉCOCE

L'intervention précoce organise des actions auprès de la personne consommatrice avant que ne s'installe la dépendance. Elle s'applique tout au long de la trajectoire de consommation, en particulier lors des usages problématiques pour agir en amont de la demande et/ou de l'interpellation pénale. Ses objectifs spécifiques sont la rencontre et le repérage des personnes présentant des problèmes d'usage, la minimisation des obstacles pour modifier le comportement d'usage et l'accès à une intervention adaptée pour ceux qui en ont besoin. Elle repose sur la création d'un environnement bienveillant, l'amélioration des compétences des acteurs en lien avec les publics concernés afin de leur permettre, en articulation avec les professionnels spécialisés, de dialoguer, de repérer et d'intervenir dans une communauté ou une institution si nécessaire.
La mission Consultation Jeunes Consommateurs portée par certains CSAPA associe des pratiques d'entretien clinique et de prise en charge adaptées au public ciblé et à son entourage à une stratégie d'intervention précoce. Elle vise à raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes problématiques, la mise en œuvre de traitements adaptés et un meilleur accès au dispositif des CJC.

PRÉVENTION

La prévention des addictions portée par le secteur médico-social vise à éduquer et accompagner, à diminuer les facteurs de risques et à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition et/ou le développement de connaissances et de compétences psychosociales. C'est d'abord une démarche positive qui se construit en s'appuyant sur les ressources des publics concernés. Elle apporte des repères, favorise l'esprit critique, la réflexion sur l'expérience, l'autodétermination et le renforcement des autocontrôles. Sous la forme de programmes formalisés et validés, cette éducation préventive trouve sa place dans les lieux et temps de l'apprentissage personnel (famille, école, milieu du travail, formation). Elle optimise les principes de la promotion de la santé en les appliquant à la problématique sociétale majeure des addictions qui demande des compétences spécialisées. Centrée sur les personnes et leurs conduites plutôt que sur les seuls produits et dangers, elle rencontre les publics dans leurs lieux de vie, en particulier ceux en situation de vulnérabilité. Elle associe les personnes-ressources en addictologie et les acteurs du territoire concerné (professionnels du champ de l'éducation, de l'accompagnement, de la justice, de l'insertion…) et se déploie sous des formes et dans des contextes différents (milieu scolaire, festif, justice, médecine générale et hospitalière, insertion…).
Cette approche de la prévention concerne l'amont des usages mais aussi des publics qui peuvent déjà être dans des expérimentations, des usages réguliers ou des abus. Elle se déploie, en groupe ou individuellement, en cohérence avec les pratiques du soin, de l'intervention précoce et de la réduction des risques des CSAPA et CAARUD.

RECHUTE

La rechute est souvent considérée, de façon plus ou moins explicite, comme un « retour à la case départ », la mise en échec d'un processus de soin, une faute de l'usager par rapport à l'idéal d'abstinence. Celui-ci éprouve un fort sentiment d'incapacité et de culpabilité et l'entourage se décourage face à ce qu'il vit comme la preuve d'un manque de volonté pour « s'en sortir ». Le professionnel peut également ressentir un sentiment de déception. Les travaux de Marlatt (1985, 2008) ont mis l'accent sur le fait que la re-consommation est une étape classique dans un processus de changement. Toute personne ayant consommé une ou plusieurs fois ne va pas inévitablement basculer dans une « rechute » à court et moyen terme. Il est toutefois nécessaire de comprendre avec elle les processus qui peuvent l'y amener et de rechercher d'autres stratégies possibles pour maintenir le changement.

RÉDUCTION DES RISQUES

La réduction des risques (RDR) a comme objectif prioritaire de réduire les risques médico-psychosociaux, de prévenir les dommages et d'éviter l'aggravation des usages. La RDR préfère la notion de « produit » à celle de « drogue ». Qu'il soit licite ou illicite, un produit se consomme avant tout parce qu'il procure des satisfactions : plaisir, soulagement, socialité. La RDR respecte ces motivations et

vise à aider chacun à mieux gérer sa consommation pour en minimiser les dommages. Fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la RDR intervient le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et agit au plus près des usages et des pratiques à risques.
La RDR est un axe de l'accompagnement des usagers. Elle adapte son approche à l'environnement dans lequel elle se développe (milieu festif, rue, ambulatoire et résidentiel, dispositifs d'hébergement, etc.) et implique l'ensemble des acteurs des champs social, médico-social, de la ville et de l'hôpital. La RDR s'ouvre à d'autres produits (alcool, tabac) et comportements que les drogues illicites et doit inventer de nouvelles pratiques pour toucher de nouvelles populations. Elle s'insère dans une politique de santé publique globale, permettant de lutter contre l'exclusion et de favoriser un autre regard social sur l'usager en tant que citoyen. La RDR se développe essentiellement dans le domaine de l'addictologie, venant interroger les postures et pratiques de l'ensemble des acteurs de la santé quant à leur capacité à adapter leur offre de soins et d'accueil aux publics accueillis.

SEVRAGE

Le sevrage désigne l'arrêt de la consommation de substances psychoactives. Il s'accompagne d'un ensemble de symptômes traduisant un état de manque, appelé « syndrome de sevrage ». Un référentiel du soin conventionnel et la pénalisation de l'usage par la loi de 1970 ont pu valoriser le dogme de l'abstinence totale et définitive et ont placé le sevrage comme l'unique objectif thérapeutique. L'arrivée de la réduction des risques et l'introduction des traitements de substitution aux opiacés ont largement modifié sa place et le moment pour le réaliser. Il est à présent une proposition parmi d'autres et peut se décliner dans une prise en charge ambulatoire ou résidentielle.

SOIN

Dans le secteur médico-social en addictologie, le soin se décline en réponses ambulatoires ou résidentielles, combinant sevrage, substitution, abstinence, réduction des risques et appui à la gestion des consommations, en fonction des besoins et des objectifs de chaque patient et des limites aux pratiques d'accompagnement constituées par le statut légal des substances. Le soin vise à sortir de l'usage nocif ou de l'addiction et à améliorer l'intégration sociale et la santé des personnes traitées.

SUBSTITUTION

La substitution est l'une des composantes de la politique de réduction des risques. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont prescrits pour diminuer les dommages liés à la dépendance aux opiacés et de ce fait recouvrer une meilleure qualité de vie. Les TSO (méthadone, buprénorphine haut dosage, suboxone) permettent de prévenir efficacement l'état de manque, facilitent la socialisation et un accompagnement thérapeutique de longue durée. La prescription d'un TSO s'inscrit dans des objectifs de soin, à court, moyen et long terme, qui peuvent être très différents : diminuer la consommation, réduire l'usage de la voie injectable, stabiliser socialement, permettre un sevrage, etc.

USAGE SIMPLE

Ce type d'usage n'est pas explicitement défini dans les classifications internationales car réputé sans danger pour la santé. L'usage simple fait référence aux usages occasionnels, c'est-à-dire peu fréquents et répondant pour l'essentiel à des visées récréatives ou thérapeutiques ponctuelles, qui n'entraînent qu'exceptionnellement des complications ou des dommages.

USAGER

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'usager. Si pour certains l'usager est un consommateur de substances psychoactives, pour d'autres ce terme fait référence aux personnes ayant usage d'un service de soins. Cette deuxième acception se rapproche de la notion de «personnes accueillies et/ou accompagnées» employée dans le secteur de la lutte contre les exclusions. Dans ce guide, la notion d'usager, si elle n'est pas spécifiée, est utilisée à la lumière de cette seconde définition.

Définitions spécifiques au secteur de la lutte contre les exclusions

DROIT AU RECOMMENCEMENT

L'objectif du droit au recommencement est d'intégrer dans la pratique des professionnels l'idée qu'il ne faut jamais abandonner des personnes qui sont avant tout en crise de confiance à l'égard d'elles-mêmes et des autres et que les processus de sortie de rue ou de l'addiction sont longs, non linéaires et parfois marqués par des pauses. Ce droit au recommencement implique alors notamment que l'on ne laisse jamais une personne sans abri repartir sans « qu'elle ait pris ses marques » [44]. De l'accueil dans l'urgence à l'accompagnement dans la durée, il convient de prendre la personne là où elle en est et au rythme auquel progresse sa sortie de la rue.

HÉBERGEMENT

L'hébergement peut être une réponse temporaire apportée à une personne qui ne peut, de par sa situation personnelle, financière ou administrative, accéder ou se maintenir dans un logement autonome. L'hébergement peut être considéré comme un outil pour travailler l'autonomie et l'insertion des personnes.

RÉINSERTION SOCIALE V/S RÉADAPTATION/ INADAPTATION SOCIALE

Les termes d'inadaptation et de réadaptation sociale apparaissent pour la première fois en 1953 dans le cadre de la réforme de l'assistance qui se transforme en « aide sociale en matière de logement et d'hébergement ». Ces termes sont aujourd'hui désuets et traduisent un rapport déséquilibré, voire stigmatisant entre la personne accompagnée, les professionnels et la société dans son ensemble. Le terme de réinsertion sociale est entendu aujourd'hui au sens large et fait partie du cœur des missions des CHRS.

La loi définit les missions du CHRS qui ont pour objet d'accueillir « *les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale* ». L'enjeu de l'accompagnement social réalisé par les acteurs de la lutte contre les exclusions est donc de permettre aux personnes de retrouver leur autonomie à travers la construction d'un projet de vie autonome, en restaurant la capacité à agir des personnes et en valorisant leurs compétences (notion d'*empowerment*). Cet accompagnement n'est pas circonscrit à la seule dimension d'insertion dans l'emploi ou dans le logement. Le rapprochement et la coordination des professionnels des deux réseaux permettent la continuité et la complémentarité de l'accompagnement de la personne.

PARTICIPATION DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES ET/ OU ACCUEILLIES

La participation des personnes accompagnées et/ ou accueillies constitue un principe incontournable pour élaborer et mettre en oeuvre des projets et des politiques plus adaptées et efficaces. La participation citoyenne «reconnaît la contribution, sur un pied d'égalité, de toutes parties prenantes aux processus décisionnels. Elle part des expériences individuelles pour construire une parole, un projet collectif et commun. Les participants doivent être informés du cadre et des enjeux de ce à quoi ils sont associés et en connaître ensuite les résultats justifiés. La participation est une forme d'expression de la démocratie, un outil de lutte contre les exclusions. Elle renforce la citoyenneté de tous» [45]. La participation citoyenne permet d'acquérir de nouvelles compétences, de valoriser l'expérience, de restaurer le pouvoir d'agir. Elle a un effet significatif sur les trajectoires personnelles.

[44] Peter JUUL, conférence de consensus « sortir de la rue », 29 et 30 novembre 2007.

[45] Projet PEPA - Partenariat européen pour une participation active - novembre 2012.

RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION ET GESTION DES CONTRAINTES

Rappel de la réglementation[46]

ALCOOL

Divers textes réglementaires et législatifs régissent la législation française sur l'alcool. Parmi ceux-ci, on peut citer :

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite Loi Evin.
Celle-ci interdit :
• la publicité pour des boissons alcoolisées dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi et les autres jours entre 17 heures et minuit,
• la publicité à la télévision et au cinéma,
• la distribution aux mineurs de documents ou objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée,
• la vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (une autorisation d'ouverture de buvette lors d'une manifestation sportive peut toutefois être délivrée sur demande).
Cette loi limite les affichages publicitaires à certaines indications. Ceux-ci doivent être accompagnés d'un message à caractère sanitaire précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé.

La loi du 21 juillet 2009 dite Loi Bachelot interdit la vente d'alcool aux mineurs, quel que soit le lieu de vente (bar, restaurant, commerces, lieux publics).

L'article L3342-1 du Code de la santé publique interdit la vente ou l'offre à titre gratuit de boissons alcooliques à des mineurs dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.

L'article L324-1 du Code de la route interdit de conduire avec une alcoolémie égale ou supérieure à 0,5 g/L d'alcool dans le sang (ou 0,25mg par litre d'air expiré).
L'infraction est une contravention de 4ème classe, passible d'une amende d'un montant de 750€ maximum et entraîne le retrait de 6 points du permis de conduire. Au -delà de 0,8g d'alcool par litre de sang, le conducteur commet un délit sanctionné d'une peine maximum de deux ans de prison et de 4500€ d'amende. Ce délit entraîne également une perte de 6 points du permis. Dans tous les cas, la condamnation peut être assortie d'une suspension du permis de conduire, et, pour les délits, de l'annulation du permis de conduire, de la confiscation du véhicule, de mesures de soin et/ou d'un travail d'intérêt général.
En janvier 2015, Bernard Cazeneuve, ministre de l'Intérieur, a présenté 26 nouvelles mesures pour renforcer la sécurité routière. Parmi celles-ci, est prévu un abaissement de la limite d'alcool de 0,5g/l à 0,2g/l pour les jeunes conducteurs (ayant moins de trois ans de permis ou moins de deux ans si

conduite accompagnée).

Le décret n°2014-754 du 1er juillet 2014 modifiant l'article R 4228-20 du Code du travail autorise les entreprises à bannir l'ensemble des boissons alcoolisées des lieux de travail. Jusque-là, le code du travail tolérait le vin, le cidre et le poiré. L'employeur peut désormais limiter à ces boissons ou interdire totalement la consommation d'alcool sur le lieu de travail.

L'article L3341-1 du Code de la santé publique stipule que toute personne trouvée en état d'ivresse dans un lieu public est conduite au poste de police ou dans une chambre de sûreté pour y être retenue jusqu'à son complet dégrisement.
À cette règle s'ajoutent des arrêtés pris au cas par cas par les maires ou les préfets. Ils sont de deux sortes : ceux interdisant la vente d'alcool à emporter à partir d'une certaine heure et dans un périmètre donné et ceux sanctionnant la consommation pure et simple d'alcool dans la rue et autres lieux publics, en dehors des terrasses de bars.

Concernant la consommation d'alcool en structure d'hébergement, se référer au chapitre «La réduction des risques dans le dispositif d'hébergement» en seconde partie de ce guide.

TABAC

La législation en vigueur est issue de la **loi Evin du 10 janvier 1991.** Cette loi interdit :
- de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif,
- toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac,
- la vente de tabac aux mineurs.

Le décret du 15 novembre 2006 généralise l'interdiction de fumer aux lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou constituent des lieux de travail avec la possibilité de mettre en place des fumoirs hermétiquement fermés et répondant à des normes strictes. Certains lieux sont considérés comme étant entièrement non-fumeur sans aucune possibilité de mettre en place des fumoirs : établissements scolaires, établissements d'accueil de mineurs, établissements de santé.
Le non-respect de la loi est passible, pour le fumeur, d'une amende forfaitaire de 68 euros.
Cigarette électronique : la législation actuelle interdit la vente de cigarettes électroniques aux mineurs, ainsi que toute publicité.

STUPÉFIANTS

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre juridique actuellement en vigueur en matière de stupéfiants. Cette loi confirme un principe de prohibition en interdisant tout usage de stupéfiant, qu'il soit public ou privé, quel que soit le stupéfiant. Elle considère l'usager de drogues comme un individu à la fois malade et délinquant. Elle prévoit ainsi une exemption de poursuites pénales pour les usagers « simples » (par opposition aux « usagers-trafiquants ») qui acceptent de se soumettre à une cure de désintoxication. Pour rendre ces mesures opérationnelles, les soins sont gratuits et anonymes, cet anonymat ne pouvant être levé en vue d'une poursuite judiciaire concernant l'usage de stupéfiants.

L'usage de stupéfiants est punissable d'une peine d'un an de prison et d'une amende de 3750 euros[47]. Au titre de l'alternative aux poursuites ou à titre de peine complémentaire, l'usager même mineur peut être condamné à suivre à ses frais un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, à se soumettre à une mesure de soins obligés ou peut bénéficier d'une mesure de classement avec orientation vers une structure de soins.

Les peines encourues sont beaucoup plus sévères dans le cas d'un trafic de stupéfiant. **Le trafic** est défini dans le code pénal par l'ensemble des actes qui peuvent s'y rapporter : la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, le transport, la détention[48], l'offre, la cession (le fait de donner ou de vendre), l'acquisition et l'emploi (le fait d'en utiliser autrement qu'en en faisant usage pour soi) de stupéfiants. La possession de stupéfiants pour son usage personnel est considérée comme un acte de trafic.

[46] Cf. MILDECA, INPES, Drogues et conduites addictives, INPES éditions, décembre 2014.

[47] Les peines d'emprisonnement et les amendes encourues pour usage de stupéfiants ont été renforcées par la loi du 5 mai 2007 relative à la prévention de la délinquance.

[48] La loi ne précise toutefois pas à partir de quelle quantité il y a délit de stupéfiant. Cela reste à l'appréciation des magistrats.

La plupart des actes de trafic de nature délictuelle sont punissables d'une peine maximale de 10 ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende. La cession ou l'offre de stupéfiants à une personne pour sa consommation personnelle est moins sévèrement punie (5 ans d'emprisonnement, 75 000 euros d'amende). La peine d'emprisonnement peut toutefois être doublée pour celui qui vend ou offre à un mineur, dans ou à proximité de l'enceinte d'un établissement d'enseignement ou d'éducation.

Les actes les plus graves sont punis de peines criminelles (fabrication et production de stupéfiants, commis ou non en bande organisée, direction d'un groupe de narcotrafic, etc.).

LES MESURES DE SOINS OBLIGÉS : INJONCTION THÉRAPEUTIQUE, INJONCTION DE SOINS, OBLIGATION DE SOINS

Toutes ces mesures sont susceptibles d'être prononcées à tous les stades de la procédure pénale et s'exercent en milieu ouvert[49].

Nature de la mesure [50]	Conditions liées à l'infraction	Conditions préalables à l'exécution
Injonction thérapeutique	Infractions liées à la consommation de drogues illicites, d'alcool ou plus rarement aux addictions sans substances.	Le médecin relais vérifie l'opportunité de la mesure prononcée. Il examine la personne et propose une prise en charge adaptée. Il contrôle l'exécution de la mesure et rend compte à l'autorité judiciaire. ***Textes de références :*** articles 41-1, 41-2 et 138-10 du Code de procédure pénale, 132-45 du Code pénal et L3413-1 à L3413-4 du code de la santé publique.
Injonction de soins	Délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru. Concerne principalement les auteurs de violences sexuelles, plus largement les personnes dont le comportement nécessite un suivi psychiatrique.	L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant, après débat contradictoire. La personne doit rencontrer un médecin coordonnateur qui l'oriente vers un suivi et rend des comptes à la Justice. Ce suivi peut comporter une prise en charge en addictologie si nécessaire. Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant (psychiatre ou psychologue) et le juge de l'application des peines. Le non-respect peut entrainer une peine d'emprisonnement. ***Textes de références :*** article 131-36-4 du Code pénal.
Obligation de soins	Cette mesure n'est pas spécifique aux infractions liées à la consommation de substances psychoactives mais peut concerner d'autres infractions (notamment celles à caractère sexuel).	L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer. Le juge peut apprécier seul l'opportunité de prononcer la mesure au regard des circonstances de l'espèce. C'est une incitation à la consultation spécialisée et la personne est libre de choisir son médecin ou la structure où elle souhaite être suivie. Le non-respect de l'obligation de soins n'est pas susceptible de sanction sauf dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Elle peut toutefois entrainer la révocation de la mesure à laquelle l'obligation est rattachée (contrôle judiciaire, peine assortie du sursis avec mise à l'épreuve) et provoquer l'incarcération. La concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à l'initiative des acteurs de terrain. ***Textes de références :*** article 132-45 du Code pénal et articles 138, 706-47, 706-47-1, 706-41-1 du Code de procédure pénale.

[49] Pour plus d'informations sur les soins obligés, se référer au Guide « Santé-justice : les soins obligés en addictologie », ANITEA-F3A, 2011, disponible sur le site de la Fédération Addiction ainsi qu'au supplément technique « La réforme pénale : quels impacts sur les pratiques des professionnels en addictologie ? », Fédération Addiction, septembre 2015.

[50] Source : FNARS, « Guide de l'accueil et de l'accompagnement des personnes libérées définitives et/ou sous main de justice », 2015.

Quelle responsabilité des acteurs de l'intervention sociale dans le cadre de mesures de soins obligés ?

• Quand un magistrat prononce une obligation ou une injonction de soins, le respect de cette obligation incombe à la personne concernée. La direction de la structure de soin et les professionnels accueillant la personne ont une obligation de moyens dans le cadre de leur responsabilité professionnelle, en mettant en place les conditions pour la réalisation de la mesure. Ils ne sont toutefois pas responsables du comportement de la personne (si elle honore ou non un rendez-vous par exemple) et ne sont pas tenus d'en rendre compte au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. Ils fourniront à la personne les attestations de rencontre dont elle pourra faire l'usage qu'elle souhaite et pourront également mettre fin à une prise en charge si elle n'était pas ou plus justifiée. Il est toutefois d'usage que la structure informe le SPIP des incidents ou des difficultés pouvant mettre en cause la mesure.

• Dans le cadre d'un placement à l'extérieur pour des soins, c'est l'administration pénitentiaire qui décide de l'orientation des personnes vers la structure de soins, avec et après accord explicite de la structure.

• Lorsqu'une structure d'hébergement accueille en placement à l'extérieur une personne sous obligation de soins, cette structure voit ses devoirs fixés dans la convention qu'elle a signée avec le SPIP (moyens dédiés, information du SPIP en cas d'incident, etc.). Cela ne contient pas le suivi de l'obligation de soins, confié généralement à une structure spécialisée.

• Il est en revanche essentiel d'informer la personne de ses devoirs, interdictions et de ses responsabilités. Les intervenants sociaux doivent également s'assurer que la personne ait compris quelles peuvent être les conséquences du non-respect de la mesure. La place de la personne dans le partage d'information doit être claire pour tous. Le partage d'informations avec le SPIP doit par exemple être précisé.

• Importance du lien dedans-dehors : les mesures de soins obligés sont souvent décidées dans le cadre d'un aménagement de peine. Il est alors impératif de veiller à la continuité de la prise en charge en addictologie, entre la prison et le milieu ouvert (en anticipant par exemple un relai de soins pour un traitement de substitution aux opiacés).

Hébergement et gestion des contraintes

Accueillir et accompagner une personne consommant des substances psychoactives dans les structures d'hébergement peut être une tâche complexe. L'une des premières difficultés rencontrées par les professionnels et les usagers a trait à l'obligation d'abstinence qu'imposent certaines structures d'hébergement. Cette interdiction de consommer des substances psychoactives découle en premier lieu de la règlementation liée aux produits stupéfiants. Elle peut être également due à une confusion sur la notion d'obligation de soins, souvent entendue à tort comme «l'obligation d'être guéri». Le soin étant ainsi défini comme condition à l'hébergement, le contrat de séjour peut être pensé comme un contrat d'abstinence. Mais cette obligation d'abstinence résulte aussi de plusieurs contraintes. La première est d'accueillir et d'avoir à gérer d'éventuels comportements délétères liés à l'usage de substances psychoactives. En second lieu, c'est la contrainte liée à la gestion d'éventuels traitements médicamenteux ou de substitution dont certains sont classés comme stupéfiants. En troisième lieu, c'est la complexité d'accueillir, au sein d'un collectif, des personnes abstinentes et des consommateurs ponctuels et réguliers de substances psychoactives. Comment garantir un cadre préservant à la fois la demande de protection de certaines personnes abstinentes et le fait que certaines continuent de consommer ? Comment prendre en compte les interactions et les possibles influences pouvant avoir lieu au sein d'un groupe mêlant abstinents et consommateurs ?
Autant de difficultés qui justifient une réflexion sur le règlement de fonctionnement.

