

L'ACCUEIL INCONDITIONNEL AU DÉFI DES CONSOMMATIONS

Synthèse & Perspectives

- ◆ **Lundi 9 octobre 2017**
- ◆ Maison Internationale - Cité Internationale Universitaire de Paris





La journée sur l'« accueil inconditionnel au défi des consommations » s'est tenue le lundi 9 octobre 2017 à la Maison internationale de la Cité internationale universitaire de Paris.

Organisée par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité, avec le soutien de la MILDECA, en lien avec la Direction Générale de la Santé, elle a réuni environ 300 participants : personnes accompagnées, professionnels de l'addictologie, de la lutte contre les exclusions, de l'action sociale, bénévoles, institutionnels et étudiants.

Ce document résume les interventions de la journée, sans reprendre tous les échanges avec les participants par souci synthétique.

Bonne lecture !



SOMMAIRE

	Edito	7
	Discours d'ouverture	8
	Nicolas Prisse, Président de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives	
	Introduction	10
	Louis Gallois, Président de la Fédération des Acteurs de la Solidarité	
	Jean-Pierre Couteron, Président de la Fédération Addiction	
	Conférence plénière	14
	L'accueil inconditionnel : entre droit, éthique et pragmatisme	
	Table-ronde	18
	L'accueil inconditionnel : du principe à la réalité	
	Ateliers	24
	1 Et les personnes concernées ?	
	2 Accès à l'emploi et au logement : soigner ou insérer?	
	3 Héberger ou consommer ?	
	4 La rue, le domicile : une inconditionnalité facilitée ?	
	Restitution et clôture	40



Lorsque nous avons réfléchi à la journée nationale qui réunirait les adhérents de nos deux fédérations, la thématique de l'accueil inconditionnel au défi des consommations s'est posée comme une évidence. Accueillir et accompagner toutes les personnes en situation de vulnérabilité, sans condition, dans la diversité de leurs besoins et de leurs situations, est en effet au cœur de nos valeurs et de l'intervention des professionnels que nous fédérons.

L'accueil inconditionnel est aujourd'hui mis à mal par l'augmentation de la grande pauvreté et l'avènement d'une société favorisant les addictions. Parce qu'il est nécessaire d'accompagner globalement la personne dans toutes ses dimensions (emploi, logement, santé etc.), les professionnels doivent prendre conscience de l'importance des conduites addictives dans leur accompagnement sous peine d'en faire un motif d'exclusion. L'inconditionnalité de l'accueil est une politique, une pratique de nos adhérents et une forte ambition... à l'épreuve des difficultés. Car, sous l'effet d'une insuffisance qualitative et quantitative de solutions d'hébergement et de logement, d'un manque de partenariats et de formation des travailleurs sociaux, de contrats de séjours ou de règlements de fonctionnement incompatibles avec les problématiques rencontrées, ce principe d'inconditionnalité se heurte à la priorisation des différents degrés de vulnérabilités : nous risquons nous-mêmes d'exclure les personnes en situation d'addiction, faute de savoir s'adapter à elles.

Dans une époque marquée par l'affirmation de la réduction des risques et des dommages (RDRD), ainsi qu'en ont témoigné la Loi de Santé de 2016 et l'audition publique sur cette thématique, il est primordial que les professionnels de première ligne- ceux du secteur social mais aussi de l'addictologie- se l'approprient. Pour être inconditionnel, l'accueil dans nos structures se doit d'inclure, de prendre soin et implique du temps, de la réciprocité. Il nécessite également d'accepter le droit au recommencement des personnes accompagnées, y compris celles qui bousculent les professionnels, les institutions, les cadres, parce qu'elles ne peuvent ou ne veulent adhérer aux propositions d'accompagnement.

Les acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires ont donc la responsabilité de travailler ensemble afin de construire des réponses intégrées, diversifiées, complémentaires, innovantes, selon les besoins exprimés par les personnes et par les équipes. Les institutions nationales ont quant à elles pour devoir de soutenir ces pratiques.

Nos fédérations continueront à défendre l'accueil et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables ainsi que le décloisonnement des pratiques professionnelles. Partager, échanger, débattre, s'inspirer ont été les enjeux de cette journée nationale. Merci d'avoir été si participatifs sur un sujet aussi complexe et dont l'application dans nos pratiques nécessite d'être constamment réinterrogée. Accueillir inconditionnellement, toujours s'adapter et trouver des solutions pour ne pas exclure, ne peut pas être facile, mais est nécessaire. Votre engagement, votre détermination, vos apports et vos expériences, nous permettrons de relever, ensemble, ce défi et de rester fidèles à nos valeurs.

Louis Gallois, Président de la Fédération des acteurs de la solidarité
Jean-Pierre Couteron, Président de la Fédération Addiction

Discours d'ouverture

Nicolas Prisse, Président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives



Monsieur le Président de la Fédération des acteurs de la solidarité,

Monsieur le Président de la Fédération Addiction,

Madame Nicole Maestracci, membre du Conseil constitutionnel, ancienne présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) et de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS),

Mesdames, messieurs,

Je vous remercie de m'avoir invité à ouvrir cette journée importante.