PISTES DE RECOMMANDATIONS COMMUNES GÉNÉRALES

L'objectif du « travailler ensemble » se construit au fil des rencontres, des expériences partenariales, des rapports interpersonnels et des bénéfices réciproques qu'amène ce travail autour de la personne. Les recommandations qui suivent ont été formulées et mises en exergue par les professionnels des deux réseaux, notamment dans les fiches d'expériences détaillées en deuxième partie de ce guide. Ces recommandations sont complétées par des leviers permettant d'en faciliter la mise en œuvre.

Autour de la personne

DIFFICULTÉS SOULEVÉES :

• Un cumul de difficultés pour certaines personnes en situation d'exclusion atteintes de troubles psychiques et de problématiques liées à l'addiction.
• Un manque de places dédiées aux personnes en situation d'addiction, qui a pour conséquence indirecte leur exclusion des structures d'hébergement et leur maintien à la rue.
• Peu de demandes d'accompagnement sont formulées par les personnes, notamment par déni des problématiques addictives.
• Des difficultés pour les professionnels à aborder ces questions par méconnaissance, représentations ou sentiment de ne pas être légitimes pour le faire ou bien par crainte de ce que pourraient générer des comportements addictifs dans un collectif.
• Des représentations associées à la consommation de produits peuvent induire, chez les professionnels, 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.
• Les publics présentant des conduites addictives sont perçus comme relativement volatils et difficiles à mobiliser (temporalité différente de celle des institutions, mobilité dans l'espace public, etc.). Cela peut induire par exemple une difficulté à honorer les rendez-vous institutionnels.
• 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 peut se traduire pour les personnes par des changements de lieux, d'interlocuteurs.

PISTES DE RECOMMANDATIONS COMMUNES :

• **Laisser à la personne le temps de formuler sa demande** tout en lui rappelant la possibilité de se faire accompagner. Il s'agit de prendre la personne « là où elle en est », et non pas là où l'on voudrait qu'elle soit (par exemple, ne pas lui imposer du soin mais l'amener à prendre conscience de l'importance de sa santé).

• **Construire l'accompagnement avec la personne et les partenaires.**

• **Prendre en compte la problématique d'addiction au même titre que les autres problématiques** dans le cadre d'un accompagnement global.

• Quand c'est possible et pertinent, **attendre avant de formaliser le projet individualisé :** trois mois permettent à la personne de réfléchir tranquillement à son accompagnement et aux partenaires de mieux se connaître et de baliser leurs interventions respectives.

• **Adapter l'accompagnement à ce que la personne peut faire :** si elle n'est pas prête à s'engager dans un processus de changement, les objectifs de l'accompagnement doivent être définis en conséquence. C'est la raison pour laquelle il faut régulièrement actualiser le projet individualisé et en partager les objectifs avec la personne et les partenaires.

• **Bien définir les étapes du suivi** dans les différents dispositifs concernés, dès le début de l'accompagnement, afin d'éviter au maximum les ruptures de suivi, d'hébergement et d'anticiper la fin de l'accompagnement en addictologie notamment.

• **Fonder la relation sur la base de propositions adaptées et acceptées** plutôt que sur des injonctions, ce qui conduirait à l'échec.

• **Respecter autant que possible les souhaits de la personne,** notamment en termes de lieu de vie.

• **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 alimenter et consolider la relation de confiance.

• **Prendre le temps d'expliquer à la personne l'utilité du partenariat.** Celui-ci permet notamment une approche moins stigmatisante des addictions : une personne consommant des substances psychoactives a fréquemment peur de se faire rejeter par les institutions.

LEVIERS :

• **Adopter une technique d'écoute active, neutre et une attitude bienveillante et empathique envers la personne** pour créer un climat propice à l'émergence d'une demande d'accompagnement.

• **Reformuler pour montrer à la personne qu'elle est écoutée,** lui permettre d'approfondir et de faire évoluer sa pensée et consolider l'alliance.

• **Se rendre accessible aux personnes** et travailler les règles, notamment collectives pour ne pas être dans une logique totale d'exclusion des consommations.

• **Afficher et expliquer à la personne les liens entre les partenaires** pour poser le cadre de l'accompagnement et favoriser la relation de confiance.

• **Accompagner la personne lors de rencontres avec un partenaire** lorsque cela s'avère nécessaire.

• **Rester disponible** après un arrêt de prise en charge.

• **Présenter et expliquer le règlement de fonctionnement de l'établissement** à la personne et l'associer à son actualisation.

• **Diversifier les points de rencontre avec le public en situation d'addiction :** maraudes, accueils de jour, consultations avancées, etc.

Entre professionnels

DIFFICULTÉS SOULEVÉES :

- Une certaine méconnaissance de l'existence de partenaires potentiels sur les territoires, des missions et des contraintes spécifiques à chaque dispositif, de l'histoire et de la culture de travail de chacun.
- Une méconnaissance, de la part des acteurs non spécialisés, des addictions, des consommations et de l'offre de soins.
- Des représentations réciproques qui entraînent une défiance à travailler ensemble et qui peuvent se répercuter sur les publics accueillis.
- Une délimitation parfois floue de ses propres missions et de ses contraintes pouvant générer des difficultés d'articulation avec les autres professionnels.
- Un manque de temps de la part des professionnels pour se consacrer pleinement au partenariat.
- 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.
- Des difficultés de méthodologie de projet, de synthèse, de traçabilité qui peuvent entraîner une transmission insuffisante ou excessive de l'information.

PISTES DE RECOMMANDATIONS COMMUNES :

- **Ne pas rester seul dans l'accompagnement** mais se situer dans un ensemble de réponses pluridisciplinaires : accompagner conjointement est un levier d'amélioration de la prise en charge.
- **Respecter les approches et les modes d'intervention** de chacun. Des suivis séparés peuvent être organisés en fonction des spécialités de chaque partenaire.
- **Expliquer son cadre d'intervention, ses limites et ses contraintes ;** comprendre et accepter ceux du partenaire.
- **Se faire connaître et connaître les acteurs de son territoire.**
- **Être pédagogue et accessible.**
- **S'accorder en amont sur les modalités d'intervention de chacun** pour créer une articulation cohérente autour de la personne.
- **Assurer la continuité** de l'hébergement ou du logement pour éviter une rupture dans l'accompagnement.
- **Réinterroger les représentations** sur les personnes en situation d'addiction et de précarité. Par exemple : le soin ne se résume pas à l'abstinence, être consommateur, ce n'est pas être dépendant, il ne faut pas nécessairement être hébergé avant d'accéder à un logement, etc.
- **Développer la communication formelle et informelle**[51], comme des rencontres en dehors de l'institution.
- **Aller vers de nouveaux partenariats** et accepter de faire évoluer ses pratiques.
- **Se donner du temps** pour construire un ensemble de références communes.

LEVIERS :

- **Recenser les partenaires potentiels sur son territoire** (via les annuaires locaux, les réseaux de santé, réseaux précarité, santé mentale, réseau addiction par exemple).
- **Rencontrer autant que possible les partenaires** avec lesquels une perspective de travail en commun parait nécessaire (notamment le SIAO).
- **S'articuler grâce à des réunions de synthèse ou d'intervision**/supervision[52].
- **Améliorer ses connaissances sur l'autre secteur** via des programmes de formation/sensibilisation.

[51] Voir la partie sur les temps d'échanges informels dans la partie « Les outils d'articulation entre professionnels ».

[52] Voir la partie sur les réunions de synthèse, dans la partie « Les outils d'articulation entre professionnels ».

Entre structures

DIFFICULTÉS SOULEVÉES :

- Le turn-over des équipes.
- Parfois, l'incompatibilité des disponibilités de chacun.
- L'insuffisance du temps disponible pour la coordination.
- La faible appropriation du projet de sa propre structure et des missions des autres acteurs.
- Des partenariats souvent individuels, personnalisés et insuffisamment portés par l'institution.
- Des objectifs d'insertion et de résultats qui créent une sélection et une concurrence des publics. Cela aboutit notamment à ce que les personnes en situation d'addiction ne soient pas un public prioritaire pour l'accès au logement, à l'hébergement ou à l'emploi.

PISTES DE RECOMMANDATIONS COMMUNES :

- **Favoriser la traçabilité du partenariat** et le tuilage[53].
- **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.
- **Encourager les temps de rencontre** inter-équipes réguliers, qu'ils soient formalisés ou informels.
- **Évaluer 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.
- **Prendre en compte le SIAO** comme un partenaire incontournable sur lequel les structures en addictologie peuvent s'appuyer.

LEVIERS :

- **Définir sa stratégie partenariale** pour être précis sur les attentes des partenaires.
- **Inscrire le partenariat dans le projet d'établissement,** pour pouvoir notamment rappeler les institutions à leurs engagements.
- **Communiquer sur sa structure** (plaquette de présentation, site internet, réseaux sociaux, colloques) pour mieux connaître chaque acteur et transmettre des informations.
- **Organiser des réunions d'intervision :** lieux d'échanges de pratiques, de mutualisation des connaissances et d'approches.
- **Accompagner en binôme partenarial** sur une situation précise.
- **Participer à des formations croisées.**

[53] Technique de formation consistant à faire former une personne par la personne occupant précédemment le poste.

La place des conventions entre structures partenaires

La convention est intéressante :

· quand le besoin partenarial ne se résume pas à une seule situation rencontrée,

· quand les problématiques dépassent le champ de compétences d'une seule institution.

Les conventions permettent de formaliser les engagements de chaque structure vis-à-vis de la structure partenaire. Elles donnent un cadre légitime aux échanges.

La signature d'une convention prend plus ou moins de temps selon l'interconnaissance préalable des partenaires. Elle doit entériner des accords à tous les échelons de responsabilités : directeurs, chefs de service, professionnels de terrain, etc. Dans tous les cas, les échanges et les négociations sont autant d'occasions de mieux se connaître et de mettre à plat les incompréhensions. Il faut également veiller à associer les personnes directement concernées dans les différentes étapes de co-construction du partenariat.

Les outils d'articulation entre professionnels

LE PROJET INDIVIDUALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT OU DE SOINS

Depuis une vingtaine d'années, l'évolution de la réglementation a conduit le travail d'accompagnement des personnes ayant des problématiques addictives et sociales à être de plus en plus formalisé. Ainsi, le « projet » est aujourd'hui incontournable, quelle que soit son appellation, qu'il concerne des soins ou un accompagnement social.

[54] Article L311-4 du CASF.

Le projet individualisé repose sur un socle commun : la demande de la personne, exprimée dans chacune des structures sollicitées. Toutefois, des nuances sont apportées dans sa formalisation au cœur de chacun des dispositifs, en fonction de leurs objectifs et fonctionnements.

Le projet synthétise les objectifs réalistes et réalisables que se fixe la personne accompagnée et les moyens pour y arriver. Il *« définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques ».* [54]

Dans les dispositifs médico-sociaux d'addictologie, il est le plus souvent inscrit dans le dossier individuel de prise en charge et est régulièrement actualisé. Concernant l'hébergement, il s'agit d'un contrat de séjour incluant un projet personnalisé, régulièrement revu (au moins tous les trois mois). Dans les dispositifs d'accompagnement des allocataires du RSA, le projet se base sur le contenu du Contrat d'Engagement Réciproque, qui peut être assimilé à une sorte de « prescription » vis-à-vis de la personne accompagnée. D'autres dispositifs enfin, comme les maraudes, qui effectuent essentiellement un travail de rue, ne proposent pas de projet écrit. Le cadrage du projet est donc construit par la relation entre les intervenants et la personne, par son contexte et par le lien de confiance, qui se renforce au fil des rencontres. Ce lien de confiance étant l'une des conditions nécessaire pour la réalisation du projet individualisé, il n'est bien entendu pas l'apanage du travail de rue : tous les dispositifs d'accompagnement tâchent de le créer.

Les deux structures travaillent avec la personne accompagnée : le CSAPA élabore un projet de soins, la structure d'hébergement construit un projet d'accompagnement social. Mais il existe de fortes interactions entre ces deux « volets » du parcours d'une même personne : **se crée alors un troisième projet, la plupart du temps non formalisé, un projet commun aux deux secteurs, constitué par l'articulation des interventions autour de la personne accompagnée.** Or, si elles ne sont pas travaillées, les relations peuvent être teintées d'une certaine méfiance, car les projets des deux structures peuvent poser des problèmes de compatibilité.

Parmi les écueils couramment rencontrés :

- l'admission de la personne en hébergement, si elle est conditionnée par le projet de soin, n'est pas toujours compatible avec l'approche du soin en addictologie (et notamment les différentes formes que peut prendre le soin, au-delà du seul objectif d'abstinence).
- les professionnels de l'addictologie peuvent avoir l'impression de devoir se porter garants de la personne, notamment en cas de crise.
- les professionnels du champ social ne sont pas toujours conscients que les rechutes font partie du parcours de soin.
- les temporalités de l'accompagnement ne sont pas les mêmes de part et d'autre.

D'autres difficultés s'ajoutent à ce constat :

- essayer de faire concorder les projets au niveau institutionnel, c'est-à-dire sur le plan du règlement de fonctionnement.
- trouver les partenaires adéquats dans des territoires dépourvus d'offre (milieu rural par exemple).

LES RÉUNIONS DE SYNTHÈSE

Elles sont :

- des lieux de **mutualisation des connaissances et des approches,** d'échange de pratiques qui contribuent à l'élaboration d'une culture commune et permettent de réduire le poids des représentations,
- des lieux qui permettent de **construire de nouvelles propositions de réponses à une situation,** en

partageant l'histoire de la personne de manière globale et en l'inscrivant dans le temps.

POUR QUELLES SITUATIONS ?

Le temps manque pour se réunir autour de chacune des situations rencontrées, il faut donc sélectionner. Les professionnels sont tentés de privilégier les situations complexes, nécessitant des échanges entre partenaires. Il ne faut pas oublier les situations qui progressent, et pour lesquelles une intervision [55] peut être intéressante. De plus, évoquer de manière conjointe des situations qui progressent et des situations complexe est facteur de confiance, de cohésion et de renforcement du partenariat.

Une structure peut convier un partenaire lorsque le besoin se fait sentir par rapport à un parcours, lors d'une « urgence » ou d'un point d'étape. Cette réunion n'a cependant pas vocation à rassembler l'ensemble des partenaires engagés dans l'accompagnement de la personne.

FAUT-IL QUE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE SOIT PRÉSENTE ?

Lorsque la réunion a pour objectif d'évoquer la situation d'une personne accompagnée, il est la plupart du temps nécessaire que celle-ci soit présente. Si cela n'est pas possible, les professionnels doivent s'assurer d'avoir recueilli l'accord préalable de la personne et de lui faire un retour après la réunion.

Lorsque la personne est dans une situation potentiellement dangereuse pour elle-même ou pour autrui, et seulement dans ce cas, les professionnels peuvent être contraints de passer outre son avis et de se réunir malgré tout (état grave de santé somatique et/ou psychique diagnostiqué, situation de danger avéré).

QUELS POINTS DE VIGILANCE SUR LE DÉROULEMENT DE LA RÉUNION ?

Le fait de connaître ou non le partenaire (sur le plan institutionnel et sur le plan personnel) impacte la relation qui s'établit en réunion. De manière générale, il ne faut délivrer que les informations strictement nécessaires et « utiles au débat [56] ».

Il est utile de rédiger systématiquement un relevé de décisions ou de positions communes en fin de réunion.

LES TEMPS D'ÉCHANGES INFORMELS

Les échanges informels sont ceux qui n'ont pas été préparés à l'avance et/ou qui n'ont pas donné lieu à une « formalisation », c'est-à-dire une inscription (enregistrement, compte-rendu écrit). Lors d'un temps d'échange informel, les rôles sont plus flous : un professionnel aura davantage tendance à parler en son propre nom plutôt qu'au titre de sa structure.

Pour autant, les temps informels ne sont pas moins importants dans le travail d'accompagnement.

APPORT DES TEMPS INFORMELS À L'ACCOMPAGNEMENT

Les échanges informels entre les équipes permettent souvent de prendre de la distance et de se « remotiver » par rapport aux situations rencontrées. Les remarques des collègues aident à progresser et à développer d'autres pistes d'accompagnement. L'échange informel fonctionne souvent en « esprit d'escalier » : la discussion part d'une situation et aborde d'autres cas par association d'idées. Ces temps peuvent prendre différentes formes : appels téléphoniques, rencontres de visu. Souvent première étape dans le traitement d'une question, ce temps informel peut être suivi d'une formalisation des engagements.

DES LIMITES À PRENDRE EN COMPTE

Il s'agit de rester vigilant sur ce que peut produire l'informel. Il est important que ces temps d'échanges informels ne se confondent pas avec le travail de régulation qui peut s'effectuer en réunion d'équipe ou avec le travail d'analyse de la pratique professionnelle avec un intervenant extérieur.

LES VISITES ENTRE PARTENAIRES

En fonction du temps disponible, il est important que les professionnels se déplacent les uns chez

[55] Comme la réunion de synthèse, la réunion d'intervision est centrée sur l'échange des points de vue entre des professionnels de champs d'intervention divers. La question initiale « quel est le problème ? » est posée sous cette autre forme « quelle est ma difficulté face à ce patient ? ». Les limites ainsi mises en avant, le groupe se mobilise pour amener la personne à utiliser au mieux ses ressources.

[56] Voir à ce sujet le point « L'articulation entre professionnels » dans la seconde partie de ce guide.

les autres pour créer du lien, en-dehors des réunions « officielles » et planifiées. Cela améliore le « travailler ensemble ». Toutefois, ces temps ne sont pas forcément budgétés et/ou valorisés et peuvent aller à l'encontre de la culture de travail de certains établissements.

Différentes préconisations peuvent donc être dégagées :

- Il est important que chaque membre de l'équipe prenne conscience de l'utilité de ces temps de visite.
- Il est souhaitable que la hiérarchie se positionne en faveur de cette forme de travail et dégage du temps à cet effet pour les équipes.
- Ces visites ont tout intérêt à être valorisées dans le rapport d'activité de l'établissement et dans d'autres outils de communication existants (lettre d'information par exemple).

TRAVAILLER ENSEMBLE : ILLUSTRATIONS

- « Aller vers » les personnes et les institutions
- Le travail partenarial et l'articulation entre professionnels
- La réduction des risques dans le dispositif d'hébergement
- Addictions, accompagnement et insertion par l'activité économique
- Deux programmes pour une approche intégrée

Cette partie a pour objectif de présenter des expériences de partenariats entre professionnels de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions. Elles illustrent les collaborations qui ont pu se mettre en place sur les territoires mais ne prétendent toutefois les résumer.

Nous avons choisi d'articuler cette réflexion autour de cinq thématiques porteuses d'enjeux :

1. « ALLER VERS » LES PERSONNES ET LES INSTITUTIONS 47

Les consultations avancées 48

- Une consultation avancée d'un CSAPA en CHRS (Bourgogne) 49
- Des permanences avancées au sein d'un accueil de jour (Bourgogne) 51

Les maraudes communes 53

- Une maraude commune Samu social - CAARUD (Pays de la Loire) 53
- Une équipe mobile en addictologie sur les lieux d'hébergement (Rhône-Alpes) 55
- Une maraude partenariale Samu social - CAARUD (Nord-Pas-de-Calais) 57
- L'équipe mobile en addictologie du CSAPA 53 (Pays de la Loire) 60

2. LE TRAVAIL PARTENARIAL ET L'ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS 62

Le partage d'informations dans le partenariat 63

- Partenariat CSAPA - CHRS et partage d'informations (Midi-Pyrénées) 67

La place particulière du SIAO 69

- L'expérimentation de réunions collectives entre le SIAO et des CSAPA de Seine-Saint-Denis (Île-de-France) 70
- Une commission thématique addiction au sein du SIAO de la Côte d'Or (Bourgogne) 72
- Le Groupe Parcours Hommes (Nord-Pas-de-Calais) 74

3. LA RÉDUCTION DES RISQUES DANS LE DISPOSITIF D'HÉBERGEMENT . 76

- Une expérience de gestion des consommations en centre de stabilisation (Île-de-France) 78
- Un partenariat entre un CAARUD et un CHRS (Franche-Comté) 80

4. ADDICTIONS, ACCOMPAGNEMENT ET INSERTION PAR L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE 82

- Un partenariat entre un chantier d'insertion et un CSAPA (Midi-Pyrénées) 85
- Une action de formation auprès d'encadrants techniques de régies de quartier (Midi-Pyrénées) 87
- Une médiatrice santé en SIAE (Nord-Pas-de-Calais) 89
- Une action de formation d'un CSAPA en SIAE (Midi-Pyrénées) 91

5. DEUX PROGRAMMES POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE 93

- Le programme « Un chez-soi d'abord » 93
- Le programme TAPAJ 95

1. « ALLER VERS » LES PERSONNES ET LES INSTITUTIONS

« Aller vers » les personnes les plus précaires, échappant aux dispositifs de prévention et de soins, est une démarche que déploient depuis longtemps les professionnels de l'addictologie et du secteur de la lutte contre les exclusions, que ce soit à travers des maraudes ou des programmes d'échange de seringues. Dans un environnement sociétal marqué par l'accentuation des phénomènes d'exclusion, l'évolution et la massification de la pauvreté, la FNARS et la Fédération Addiction soulignent la nécessité d'« aller vers » ensemble.

« Aller vers » postule de rencontrer les personnes « là où elles sont » (dans la rue, dans les structures d'accueil, dans l'espace festif, etc.), mais aussi « là où elles en sont » de leur parcours de vie.
La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes :

- Le déplacement physique, « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne (la rue, la gare, le pied d'immeuble, le parc public, le squat, le domicile etc.),
- L'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité.

L'objectif est de prendre contact, d'établir une relation de confiance, de construire un lien solide et durable de manière à faire émerger une demande et une réponse à celle-ci. Il ne s'agit pas de construire des réponses spécifiques en dehors du droit commun mais d'accompagner les personnes vers celui-ci. Ainsi, « aller vers » revient souvent à aller à la rencontre de publics qui ne demandent rien.

« Aller vers » ensemble suppose de travailler en complémentarité, dans le respect des missions et des modes d'intervention de chacun. Intervenir hors les murs qui incarnent l'institution, notamment dans l'espace public, revient alors à créer un troisième territoire, physique et/ou temporel : le territoire de la rencontre. Il faut donc bien définir les rôles de chacun, les limites et les préalables à l'action.

La démarche d'aller vers repose sur plusieurs principes et peut induire un remaniement des postures et pratiques professionnelles. Elle implique de :

- se rendre disponible dans une posture d'écoute, de respect, et d'accepter de rentrer dans l'univers de la personne accompagnée en mettant de côté tout jugement,
- partir de la demande de la personne et faire avec elle, l'aider à la réalisation de ses choix, dans le respect de ses souhaits et de ses refus,
- être dans une optique de valorisation et non de stigmatisation : considérer la personne à travers ses ressources propres, ses compétences personnelles, son réseau relationnel et non à travers ses difficultés,
- reconnaître que la personne accompagnée est une citoyenne à part entière dont il convient de respecter la dignité.

Les expériences présentées ci-après illustrent des manières d'aller vers les publics communément accueillis par les adhérents des deux réseaux.

Les consultations / permanences avancées

Une consultation/permanence avancée est :

• Une intervention qui se définit par une volonté partagée par deux structures de créer un espace commun pour proposer une action de prévention, de sensibilisation, de réduction des risques, une prestation supplémentaire. Il ne s'agit pas systématiquement d'une consultation au sens médical ;
• Une intervention dont l'objectif n'est pas d'internaliser l'offre de soins mais de permettre une première sensibilisation et d'inciter la personne à aller rencontrer la structure spécialisée à l'« extérieur » ;
• Une intervention qui est récurrente dans le temps (une à plusieurs fois par mois) ;
• Une intervention qui ne relève pas d'une délégation de prestation de la part de la structure d'accueil, mais d'un élément de son projet d'établissement ;
• Une mise à disposition de moyens matériels par une structure d'accueil et de moyens humains (professionnels) par la structure intervenante.

Une consultation avancée d'un CSAPA en CHRS

région **Bourgogne**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

Le CSAPA Kairn 71 (ancien Service Départemental d'Intervenants en Toxicomanie) est géré par la Sauvegarde 71, association intervenant dans les domaines de la protection de l'enfance et des adultes, de l'insertion sociale et de la promotion de la santé sur le département de la Saône et Loire. Cette association gère également le CAARUD 16 Kay ainsi que le réseau de soins REMED Addictions 71.

Le CHRS « La Croisée des chemins », géré par l'Association Pour l'Accueil et la Réinsertion (APAR), est un centre d'hébergement de 57 places accueillant en appartements des publics sans domicile fixe. La durée du séjour est de six mois renouvelables.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Le CSAPA Kairn 71 souhaitait un partenariat avec le secteur de l'Accueil Insertion Hébergement pour favoriser la prise en compte des problématiques de consommation dans l'accompagnement global des personnes accueillies au CHRS. Ce dernier, en difficulté sur la thématique des addictions, a répondu favorablement au projet de consultation avancée initié par le CSAPA à la fin de l'année 2013.

Les objectifs ont été définis conjointement : il s'agissait, d'une part, pour les personnes accueillies au sein du CHRS, de pouvoir bénéficier d'informations de prévention, de réduction des risques et d'indications relatives à l'offre de soins sur le territoire. D'autre part, cela permettait d'apporter un soutien à l'équipe du CHRS, de modifier les représentations des professionnels vis-à-vis des addictions et plus globalement de tisser des rapports partenariaux pour améliorer la prise en charge des personnes accompagnées.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

Une réunion avec l'équipe du CHRS a été organisée afin de présenter le contenu de la consultation et de recueillir les attentes des professionnels. À la suite de cette rencontre, le CSAPA a alors proposé à l'équipe des modules de sensibilisation sur les addictions.

La référente au sein du CSAPA est une assistante sociale qui ne se déplace pas sur le site. La consultation avancée du CSAPA au sein du CHRS ne fait pas l'objet d'une convention. Elle est assurée par une infirmière du CSAPA un lundi sur deux, de 14 heures à 16 heures, dans un bureau mis à disposition. Elle permet donc de rencontrer individuellement les personnes accueillies lors de séances d'une demi-heure mais aussi d'échanger avec les professionnels.

La consultation avancée fait l'objet de bilans réguliers au sein du CSAPA en réunion d'équipe. Des réunions entre les deux établissements sont également organisées une fois par semestre.

Trois modules de sensibilisation ont été organisés ayant pour thématique les représentations des professionnels et des usagers sur les addictions, les différents types de substances psychoactives, les conséquences et dommages des consommations sur la qualité de vie, l'orientation des personnes accueillies vers la consultation avancée.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Ce partenariat a favorisé la communication entre les professionnels, tant au sein de l'équipe du CHRS qu'entre le CHRS et le CSAPA. Les rencontres entre

les acteurs ont permis de travailler sur les situations rencontrées, sur des éléments pouvant impacter le travail de chacun. Les temps de sensibilisation ont permis de déconstruire les représentations sur les addictions et de mieux intégrer cette problématique dans l'accompagnement proposé. Les personnes accueillies qui l'ont souhaité ont pu initier un accompagnement en addictologie.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

Les personnes accueillies peuvent rencontrer des difficultés à honorer les rendez-vous. Leurs demandes revêtent parfois un caractère utilitaire (demande d'attestation de prise en charge dans le cadre d'une mesure d'obligation de soins par exemple).

Les professionnels du CHRS peinent à orienter vers la consultation avancée et à se rendre disponibles pour les séances de sensibilisation. La diffusion de supports écrits sur les modules de sensibilisation et d'un classeur a permis de pallier en partie cette difficulté. Enfin, un frein résulte de la difficulté à faire coïncider la temporalité courte de l'hébergement avec celle du soin, beaucoup plus longue, d'où l'intérêt du « parcours en santé » et de l'accompagnement global.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Une première évaluation du partenariat a conclu que l'intervention bénéficie aux professionnels parce qu'elle participe à améliorer leur compréhension des problématiques, des missions des uns et des autres et des grands principes qui les sous-tendent. 14 consultations ont ainsi été organisées en 2014. Aujourd'hui, les professionnels du CHRS jouent le rôle de médiateurs et de facilitateurs en proposant d'accompagner les personnes à leurs rendez-vous avec l'infirmière au CHRS. L'objectif est de les amener progressivement à consulter dans les locaux du CSAPA (à partir du troisième rendez-vous).

CONTACT

CHRS « La Croisée des chemins » - Association Pour l'Accueil et la Réinsertion (APAR)
15 rue Thomas Dumorey · 71100 Chalon-sur-Saône
03 85 94 13 69

CSAPA Kairn 71 - Association Sauvegarde 71
1 avenue Georges Pompidou · 71100 Chalon-sur-Saône
03 85 90 90 60

Des permanences avancées au sein d'un accueil de jour

région **Bourgogne**

PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Le CCAS d'Auxerre a été créé en janvier 1986. Il gère l'action sociale à destination des habitants de la ville d'Auxerre : aide facultative, actions pour les personnes âgées, gestion de centres sociaux, accompagnement RSA dans le cadre des Contrat d'Engagements Réciproques, dispositifs d'Accompagnement Social liés au Logement ainsi qu'un CHRS et un service tutélaire.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Le CCAS a souhaité mettre en place une action partenariale pour répondre à l'augmentation de la file active des personnes accueillies par le centre et suite à l'identification de besoins précis : coordonner les acteurs locaux pour améliorer la prise en charge des personnes accueillies, faciliter l'accès aux soins, permettre une orientation vers le droit commun et faire accéder au logement des personnes consommatrices de substances psychoactives.

Le CCAS a bénéficié de la dynamique incitative lancée par la Commission Santé Précarité de la FNARS Bourgogne et l'Union régionale Bourgogne de la Fédération Addiction. Un professionnel a été missionné au sein du CCAS pour coordonner ce projet. Une réunion de lancement avec l'ensemble des acteurs (choisis de manière intuitive en fonction d'expériences préalables de coopération) a été organisée afin de présenter le projet, d'en déterminer le calendrier, de réfléchir au cadre de l'intervention et de fixer une date d'évaluation. Elle a été suivie de plusieurs réunions visant à élaborer le projet partenarial dans son ensemble.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

Le projet mobilise plusieurs associations et institutions qui ont mis en place des permanences avancées au sein de l'accueil de jour :

- l'ANPAA 89[1] : interventions d'une infirmière une fois tous les 15 jours, pour des consultations avancées collectives ou individuelles, d'un éducateur spécialisé du CAARUD et d'une animatrice de prévention (une fois par mois) ;
- le Centre hospitalier d'Auxerre : interventions d'une infirmière spécialisée en tabacologie (une fois par mois), d'une infirmière du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (une fois par trimestre) et d'un binôme infirmière-médecin pour des vaccinations (deux fois par an) ;
- le Centre hospitalier spécialisé de l'Yonne : interventions d'une infirmière spécialisée en psychiatrie (deux fois par mois) et de l'infirmière coordinatrice de la PASS Psy de l'hôpital ;
- la Caisse primaire d'Assurance-maladie : intervention d'un technicien dans le cadre des primo-arrivants sur le territoire français (tous les 15 jours pendant trois mois).

Ces professionnels interviennent auprès des personnes accueillies au CCAS et en appui aux professionnels de l'établissement.
Le partenariat avec chacune de ces institutions est formalisé par une convention.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Les personnes accueillies au CCAS osent davantage dialoguer entre elles et avec les professionnels. L'intervention des différents partenaires a permis aux professionnels de l'accueil de jour d'enrichir leurs connaissances sur le fonctionnement de ces

institutions, mais aussi de se sentir soutenus et non plus isolés dans leurs pratiques. Une acculturation des trois secteurs (social, médico-social et sanitaire) s'est opérée progressivement permettant de cibler les enjeux et les missions de chacun.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

La fragilité financière des dispositifs du CCAS (multi-financement) fait courir un risque important sur la continuité de l'action.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Dans le cadre de l'amélioration de la coopération, le CCAS souhaite réorienter les interventions de l'infirmière de la PASS-PSY vers une présence régulière lors des réunions d'équipe et l'action de la CPAM sur des formations à destination des professionnels sur les dispositifs sociaux. Le CCAS envisage également la création d'un lien avec la médecine de ville au regard des difficultés à trouver un médecin traitant.

Le CCAS aimerait partager son expérience au sein des commissions de coordination du PRAPS[2] de l'Yonne afin de mieux cibler les actions prioritaires mais aussi étendre la question de la réduction des risques à son dispositif d'hébergement collectif. Dans le cadre de la mise à jour des documents inhérents à la loi 2002-2, est ainsi envisagée la co-écriture avec les personnes accueillies d'un règlement de fonctionnement prenant en compte la question des addictions sous un autre regard.

[1] Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA).

[2] Programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

CONTACT

Centre communal d'action sociale (CCAS)
de la Ville d'Auxerre
24 rue Paul Armandot · 89000 Auxerre
03 86 51 88 00 / direction@ccas-auxerre.com

AUXERRE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Une maraude commune Samu social - CAARUD

région **Pays de la Loire**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

Le Samu social angevin, créé en 1994, est géré par l'association L'Abri de la Providence. C'est un service qui fonctionne 7 jours sur 7 toute l'année (sauf le week-end en période estivale). L'équipe du Samu social est composée de travailleurs sociaux et d'infirmiers en psychiatrie détachés de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité du Centre hospitalier spécialisé d'Angers (soit 6 personnes au total). Le Samu social a pour objectif d'entrer en relation avec les personnes vivant à la rue, de maintenir du lien et de garantir le principe de « non-abandon » grâce à une évaluation globale des situations permettant d'orienter vers les dispositifs compétents.

Le CAARUD La Boutik, ouvert depuis 2006, est porté par l'Association Ligérienne d'Addictologie (ALiA) qui est gestionnaire des CSAPA et CAARUD du Maine et Loire depuis 2009. Il est ouvert deux après-midi par semaine et propose des temps individualisés dans et hors les murs. L'équipe, composée d'un infirmier et de deux travailleurs sociaux, intervient également à mi-temps sur le CSAPA angevin.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Dans le cadre de ses missions, le CAARUD La Boutik a développé ses objectifs « d'aller vers » les publics concernés par la question des usages, plus particulièrement les personnes en situation de précarité. Le Samu social angevin ayant déjà été un partenaire privilégié de l'établissement, il semblait pertinent d'envisager des interventions communes.

Pour les professionnels de La Boutik, la maraude commune devait permettre d'entrer en relation avec les personnes en situation de précarité usagères de substances psychoactives dans leur contexte de vie, d'observer les pratiques de consommation nocturnes et d'être identifiés comme acteurs de soin en addictologie par les consommateurs et leurs pairs.
Les professionnels du Samu social angevin avaient quant à eux la volonté d'aborder le sujet des usages de drogues licites et illicites avec les personnes à la rue.
Les intentions de ce partenariat sont depuis d'approfondir les connaissances autour des pratiques de consommation, de faciliter les échanges avec les personnes rencontrées mais aussi de pouvoir les orienter vers les autres dispositifs du CAARUD.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

Les maraudes conjointes ont été expérimentées à la fin de l'année 2007, un an après l'ouverture du CAARUD. Au préalable, des temps d'échanges entre les deux équipes ont permis de définir le cadre d'intervention, les objectifs et modalités via une convention de partenariat.
Le partenariat prend la forme suivante : un intervenant du CAARUD est présent deux soirées par mois (un mardi sur deux) lors des maraudes du Samu social. Deux professionnels alternent : un infirmier et un travailleur social.

La rencontre avec les personnes peut se faire selon plusieurs modalités : à la suite d'un appel au 115 (pour demander une couverture, un café, un

hébergement, etc.), lors de maraudes dans les lieux identifiés comme investis par des personnes en situation de précarité. Dans les deux cas, l'usager peut demander une intervention en réduction des risques.

La posture adoptée est celle de n'« intervenir que lorsque nécessaire ». Afin de respecter la confidentialité des propos, les professionnels du CAARUD et du Samu Social restent en retrait selon le contenu des échanges.Chaque trimestre, les deux équipes se rencontrent afin d'échanger sur l'intervention, les modalités et perspectives d'évolution. Ces temps permettent d'évaluer l'action et sa pertinence.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Cette expérience apporte de nouvelles compétences à chacune des équipes et facilite ainsi les collaborations et les orientations grâce à une meilleure connaissance des dispositifs et outils de chacun. Par exemple, le Samu social peut désormais aborder la question des consommations sans la présence du CAARUD. Pour les usagers, cette maraude permet de parler de la pratique de consommation en dehors d'un lieu de soin et facilite leur orientation vers les structures spécialisées. Le partenariat affirme ainsi la véritable plus-value du travailler ensemble.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

Intervenir tous les quinze jours en soirée induit une difficulté à rencontrer des usagers de substances psychoactives (qui ne sont pas toujours présents sur les lieux de vie). Une fréquence d'intervention hebdomadaire permettrait une meilleure visibilité et reconnaissance des professionnels du CAARUD par les usagers.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Le partenariat va se pérenniser, et pourra être adapté (aux évolutions des services, aux profils des usagers, aux réalités locales, etc.). Des temps de co-formation sont envisagés pour enrichir les connaissances et les pratiques de chacun autour des spécificités des différents champs d'intervention. Par ailleurs, le CAARUD accueillera une nouvelle fois dans ses locaux, pendant une demi-journée, une formation intitulée « Addiction et précarité : quels accompagnement pour les personnes ? » organisée par l'Union régionale Pays de la Loire de la Fédération Addiction et la FNARS. Cette formation a lieu depuis deux ans et dure trois jours.

CONTACT

CAARUD La Boutik - ALiA (Association Ligérienne d'Addictologie)
23 rue Marceau · 49100 Angers
02 41 93 63 17
www.alia49.fr

Samu Social angevin - Association L'Abri de la Providence
9 cour des Petites Maisons · 49100 Angers
02 41 25 30 49

Une équipe mobile en addictologie sur les lieux d'hébergement

région **Rhône-Alpes**

PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE MOBILE EN ADDICTOLOGIE

L'équipe mobile en addictologie est portée par le CSAPA du Griffon, géré par l'Association Rhône-Alpes d'Insertion et d'Addictologie (ARIA). Cette association, née en 2009, gère également le CAARUD Ruptures et le CHRS APUS à Lyon et le CSAPA Jonathan à Villefranche sur Saône.

L'équipe mobile en addictologie a pour mission d'aller vers les personnes en situation de grande précarité en les rencontrant sur leur lieu d'hébergement et de vie (CHRS, foyers, etc.), mais aussi d'échanger avec les équipes assurant leur accompagnement. L'objectif est de faciliter l'accès aux soins en addictologie pour des personnes cumulant des difficultés de tout ordre (relationnel, professionnel, médical, social, etc.) et de soutenir les équipes, particulièrement sur la problématique addictive souvent présente chez les résidents. Les sites d'intervention de l'équipe sont multiples et sont orientés sur les dispositifs hébergement et de réinsertion sociale : plusieurs CHRS de l'agglomération lyonnaise, des lits halte soins santé, un Centre d'Accueil et d'Orientation.

MISE EN ŒUVRE

Le projet d'équipe mobile en addictologie a été élaboré à partir d'un état des lieux effectué avec plusieurs structures accueillant un public cumulant précarité et addictions. L'équipe est composée de trois professionnels ayant des temps dédiés à cette intervention : 0,50 ETP d'infirmière, 0,50 ETP de psychologue clinicien et 0,40 ETP de médecin addictologue. Cette équipe se rend dans les différentes structures selon des modalités adaptées aux besoins et rythmes des établissements (passages réguliers ou à la demande des équipes, formalisés ou non par des conventions).

L'équipe mobile propose plusieurs formes d'accompagnement : des permanences d'accueil « souples » permettant aux personnes le souhaitant de venir échanger autour d'un café (une fois par semaine, entre 2h et 2h30), des temps de passage plus informels et des groupes de parole sur des thématiques larges.

Les professionnels entrent en contact avec les personnes en abordant en premier, lors de l'entretien, la question du corps (dont les personnes parlent très peu) puis celle des consommations. Ils animent également des ateliers visant à reprendre la connaissance de son corps.

L'équipe mobile est aussi présente lors de certaines réunions d'équipe des CHRS une à deux fois par trimestre. Cela permet aux intervenants de faire part de vécus difficiles mais aussi d'élaborer des stratégies plus adaptées aux situations dont il est question. L'équipe mène de plus des interventions collectives de sensibilisation sur les problématiques addictives auprès des établissements.

QUELLE EST LA PLUS-VALUE DE L'ÉQUIPE MOBILE ?

L'équipe mobile en addictologie s'adapte aux lieux d'intervention. La demande des structures d'hébergement et des équipes est prise en compte et leur permet d'interroger les pratiques de consommation et de travailler la manière la plus adaptée pour y répondre. Cette souplesse permet de proposer une intervention mesurée, qui n'est pas vécue comme une effraction.

L'intervention de l'équipe mobile permet d'aborder les questions de la non-demande et de l'auto-exclusion, d'être repérée par les personnes hébergées comme ressource possible et de se nourrir des échanges avec les équipes rencontrées. De plus, le fait que des intervenants extérieurs puissent, sur un temps donné, parler des addictions, permet aux institutions de sortir du déni des consommations, des trafics et des passages à l'acte liés aux substances psychoactives.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

La principale difficulté est d'entrer en contact avec un public le plus souvent en situation d'auto-exclusion (repli sur soi, découragement) et méfiant à l'égard des soignants. Les conditions de rencontre ne sont en outre pas toujours propices aux soins (locaux, organisation).

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Le principal objectif est de pérenniser l'action de l'équipe mobile au sein des sites déjà rencontrés. Face à la demande croissante d'intervention auprès d'autres structures, l'équipe espère être renforcée avec des financements complémentaires.

Suite au travail de sensibilisation auprès des équipes depuis plusieurs années, l'équipe mobile souhaite proposer des formations-actions au sein des institutions accueillant déjà son intervention, mais également au sein d'autres structures d'hébergement.

CONTACT

Équipe mobile en addictologie - CSAPA du Griffon (ARIA)
7 place du Griffon · 69001 Lyon
04 72 10 13 13
csapa.griffon@aria-asso.fr

aria CSAPA DU GRIFFON

Une maraude partenariale Samu social - CAARUD

région **Nord-Pas-de-Calais**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

Le CAARUD Sleep'in de l'association Le Cèdre bleu est un centre d'hébergement d'urgence de nuit qui accueille des usagers de drogues en situation de grande précarité et sans logement (11 places). Le Sleep'in a pour mission principale la réduction des risques à travers l'accueil, l'hébergement (en chambres de 1 à 3 personnes), l'écoute, l'orientation et l'information.

La Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation (CMAO) est l'association qui gère le Samu social (115) dans le département du Nord. La CMAO dispose d'une équipe mobile qui a pour mission d'aller vers les personnes sans domicile fixe parfois marginalisées, concernées ou non par des conduites addictives. Cette équipe évalue la situation à la fois d'un point de vue sanitaire et social, oriente et accompagne ces mêmes personnes vers les services adaptés.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Ce projet de partenariat s'est inscrit dans le cadre d'une réflexion sur la complémentarité et le rapprochement des compétences de la CMAO et du Sleep'in en matière de travail de rue auprès d'un public sans domicile fixe, usager de drogues. L'équipe éducative du Sleep'in souhaitait ouvrir son champ d'intervention et proposer son expertise aux services généralistes tel que le Samu social. Pour l'équipe mobile, l'objectif était d'optimiser son intervention et d'améliorer l'accompagnement des personnes ayant des problématiques d'addiction.

En 2009, un travail de rue mené par le CAARUD Sleep'in, axé principalement sur la récupération de matériels usagés dans l'espace public, a permis de constater la situation sanitaire et sociale déplorable de certains publics n'ayant pas ou plus accès aux dispositifs de réduction des risques à bas seuils.

Des rencontres avec les équipes du Samu social ont mis en avant les difficultés qu'elles rencontraient lors de leurs maraudes dans la prise en charge des publics consommateurs de substances psychoactives. La spécificité et la complexité des situations sociales ne leur permettaient pas ou peu de proposer une prise en charge globale et adaptée. En octobre 2009, 4 maraudes « partenariales » expérimentales ont été mises en place et évaluées. Elles avaient pour objectif de confronter les idées et les représentations des professionnels à la réalité et aux besoins des personnes sans domicile fixe ayant une problématique addictive. Cette action a permis de tester l'utilité d'une intervention commune Sleep'in/Samu social en travail de rue. L'évaluation a été positive et a mis en avant la pertinence de ce travail partenarial pour proposer une prise en charge plus globale et adaptée aux situations rencontrées.

MISE EN ŒUVRE DE LA MARAUDE

Les maraudes partenariales sont menées sur l'ensemble de la ville de Lille, tous quartiers confondus. Elles sont effectuées en fonction des repérages réalisés par la CMAO lors de son travail de rue quotidien qui concerne l'ensemble des personnes faisant usage de drogue(s), vivant en squat ou à la rue et n'ayant plus accès aux différentes structures sociales et notamment les CAARUD. Une convention partenariale a été signée pour encadrer ce travail.

L'équipe est composée d'un agent d'accueil et de conduite et d'un travailleur social, issus de la CMAO, ainsi que d'un travailleur social du Sleep'in.

Le chef de service du Sleep'in coordonne la mise en place et le développement de l'action afin d'en assurer le suivi, l'évaluation et la pérennisation.

Une maraude type se déroule de la manière suivante :
- 8h30-9h30 : préparation de l'équipe,
- 9h30-12h / 13h30-16h : travail de rue sur le territoire de Lille intra-muros,
- 16h-17h : temps d'échanges et débriefing sur la journée, rédaction du compte rendu.

Après les 4 maraudes expérimentales, un calendrier de maraudes partenariales a été défini sur trois mois. Ainsi, depuis janvier 2010, une maraude a lieu tous les 15 jours et des bilans trimestriels (mars, juin, octobre) sont organisés. Une réunion « bilan annuel », à laquelle les éducateurs référents de chaque structure et le chef de service de la CMAO sont présents, a lieu en décembre et permet d'évaluer l'action. Elle permet d'adapter celle-ci à l'évolution de la réalité des besoins spécifiques du public.

Évolution et suite du projet partenarial

Les premières maraudes ont permis de créer des liens professionnels très solides et de s'interroger sur la forme et sur le sens de ces temps de rencontre avec les usagers. Un outil de transmission a été créé afin de faciliter le recueil des informations (lieux de passages, personnes rencontrées, matériel distribué, besoins identifiés, solutions proposées).

Après une année de fonctionnement, les éducateurs des deux associations ont développé trois formes de travail de rue :

• **La maraude non dirigée :** les professionnels se « baladent » sans but précis à la rencontre du public en fonction des connaissances géographiques du Samu social. Ils ont donc pu établir des contacts en centre-ville ou dans le métro. Le public rencontré n'est pas forcément consommateur. Les éducateurs prennent le temps de discuter, d'offrir un café, d'orienter, d'informer (sur les dispositifs et associations) et d'accompagner vers les différentes structures de droit commun.