Je crois profondément qu'en matière de politique publique ce que nous pouvons faire pour les plus fragiles, la façon dont nous plaçons ces questions complexes au cœur de nos priorités, et notre efficacité à faire reculer les inégalités et l'exclusion seront toujours les témoins de la force et de la maturité de nos sociétés.

Vous le savez mieux que quiconque, en matière d'usages de substances psychoactives, nous sommes souvent confrontés à la grande vulnérabilité des personnes, dépendance et précarité constituant un cercle qu'il est difficile de briser.

En juillet 2016, l'OFDT indiquait que le taux d'emploi des consommateurs d'alcool ou de substances illicites accueillis en CSAPA était beaucoup plus faible que dans l'ensemble de la population. Plus grave, leur précarité avait augmenté entre 2007 et 2014. Pour les consommateurs d'alcool, la part des personnes exerçant une activité rémunérée continue est ainsi passée de 44 % à 39 % ; pour les usagers de stupéfiants, âgés de 30 à 39 ans, cette proportion a également chuté passant de 45 à 34 %.

En miroir, nous savons que les publics accueillis par les structures et services d'insertion sont particulièrement consommateurs de substances psychoactives. Un exemple : 80% des personnes accompagnées dans le cadre du dispositif Un Chez-soi d'abord sont concernées par une consommation problématique.

Je rappellerais enfin les dernières données concernant la consommation de tabac qui montrent un accroissement des inégalités entre les plus favorisés et les plus fragiles socialement.

Ces chiffres vous les connaissez et cette réalité vous la vivez, aux côtés des personnes que vous accompagnez.

La (ré)insertion sociale est donc un volet essentiel des stratégies globales de protection contre les conduites addictives.

Le logement et l'emploi sont les deux piliers assurément essentiels de cette réinsertion.

Les consommations de substances, causes ou conséquences, peu importe, des trajectoires chaotiques, participent de la complexité des situations de ces hommes et de ces femmes. Elles nous imposent en tout cas de fluidifier les parcours de vie, entre les différents professionnels et services. **Elles appellent une action publique qui doit être toujours plus innovante, audacieuse, coordonnée et transversale.**

Les constats ne sont pas nouveaux. L'actuel plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives a impulsé un certain nombre de mesures pour y répondre. Des réalisations concrètes nous montrent aujourd'hui de nouveaux chemins, même si les résultats ne sont pas encore à la hauteur des besoins et justifient la poursuite de nos efforts conjoints.

La Mildeca a notamment soutenu depuis le début le programme Tapaj, « travail alternatif payé à la journée », qui s'adresse à un public de jeunes, en errance, particulièrement exclu et usager de drogues. Tapaj propose un début d'insertion, grâce à un accompagnement adapté et à une entrée progressive, au rythme des capacités de ces jeunes, dans le monde du travail, sans condition d'arrêt des consommations. Tapaj a su conjuguer l'intérêt à agir de l'État et de ses opérateurs, des associations, des collectivités, des entreprises et des bénéficiaires eux-mêmes. **Il a su bousculer les cadres d'action existants pour trouver de nouvelles voies de passage en faveur de l'insertion des plus vulnérables.**

Près de 400 jeunes sont aujourd'hui dans ce dispositif. De belles perspectives s'annoncent, avec la création de Tapaj France, l'évaluation franco-qubécoise du dispositif, et le travail commun avec la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) pour l'accès au logement des jeunes Tapajeurs.

Tapaj est illustratif de la nécessaire évolution de nos politiques, des structures et des pratiques professionnelles qui doivent s'adapter plus que l'usager n'a à se plier à la rigidité de nos réponses.

Dans une autre perspective, depuis plusieurs années, des professionnels de structures d'hébergement social ont pris l'initiative de proposer de nouvelles modalités d'accueil aux personnes dépendantes à l'alcool et dans l'impossibilité de s'abstenir de consommer.

Ainsi, certains établissements, dans le cadre de partenariats étroits avec un CSAPA ou un CAARUD, ont modifié leur règlement intérieur et permettent aux usagers une consommation contrôlée dans l'établissement.

Toujours dans ce même domaine de la réduction des risques (RDR), la Mildeca coordonne l'expérimentation nationale des salles de consommation à moindre risque. Les évaluations internationales ainsi que les premiers bilans après une année d'ouverture des deux salles de Paris et de Strasbourg indiquent que ce type de dispositif est en capacité d'attirer et d'accueillir de manière inconditionnelle les usagers injecteurs de substances psychoactives les plus vulnérables. La Mildeca a également soutenu la réalisation du guide « Femmes et Addictions » de la Fédération addiction pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des femmes usagères de drogues qui accèdent moins que les hommes aux structures des CSAPA et des CAARUD.

Et bien sûr, je souhaite évoquer le programme Un Chez-soi d'abord, aujourd'hui pérennisé et inscrit dans les textes, qui illustre bien cette approche globale pour des personnes sans logement qui, je l'ai rappelé, sont le plus souvent des consommateurs de substances psychoactives. Un Chez-soi d'abord met en œuvre ce principe de l'inconditionnalité dans le cadre de l'accès à un logement, sans étape et sans contrainte préalables, comme dans le cadre de Tapaj.