• **La maraude dirigée :** c'est une maraude réalisée à partir d'une orientation préalable du Samu social qui, lors de ses maraudes classiques, identifie des lieux de consommation ou de squat.

• **La découverte de lieux de squat potentiel :** les professionnels partent à la recherche de lieux inconnus du Samu social (maison abandonnée, gare désaffectée, les dessous de ponts etc.). Le but est de découvrir de nouveaux lieux et de faire ainsi de nouvelles rencontres.

Lors des premiers temps de travail partenarial, les éducateurs du Sleep'in ont partagé leurs compétences en matière de réduction des risques grâce à des informations et des petites formations. Ils ont également maraudé avec le Samu social munis d'un sac à dos contenant du matériel stérile et s'en sont servis comme un outil facilitant la création d'un lien. Un squat du centre-ville a été dans les premiers mois un lieu privilégié de rencontres et de travail de réduction des risques. L'équipe s'y est rendue régulièrement et a pu tisser des liens avec des usagers inconnus des lieux d'hébergement et du Sleep'in. Différents types d'actions ont été proposés : distribution et récupération de matériel, orientation sur les accueils de jour, information sur les pratiques d'injection, etc.

PLUS-VALUE DU PARTENARIAT

En élargissant le champ d'intervention du Sleep'in, ce travail de rue permet d'informer et d'orienter vers lui des personnes qui n'avaient pas accès à ses services. La mutualisation des compétences permet d'aborder les situations rencontrées de façon plus approfondie. De la superposition des grilles d'analyse découlent une meilleure compréhension des parcours de vie et un « brainstorming » facilitant la prise de recul. L'association des réseaux partenariaux améliore la qualité des prises en charge et fait émerger de nouvelles propositions en termes d'accompagnement, d'orientation et d'accès au dépistage.

Ces différents temps de travail permettent de créer ou de recréer un lien avec certains usagers vivant en squat ou à la rue. Ils ont favorisé leur accès aux dispositifs de soins mais ont également été un sup-

port aux dépistages VIH-VHC (orientations vers le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit de Lille et vers les CAARUD lillois proposant des Test Rapides d'Orientation Diagnostique). La mise à disposition de containers récupérateurs de seringues dans certains squats, de matériel stérile et de lingettes alcoolisées a permis d'échanger et de promouvoir des conseils d'hygiène visant à réduire les risques. Ces rencontres ont également favorisé l'accès de certaines personnes à des lieux d'échange de matériel, et ont été, pour certains, l'occasion de rentrer en contact avec des travailleurs sociaux et de pouvoir recouvrer un minimum de droit sociaux (CMU et RSA pour la plupart). Ces mesures ont participé à la responsabilisation des usagers qui se traduit notamment par une augmentation du retour de seringues usagées, et pour certains une connaissance de leurs sérologies.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

L'équipe du Samu social a intégré le réseau partenarial développé par le Sleep'in, permettant ainsi d'optimiser l'individualisation des orientations et accompagnements proposés. Les équipes de maraude du Samu social ont rencontré physiquement les 6 principaux CAARUD intervenants sur la métropole lilloise et ont donc pu affiner leurs orientations pour ce public spécifique.

Ce travail partenarial a renforcé la complémentarité des missions des deux structures :

• Mise en place de temps d'échanges professionnels : les travailleurs sociaux de la CMAO ont passé plusieurs soirées au Sleep'in afin de mieux appréhender la réalité du centre d'hébergement, et participent régulièrement aux réunions d'équipe afin d'échanger sur des situations de personnes n'ayant pas de contact avec les structures de réduction des risques.

• Communication directe entre le Samu social et le Sleep'in concernant les personnes n'ayant plus accès à l'hébergement du Sleep'in. Le premier accueil est facilité pour des personnes ne connaissant pas la procédure d'admission.

• Informations et formations des équipes du Samu social sur les modes de consommation à la rue.

• Création d'un outil facilitant l'échange d'informations autour de situations particulièrement préoccupantes : une fiche navette « signalement de situation préoccupante ». Cet outil de communication réciproque permet à chacune des structures de signaler toute situation rencontrée lors de son activité propre et relevant de la compétence spécifique de la structure partenaire (personne en errance, femme isolée, découverte de squat, constats d'abandon de matériel usagés, nouveau lieu de consommation avéré, etc.). Cet outil, mis en place depuis 3 ans, favorise la réactivité dans la mutualisation des compétences des deux structures en garantissant le respect des cadres d'intervention de chacun.

CONTACT

CAARUD Sleep'in - Association Le Cèdre Bleu
247 Boulevard Victor Hugo · 59000 Lille
03 28 04 53 80
sleepin@cedre-bleu.fr

Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation
45 rue Lavoisier · 59130 Lambersart
03 20 00 16 30
cmao@cmao.fr

L'équipe mobile en addictologie du CSAPA 53

région **Pays de la Loire**

PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE MOBILE EN ADDICTOLOGIE

Le CSAPA 53 est l'unique CSAPA du département de la Mayenne qui a été créé en avril 2000. Il doit répondre aux besoins d'un bassin de population de 330 000 habitants. Son activité a lieu principalement sur quatre villes. Le CSAPA réalise par le biais de son Équipe Mobile en Addictologie (EMA) des visites à domicile. Celle-ci intervient également au sein de foyers ou d'autres structures.

L'équipe mobile en addictologie a été intégrée au CSAPA 53 en 2012. Elle intervient au plus près des publics en situation de précarité dans le département de la Mayenne, en particulier auprès de ceux reçus dans les structures d'hébergement. Elle a également des missions de soutien et d'appui auprès des professionnels en charge des usagers en situation de précarité. L'EMA est composée d'un infirmier, de deux psychologues, d'une éducatrice spécialisée et d'une secrétaire.

La première rencontre se réfléchit en équipe et s'organise, si possible, avec le partenaire qui a orienté l'usager.

MISE EN ŒUVRE

L'EMA poursuit deux types de missions :

- Favoriser la rencontre avec les usagers : en allant au plus près de leur lieu de vie, en les accompagnant vers les structures de soin, d'aide et de réinsertion, en les aidant à être acteurs de leur santé (évaluation des priorités, co-construction du projet de soins, réduction des risques, etc.), en les réconciliant avec le dispositif de droit commun (rétablissement du lien de confiance avec les professionnels, restauration de leurs droits) ;
- Favoriser la rencontre avec les professionnels : en enrichissant leurs connaissances dans le domaine de l'addictologie, en réfléchissant à des stratégies d'accompagnement, en favorisant et en optimisant la coordination entre professionnels issus de différents secteurs.

Les modalités d'intervention de l'EMA diffèrent de celles du CSAPA car l'équipe rencontre les personnes où elles le souhaitent (lieu de vie, institution, lieu neutre), elle ne fait pas de consultation médicale mais travaille en lien avec les partenaires du soin existant, elle réalise des permanences dans différentes structures et elle apporte un soutien aux professionnels qui le souhaitent (sous forme de synthèses, d'échanges, d'analyses de pratiques, etc.).

Les professionnels de l'EMA s'appuient sur des partenariats formalisés avec les structures d'hébergement du département ainsi que sur des collaborations mises en place avec tous les professionnels susceptibles d'accompagner ces publics : secteur social, de l'hébergement, sanitaire, judiciaire, du handicap, associatif et les organismes administratifs de droit commun.

L'EMA assure une permanence de deux heures toutes les deux semaines dans trois CHRS (une fois par semaine dans un CHRS pour jeunes). Les entretiens se déroulent avec et sans rendez-vous. Une convention est signée entre l'EMA et chaque CHRS.

L'équipe intervient auprès des équipes de chaque CHRS une fois par mois pour des actions de soutien (éclairage sur un profil psychologique, « stratégie » d'accompagnement social sur une situation, etc.).

De plus, l'EMA participe à la Commission Paritaire d'Orientation (CPO) du SIAO qui aborde les situa-

tions complexes rencontrées par le 115 ou des centres d'accueil d'urgence.

En 2013, l'EMA a reçu 134 usagers et réalisé 348 visites à domicile. Par ailleurs, l'équipe est intervenue plus de 200 fois en institution (aussi bien pour les usagers que pour les professionnels).

QUELLE EST LA PLUS-VALUE DE L'EMA ?

La pluridisciplinarité de l'équipe favorise la complémentarité des approches. La présence de l'EMA au sein des structures d'hébergement est rassurante pour les professionnels car elle facilite l'accueil des personnes ayant des problématiques d'addiction ainsi que leur orientation. Ces interventions permettent d'anticiper des rechutes, des hospitalisations plus importantes et donnent aux professionnels les moyens de soutenir les efforts d'abstinence ou de gestion des consommations faits par les usagers. Lorsqu'elle intervient à domicile, l'EMA met l'usager dans une posture active et sécurisante qui facilite le premier contact. Cette activité favorise l'engagement dans l'accompagnement. Pour les professionnels de l'équipe mobile, ce partenariat favorise la compréhension du parcours de vie de la personne, en apportant un éclairage supplémentaire sur les situations.

La proximité de l'EMA avec les partenaires, notamment grâce à la participation en CPO, enrichit les relations de confiance, facilite le lien vers les structures extérieures, au bénéfice des usagers. Cette connaissance du réseau aide les usagers à mieux se préparer à « aller vers » l'extérieur.

CONTACT

Équipe mobile en addictologie - CSAPA 53
30 rue du Gué d'Orger · 53000 Laval
02 43 26 83 40
secretariat.ema@chlaval.fr

2. LE TRAVAIL PARTENARIAL ET L'ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS

L'accompagnement des personnes en situation de précarité ayant des conduites addictives nécessite une coordination étroite entre professionnels aux compétences diverses mais complémentaires. Cette coordination autour du projet de la personne est fondamentale pour travailler en respectant les champs de compétences de chacun et mettre en place un accompagnement global.

DÉFINITION DU PARTENARIAT :

Le partenariat est une notion qu'il peut paraître complexe de cadrer. Plusieurs définitions existent et se complètent :

- « Le partenariat est une méthode d'action **coopérative**, fondée sur un **engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux**, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action - faire autrement ou faire mieux - sur un objet commun - de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs - et **élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre** » [3].

- Guy Pelletier [4], chercheur à l'Université de Montréal, a produit une synthèse à travers cinq principes pour penser des actions de partenariat efficaces. *(voir ci-contre)*

[3] DHUME Fabrice, *Du travail social au travail ensemble*, ASH professionnels, Éditions Lamarre, 2e édition, 2010, p. 108

[4] PELLETIER, G, *« Le partenariat : du discours à l'action »*, *Revues des Echanges*, Volume 14, No 3, Septembre 1997. http://www.unige.ch/fapse/life/textes/Pelletier_A1997_01.html

Cinq principes de base à l'action partenariale

1. Le principe d'intérêt mutuel des partenaires
Pour être viable un partenariat doit, dès le départ, susciter une source d'intérêt pour les différentes parties.

2. Le principe d'égalité des partenaires
Le partenariat repose sur des relations d'égal à égal, non hiérarchiques.

3. Le principe d'autonomie des partenaires
Les différentes parties s'engagent de leur propre chef et demeurent libres dans leur action.

4. Le principe de coopération entre les partenaires
Une entente partenariale s'inscrit dans un projet partagé et celui-ci n'a de sens que s'il y a entraide et échanges signifiants entre les partenaires.

5. Le principe d'évolution entre les partenaires
Un partenariat s'inscrit au sein d'un espace-temps limité nécessitant une évaluation continue dont la résultante peut se traduire par des changements ou une cessation de l'entente de coopération.

ÉTAT DES LIEUX ET PROBLÉMATIQUE

L'étude des résultats du questionnaire envoyé aux adhérents des cinq régions pilotes du projet a fait apparaître une **pluralité de modalités d'interventions**, que ce soit dans chacun des deux secteurs mais aussi dans les actions réalisées conjointement. On peut toutefois distinguer deux catégories de partenariats :

• Le partenariat de type « Travailler avec » : les professionnels se délèguent une prestation. **Ils prennent contact et orientent la personne en travaillant sur un minimum d'objectifs communs.**

• Le partenariat de type « Travailler ensemble » : il s'agit d'intégrer la prestation de l'autre dans son offre de services et dans son projet d'établissement. **C'est la création d'un espace commun entre les professionnels**, permettant de connaitre suffisamment la prestation de l'autre pour pouvoir en parler, la présenter et l'intégrer à sa propre intervention. Une volonté commune de co-élaboration est nécessaire et un travail préalable de connaissance des missions de chacun, de reconnaissance de chaque acteur est mis en place. Cette approche inclut la sensibilisation aux contraintes de chaque partenaire et une évaluation partagée de l'action commune autour du projet de la personne.

• Du « travailler avec » au « travailler ensemble » : un ensemble de possibilités. Entre ces deux catégories existe un ensemble de coopérations entre professionnels. Ces **différents modes de coopération n'ont pas d'échelle de valeur les uns par rapport aux autres**. Ils sont le fruit d'une histoire entre les structures, de solutions adoptées dans des contextes précis et sont le reflet d'une palette de possibilités dans laquelle chacun peut se situer, jauger ses points forts et ses axes d'amélioration.

Le partage d'informations dans le partenariat

L'accompagnement des personnes en difficulté sociale associe des compétences sociales, médico-sociales, médicales, et parfois juridiques. Les objectifs de chaque dimension peuvent être à la fois différents et complémentaires et parfois même contradictoires, ce qui pose la question de la cohérence de l'accompagnement et par conséquent de l'échange des informations utiles, nécessaires et pertinentes. La question du secret professionnel est alors interrogée et il est nécessaire d'en clarifier les règles et les obligations pour chacun.

Garantir aux personnes accompagnées le secret des informations qui viennent à la connaissance des professionnels est une condition essentielle pour répondre au mieux aux demandes et aux besoins des personnes. Il est donc indispensable de bien connaître les règles en la matière, d'en informer les personnes et les partenaires.

LES OBLIGATIONS DE SECRET LIÉES À LA PROFESSION OU À LA FONCTION

LE SECRET PROFESSIONNEL

La notion de secret professionnel remonte à l'antiquité grecque et s'appliquait en premier lieu à la relation entre le médecin et son patient. Au fil de l'histoire, elle s'est étendue à d'autres domaines, toujours dans le souci de garantir la confiance entre une personne et d'autres personnes sollicitant aide ou conseil (religieux, juridique, social).

Le secret professionnel est défini d'abord par son caractère pénal : *« la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »* (article 226-13 du Code pénal).

Le secret professionnel ne couvre pas seulement les informations confiées par l'intéressé, mais aussi *« tout ce que le professionnel a vu, entendu, ou compris »* dans l'exercice de sa fonction.

Les personnes soumises au secret professionnel sont expressément définies :
• Par état ou profession : médecins et personnels paramédicaux, assistants de service social[5], avocats, officiers de police judiciaire, ministres du culte.
• Par fonction : tous les agents de la fonction publique.

[5] Article L. 41161 du CASF

• Par mission : toute personne qui participe régulièrement ou ponctuellement aux services de santé, missions d'aide sociale à l'enfance[6], protection maternelle et infantile[7], centres de planification, services du RSA, aide sociale.

Il faut préciser que toutes ces personnes soumises au secret professionnel (y compris les étudiants, stagiaires ou bénévoles) ne peuvent pas plus échanger entre elles sur des informations à caractère secret, qu'avec d'autres personnes qui n'entrent pas dans cette catégorie. Ainsi, un médecin n'a pas un accès de droit aux informations médicales détenues par un médecin d'un autre service ; il lui faut l'accord du patient.

L'OBLIGATION DE DISCRÉTION

L'obligation de discrétion s'impose à tous les professionnels et consiste à respecter les mêmes règles de confidentialité que celles relevant du secret professionnel inscrites dans le code pénal ; cependant, le fait de trahir l'obligation de discrétion ne constitue pas en soi un délit et la responsabilité pénale du professionnel n'est pas engagée. Toutefois, sa responsabilité civile demeure et les conséquences peuvent être sanctionnées lorsque la rupture de l'obligation de discrétion porte préjudice à la personne accompagnée, directement ou indirectement. De même, le professionnel concerné s'exposerait à des sanctions disciplinaires de son employeur.

EN PRATIQUE

Le secret professionnel est finalement une notion assez large. Le secret médical[8] est en fait le secret professionnel appliqué aux informations relatives à la santé des personnes.
Dans l'exercice des missions de santé, médico-sociales et sociales, tous les professionnels, quelles que soit leur fonction, sont soumis aux mêmes règles et obligations de secret.

LES LIMITES AUX OBLIGATIONS DE SECRET PROFESSIONNEL

Il y a des hypothèses où les professionnels ont l'obligation de lever le secret professionnel[9] et d'autres situations où le professionnel a le choix. Dans ce dernier cas, le secret professionnel a ses limites, notamment lorsque la personne accompagnée ou d'autres personnes sont en danger :

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :
1/ à celui qui informe les autorités judiciaires ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
2/ « Au médecin (…) qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République (…) les sévices (…) qu'il a constatés(…) dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises (…) » (article 226-14 du Code pénal)

LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES DES LOIS DU 5 MARS 2007 RELATIVES À LA PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE ET À LA PROTECTION DE L'ENFANCE

• L'article L121-6 du CASF pose une dérogation au secret professionnel pour les professionnels de l'action sociale qui constatent l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille. Ils doivent en informer le maire de la commune et le président du conseil départemental. Le partage de ces informations est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale ;

• L'article L226-2-2 du CASF reconnaît aux professionnels de la protection de l'enfance la possibilité de partager entre eux des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre des actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

Il est à noter que si ces dérogations exonèrent du secret professionnel, elles n'obligent que très rarement les professionnels à le faire.

[6] Article L. 221-6 du CASF

[7] Article L. 211268 du CSP

[8] Cependant, la jurisprudence a établi que le secret médical revêt un caractère général et absolu. Seule la Justice peut lever le secret médical.

[9] Article 226-2-1 du CASF : Obligation de transmission sans délai au président du conseil départemental de toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être ; article 223-6 du Code pénal : Obligation d'assistance à personne en péril («non assistance à personne en danger»).

LE PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS

L'accompagnement des personnes, notamment dans le secteur social et médico-social, impose l'intervention et la coordination de professionnels de métiers et de fonctions différentes, dont les objectifs peuvent aussi être distincts. Se pose alors la question du partage d'informations entre ces professionnels. Seul un texte spécial peut autoriser le partage d'informations.

DANS LE DOMAINE SOCIAL

À titre d'exemple, les lois du 5 mars 2007 précisent les **conditions cumulatives** pour lesquelles le partage d'informations est permis. Il faut pour cela :

- qu'il s'agisse de partage d'informations (et non simplement de communication d'information qui revêt, elle, un caractère unilatéral) entre personnes participant à une même mission ; ou autrement dit, à la même équipe de travail social. Ceci exclut les élus et dans une certaine mesure les cadres de l'établissement (sauf s'il est démontré que l'information est nécessaire à l'accomplissement de leur mission d'encadrement) ;
- que les objectifs poursuivis avec ce partage d'informations soient d'évaluer une situation, de déterminer les mesures d'action sociale nécessaires pour y remédier ou tout simplement de les mettre en œuvre ;
- que les informations partagées soient strictement nécessaires à la mission, y compris lorsque le partage d'informations est prévu par la loi, qu'il a lieu entre professionnels astreints au secret professionnel et qu'il porte sur des informations couvertes par le secret absolu, comme le secret médical par exemple.
- Enfin, en matière de protection de l'enfance : que l'équipe ait obtenu l'accord préalable des représentants légaux.

Le partage d'informations n'est justifié que lorsqu'il est en rapport avec la mission d'aide ou de soins, et qu'il est strictement nécessaire. Il n'est donc pas sans limites, y compris entre personnes astreintes au secret professionnel.

En 2013, le Conseil supérieur du travail social s'est saisi du sujet et a émis les recommandations suivantes :

« Limites et conditions du partage de l'information[10] :

Il convient de développer une culture de la coopération et du partage, centrée essentiellement sur les connaissances stratégiques utiles à l'accompagnement de l'usager ; ceci afin de limiter les échanges et le partage d'informations, tant dans leur principe que leur contenu, au strict nécessaire pour l'action menée par le professionnel dans l'intérêt et le respect de l'usager.

En résumé, il importe de :

- **Déterminer l'objectif** (une information connue mais non nécessaire à la résolution du problème soulevé n'a pas à être dite) et la plus-value (l'information doit être utile pour la personne qui en fait l'objet et la résolution de sa situation).
- **Vérifier le caractère confidentiel ou non des informations.** Le respect de la vie privée est une règle éthique et déontologique ainsi qu'une règle de droit (article 9 du Code Civil).
- **Ne pas confondre information nécessaire et transparence**, la transparence entraînant une perte des finalités et une instrumentalisation du travail social.
- **Informer les personnes de la communication ou du partage d'informations les concernant**, et leur demander leur autorisation pour le faire (sauf en matière judiciaire qui doit cependant informer des voies de recours).
- **Faire l'examen des situations au regard du champ de compétence et de la légitimité de chacun** en précisant leurs places respectives et à quel titre ils interviennent. Se limiter au strict nécessaire et transmettre, en accord avec l'usager, uniquement ce qui concerne le point de sa situation abordée.
- **Exercer un droit de veille** pour que la transmission de l'information à d'autres institutions ne se fasse qu'avec l'accord de l'usager et en pleine responsabilité des professionnels et de l'institution. »

[10] Conseil supérieur du travail social, *Le partage d'informations dans l'action sociale et le travail social*, Presses de l'EHESP, 2013, 304p.

DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ :

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pose clairement les principes et règles du partage d'informations au sein d'une équipe de professionnels de santé : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la per-*

sonne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.[11] »

DANS LE DOMAINE MÉDICO-SOCIAL

[11] Article L. 1110-4 al. 3 Code de santé publique

[12] Source : ASIP santé http://esante.gouv.fr

Ce secteur d'intervention, comme son nom l'indique, associe les compétences des professionnels médicaux, socio-éducatifs, et souvent des psychologues. Or, il n'existe actuellement aucune référence législative ou réglementaire concernant la nature et les modalités d'échange d'informations dans ce cadre. *La loi de modernisation de notre système de santé* actuellement en discussion au Parlement devrait pallier ce manque. En effet, son article 25 définit la **notion d'équipe de soins** (nouvel article L1110-12 du CSP) comme un « *ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination, et qui :*

- *Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le **même établissement ou service social ou médico-social** mentionné au I de l'article du CASF, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;*
- *Soit se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge ;*
- *Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.*[12] »

Ainsi, les informations du patient sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins, sans nécessité de recueillir le consentement de la personne pour chacun des professionnels impliqués. Le patient doit en revanche être préalablement informé et peut toujours exercer son droit d'opposition.

Les conditions à respecter pour partager des données médicales autour d'un même patient sont plus contraignantes entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins. Il est notamment nécessaire de recueillir le consentement. Toutefois, ce recueil peut se faire par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

LES BONNES PRATIQUES POUR PARTAGER L'INFORMATION

Les dispositions prévues dans le projet de loi de santé permettent de clarifier les relations entre les professionnels de disciplines différentes, au sein d'un même service ou entre professionnels de services différents. Mais la notion d'information partagée va bien au-delà de la seule résolution des difficultés relatives à la problématique du secret professionnel.

Elle s'inscrit fondamentalement dans un registre d'accompagnement, dans une « clinique » d'intervention réunissant les professionnels partenaires et la personne dans une relation triangulaire. La construction d'une base cohérente faite de points de repères mutuels doit permettre d'édifier et de supporter un projet. Pour les professionnels, cette posture requiert d'être à la fois vigilant et exigeant.

Chacun doit garder la spécificité qui fait la richesse de son intervention et savoir néanmoins entrer dans une relation de collaboration et de complémentarité intelligentes.

Cette approche nécessite cependant de rester souple, pour tenir compte de l'histoire locale du travail partenarial, s'adapter aux différents contextes institutionnels et pérenniser les procédures. **Il s'agit alors de réfléchir à une méthodologie d'échange d'informations qui respecte la place de chacun, précise l'étendue et les limites du partage d'informations et positionne la personne au centre de cette concertation.**

Partenariat CSAPA - CHRS et partage d'informations

région **Midi-Pyrénées**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

L'Association Pour les Initiatives Autonomes des Femmes (APIAF) a pour but d'informer et d'héberger les femmes victimes de violences conjugales. Elle propose des permanences d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation et gère notamment un centre d'hébergement accueillant des femmes victimes de violences conjugales, avec ou sans enfants (36 places) ainsi qu'un centre d'hébergement d'urgence (12 places).

L'association régionale Clémence Isaure est présente sur le territoire toulousain depuis 1987. Elle gère un CHRS, un CSAPA, un CAARUD, un réseau d'appartements thérapeutiques relais ainsi qu'un dispositif d'équipe mobile (DEM Cité). Cette équipe mobile assure des liaisons régulières avec les différents dispositifs d'hébergement et de réinsertion sociale du territoire afin de permettre que, durant leur séjour dans l'établissement partenaire, les personnes puissent poursuivre ensemble leur démarche de soins et de réinsertion sociale.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

À l'origine, l'association APIAF ne proposait pas d'accompagnement spécifique sur les problématiques addictives aux femmes accueillies par méconnaissance de l'accompagnement mais aussi du fait des représentations que pouvaient avoir les professionnels sur les addictions (mystification des produits, peur de la violence, etc.). Ces femmes étaient le plus souvent orientées vers un dispositif externe d'addictologie et cette orientation « rapide » n'était pas satisfaisante.

Face à cette difficulté, les deux associations, qui s'interpellaient régulièrement via le dispositif d'équipe mobile DEM Cité, ont ainsi décidé d'institutionnaliser leur partenariat de longue date grâce à une convention prévoyant l'hébergement au sein de l'APIAF de femmes bénéficiant d'un suivi au CSAPA de Clémence Isaure.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

Après une orientation réalisée par l'association Clémence Isaure, la personne se présente seule à une permanence de l'APIAF. Une rencontre est très rapidement organisée entre les référents du CSAPA, de l'APIAF et la personne.

Un contrat tripartite est alors signé, dans le cadre du dispositif DEM Cité, entre ces mêmes personnes afin de mettre en place un accompagnement entre les différents partenaires.

Un double suivi est ainsi organisé :
- un suivi par l'APIAF sur les questions d'insertion (logement, emploi, santé…) et le respect des règles de vie du centre d'hébergement (appartements partagés) ;
- un suivi par le CSAPA sur les problématiques addictives.

Des bilans mensuels réguliers sont programmés avec la personne pour adapter l'accompagnement.

Comment le partage d'informations trouve-t-il sa place dans ce partenariat ?

Exemple d'action commune :

L'APIAF et Clémence Isaure ont suivi une mère isolée, qui ne voyait sa fille qu'en la présence d'un tiers. Elle était considérée par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) comme une mère « dangereuse » à

cause de ses problématiques addictives. Grâce à leur partenariat, les deux associations ont travaillé conjointement à déconstruire cette image négative. Elles ont accompagné physiquement cette femme à ses rencontres avec l'ASE, ce qui lui a permis de s'exprimer sur son rôle de mère (ce qu'elle n'arrivait pas à faire seule) et à outrepasser l'image négative qu'elle avait d'elle-même et que les institutions lui renvoyaient. À la question des addictions, souvent considérée comme la problématique prioritaire, s'est substituée celle de la parentalité, de la reprise de la place maternelle. La problématique addictive a été traitée à part et en second plan, par l'association Clémence Isaure. Le partage d'information n'a donc concerné que la thématique de la parentalité. Grâce à cet accompagnement commun, l'ASE a considéré que cette femme n'était non plus une « mère dangereuse », mais une maman « défaillante ». Elle peut désormais voir sa fille sans la présence d'un tiers.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Pour l'association APIAF, cette expérience a permis un apport de connaissances sur les addictions et de faire évoluer leurs représentations sur la parentalité des femmes ayant une problématique addictive. Les professionnels de l'association Clémence Isaure ont pu affiner leur approche des violences conjugales, leur manière de les aborder et leur posture face à cette problématique.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

Il n'y a pas de difficulté de partage d'informations entre les deux associations, grâce à la confiance mutuelle qu'a permis ce partenariat. Cependant, la situation est plus complexe lorsque d'autres partenaires interviennent dans le suivi d'une même personne, et notamment l'ASE dans le cadre du droit de visite ou d'hébergement d'un enfant. Il est à chaque fois nécessaire de recommencer ce travail auprès de l'ASE.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Les associations poursuivent leur partenariat selon les mêmes modalités.

CONTACT

CSAPA - Association régionale Clémence Isaure
42 rue des Champs-Élysées · 31500 Toulouse
05 61 61 65 50

CHRS – Association APIAF
31 rue de l'Étoile · 31000 Toulouse
05 62 73 72 62

La place particulière du SIAO

Les SIAO (créés en 2009 lors de la Refondation du secteur AHI)[13] ont été reconnus par la loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme renouvelé (ALUR) qui leur fixe plusieurs missions :

- Réguler les orientations à travers le recensement des places d'hébergement, de logements en résidence sociale et de logement des organismes exerçant des activités d'intermédiation locative sur un territoire ;
- Coordonner les acteurs locaux pour fluidifier le parcours des personnes à travers la gestion des 115 et la coordination des dispositifs de veille sociale ;
- Assurer une évaluation sociale, médicale et psychique des personnes avant leur orientation et le suivi des personnes orientées jusqu'à la stabilisation de leur situation ;
- Produire des données statistiques et participer à l'observation sociale.

La mise en place du SIAO dans chaque département a bouleversé les pratiques à la fois pour les structures d'hébergement et les acteurs du soin. Cette centralisation des demandes *via* une plateforme d'orientation a parfois fragilisé les partenariats existants sur les territoires pour différentes raisons :

- L'institution du SIAO a transformé une pratique informelle en pratique formelle : celui-ci est en charge d'objectiver l'ensemble des demandes d'hébergement et de logement, confronté au déséquilibre de l'offre des réponses sur certains territoires. De ce fait, les professionnels ne peuvent plus directement orienter les personnes vers les dispositifs.

- N'étant pas acteurs de l'hébergement, les professionnels de l'addictologie participent peu aux SIAO. Leur plus-value est cependant essentielle dans l'appui qu'ils apportent aux professionnels en charge de l'évaluation et de l'orientation des personnes. Ils permettent notamment un travail sur les représentations autour des questions d'addictions et favorisent l'orientation vers les structures adaptées aux situations.

Ainsi, le SIAO ne doit pas être considéré comme un obstacle aux pratiques mais bien comme un levier pour favoriser une orientation et un accompagnement adaptés. Il doit permettre de relancer ce travail partenarial, et ce au bénéfice du public et des professionnels. Les compétences de chaque acteur doivent donc être mutualisées et articulées afin de garantir une continuité de prise en charge des personnes en situation de précarité et d'addiction.

[13] Voir le paragraphe « Réformes et bouleversements », première partie de ce guide.

L'expérimentation de réunions collectives entre le SIAO et des CSAPA de Seine-Saint-Denis

région **Île-de-France**

Confronté à des situations complexes en Seine-Saint-Denis, le SIAO 93 a dû adopter une approche centrée sur l'hébergement et la santé pour proposer une orientation appropriée. Pour cela, a été créée une commission d'orientation spécifique aux situations pour lesquelles l'hébergement pouvait être mis à mal si un relais avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires n'était pas établi. Cependant, la prise en compte spécifique des difficultés liées aux problématiques de santé, en particulier les addictions et/ou la santé mentale, s'est rapidement posée et a justifié la nécessité d'une expérimentation visant au rapprochement du SIAO 93 et de quelques CSAPA du département. Cette expérimentation prend la forme de réunions partenariales ayant lieu au sein du SIAO 93.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Le projet de partenariat entre quelques CSAPA et le SIAO 93 part de plusieurs constats établis conjointement par les acteurs intervenant au sein du SIAO :

• le souhait d'accompagner un **public commun**, confronté à des problématiques d'addictions, dont l'orientation vers les dispositifs était complexe.

• des **interrogations partagées** par les professionnels sur leurs pratiques au quotidien dans l'accompagnement de ce public, notamment sur les questions de confidentialité des données et de transmission des informations ;

• **une demande d'ajustement, d'articulation** pour mieux repérer le rôle de chacun suite aux modifications du paysage institutionnel (création des CSAPA, mise en place des ARS et des SIAO en 2010) ayant « redistribué les cartes » du parcours de la personne.

Les acteurs ont donc compris naturellement et mutuellement la nécessité, voire l'obligation de travailler conjointement, de promouvoir et de faire évoluer les pratiques de travail partenarial.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE (DÉBUT 2014 JUSQUE FIN 2015)

• Objectifs
· Améliorer les connaissances réciproques, les contraintes respectives et développer une intelligence commune.
· Améliorer l'analyse transversale des situations et la capacité à construire et décliner des stratégies pour améliorer la qualité de l'accompagnement.
· Observer, pendant deux ans, la prise en charge globale du public, en particulier, les aléas de cette approche globale, afin d'améliorer les orientations via un travail collectif.
· Impulser un travail d'observation des situations, des réponses apportées, des différents outils utilisés ainsi que leur articulation.
· Rendre compte de cette expérimentation et de ses « enseignements » auprès des financeurs et partenaires.

Description de l'action

• Qui participe ?
· Des professionnels de cinq CSAPA de l'Observatoire d'addictologie 93 (assistante sociale, médecins, psychologue),
· Des professionnels de deux structures d'hébergement du département (psychologue et travailleurs sociaux en structure),
· Le SIAO 93.

L'observatoire d'addictologie 93 Seine-Saint-Denis.

« L'Observatoire regroupe les 13 CSAPA de la Seine Saint-Denis, les 4 CAARUD implantés dans le département, des médecins généralistes impliqués en addictologie et des représentants d'usagers. […] L'Observatoire a bien conscience qu'une offre de soin réussie est forcément corrélée à la construction d'une articulation cohérente entre les dispositifs existants. […] Il se veut un outil collectif, dont chacun des membres des structures peut s'emparer, afin d'en faire un espace vivant de construction d'une addictologie départementale riche et féconde en terme de projets. [14] »

[14] Extrait de l'introduction au Séminaire Observatoire Addicto'93, 2010

• Objet de l'action

· Orienter des personnes sans-abri ayant une problématique addictive vers un hébergement et utiliser ce dernier comme support à la mise à la place ou la continuité du soin ;

· Orienter des personnes ayant une problématique addictive accueillies en centre d'hébergement vers le soin en addictologie afin de soutenir la prise en charge globale et les équipes socio-éducatives de la structure dans leur accompagnement.

• Principes

· La demande part du patient et l'orientation est réfléchie avec lui. Une « lettre de motivation » est rédigée avec la personne afin d'écrire ses souhaits et engagements dans un souci de « faire ensemble » et non « à la place de » ;

· Présenter des situations avec l'accord des personnes et les travailler dans la continuité. L'information médicale n'est jamais communiquée lors des réunions de la commission d'animation afin de respecter le secret médical.

• Temporalité

Les acteurs se rencontrent tous les deux mois environ, ce qui leur permet de :

· Faire un point sur les situations en cours,

· Présenter de nouvelles situations,

· Partager une analyse la plus transversale possible tout en respectant l'expertise des différents champs et des différents acteurs,

· Définir une stratégie d'accompagnement et la décliner autour d'interventions pluridisciplinaires.

La nécessité d'associer les personnes accompagnées à ces rencontres s'est posée. Un consensus n'a pas encore été trouvé entre les différents participants mais la question reste une priorité.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

• Un premier bilan de l'action a été effectué en décembre 2014 : 7 rencontres ont eu lieu depuis la mise en place du projet et ont conduit à la présentation de 20 situations. La majorité des orientations ont été réalisées en logements intermédiaires pour des hommes seuls.

• Ces réunions collectives ont permis de nourrir les pratiques des professionnels *via* un espace permettant de réfléchir collectivement à des solutions.

• Rendre compte de manière transversale de cette expérimentation auprès des partenaires (l'observatoire d'addictologie, le réseau interlogement93, l'ARS, la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement, la FNARS, la Fédération Addiction,etc.).

• Développer les liens avec les acteurs de la psychiatrie en invitant les professionnels de la santé mentale à participer au projet (coordinateur de l'action sociale d'un hôpital psychiatrique, coordinateur d'un Conseil local de santé mentale, une équipe mobile psychiatrie précarité etc.).

CONTACT

SIAO 93 porté par l'association Interlogement93
105, boulevard Chanzy · 93100 Montreuil
sante@siao93.net

Structures d'hébergement :
centre d'hébergement France Horizons à Saint-Denis,
centre d'hébergement Henri Groues à Saint-Ouen,
et quelques places en résidences sociales

Structures du champ de l'addictologie :
CSAPA d'Aubervilliers, du Blanc-Mesnil,
Mosaïque de Montreuil, de Saint-Denis, de Saint-Ouen
Observatoire d'addictologie 93, le Blanc-Mesnil

Interlogement93 Obs'Addicto 93

Une commission thématique addiction au sein du SIAO de la Côte d'Or

région **Bourgogne**

NAISSANCE DU PROJET

En 2010, l'équipe du CHRS-urgence Sadi Carnot (géré par l'ADEFO), travaille à l'orientation des publics ayant une problématique d'alcool vers des structures d'hébergement stable, notamment le CHRS de l'Association du Renouveau. Elle constate que les personnes concernées ont des difficultés à accéder au CHRS qui accueille des publics déjà engagés dans un processus de soin, voire d'abstinence. Un lien est alors fait avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA).

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE : LES ÉTAPES

Identification des partenaires potentiels et prise de contact

Des permanences de l'ANPAA tenues par deux professionnels ont été mises en place au sein du CHRS Sadi Carnot pour permettre aux personnes ayant une problématique d'addiction d'accéder à des consultations avancées et de faciliter leur parcours de soin, en lien avec le travailleur social du CHRS.

Parallèlement, une commission régulière réunissant l'ANPAA, les deux CHRS et des acteurs du soin a été instituée pour réfléchir et construire conjointement un parcours de soin avant l'entrée en CHRS. Le parcours devant aussi prendre en compte les aspects sociaux (dossiers CMU, RSA etc.), et la continuité de la prise en charge, la commission s'est ouverte à d'autres partenaires : le Centre hospitalier de la Chartreuse, des équipes mobiles, l'antenne médicale de l'association SDAT.

En 2012-2013, cette commission thématique a été intégrée au fonctionnement du SIAO de la Côte d'Or pour répondre à la mission de soutien à l'accompagnement personnalisé des SIAO. Ses objectifs ont été reprécisés et d'autres partenaires l'ont intégrée (SIAO-115, CHU de la région, SEDAP). Son animation a alors été déléguée au CHRS du Renouveau, en tant que partenaire du SIAO et spécialiste de la prise en charge en addictologie.

Les structures concernées ont fait le choix de s'organiser autour d'un référent pour faciliter un partenariat opérationnel. Ce référent (profil travailleur social ou infirmier) peut apporter auprès de ses collègues un éclairage sur les contraintes vécues par les partenaires ainsi qu'une expertise sur les modes de fonctionnement de ceux-ci. Le référent est devenu une personne ressource pour les partenaires qui savent à qui s'adresser pour toute situation sortant du cadre habituel d'intervention.

LE PROJET

La commission addiction du SIAO se réunit une fois toutes les six semaines. Ce long délai a été volontairement choisi pour adapter les actions à la réalité temporelle des conduites de changements des usagers. La commission thématique addiction permet non seulement de créer un espace de réflexion autour de certaines situations mais également de réguler le parcours en santé en lien avec le parcours d'hébergement des personnes ayant une problématique d'addiction. Par exemple, organiser le départ en soin et la poursuite ultérieure de l'hébergement.

Il s'agit d'échanger entre différentes cultures professionnelles et autour des représentations de chacun. L'ordre du jour est constitué des situations apportées par les structures de l'urgence et de la veille sociale, et est envoyé quelques jours avant la commission. Chacun regarde s'il existe des éléments permettant une meilleure connaissance de

la situation, notamment, si c'est une personne qui a déjà été accompagnée dans son établissement ou service.

Cadre du partenariat

• S'il n'existe pas de convention spécifique commission addiction à ce jour, plusieurs conventions bipartites lient les différents partenaires de la commission.
• Un temps d'évaluation a lieu. Il se fait en commun avec les chargées de mission SIAO pour mettre en place des grilles d'évaluation communes à toutes les commissions thématiques (addiction, jeunes, veille sociale…).

Ressources nécessaires pour la mise en place du projet (par structure)

• Pas de financement particulier pour la commission addiction, mais participation d'un ou deux salariés par service présent pour la demi-journée de commission et du temps d'investigation sur les situations pour apporter des éléments en commission.
• Temps de secrétariat (appel des situations pour l'ordre du jour, transmission de cet ODJ, comptes rendus…) fait par Le Renouveau.

Bilan

En 2013, 86 situations ont été évoquées (soit 38 personnes différentes), certaines ont fait l'objet de plusieurs passages en commission compte-tenu de la difficulté des problématiques, et 15 ont fait l'objet d'une orientation vers un CHRS par le biais des commissions d'orientation du SIAO.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Cette expérience a permis une meilleure connaissance des autres structures et des contraintes de chacun, une adaptation des réponses et des interventions aux situations rencontrées et une meilleure anticipation des actions pour la construction concomitante d'un parcours de soin et d'un parcours d'hébergement/logement. Le discours des professionnels envers les personnes rencontrées est plus clair, permet d'évoquer les difficultés qui peuvent émailler leur parcours tout en les rassurant sur les possibilités existantes pour les surmonter. De plus, le principe du référent fidélise les professionnels qui se retrouvent en commission, favorise une relation de confiance permettant aux partenaires d'assouplir le cadre de leurs institutions au bénéfice de la prise en charge des personnes.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

La commission thématique addiction ne fonctionne que sur l'agglomération dijonnaise alors que le SIAO est départemental. Cette absence sur les trois autres territoires est en partie compensée par la présence du CHRS du Renouveau lors des commissions d'orientation SIAO territorialisées. Celui-ci apporte un éclairage spécifique sur les publics ayant une problématique addiction.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

La commission s'interroge sur la situation des personnes très désocialisées, en demande ponctuelle lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés (notamment des problèmes somatiques), mais toujours difficilement mobilisables pour un accompagnement dans la durée.
Par ailleurs, la commission questionne l'opportunité d'étudier les situations pour lesquelles la problématique d'addiction demeure un frein à l'accompagnement, malgré la mise en place d'une prise en charge en CHRS généraliste.

CONTACT

SIAO 21 –Association ADEFO
6 rue Sadi Carnot · 21000 DIJON
03 80 60 83 33 / siao@adefo.asso.fr

CHRS- Association du Renouveau
31 rue Marceau · 21000 Dijon
03 80 78 89 00
administration@renouveau-asso.fr

Le Groupe Parcours hommes

région **Nord-Pas-de-Calais**

PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

Le Groupe Parcours Hommes (GPH) est né en 2005 des difficultés rencontrées par plusieurs acteurs de la métropole lilloise pour proposer des solutions d'hébergement à un public sans-abri, souvent concerné par des problématiques d'addiction.

Ce constat a initié le souhait de travailler, dans un groupe de travail spécifique, aux parcours individuels de ces personnes avec une approche pragmatique et inter-associative, afin de définir entre partenaires la structure dont le fonctionnement correspondrait le mieux aux besoins de la personne et les conditions d'accueil adaptées permettant de stabiliser l'hébergement.

Le GPH est donc animé par la CMAO, qui porte le SIAO de l'arrondissement de Lille. Il peut être sollicité par le SIAO du Nord ou directement par les équipes des structures de la métropole lilloise pour approfondir et enrichir un diagnostic dans l'optique d'une orientation vers une structure d'hébergement. C'est un outil qualitatif au service du SIAO. Les acteurs participant au GPH sont les partenaires du SIAO : structures gérant des places d'urgence, de stabilisation, d'insertion, accueils de jour, mais aussi les dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie avec hébergement.

Le GPH n'est pas exclusivement dédié aux personnes ayant des problématiques d'addiction mais se révèle particulièrement pertinent pour ces dernières. En effet, il permet de penser de façon globale un maillage interinstitutionnel (associant le champ de l'addictologie, de la psychiatrie et de l'hébergement social) susceptible de favoriser une stabilisation de l'hébergement et un travail de gestion des consommations.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

Le GPH se réunit une fois par mois environ et rassemble les référents des structures d'hébergement de la métropole lilloise. Le lieu de réunion change à chaque fois. En amont de la réunion, chaque structure recueille une ou plusieurs situations à traiter, en réalise une synthèse et la transmet à la CMAO qui la diffuse par mail aux membres du groupe. Le GPH est co-animé par une personne de la CMAO et par le responsable du CAARUD Sleep'in du Cèdre bleu, structure adhérente à la CMAO.

Chaque réunion du GPH permet de traiter une à deux situation(s) individuelle(s). Pour chaque situation sont prises en considération : l'évaluation sociale, l'évaluation hébergement, l'évaluation sanitaire, des préconisations d'accueil au niveau de l'hébergement. Le GPH permet notamment de réfléchir sur :

• La structure qui correspond le mieux au profil et aux difficultés de la personne, en fonction des caractéristiques et des modalités de fonctionnement des établissements. Il peut être également proposé une solution d'accueil temporaire, ou un séjour dans une structure spécialisée du champ de l'addictologie (CSAPA avec hébergement, foyer d'hébergement d'urgence pour usagers de drogues, etc.).

• Les conditions d'accueil qui peuvent favoriser la stabilisation de la personne dans l'hébergement. Ainsi, des points du règlement de fonctionnement peuvent être aménagés si cela ne remet pas en cause l'équilibre général du fonctionnement de la structure.

• L'articulation à mettre en place avec les structures de soins en addictologie et/ou psychiatrie.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

La participation au GPH permet une meilleure coordination des associations entre elles, une meilleure connaissance de ce qu'elles proposent Et facilite l'orientation des personnes. Le GPH promeut un travail « main dans la main » sur des situations complexes, améliorant de ce fait la fluidité des parcours des personnes accompagnées.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

Les moyens du GPH reposent sur la mise à disposition des salariés référents des structures. Il n'y a pas de valorisation financière de cette action. Cela représente donc un temps de travail important pour les animateurs, mais aussi pour les participants. De plus, cela signifie que le groupe se repose en grande partie sur le réseau de contacts personnels des animateurs.

Des propositions d'orientation et d'amélioration peuvent être réalisées par les membres du GPH. Elles sont alors présentées par les animateurs aux responsables des structures. Il parait donc nécessaire de travailler à une procédure de validation des propositions émises par le Groupe Parcours Hommes qui serait formalisée et approuvée par tous les responsables de structures concernés.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

L'action du GPH va se poursuivre par la formalisation d'un document de fonctionnement permettant d'en valider les propositions.

Le groupe a, de plus, engagé une réflexion afin de pouvoir être force de proposition pour des structures qui seraient disposées à assouplir leurs conditions d'accueil et diversifier leurs modalités d'accompagnement (en accueillant des chiens par exemple).

CONTACT

Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation
45 rue Lavoisier · 59130 Lambersart
03 20 00 16 30
cmao@cmao.fr

CAARUD Sleep'in - Association Le Cèdre Bleu
247 Boulevard Victor Hugo · 59000 Lille
03 28 04 53 80
sleepin@cedre-bleu.fr

CSAPA avec hébergement - Accueil Temporaire pour la REinsertion (ATRE)
98 rue d'Isly · 59000 Lille
03 20 54 60 88
atre@nordnet.fr

CAARUD Sleep'in - Association Réagir
117 rue de Dunkerque · 59200 Tourcoing
03 20 46 01 10
reagir-tourcoing@nordnet.fr

CSAPA Intermezzo - La Sauvegarde du Nord
2 place de la République · 59260 Hellemmes
03 20 04 10 62
intermezzo@lasauvegardedunord.fr

3. LA RÉDUCTION DES RISQUES DANS LE DISPOSITIF D'HÉBERGEMENT

Pour les personnes consommant des substances psychoactives, l'accès à un hébergement représente une réelle difficulté. À l'insuffisance du nombre de places disponibles s'ajoutent les contraintes, réelles ou supposées, liées à l'accueil de ces publics perçus comme ayant des problématiques plus complexes. Les professionnels peuvent craindre de regrouper les consommateurs réguliers ou ponctuels avec les autres personnes accueillies, appréhendant leur possible influence sur celles-ci et sur le respect des règles de l'établissement. De ce fait, de nombreuses structures conditionnent l'admission et le maintien en leur sein à une obligation d'abstinence. Une partie des consommateurs de substances psychoactives se retrouve donc doublement exclue, du fait de leurs problématiques addictives et de leur difficulté à accéder aux dispositifs d'hébergement et d'inclusion sociale.

Pour la FNARS et la Fédération Addiction, consommer des substances psychoactives licites ou illicites ne doit pas être un frein à l'accès au dispositif d'hébergement. L'abstinence est une des réponses possibles de la palette d'offres d'accompagnement en addictologie (traitements de substitution aux opiacés, nouveaux traitements médicamenteux, etc.) qui se déploie en ambulatoire et résidentiel, les dispositifs thérapeutiques résidentiels devant être distingués des dispositifs d'urgence et d'insertion. L'abstinence ne peut donc pas être un prérequis à l'admission en structures d'hébergement. Cela entretient le déni institutionnel, encourage les consommations à l'extérieur, les ruptures d'accompagnement et contribue à la stigmatisation des personnes.

Accueillir des personnes consommatrices de substances psychoactives n'est pas nécessairement une source de difficultés. Cela implique toutefois d'adapter le cadre institutionnel (règlement de fonctionnement) et de faire en sorte que l'accompagnement proposé en structure d'hébergement s'inscrive dans une visée de réduction des risques. Chaque structure d'hébergement, en fonction de ses contraintes et ressources, doit pouvoir mettre en place des actions de réduction des risques diffusées aussi bien au niveau institutionnel qu'entre les professionnels. Accompagner en réduction des risques, c'est proposer une approche combinant des exigences adaptées à la situation de chaque personne et au seuil de tolérance de la structure (ce que la structure peut accepter au regard de son règlement et de son fonctionnement). Il peut s'agir de travailler avec la personne sur la gestion de ses consommations (en l'encourageant par exemple à espacer les consommations). Pour mettre en œuvre ces principes, l'établissement peut prendre appui sur les CAARUD et sur leurs équipes pluridisciplinaires, dont l'une des missions est d'« aller vers » les publics et institutions.

Pour les équipes des dispositifs d'hébergement, la prise en compte de la réduction des risques permet de lever le tabou lié aux addictions, de pouvoir

bénéficier de l'appui du dispositif dédié, d'être outillées dans leurs pratiques. De plus, la formation régulière des équipes permet de mettre en place des actions de réduction des risques adaptées aux personnes accueillies et au cadre institutionnel. L'ensemble de ces éléments facilite le travail avec la personne grâce à un accompagnement adapté et spécialisé.

Le règlement de fonctionnement - Préconisations communes

La FNARS et la Fédération Addiction partagent l'idée qu'une interdiction générale et automatique de la consommation d'alcool en structure d'hébergement n'est ni justifiée ni légale. Elle doit être déterminée au cas par cas, en fonction de la situation des personnes accueillies. La restriction est justifiée pour des raisons de santé et au regard du sens du projet de l'établissement (elle peut être légitime par exemple pour un établissement de soins résidentiels). La FNARS et la Fédération Addiction préconisent ainsi de sanctionner non pas le principe de consommation d'alcool mais les éventuelles violences ou dégradations liées à une consommation d'alcool.

· Clause recommandée : « L'usage excessif d'alcool peut être prohibé s'il provoque des comportements portant atteinte aux droits des autres personnes accueillies. La répétition de tels comportements peut être de nature à entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de garder la personne au sein de l'établissement [15] ».

· Le règlement de fonctionnement doit également porter à la connaissance des personnes accueillies les partenariats existants avec les structures d'addictologie (consultations avancées, actions de prévention, etc.).

· Le règlement de fonctionnement doit préciser les modalités de gestion des médicaments et traitements (traitements de substitution aux opiacés, traitements psychiatriques, etc.).

[15] FNARS, ANIL, « Guide pratique Élaborer le règlement de fonctionnement », Etablissements et services sociaux et médico-sociaux- Loi du 2 janvier 2002 », 2013, 38p.

POUR ALLER PLUS LOIN :

• Association Aurore,
Conférence « L'alcool dans les centres d'hébergement…et alors ? », *Actes des conférences de l'Olivier - cycle 2010-2011*, juin 2011, p. 27-47.

• FNARS, ANIL,
Guide pratique « Élaborer le règlement de fonctionnement, Établissements et services sociaux et médico-sociaux - Loi du 2 janvier 2002 », 2013, 38p.

• FNARS Rhône-Alpes,
« Consommations et addictions, un chemin pour la réflexion », 2013, 30p.

• Guide « Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels », coll. Pratique(s, Fédération Addiction, 2013. Cf. partie « réduction des risques » p. 40-41.

Une expérience de gestion des consommations en centre de stabilisation

région **Île-de-France**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

L'association Aurore[16] a ouvert en 2007, suite à la crise du canal Saint-Martin, un centre de stabilisation « l'Olivier » qui accueille de manière inconditionnelle et durable les plus exclus. Aujourd'hui ce centre accueille 29 personnes hommes et femmes orientés par le 115 des Hauts-de-Seine et le Samu Social.

Le pôle Addictions, Santé, Précarité est l'un des sept pôles d'activités thématiques de l'association Aurore. Il regroupe des établissements et services médico-sociaux en addictologie ou axés sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Dans le cadre de ses missions, le pôle propose un soutien, une formation et des consultations avancées auprès des équipes des CHRS et des lits de stabilisation.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Les équipes de l'Olivier ont sollicité le pôle Addictions, Santé, Précarité afin qu'il les accompagne dans la gestion au quotidien des personnes alcoolisées. Le règlement de fonctionnement interdisant l'introduction de bouteilles et la consommation d'alcool, les résidents s'alcoolisaient massivement aux abords du centre avant de rentrer pour le dîner, ce qui occasionnait des comportements agressifs et laissait de nombreux déchets devant le centre.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

L'intervention des équipes du pôle Addictions, Santé, Précarité, composées de professionnels du soin en addictologie et de travailleurs sociaux, s'est déroulée en plusieurs temps pendant un an.

Elle a consisté en :

- une conférence à destination des équipes salariées et bénévoles, des personnes accueillies de la structure et des partenaires sur les addictions,
- des sessions de formation des équipes sur les notions d'addiction, de dépendance, les modalités d'accueil, les orientations thérapeutiques,
- des interventions mensuelles auprès de l'équipe de l'Olivier pour travailler sur les représentations de l'alcoolisme, de l'abstinence, du soin et aborder la question de la gestion des consommations et des consommateurs, le rôle de l'équipe et les actions possibles.

Il a ensuite été proposé de mettre à disposition des personnes accueillies dans le centre des casiers leur permettant de déposer leurs bouteilles avant d'entrer et de les récupérer le lendemain matin. Cette mesure avait pour principal objectif d'inviter l'équipe à réfléchir à la gestion des consommations d'alcool en lien avec les règles de la vie en collectivité mais aussi de lui permettre d'aborder la question des consommations avec les personnes accueillies. Les casiers n'ont finalement pas été installés pour des raisons organisationnelles, mais il est possible de déposer les bouteilles dans le bureau des éducateurs.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Cette expérience, en cours depuis plus de trois ans, a permis de briser le tabou sur les questions d'alcool qui n'étaient pas abordées par les équipes auparavant. Cela a également permis de changer le regard sur les consommateurs d'alcool et sur les stratégies de soin. Des règles concernant les temps collectifs ont été mises en place : si une personne est trop alcoolisée (suffisamment pour ne pas pou-

voir tenir son plateau), elle dîne à l'écart du groupe.

Pour les résidents, le fait de confier leur bouteille à l'institution pose la question de la délimitation dedans/dehors, d'un espace qui est réservé. La bouteille est présente, mais c'est une pause. Elle sera récupérée le lendemain. Cette mesure leur donne la possibilité d'autogérer leur consommation. Il n'y a ainsi plus de phénomène de consommation rapide devant le centre. Certains résidents disent mieux dormir sachant qu'ils n'auront pas à « courir » le lendemain pour se procurer de l'alcool.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

Il n'y a pas eu de difficultés majeures hormis le fait d'accompagner l'équipe vers le changement (dans leurs pratiques et représentations).

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Le centre entend poursuivre des échanges autour de la pratique en lien avec l'ensemble de l'équipe et des bénévoles, permettre aux résidents de déposer leurs bouteilles dans le centre. Il aimerait également continuer à proposer des outils innovants pour la gestion des consommations, mettre en place des consultations avancées et développer ces types d'accompagnement dans d'autres établissements.

[16] Aurore est composée en 7 pôles d'activités thématiques structurés autour des trois missions principales de l'association : l'hébergement, le soin et l'insertion.

CONTACT

Centre d'accueil et de stabilisation L'Olivier - Association Aurore
20 rue de Meudon · 92100 Boulogne-Billancourt
01 46 21 87 79

Pôle Addiction, Santé, Précarité - Association Aurore
Secrétariat : 1 bis avenue du Côteau · 93220 Gagny

Un partenariat entre un CAARUD et un CHRS

région **Franche-Comté**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

L'association de Lutte contre les Toxicomanies de l'aire Urbaine (ALTAU) est une association spécialisée en addictologie qui intervient sur le territoire franc-comtois depuis 1998. Elle gère trois CSAPA, deux CAARUD et fait partie du Groupe Addictions Franche-Comté (réseau d'addictologie régional).

La Fondation de l'Armée du Salut est une association qui gère en France plus de 140 établissements et services d'action sociale. Elle dispose d'un CHRS, d'un abri de nuit et d'un accueil de jour à Belfort.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

En 2010, l'équipe du CAARUD qui n'avait pas encore de locaux s'est rapprochée des structures médico-sociales du Territoire de Belfort afin de communiquer sur la future ouverture du centre et sur ses missions. Les professionnels de l'Armée du Salut ont alors fait part de leurs difficultés à appréhender la question des addictions dans leur travail quotidien. Un projet de partenariat a donc été très vite proposé et a fait l'objet d'une convention signée en 2011. Sa mise en place s'est faite assez facilement du fait de la coopération qui existait déjà entre le CSAPA de l'ALTAU et le CHRS (le CHRS sollicitait au coup par coup le CSAPA pour des situations individuelles).

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

L'action partenariale a pris la forme suivante :

• **Des permanences avancées :** Début 2011, soit six mois avant l'ouverture du CAARUD, deux professionnels du centre tenaient une permanence d'une heure par semaine en journée dans les locaux de l'accueil de jour. L'objectif était d'aller à la rencontre du public pour présenter les dispositifs d'addictologie du territoire, faire le lien avec le CAARUD une fois celui-ci ouvert et se mettre en contact avec le public concerné.

• **Des maraudes avec l'équipe mobile :** ces maraudes avaient lieu une fois par semaine pendant la période hivernale. Un professionnel du CAARUD y participait afin de présenter les missions du CAARUD, d'échanger avec les personnes le souhaitant sur leurs consommations et d'orienter vers les dispositifs spécialisés. À la fin de la période hivernale, suite à l'arrêt des maraudes de l'équipe mobile, un salarié du centre était présent au CHRS en soirée, pendant une heure par semaine pour créer et/ou garder le lien avec le public dans l'attente de l'ouverture du CAARUD. Ce professionnel pouvait être sollicité pour des actions de médiation auprès de personnes alcoolisées hébergées et venait alors en appui à l'équipe. En fonction de la situation, le professionnel intervenait seul ou avec une personne de l'abri de nuit.

• **Une action de formation en addictologie :** cette formation a été dispensée sur trois jours et a permis de former les trois quarts de l'équipe du CHRS, soit douze personnes (travailleurs sociaux, encadrants, veilleur de nuit). Le projet de formation a bénéficié d'un financement par le réseau d'addictologie de Franche-Comté et par le contrat urbain de cohésion sociale de la ville. Un questionnaire préalable a servi à mieux cerner les besoins de l'équipe. Les formateurs étaient des professionnels du CAARUD mais aussi des personnes extérieures (police, professionnels issus de structures voisines).

Le CHRS était géré durant les trois jours par le quart restant de l'équipe qui a pu bénéficier indirectement

de la formation grâce à la nomination d'un « référent addiction » parmi les professionnels formés.

Un bilan de la formation a été réalisé de manière informelle.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Ces trois actions ont permis au CAARUD de créer du lien avec les personnes accueillies au CHRS et de former l'équipe du CHRS aux problématiques addictives. Les réunions entre les deux équipes ont permis d'ajuster le partenariat et un échange de pratiques. L'accompagnement proposé aux personnes accueillies et l'orientation vers les services de droit commun s'en sont donc trouvés améliorés.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

Le CAARUD n'a pas pu continuer ses permanences au sein de l'accueil de jour à cause d'un manque de moyens de l'Armée du Salut qui a dû réduire considérablement les temps d'ouverture de l'établissement. Le CAARUD a de ce fait perdu contact avec une partie du public qu'il ne rencontrait que là-bas. Toutefois, des flyers d'informations sur le centre ont permis de garder un lien entre les deux structures. Le contact entre les deux équipes a été maintenu par téléphone, lors d'orientations. Le CAARUD a poursuivi les maraudes de son côté. L'action de formation n'a toutefois pas pu être reconduite pour des raisons financières.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Le CAARUD aimerait réitérer l'action de formation auprès de l'équipe du CHRS dont les professionnels ont en grande partie changé. Il souhaite cependant en priorité pouvoir ouvrir une journée de plus par semaine.

CONTACT

CAARUD Entr'actes - Association ALTAU
4 rue Georges Koechlin · 90000 Belfort
03 84 26 12 20

ALTAU
le réseauentr'actesle relais

CHRS de l'Armée du Salut
3 rue de l'As de Carreau · 90000 Belfort
03 84 21 17 33

ARMÉE DU SALUT

4. ADDICTIONS, ACCOMPAGNEMENT ET INSERTION PAR L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

De nombreuses structures de l'insertion par l'activité économique (SIAE) sont confrontées à des problématiques de consommation au sein de leurs équipes de salariés en insertion. Elles se sentent souvent démunies face à ces difficultés, manquant de l'expertise suffisante en interne. En effet, si une SIAE a vocation à proposer un accompagnement global aux salariés en insertion, elle ne dispose que rarement de moyens adaptés pour accompagner les personnes sur leurs problématiques de santé, notamment les addictions. De leur côté, les dispositifs spécialisés en addictologie peuvent s'appuyer sur la mise en activité d'une personne pour construire l'accès au soin ou le maintien dans le soin, l'emploi permettant d'introduire un changement dans la situation de la personne (amélioration des revenus, statut social d'actif, accès à des relations sociales, occasion d'exercer ses compétences, etc.).

Cette partie vise donc à présenter synthétiquement, autour d'exemples concrets, les projets que peuvent développer ensemble les acteurs de ces deux champs.

SOIN ET INSERTION PAR L'EMPLOI

La consommation de substances psychoactives constitue souvent un obstacle à l'embauche et au maintien dans l'emploi, y compris dans le champ de l'IAE, dont la vocation est pourtant d'offrir un emploi aménagé et accompagné pour favoriser à terme l'insertion professionnelle de personnes exclues du marché du travail.

Les structures du secteur ont pour mission de permettre de s'essayer à une activité professionnelle, d'y progresser par un tutorat technique et des formations, d'être accompagné, si besoin, sur d'autres dimensions que l'emploi et de pouvoir bénéficier d'une passerelle vers un emploi ordinaire. Pour autant, recruter ou conserver dans son équipe une personne qui consomme des substances psychoactives peut **confronter la structure à différents ordres de difficultés :**

- faire face à de potentielles contradictions : la SIAE se trouve dans une double posture, celle d'employeur et d'aidant. Elle doit ainsi mettre en place un accompagnement favorisant l'insertion des salariés mais aussi faire respecter, au même titre que tout employeur, la règlementation du travail (et notamment assurer la sécurité au travail des salariés), et remplir les objectifs de production pour assurer sa pérennité économique.
- risquer de ne pouvoir répondre aux objectifs de résultats de retour à l'emploi des salariés en insertion fixés par les partenaires institutionnels ;
- devoir traiter de sujets personnels sensibles au

sein du contexte professionnel. Le Conseiller en Insertion Professionnelle (CIP) ou l'Encadrant Technique (ET) doit oser aborder la question des consommations avec le salarié en parcours, qui s'est adressé à lui pour une démarche d'insertion professionnelle. Pour le salarié, la possibilité d'échanger à propos de ses consommations avec ses accompagnants est souvent écartée par la peur de perdre son emploi.

• éprouver un sentiment d'isolement et d'impuissance, car la formation des professionnels travaillant en SIAE est peu axée à ce jour sur l'accompagnement en matière de santé et les relations avec les acteurs du champ spécialisé restent rares. Les obligations liées au secret professionnel peuvent aussi faire obstacle à la collaboration entre professionnels (d'une même structure ou de structures différentes).

Dans les CSAPA, la question de l'insertion par l'activité économique rencontre également des écueils :

• Certains professionnels posent le soin comme un préalable à l'emploi, en considérant que les personnes ne sont pas prêtes à s'inscrire dans une démarche d'insertion si elles ne se sont pas stabilisées dans leur traitement. De ce fait, les personnes accompagnées peuvent intérioriser le sentiment d'une incapacité à travailler à cause de multiples échecs et n'ont pas conscience de leurs capacités et compétences.

• L'activité professionnelle est insuffisamment considérée comme étant « vectrice » de santé et les questions d'insertion professionnelle sont donc peu travaillées dans l'accompagnement proposé.

C'est donc, pour les SIAE, la rencontre avec les professionnels du soin qui peut aider à comprendre les situations, à trouver des mots pour échanger avec les salariés en parcours et à construire des accompagnements complémentaires pour favoriser l'insertion professionnelle. Pour les CSAPA, le partenariat permet de consolider la démarche de soin en contribuant à l'insertion professionnelle de certains patients et représente également une opportunité d'« aller vers » des personnes qui n'avaient jusque-là pas accès aux soins en addictologie. Il ouvre de plus la possibilité d'un dialogue avec les SIAE sur les activités professionnelles comme composantes du soin.

Il y a ainsi à construire de nouvelles formes d'accompagnement liant CSAPA et SIAE pour élaborer une nouvelle logique qui se résumerait par « se soigner et s'insérer », en rupture avec les pratiques antérieures d'accompagnements cloisonnés et séquentiels correspondant à la formule « se soigner puis s'insérer ». L'emploi participe en effet à une meilleure régulation des consommations et permet une plus grande stabilité dans le traitement. Cette démarche n'est toutefois pas linéaire et relève d'une dynamique sur la recherche d'un équilibre, pouvant donc être marquée par des reprises de la consommation.

Qu'est-ce que l'Insertion par l'activité économique ?

Les structures d'insertion par l'activité économique comprennent les Ateliers et Chantiers d'Insertion (ACI), les Entreprises de Travail Temporaire d'Insertion (ETTI), les Associations Intermédiaires (AI), les Entreprises d'Insertion (EI) et les régies de quartier. L'ensemble de ces structures propose une mise au travail, soutenue par un accompagnement socioprofessionnel et une formation individualisée. Les personnes bénéficient d'un contrat de travail de droit commun : le contrat unique d'insertion ou le contrat à durée déterminée d'insertion.

• Au sein du réseau FNARS, les quelque 3 500 SIAE - atelier et chantier d'insertion, association intermédiaires, entreprise d'insertion, entreprise de travail temporaire d'insertion - sont susceptibles d'accueillir et de salarier des personnes en situation d'addiction. Le travail est perçu comme support d'insertion.
• Les personnes sont salariées, encadrées sur leur lieu de travail, accompagnées, formées et mises en lien avec des entreprises.
• Objectif : retour à l'emploi classique au bout de 2 ans (pouvant être renouvelés)
• 4 types de structure : 2 de mises à disposition proposant des missions courtes chez des clients (AI, ETTI), 2 de production, réalisant pour leur propre compte des produits ou services (ACI, EI).
• Un besoin de chiffre d'affaires plus ou moins élevé selon les structures : moins fort pour les ACI du fait du montant de subvention important des pouvoirs publics.
• Un dispositif intégré aux politiques de l'emploi.

Ainsi, favoriser l'insertion professionnelle de personnes qui consomment des substances psychoactives mais aussi la double prise en compte par les CSAPA et SIAE des activités professionnelles comme composantes de santé et l'accès aux soins des personnes salariées en SIAE, passe par le rapprochement entre professionnels du soin et de l'IAE.

Ce rapprochement nécessite de :

- Reconnaître que projet d'insertion et projet de soins ne peuvent se conduire indépendamment.
- Considérer que tous les acteurs (ET, CIP, direction, professionnel du CSAPA, services de santé au travail, etc.) ont un rôle à jouer dans l'accompagnement des personnes et que chacun doit identifier le champ de compétences des uns et des autres, ses limites et les interactions entre ceux-ci.
- Prendre en compte l'environnement de la SIAE et la nature des activités : questionner l'organisation du travail (constitution des équipes par exemple), ses contraintes et son impact sur les salariés pouvant se traduire par de l'ennui, un sentiment de non-reconnaissance ou favorisant le dynamisme, la créativité.
- Comprendre pourquoi les consommations de substances psychoactives et conduites à risque représentent pour la personne une « solution » avant d'être un problème.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés par les CSAPA et SIAE pour favoriser l'émergence de partenariats de qualité :

- Impliquer les salariés dans l'analyse, la construction de leur activité professionnelle, pour que celle-ci puisse être à la fois composante de santé et d'insertion.
- S'appuyer sur les différents acteurs de la structure et sur les services de santé au travail. La question de la consommation des produits psychoactifs gagne à être abordée avec les différents acteurs que sont les salariés en insertion et permanents, les délégués du personnel, le comité d'entreprise, la direction, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), etc.
- Clarifier les situations d'information partagée en interne de la SIAE (entre salarié, ET et CIP), mais aussi avec les CSAPA. Il s'agit de créer des espaces de collaboration pour offrir un cadre confidentiel de communication sur les suivis communs de manière à lever les difficultés liées au secret professionnel et à associer la personne à la construction de son accompagnement.
- Rendre son activité visible et accessible en communiquant auprès des différents acteurs de son territoire.

Parmi les actions possibles :

- Développer la formation sur les interrelations santé-travail auprès des CSAPA et des SIAE,
- Ouvrir des espaces de dialogue entre direction, services de santé au travail, CHSCT sur la question du règlement intérieur,
- Aborder, dans le livret d'accueil et dans les différents outils de la règlementation du travail, la question des usages, en faisant état des règles, mais aussi des possibilités d'accompagnement. Ces documents peuvent servir d'outils pour aborder la situation avec la personne concernée.
- Solliciter les Unions régionales de la Fédération Addiction et les Associations régionales de la FNARS, qui sont des interlocuteurs ressources sur les territoires (pour la mise en lien, la formation, etc.)

POUR ALLER PLUS LOIN :

- Brochure « Pratiques addictives et milieu professionnel », Fédération Addiction, 2010.

- Fiche technique FNARS « Des partenariats pour accompagner les salariés en insertion en situation d'addiction », 2015.

- INRS, « Conduites addictives et travail », dossier médicotechnique, 3e trimestre 2008.

- INRS, « Pratiques addictives en milieu de travail, principes de prévention », mars 2013.

- « Travail(s), santé et usages de substances psychoactives », *Psychotropes* n°21, De Boeck Supérieur, septembre 2015, 128 pages.

Un partenariat entre un chantier d'insertion et un CSAPA

région **Midi-Pyrénées**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

La Glanerie est une SIAE qui gère depuis 2003 un atelier et chantier d'insertion de 35 postes de type « ressourcerie » dans l'agglomération toulousaine. La Glanerie assure dans ce cadre plusieurs fonctions : la collecte, le tri, la réparation et la vente de déchets et objets réutilisables, la valorisation par le réemploi, la sensibilisation à l'environnement.

L'association régionale Clémence Isaure est présente sur le territoire toulousain depuis 1987. Elle gère un CHRS, CSAPA, un CAARUD, un réseau d'appartements thérapeutiques relais ainsi qu'un dispositif d'équipe mobile (DEM Cité). Cette équipe mobile assure des liaisons régulières avec les différents dispositifs d'hébergement et de réinsertion sociale du territoire afin de permettre que, durant leur séjour dans l'établissement partenaire, les personnes puissent poursuivre ensemble leur démarche de soins et de réinsertion sociale.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Le CSAPA avait été interpellé par une personne travaillant à la Glanerie pour un suivi. Celle-ci orientait les salariés vers les dispositifs spécialisés lorsqu'elle jugeait qu'une prise en charge en addictologie était nécessaire. Le CSAPA a alors sollicité la Glanerie, en accord avec la personne, pour interroger l'opportunité de « travailler ensemble ».
La SIAE se sentait particulièrement en difficulté pour aborder les questions de santé, qui pouvaient être perçues comme une indiscrétion par les salariés. Les deux associations, qui se retrouvaient dans leur adhésion commune aux valeurs de l'accompagnement global, ont alors décidé de formaliser un partenariat.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

L'action commune prend la forme suivante : un référent du CSAPA se déplace à la Glanerie, rencontre les personnes qui le souhaitent et leur propose par la suite un suivi en extérieur.

Les premières situations ont permis par la suite d'élaborer un cadre de collaboration, de créer les conditions d'une mutualisation des savoirs, d'une reconnaissance des besoins réciproques entre le CSAPA et la Glanerie :

- Pour la SIAE, travailler avec Clémence Isaure lui permet de s'appuyer sur une personne ressource en matière d'addictions constituant un recours direct pour les salariés. Ce « référent » s'adresse aux personnes conscientes de leurs difficultés liées à leurs problématiques addictives et à leurs conséquences dans l'exercice de leur travail, qui sont désireuses d'effectuer une démarche de soins.
- Pour le CSAPA, ce partenariat permet de bénéficier de lieux de confrontation à la réalité du travail pour les personnes qu'il accueille.

Des bilans mensuels sont réalisés entre salariés/conseillers en insertion professionnelle, les intervenants du CSAPA et avec la personne. Ces bilans permettent d'échanger sur les objectifs, les progrès ou les difficultés afin d'adapter les modalités du parcours.

Cette réflexion se fait toujours avec l'accord et/ou la demande de la personne qui elle-même décide de ce qu'elle veut ou peut partager avec les deux référents en vue des évolutions de sa situation personnelle et comme salariée de la SIAE.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES ?

Cette expérience a permis à la SIAE de pouvoir aborder plus facilement la question des consommations avec ses salariés et de mieux prendre en compte les situations qui nécessitent un suivi sur la question des addictions. Pour les salariés, ce partenariat facilite également le dialogue, lorsque le référent du CSAPA est présent dans les locaux de la SIAE. Pour le CSAPA, ce partenariat a permis de mieux appréhender le cadre d'une SIAE et d'adapter son accompagnement aux réalités que représente l'effectivité de la reprise d'un travail

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

La principale difficulté posée à la SIAE a été d'accepter l'intervention d'une personne extérieure venant du CSAPA. Cela a vite été résolu avec la mise en évidence des bénéfices de son intervention : permettre aux salariés de parler de leurs difficultés avec une personne jugée « ressource », faire la passerelle vers le soin.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Les associations souhaitent continuer leur partenariat, le formaliser avec une convention et créer des échanges réguliers de façon alternée sur le lieu de travail et au CSAPA.

CONTACT

CSAPA - Association régionale Clémence Isaure
42 rue des Champs-Élysées · 31500 Toulouse
05 61 61 65 50

Association La Glanerie
37 impasse de la Glacière · 31200 Toulouse
05 61 26 83 40

Une action de formation auprès d'encadrants techniques de régies de quartier

région **Midi-Pyrénées**

PRÉSENTATION DES STRUCTURES

Le CSAPA du SAS-Arpade[17] intervient sur le territoire du Grand Mirail, dans le cadre de trois missions complémentaires découlant des missions définies par la politique de la ville : favoriser le soin et l'accès aux soins des personnes en situation d'addiction, mettre en œuvre des actions collectives de prévention en addictologie pour l'ensemble de la population, former et sensibiliser les acteurs sociaux du territoire à la question des addictions.

La régie de quartier Desbals Services est une entreprise d'insertion de 47 salariés située à Toulouse, qui intervient dans différents quartiers de la ville. Les prestations proposées concernent l'entretien des voiries, l'enlèvement des encombrants, le nettoyage d'immeubles, de bureaux et d'appartements ainsi que l'entretien des espaces verts.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Confrontées régulièrement à des situations d'alcoolisation massive et de consommations parfois inadaptées de médicaments psychotropes parmi leurs salariés, les régies de quartiers des territoires du Grand Mirail ont sollicité la collaboration du Service Proximité Quartiers du SAS-Arpade pour construire des actions partenariales. Cette équipe est composée de deux éducatrices et d'un psychologue.

Après avoir essayé de mettre en place des consultations avancées, l'équipe du Service Proximité Quartiers a rapidement estimé nécessaire de s'intéresser en amont à la question de l'orientation vers le soin. Ce souhait s'est concrétisé par un travail avec l'ensemble des encadrants techniques et des conseillers d'insertion professionnelle sur les représentations liées aux addictions. Cette action est renouvelée chaque année.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

En 2010, un premier travail a été engagé avec l'ensemble des encadrants techniques des 4 régies de Toulouse des quartiers prioritaires (Reynerie, Empalot, Bellefontaine, Bagatelle). Il s'agissait de mettre en œuvre un groupe d'analyse de pratiques dédié à la thématique des addictions pour aborder des questions diverses telles que : peut-on exiger d'un salarié qu'il quitte son poste en raison d'un état de santé inadapté ? Peut-on intégrer un accompagnement vers le soin dans un contrat d'insertion ? etc.

L'équipe a alors proposé en octobre 2014 de mettre en place une action permettant de sensibiliser et d'accompagner les encadrants techniques mais aussi de faciliter l'accès au soin des personnes concernées. Cette action prend la forme de séances de sensibilisation faites pour les encadrants techniques volontaires ; elle n'a pas fait l'objet d'une convention.

Le programme a été défini en commun d'octobre 2014 à juin 2015 de la manière suivante :

- 1re séance : Brainstorming sur toxicomanie, dépendance, addiction

- 2e séance : Le processus addictif (février 2015)
  · Pratiques addictives et milieu professionnel, de quoi parle-t-on ?
  · Modèle trivariant d'Olievenstein : la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel

· Fonction sociale d'une consommation au sein d'une entreprise

• 3e séance : Apports médicaux (avril 2015)
· Travail au sein d'un CSAPA
· Appui médical (rôle de la médecine du travail)
· Le déni - La rechute
· La réduction des risques

• 4e séance : Bilan - Mise en perspective pour septembre 2015 (juin 2015)
· Pratique d'une prévention en milieu professionnel
· Retour à partir de la présentation d'un outil qui pourrait permettre une action de prévention au sein de la Régie

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

Ces séances de travail ont permis de sortir du discours « Y a qu'à, faut qu'on », de connaître précisément les conditions de travail de chacun, de mieux identifier la difficulté que peut représenter l'accompagnement d'une personne en situation d'addiction pour les encadrants et d'apporter des pistes pour y répondre.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

L'urgence de certaines situations, à traiter dans l'instant, ne permet pas une analyse à long terme et fait ressortir la nécessité que ce travail soit porté par les directions.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

Il est prévu de développer ces actions de sensibilisation auprès d'autres régies de quartier et de créer un fascicule sur le lien entre le travail et l'addiction.

[17] Arpade est depuis 2007 organisée en deux établissements : un service d'accueil et de soins (SAS) et un Centre de préparation à la vie autonome (CPVA).

CONTACT

SAS Service Proximité Quartiers - Association Arpade
39 bis, rue de Cugnaux · 31300 Toulouse
05 61 42 91 91

Régie de quartier - Desbals services
9 bis rue Vestrepain · 31100 Toulouse
05 62 14 12 55
desbals-services@wanadoo.fr

Une médiatrice santé en SIAE

région **Nord-Pas-de-Calais**

PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

La Ferme des Vanneaux est une SIAE du pôle inclusion sociale gérée par l'association La Sauvegarde du Nord, qui accueille tout au long de l'année 90 salariés en contrat aidé (contrat unique d'insertion) par le biais de chantiers adaptés. La Ferme des Vanneaux comptait, en juin 2015, 64 ETP. L'équipe encadrante est composée d'une chef de service, d'accompagnants socioprofessionnels, d'encadrants techniques et d'une médiatrice santé.

La Ferme des Vanneaux propose des chantiers dans 4 secteurs d'activité : la ferme éducative (animation, élevage, culture, maraîchage), la restauration (repas du midi, prestations extérieures), le bâtiment (chantiers extérieurs de rénovation et d'entretien de bâtiment second œuvre), l'environnement (entretien et création d'espaces verts, entretiens de sites naturels).

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

La Ferme des Vanneaux a été confrontée à une problématique de consommation d'alcool importante parmi ses salariés. Ainsi en 2012, lors de la prise de poste de la médiatrice santé, ces problématiques concernaient 15 des 90 salariés.

L'arrivée de la médiatrice santé à la Ferme des Vanneaux s'est faite dans le cadre d'un appel à projet expérimental de l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais. Celle-ci a financé 15 postes d'« adultes-relais-médiateurs santé » dont un seul a été sélectionné dans le secteur de l'IAE. L'ensemble de ces professionnels ont été formés conjointement lors du lancement de l'action. La formation s'est étalée sur 15 jours et a traité de différentes thématiques (éléments généraux de définition, gestion des conflits, repérage du risque suicidaire, droits administratifs, notions de base en addictologie, etc.). Pour mieux connaître l'offre en matière de soins et de prévention en addictologie, la médiatrice santé a visité différentes structures de soins et plus particulièrement les Centres Thérapeutiques Résidentiels du pôle addictologie de la Sauvegarde du Nord et a participé à différentes formations sur la prévention des comportements à risques.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

La médiatrice santé a deux missions principales :

• **l'accompagnement individuel :** la médiatrice réalise un entretien avec tous les salariés lors de leur entrée à la Ferme, mais également tous les trois mois dans le cadre d'évaluations. Sont également présents, lors de ces entretiens, l'encadrant technique et l'accompagnant socio-professionnel. Selon les besoins :
· Mise à jour administrative sur les droits santé,
· Orientations vers des professionnels de santé, notamment du champ de l'addictologie.
· Entretiens informels à la demande des personnes ou dans le cadre de moments de regroupement.
· Accompagnement physique des personnes lors de rendez-vous médicaux.

• l**a mise en place d'ateliers collectifs sur diverses thématiques :** addictions (alcool, tabac..), prévention cancer, atelier diététique, atelier socio esthétique, informations générales sur la santé, la santé au travail. Ces ateliers sont partiellement financés par une enveloppe perçue dans le cadre d'un appel à projets annuel « prévention » lancé par l'Agence Régionale de Santé.

Un atelier collectif par an sur une thématique « addictions » a été mis en place en partenariat avec l'association « Vie Libre[18] ».

En 2012, 70 salariés ont participé à l'information collective réalisée par « Vie Libre » sur le thème « L'alcool dans le quotidien ». Il s'agissait d'une information collective sur le temps de travail des salariés en insertion. « Vie Libre » a privilégié la forme d'un témoignage suivi d'un échange. L'objectif était d'instaurer un lien de confiance afin de permettre aux personnes qui le souhaitaient d'entrer en contact avec l'association. Début 2014, le second atelier a abordé le thème de l'alcool au travail : la consommation en temps de pause, l'état d'ébriété, les dangers engendrés. Les obligations réglementaires n'ont volontairement pas été abordées. 73 personnes ont participé à cet atelier.

L'atelier collectif permet aux personnes ayant des conduites addictives des prises de contact avec l'association et d'amorcer un accompagnement. Il peut être envisagé un accompagnement tripartite, entre la personne, la médiatrice santé et le partenaire en fonction de ce que souhaite la personne. La médiatrice-santé contribue alors à la définition des objectifs.

Un forum santé est mis en place également chaque année à la Ferme des Vanneaux réunissant structures et associations de santé du territoire et notamment celles du champ de l'addictologie.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

L'action de la médiatrice-santé a permis de sensibiliser l'ensemble de l'équipe du chantier d'insertion aux problématiques de santé et plus particulièrement aux addictions. Aborder ces questions dans un cadre collectif est moins gênant et stigmatisant pour les personnes concernées. Celles-ci peuvent désormais bénéficier d'un accompagnement souple et adapté.

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

L'orientation vers les dispositifs médico-sociaux en addictologie est souvent complexe car les salariés disent en avoir une image très négative (associée aux obligations de soins judiciaires).

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

En raison des enjeux actuels de sécurité auxquels sont confrontées les structures d'insertion par l'activité économique, le poste de la médiatrice-santé est sur le point d'évoluer vers un poste « Animatrice Prévention Santé Sécurité au Travail ». Néanmoins, elle continuera à être identifiée comme une personne-ressource sur les questions de santé et d'addictions par les salariés en insertion. Sur ce point, sa mission englobera notamment des actions collectives de prévention santé et de l'accompagnement individuel sur prescription de l'équipe accompagnante.

En 2015/2016, la médiatrice souhaite proposer un atelier « santé » présentant les CSAPA (missions, fonctionnement) associant le pôle addictologie de la Sauvegarde du Nord, dans une démarche d'aller-vers. Cet atelier devrait permettre de modifier les représentations véhiculées par le groupe vis-à-vis des CSAPA.

[18] « Vie Libre » est une association de pairs aidants qui proposent des actions de sensibilisation multiples (milieu scolaire, milieu professionnel, opinion publique, milieu carcéral…) et un accompagnement individuel du « buveur », centré sur l'abstinence.

CONTACT

La Sauvegarde du Nord - Pôle Inclusion sociale
Dispositif du Douaisis - SIAE La Ferme des Vanneaux
326 rue Jean Jaurès · 59286 Roost-Warendin
03 27 80 00 77
fermedesvanneaux@lasauvegardedunord.fr /
clucas@lasauvegardedunord.fr

Une action de formation d'un CSAPA en SIAE

région **Midi-Pyrénées**

PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

L'AIPD09 (Association Information Prévention aDdictions de l'Ariège) est une association qui gère un CSAPA, un CAARUD et un pôle prévention/formation.

CONTEXTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Depuis de nombreuses années, l'AIPD09 répond aux demandes ponctuelles émanant des SIAE du département (en collectif ou individuel). En Ariège, les directeurs des SIAE se réunissent régulièrement. Certains d'entre eux ont soulevé des problématiques d'addictions parmi leurs salariés bénéficiaires. Une des directrices a contacté l'AIPD afin de lui exposer leurs constats sur la problématique des addictions et lui faire part de leur manque de connaissances sur les structures ariégeoises d'addictologie ainsi que de leurs besoins en information et sensibilisation. L'ANPAA 09 a également été sollicitée.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION COMMUNE

L'AIPD a proposé un projet comportant deux phases :

1. Un projet de formation au niveau départemental sur les addictions avec et sans produit à destination des salariés permanents (encadrants et CIP) des SIAE.

2. Un projet décliné par structure : il s'agissait de rencontrer les encadrants et les CIP afin d'établir un diagnostic personnalisé à partir duquel des propositions d'actions seraient faites, par exemple :
· échanges techniques autour de situations avec les CIP afin de favoriser les orientations, la prise de contacts,
· intervenir auprès des salariés bénéficiaires en collectif et/ou en individuel.

Le projet a été présenté aux directeurs des SIAE dans le cadre d'une de leurs réunions (septembre 2014) et a été validé. Les modalités pratiques suivantes ont été définies :
· Un cycle de trois demi-journées (de 3 heures 30 chacune) s'est mis en place de décembre 2014 à février 2015 regroupant 15 stagiaires s'engageant à participer aux 3 séances et représentant la moitié des structures.
· Envoi d'un courrier d'information, du programme, du bulletin d'inscription et recueil de leurs attentes par l'AIPD09.
· Co-animation des trois demi-journées avec l'animatrice de prévention de l'ANPAA09.
· Actions dans les locaux du CSAPA ; lors de la dernière séance, partage d'un repas en commun et action dans une salle municipale.
· Remise d'un questionnaire d'évaluation à l'issue de chaque session.
· Échanges interactifs entre animateurs et participants, va et vient entre théorie et pratique.
· Remise de documentation reprenant la définition des concepts, la législation, les adresses locales et des plaquettes présentant les CSAPA.

Pour l'AIPD09, c'est une éducatrice spécialisée qui est intervenue sur ces actions.

QU'EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES DE PART ET D'AUTRE ?

L'équipe du CSAPA connaît mieux les SIAE et sont un peu mieux repérées. Ce constat est réciproque.

Une SIAE a contacté l'AIPD09 pour intervenir dans

le cadre d'une action d'information sensibilisation ayant pour thème « Addiction et travail ».

DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

Il n'y a pas eu de difficultés particulières. Le fait que les SIAE aient contacté l'AIPD et aient des attentes précises a été très facilitateur.

QUELLES SONT LES SUITES ENVISAGÉES ?

• Se rencontrer au bout de six mois pour faire le point. Les CIP se sentent davantage à l'aise pour aborder ces thématiques mais souhaiteraient reparler de leurs expériences (réalisées ou non).

• Organiser une autre formation de trois sessions pour les structures qui n'ont pas pu participer à la première session.

• Mettre en œuvre la deuxième phase du projet : intervenir auprès de chaque structure. Faire avec eux un diagnostic personnalisé et définir des actions, les priorités, etc.

CONTACT

AIPD09
18 Bis Allée de Villote · 2e étage · 09000 Foix
05 61 05 01 93
aipd09@wanadoo.fr ou aipd09direction@orange.fr

Association Information Prévention aDdictions de l'Ariège

5. DEUX PROGRAMMES POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE

Depuis quelques années, des programmes de recherche-action originaires de l'étranger sont expérimentés en France pour développer de nouvelles formes d'accompagnement pour les publics cumulant les problématiques. Ces derniers se trouvent en effet d'autant plus marginalisés que l'offre de services se révèle saturée ou inadaptée, tant dans le secteur de l'accueil hébergement insertion, de la psychiatrie publique, des dispositifs d'insertion par l'activité économique que dans les dispositifs de soins résidentiels en addictologie.

Ces programmes portent en eux la définition d'un nouveau paradigme d'intervention qui propose d'organiser une réponse partenariale pour les personnes accueillies, en les plaçant au cœur de leur accompagnement. Ce paradigme entend se substituer au traditionnel « step by step » ou « insertion en escalier » prévalant dans les dispositifs classiques d'aide, en inversant les logiques d'accompagnement. La mise en œuvre d'un tel objectif s'effectue par **la réunion de compétences complémentaires d'équipes issues de cultures professionnelles différentes, mais aussi par l'articulation entre action de terrain et recherche évaluative.** Cette évaluation doit permettre, au terme d'une durée spécifiée, de mesurer l'utilité du programme, sa transférabilité au contexte français et les évolutions possibles des dispositifs.

Les programmes « Un chez-soi d'abord » et TAPAJ présentés ci-dessous sont une illustration de ces programmes expérimentaux promouvant une approche intégrée. Ils s'appuient chacun sur un levier spécifique afin de proposer des solutions adaptées à des publics marginalisés : l'accès à un logement comme prérequis à l'insertion ou le travail comme outil de réduction des risques.

La FNARS et la Fédération Addiction se sont engagées dans les expérimentations d'« Un chez-soi d'abord » tant par leur participation à un niveau institutionnel que par l'implication directe de leurs adhérents. La FNARS est partenaire de la transférabilité du programme TAPAJ que pilote la Fédération Addiction.

Le programme « Un chez-soi d'abord »

Expérimenté aux États-Unis depuis les années 1990 et au Canada depuis 2009, le programme « Un chez-soi d'abord » (Housing First) propose une nouvelle conception de l'accompagnement pour les personnes sans-abri cumulant problématiques psychiques sévères et « besoins élevés » (addictions, hospitalisation, incarcération), **en leur offrant comme prérequis l'accès à un logement ordinaire et durable, sans condition de traitement ou d'abstinence.**

Articulé avec un volet recherche, l'objectif de ce programme est de favoriser une démarche de rétablissement dans le logement avec un accompagnement pluridisciplinaire intensif. Le rétablissement est un concept « qui part de l'expérience des personnes et qui place l'entraide mutuelle, que

seuls les individus ayant traversé l'expérience de la maladie, peuvent apporter, comme un axe fondamental [19] ». L'accompagnement vise à mettre en mouvement les personnes, à partir de leurs choix, et à respecter leur rythme dans leurs prises de décisions, mais surtout à mobiliser l'« espoir », valeur socle de ce concept.

« Un chez-soi d'abord » place le logement comme un préalable à l'insertion et le considère comme l'épicentre des interventions sociales, médicales et d'insertion. **L'accompagnement et le suivi des personnes accueillies sont assurés par une équipe de professionnels issus de la psychiatrie, du social, de l'addictologie et des médiateurs-pairs.** Cet accompagnement implique « un haut seuil d'exigence en matière de cohérence et de collaboration » car « chaque membre de l'équipe est amené à exercer son métier à partir d'un tronc commun d'accompagnement au quotidien, pour lequel l'ensemble des intervenants peut être sollicité [20] ». L'un des éléments clés de ce programme réside dans la participation des personnes elles-mêmes. Celles-ci prennent part à des activités communautaires, à l'organisation des soins et à la définition du programme (implication dans les comités de pilotage et de recherche). **« Un chez-soi d'abord » se base ainsi sur la philosophie du rétablissement en faisant participer la personne à toutes les étapes de son accompagnement.**

En France, l'expérimentation a été lancée fin 2010 à l'initiative des ministres en charge du logement et de la santé, dans le cadre de la stratégie nationale 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées. Son pilotage a été confié à la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) en lien avec la DGS et la DGCS. L'État en assure le financement.

Quatre sites métropolitains ont démarré l'expérimentation en janvier 2012 pour une durée de trois ans : Paris, Marseille, Lille et Toulouse. L'objectif est que 100 personnes soient accompagnées et orientées, si elles le souhaitent, vers un logement ordinaire. 100 autres personnes ont été suivies par l'équipe de recherche et bénéficient des services d'hébergement classiques. Ils servent de groupe témoin pour évaluer l'efficacité financière et sociale de l'expérimentation par rapport aux modes de prise en charge traditionnels.

Les premiers enseignements du programme ont été présentés à l'occasion d'un colloque européen en octobre 2014 à Paris. Les résultats sont très encourageants : après deux ans de suivi par le programme, 86% des personnes logées (au nombre de 386) sont encore dans leur logement [21]. De plus, les recherches menées en santé publique mettent en évidence une « amélioration significative de la qualité de vie, du rétablissement, mais aussi un impact sur les parcours de soin des personnes ayant intégré le programme ». Ces résultats viennent en complément des conclusions encourageantes du projet « Housing First Europe » mené entre 2011 et 2013 dans cinq villes européennes (Amsterdam, Budapest, Copenhague, Glasgow et Lisbonne), qui avaient mis en évidence des taux élevés de maintien dans le logement. L'expérimentation du programme en France sera poursuivie jusqu'en décembre 2016.

LES 4 SITES D'EXPÉRIMENTATION

• Lille : le programme est porté par l'ABEJ Solidarité avec l'Établissement public de santé mentale de Lille-Métropole.

• Paris : Un chez-soi d'abord fait l'objet d'un Groupement Momentané d'Entreprises (GME) coor-

[19] Estecahandy Pascale, Revue Paola, Senat Marie-Laure, Billard Julien, « Le rétablissement. L'exemple du programme français Un chez-soi d'abord », Empan n°98, février 2015 p. 76-81.

[20] Lacoste Martine, Pequart Catherine, « Un chez-soi d'abord : l'articulation des acteurs et des pratiques à tous les niveaux », in « Parcours de soin : l'usager au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs », Actal n°12, cahiers thématiques de la Fédération Addiction, mai 2013.

[21] DIHAL, « Programme expérimental « Un chez-soi d'abord », le bilan à mi-parcours », décembre 2014.

donné par l'association Aurore et l'hôpital Maison Blanche. Il regroupe l'Association des Cités du Secours Catholique, l'Association Charonne, l'œuvre Falret et le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris.

• Toulouse : le programme est porté par l'Association Régionale Clémence Isaure, le centre hospitalier Gérard Marchant et le PACT 31.

• Marseille : le programme est porté par le pôle santé de l'association Habitat Alternatif Social dans le cadre d'une convention avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et le PACT 13.

Vous pouvez contacter les équipes de ces sites pour obtenir des informations, et éventuellement les rencontrer pour mieux appréhender l'organisation et les implications sur l'accompagnement.

Le programme TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée)

Expérimenté au Québec par l'association « Spectre de rue » depuis quinze ans, TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) est un **programme de revalorisation par le travail pour les jeunes en errance, consommateurs de substances psychoactives.** Il leur permet d'être rémunérés en fin de journée pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualification ou d'expérience professionnelle particulière et ne les engage pas sur la durée. TAPAJ apporte en cela une réponse adaptée aux jeunes en errance que leurs problématiques sociales, éducatives et sanitaires tiennent éloignés des dispositifs de droit commun.

TAPAJ a été adapté en 2013 au contexte français par **le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue (CEID) de Bordeaux,** adhérent de la FNARS et de la Fédération Addiction. Le programme a été retenu au titre des priorités du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 et a été inscrit par la MILDECA parmi les actions innovantes dont elle accompagne le développement.

TAPAJ POUR QUI ?

TAPAJ s'adresse à des jeunes de 18 à 25 ans, très marginalisés, sans domicile fixe (vivant en squats, dans la rue ou en hébergement précaire), consommateurs de substances psychoactives, qui vivent en dehors de tout système d'aide et qui revendiquent ce mode de vie.

TAPAJ repose sur un partenariat entre un dispositif spécialisé en addictologie (CSAPA ou CAARUD) qui coordonne le programme, **une association intermédiaire,** qui est l'employeur juridique du jeune, **et des partenaires pourvoyeurs de contrats** (collectivités territoriales et entreprises).

TAPAJ COMMENT ?

En amont du programme, un travail de contact et de repérage des jeunes est effectué par les éducateurs lors de sessions de travail de rue. Elles visent à entrer en lien avec des jeunes en errance dans différents espaces publics et à faire connaître les CAARUD et leur offre.

En intégrant le programme, les jeunes se voient proposer de travailler dans un premier temps un maximum de 4 heures par semaine, sans aucune condition de changement du mode de vie ni d'arrêt des consommations, pour 10 euros de l'heure payés le jour même en chèque emploi service. Les chantiers proposés peuvent être l'entretien d'espaces vert, la manutention en grandes surfaces ou encore la décoration de façades publiques. Si cette première phase est concluante, le jeune peut se voir proposer un contrat de travail allant jusqu'à trois jours ainsi qu'une mise à plat de sa situation administrative, médicale et sociale. La troisième phase consiste en un véritable accompagnement, avec une augmentation du volume horaire travaillé, une expérimentation de chantier autonome et un accompagnement du projet d'insertion professionnelle.

LE TRAVAIL COMME OUTIL DE RÉDUCTION DES RISQUES SANITAIRES ET SOCIAUX

TAPAJ constitue une porte d'entrée vers le soin par son appui sur les valeurs de la réduction des risques, qui en constituent la colonne vertébrale.

Grâce à un travail éducatif spécifique dit « de côte à côte », des espaces de parole entre le jeune et le professionnel se développent. Le programme TAPAJ comprend trois phases dont l'un des objectifs transversaux est la revalorisation de soi. **L'accès au monde du travail et à ses codes (contrat de travail, rémunération, horaires, etc.) ainsi que les entretiens en côte à côte apportent une véritable valeur ajoutée en favorisant l'estime de soi et peu à peu l'émergence d'un projet** (projet professionnel, de soin, de vie…). Au fur et à mesure des phases, l'accompagnement s'individualise et se structure, le jeune se voit confier des contrats plus longs, de droit commun parfois, attestant de son autonomie grandissante. Ainsi, les actions de réduction des risques sanitaires et sociaux se retrouvent à tous les niveaux du programme. Elles nécessitent des **techniques éducatives spécifiques : l'aller vers, l'accueil de la personne là où elle en est de son parcours, sans préalable ni jugement, le « faire avec », l'entretien « côte à côte ».**

L'insertion professionnelle représente ainsi à la fois un moyen et une perspective, mais non une finalité. Par conséquent, l'évaluation du programme ne saurait se résumer aux sorties positives en emploi. Les premiers résultats de TAPAJ Bordeaux sont encourageants : amélioration de la perception des jeunes dans l'espace public, amélioration de l'estime de soi, reprise d'une démarche de soins ; certains « tapajeurs » ont repris des études ou une formation professionnelle, d'autres se sont stabilisés dans un emploi durable, et ils forment désormais une communauté alimentant un blog.

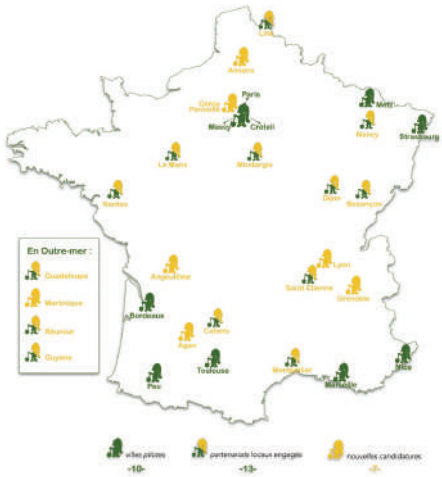
UN PROJET NATIONAL POUR ACCOMPAGNER LA TRANSFÉRABILITÉ DE TAPAJ

La Fédération Addiction pilote depuis le début de l'année 2014, avec le soutien de la MILDECA et l'expertise du CEID, un projet d'accompagnement de la transférabilité du programme TAPAJ. Dix villes constituent le « groupe opérationnel TAPAJ France » : Pau, Créteil, Metz, Marseille, Paris, Strasbourg, Massy, Toulouse, Nice et Palaiseau. Ce groupe a notamment été chargé d'élaborer **une charte TAPAJ** afin de préciser les éléments requis à la mise en œuvre d'un programme TAPAJ. Ces dix villes ont déjà lancé ou lanceront bientôt leur programme TAPAJ.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Le site du réseau TAPAJ France www.tapaj.org
- L'adresse email unique : tapaj@tapaj.org

DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU TAPAJ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET OUTRE-MER



CHARTE TAPAJ FRANCE
Travail Alternatif Payé À la Journée

CONCLUSION

« Publics communs/enjeux communs : réflexion commune », ainsi s'intitulait l'atelier animé conjointement par nos deux fédérations lors des Journées Nationales de la Fédération Addiction en 2013. Un titre à l'image de la démarche qui s'initiait alors dans les cinq régions pilotes au sein desquelles des structures adhérentes aux deux réseaux se sont rapprochées pour travailler ensemble pendant plusieurs mois.

Bien sûr, les premiers échanges ont été prudents et mesurés, symptômes de cette complexité du partenariat qu'évoquaient en introduction nos deux Présidents. Cependant, cette réserve s'est dissipée et, très rapidement, le naturel reprenant le dessus, ce sont les publics accompagnés qui ont nourri cette réflexion commune. Exorcisant la peur de l'amalgame, les groupes projet régionaux ont identifié en quoi les accompagnements spécifiques proposés par chacun de nos deux secteurs participent de cet accompagnement, sous réserve que les parcours de soin et d'inclusion sociale s'inscrivent dans le parcours de vie des personnes accompagnées.

Cette démarche partenariale s'est inscrite dans un contexte de réformes des politiques publiques qui ont impacté aussi bien le champ de l'addictologie que celui de la lutte contre les exclusions. Ces réformes sont venues interroger les dynamiques territoriales et partenariales, en introduisant de nouveaux interlocuteurs ou en ajoutant des missions aux dispositifs déjà en place. Mais le partenariat entre la FNARS et la Fédération Addiction se comprend également au regard d'une autre évolution : l'affirmation de la place des personnes accompagnées, de leurs droits et devoirs, de leur capacité à formuler leurs besoins, leurs attentes pour construire les objectifs de leur parcours. Ce positionnement engage les professionnels à renforcer leur collaboration pour répondre aux besoins et demandes des bénéficiaires de leurs actions.

Les expériences relatées dans ce guide mettent en valeur des actions plurielles, diversifiées et interstitielles. Elles ont permis à celles et ceux qui les ont conduites d'en tirer des pistes pour mieux travailler ensemble, non pas pour en faire de « bonnes pratiques », mais pour nourrir cet espace collaboratif ouvert entre nos deux fédérations. Sur le terrain, certaines expérimentations se poursuivent et des rapprochements donnent lieu à la consolidation de pratiques ou à la création d'articulations et d'actions communes. Nous partageons toutefois la conviction que favoriser le «travailler ensemble» ne repose pas seulement sur l'évolution et le décloisonnement des pratiques professionnelles mais doit aussi s'accompagner d'un changement dans la gouvernance et la conception des politiques publiques.

Au-delà du guide, ce partenariat entre nos deux « têtes de réseau » a conduit à élaborer ensemble des propositions dans le cadre du projet de loi de santé, à collaborer au sein de plateformes associatives et à participer à la rédaction de plaidoyers visant à améliorer le parcours de vie de ces publics aux problématiques complexes. D'autres initiatives sont en projet, parmi lesquelles des formations communes à destination des professionnels des deux secteurs.

Nous espérons que l'ouvrage dont vous achevez la lecture donnera lieu à d'autres prolongements entre professionnels, et pourquoi pas, à des échanges de pratiques lors de prochaines journées régionales.

Catherine DELORME,
administratrice de la Fédération Addiction et référente du projet.

Gaëlle TELLIER,
administratrice de la FNARS et Présidente du Groupe d'Appui National (GAN) Santé.

UNE MÉTHODOLOGIE COMMUNE

La méthodologie adoptée pour réaliser ce guide trouve son origine dans le souhait partagé par les deux fédérations de capitaliser les pratiques professionnelles de leurs associations adhérentes et de se situer au plus près du terrain. C'est donc dans cet objectif que ce projet s'est appuyé sur une **démarche participative**, réalisée par et pour les professionnels de terrain.

Cinq régions pilotes ont été choisies afin de constituer le socle du projet : les régions Midi-Pyrénées, Bourgogne, Île-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 :

• En Bourgogne
· Amélie Apperé de Sousa, *Déléguée Régionale de la FNARS Bourgogne*
· Mathilde Dupré, *chargée de mission pour la FNARS Bourgogne*
· Catherine Delorme, *Déléguée Régionale et administratrice de la Fédération Addiction*
• En Nord-Pas-de-Calais
· Marie Glorieux, *chargée de mission pour la FNARS Nord-Pas-de-Calais*
· Marie Villez, *Déléguée Régionale et administratrice de la Fédération Addiction*
• En Midi-Pyrénées
· Daniel Chaumès, *Secrétaire Général de la FNARS Midi-Pyrénées*
· Bernard Delpy, *ancien chef de service de l'association régionale Clémence Isaure, adhérent de la Fédération Addiction*
• En Île-de-France
· Gaëlle Tellier, *vice-Présidente de la FNARS Île-de-France*
· Pauline Molton, *chargée de mission pour la FNARS Île-de-France*
· Denis Jouteau, *Délégué Régional et administrateur de la Fédération Addiction*
· Ombeline Souhait, *chargée de projet Île-de-France de la Fédération Addiction*
• En Pays de la Loire
· Soazic Lemercier, *chargée de mission pour la FNARS Pays de la Loire*
· Daniel Bernier, *Délégué Régional et administrateur de la Fédération Addiction*
• Coordination nationale :
· Lise Fender, Marion Lignac, Marion Quach-Hong, *chargées de mission FNARS*
· Dominique Meunier, Laurène Collard, Cécile Bettendorff, Marine Gaubert, *chargées de projet Fédération Addiction*
· Catherine Delorme, *référente pour le Conseil d'administration de la Fédération Addiction*
· Maryse Lépée, *référente pour le Conseil d'administration de la FNARS*

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.

RÉGIONS PILOTES ET THÉMATIQUES ABORDÉES :

BOURGOGNE

- L'« aller vers »
- La réduction des risques en hébergement.
- Une journée régionale « Santé/précarité : faites tourner…l'expérience », 6 novembre 2014

NORD-PAS-DE-CALAIS

- L'« aller vers »
- Le projet individualisé,
- Les réunions de synthèse,
- Les temps d'échange formels et informels,
- La réduction des risques en hébergement.

MIDI-PYRÉNÉES

- Le secret professionnel et l'information partagée
- Addictions et insertion par l'activité économique
- Deux journées régionales :

· Le secret partagé, le 19 septembre 2013
· « Addictions et usages dans le champ de l'insertion par l'activité économique : quels partenariats ? », le 31 mars 2015.

ÎLE-DE-FRANCE

- L'« aller vers »
- Le SIAO
- La réduction des risques en hébergement

PAYS DE LA LOIRE

- L'« aller vers »
- Une journée régionale :

« Précarité et addiction : quand les interventions se croisent et/ou se complètent », 21 mai 2015.

RESSOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS ET ORIENTATIONS NATIONALES

- Conseil supérieur du travail social, *Le partage d'informations dans l'action sociale et le travail social,* Presses de l'EHESP, 2013, 304p.

- DIHAL, « Programme expérimental « Un chez-soi d'abord », le bilan à mi-parcours », décembre 2014.

- DREES, « Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domiciles », *Études & Résultats* n°932, septembre 2015.

- IGAS, « Évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives », rapport n°2013-119R, février 2014.

- INRS, « Conduites addictives et travail », dossier médicotechnique, 3e trimestre 2008.

- INRS, « Pratiques addictives en milieu de travail, principes de prévention », mars 2013.

- Laporte A., Chauvin P., « Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Premiers résultats », Observatoire du Samusocial de Paris, INSERM, Paris, 2010.

- OFDT, « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 », *Tendances,* janvier 2015.

- Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), MILDT, Paris, 1999.

- Plan de prise en charge et de prévention des addictions, 2007-2011, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007.

- Reynaud Michel, Parquet Philippe-Jean et Lagrue Gilbert, « les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendances aux substances psychoactives : rapport remis au Secrétaire d'État à la Santé », DGS, décembre 1999.

PUBLICATIONS DE LA FNARS

- FNARS, « Sortir de la rue, rapport du jury de la Conférence de consensus », décembre 2007.

- FNARS, « Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques », 2010.

- FNARS, ANIL, Guide pratique « Élaborer le règlement de fonctionnement - Établissements et services sociaux et médico-sociaux - Loi du 2 janvier 2002 », 2013.

- FNARS Rhône-Alpes, « Consommations et addictions, un chemin pour la réflexion », 2013.

- FNARS, Croix-Rouge française, « SIAO : repères et pratiques », Plan d'accompagnement de la refondation piloté par la DGCS, la DIHAL, la DGALN et la DHUP, avril 2013.

- Fiche technique FNARS « Des partenariats pour accompagner les salariés en insertion en situation d'addiction », 2015.

- FNARS, « Guide de l'accueil et de l'accompagnement des personnes libérées définitives et/ou sous main de justice », 2015.

- FNARS, « Guide accompagnement santé », 2015

PUBLICATIONS DE LA FÉDÉRATION ADDICTION

- ANIT-F3A, « Devenir CSAPA avant fin 2009 », supplément technique, 2009.

- Brochure « Pratiques addictives et milieu professionnel », Fédération Addiction, 2010.

- Guide « Santé-Justice, les soins obligés en addictologie », coll. Pratique(s, Fédération Addiction, 2010.

- Guide « Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels »,

coll. Pratique(s, Fédération Addiction, 2013.

• « Parcours de soin : l'usager au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs », *Actal* n°12, cahiers thématiques de la Fédération Addiction, mai 2013.

• « Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ? », *Actal* n°13, cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013.

• Supplément technique « la réforme pénale : quels impacts sur les pratiques des professionnels en addictologie ? », Fédération Addiction, septembre 2015.

ARTICLES ET REVUES

• Estecahandy Pascale, Revue Paola, Senat Marie-Laure, Billard Julien, « Le rétablissement. L'exemple du programme français : Un chez-soi d'abord », *Empan* n°98, février 2015. Disponible sur www.cairn.info

• Pelletier G., « Le partenariat : du discours à l'action », *Revues des Échanges,* Volume 14, No 3, septembre 1997.

• « Travail(s), santé et usages de substances psychoactives », *Psychotropes* n°21, De Boeck Supérieur, septembre 2015, 128 pages.

OUVRAGES

• Association Aurore, *Actes des conférences de l'Olivier* - cycle 2010-2011, juin 2011.

• Dhume Fabrice, *Du travail social au travail ensemble,* ASH professionnels, Éditions Lamarre, 2e édition, 2010, p108

• MILDECA, INPES, *Drogues et conduites addictives,* INPES éditions, décembre 2014.

• Morel Alain et Couteron Jean-Pierre, *Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner,* Dunod, Paris, 2008.

• Morel Alain, Couteron Jean-Pierre et Fouilland Patrick, *L'aide-mémoire d'addictologie,* 1re édition, Dunod, Paris, 2010.

• Morel Alain, Chappard Pierre et Couteron Jean-Pierre, *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie,* Dunod, Paris, 2012.

RESSOURCES INTERNET :

• Site « Addictions, le portail des acteurs de santé » : www.intervenir-addictions.fr

• Site de la Fédération Addiction : www.federationaddiction.fr

• Site de la FNARS : www.fnars.org

• Mini-site « Interagir autour des addictions » (accessible via le site de la Fédération Addiction)

• Site de TAPAJ : www.tapaj.org

INDEX DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

- **ACI :** Ateliers et Chantiers d'Insertion
- **ACT :** Appartement de Coordination Thérapeutique
- **AHI :** Accueil Hébergement Insertion
- **AI :** Association Intermédiaire
- **ARS :** Agence Régionale de Santé
- **ASE :** Aide Sociale à l'Enfance
- **AT :** Appartement Thérapeutique
- **CAARUD :** Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
- **CASF :** Code de l'Action Sociale et des Familles
- **CAUT :** Centre d'Accueil, d'Urgence et de Transition
- **CCAS :** Centre Communal d'Action Sociale
- **CCAA :** Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
- **CHRS :** Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- **CHRSA :** Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à orientation Addictologique
- **CJC :** Consultation Jeunes Consommateurs
- **CMAO :** Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation
- **CSAPA :** Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- **CSP :** Code de la Santé Publique
- **CSST :** Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
- **CT :** Communauté Thérapeutique
- **CTR :** Centre Thérapeutique Résidentiel
- **CTU :** Commission Technique de l'Urgence
- **CVS :** Conseil de la Vie Sociale
- **DGCS :** Direction Générale de la Cohésion Sociale
- **DGS :** Direction Générale de la Santé
- **DIHAL :** Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
- **EI :** Entreprise d'Insertion
- **EMA :** Équipe Mobile en Addictologie
- **ETTI :** Entreprise de Travail Temporaire d'Insertion
- **IAE :** Insertion par l'Activité Économique
- **IGAS :** Inspection Générale des Affaires Sociales
- **LHSS :** Lit Halte Soins Santé
- **MILDECA :** Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
- **MILDT :** Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
- **RDR :** Réduction Des Risques
- **TAPAJ :** Travail Alternatif Payé à la Journée
- **TSO :** Traitement de Substitution aux Opiacés
- **SIAE :** Structure d'Insertion par l'Activité Économique
- **SIAO :** Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

FNARS
76 rue du Faubourg Saint Denis · 75010 Paris
Contact : 01 48 01 82 00
www.fnars.org

Fédération Addiction
9 rue des Bluets · 75011 Paris
Contact : 01 43 43 72 38
www.federationaddiction.fr

Rédaction : Marine Gaubert, Marion Lignac, Marion Quach-Hong.

Conception et réalisation : Marie Poirier/ contact@mariepoirier.fr
Impression : La Petite Presse, le Havre
Seine-Maritime, Haute-Normandie
Achevé d'imprimer : novembre 2015

Précarité et addictions sont étroitement liées, sans pour autant se confondre. Les professionnels des champs de la lutte contre les exclusions et de l'addictologie accueillent et accompagnent des publics rencontrant pour partie des problématiques communes : sans-abrisme, conduites addictives, précarité économique, exclusion sociale, etc. Ils font état d'un certain dénuement et témoignent de difficultés pour répondre de manière adaptée et coordonnée aux besoins des personnes et les orienter dans leur parcours.

Pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies, hébergées, soignées par les associations et organismes de leurs réseaux, la Fédération Addiction et la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) ont travaillé ensemble.

Le présent guide est issu de cette démarche partenariale. Élaboré sur la base de travaux réalisés dans cinq régions pilotes, il promeut une meilleure articulation entre professionnels des deux secteurs et le développement d'une culture de travail commune. Il donne des « points de repère » sur les champs de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions, et capitalise des pratiques de terrain en présentant des « illustrations » d'expériences de partenariats. Il propose également des pistes de recommandations pour favoriser et soutenir le décloisonnement des pratiques professionnelles.

Ces valeurs et principes d'action partagés mettent en exergue les lignes de force du « travailler ensemble » et sont complétés par des leviers dont les professionnels peuvent s'emparer.