Je n'en dirai pas plus, puisque Pascale Estecahandy intervient ce matin sur ce programme qu'elle coordonne à la Dihal, mais sachez que nous avons prévu de travailler encore plus ensemble pour favoriser l'accompagnement des usagers de substances psychoactives par ce dispositif.

À côté de ces projets d'envergure nationale, je ne peux pas toutes les citer mais je voudrais souligner la richesse et le pragmatisme des initiatives locales telles que la prévention du tabagisme au sein des structures d'hébergement (Moselle) ; la mise en place d'une consultation jeunes consommateurs itinérante en milieu rural (Loire) ; la création d'un guide de prévention et de soutien pour les femmes usagères de drogues (Champagne-Ardenne) ; enfin, une action en Ille-et-Vilaine, permettant, grâce à un travail commun entre l'insertion sociale et l'addictologie, à des chômeurs qui sont en situation d'addiction, d'accéder à des pratiques sportives pour valoriser leurs compétences, renouer l'estime de soi et rompre avec les habitudes de consommations.

Tous ces dispositifs et programmes que je viens de citer trop rapidement visent à décroiser les interventions et à innover en matière de pratiques professionnelles. Ils témoignent de la complémentarité des approches sociales et sanitaires, des articulations entre le national et le local, de la coordination à renforcer entre l'action de l'État et celle des collectivités locales, et du nécessaire dépassement des préjugés qui opposent souvent public et privé. Ils illustrent bien que, plus la situation des personnes est dégradée, moins notre niveau d'exigence envers elles doit être élevé.

C'est cela, je crois, le principe de l'inconditionnalité.

Il me semble au fond que la question que vous abordez aujourd'hui sur l'inconditionnalité de l'accueil correspond parfaitement à l'évolution du concept de réduction des risques, autrefois RDR à l'usage de drogues, centrée sur la maîtrise



par l'usager des risques infectieux, aujourd'hui réduction des risques et des dommages (RDRD).

L'accueil sans condition, c'est sans doute la RDR de demain.

Nous travaillons en ce moment à l'élaboration des nouveaux axes du futur plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, qui sera adopté au premier semestre 2018.

Les publics les plus exposés aux conduites addictives, et qui sont pour une part en situation d'exclusion, seront au cœur des priorités du plan, même si nous devons avoir une approche globale tant la question des consommations est un phénomène de masse.

Nous devons, dans ce plan, faire preuve d'innovation en matière de gouvernance, de coordination, mutualisation des financements pour servir cette priorité essentielle et maîtriser la dispersion des énergies et des moyens.

Nous devons sortir des zones de confort de chacun et prendre le risque d'explorer de nouveaux interstices pour atteindre tous ceux qui se trouvent relégués dans des impasses que les dispositifs classiques ne savent plus atteindre.

Cette innovation ne doit pas faire peur aux professionnels. Il s'agit même, je crois, d'une source de motivation supplémentaire par l'enrichissement des pratiques et, probablement, par les résultats qui seront au rendez-vous d'une action plus transversale et plus cohérente. Vous saurez faire et vous ferez mieux.

Mais votre expérience doit nous guider, et de telles journées d'échange sont primordiales, pour cibler précisément ce que nous devons faire évoluer pour améliorer les parcours de vie.

Je suis prêt à porter toute réforme et toute idée opérationnelle dans ce domaine pour que l'accueil se développe dans une finalité qui dépasse l'instant, pour marquer l'ouverture à l'autre et tracer une voie vers une insertion durable.

Je vous remercie de votre attention.



Introduction

Louis Gallois, Président de la Fédération
des acteurs de la solidarité



Bonjour à toutes et tous,

Nous sommes très heureux aujourd'hui de vous accueillir dans cette cité universitaire internationale et de vous voir aussi nombreux pour discuter ensemble de l'inconditionnalité de l'accueil, mise au défi des consommations.

Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des intervenants qui ont accepté de se joindre à nous, notamment Nicole Maestracci qui connaît bien nos deux réseaux.

Nombre d'entre vous travaillent déjà ensemble sur les territoires, se rencontrent via les fédérations et délégations régionales, mais c'est la première fois que nous réunissons les adhérents de nos deux fédérations lors d'une journée nationale.

La Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité travaillent ensemble depuis 2011, partenariat qui nous paraissait à la fois naturel et complexe.

Naturel car les professionnels de nos deux réseaux, les personnes accueillies et accompagnées, savent que les parcours de soin et d'insertion ne peuvent être dissociés.

Comment évoquer sa santé, lorsqu'on est à la rue et qu'on n'a ni hébergement et logement par exemple ? Comment accéder à un emploi sans prendre en compte son état de santé ?

L'accompagnement global de la personne doit pouvoir comprendre à la fois un suivi sanitaire, un accès aux soins en addictologie, mais aussi un accompagnement social, un accompagnement vers l'emploi, vers le logement, etc.

Cependant, ce partenariat nous paraissait complexe également, car ce rapprochement est venu interroger les pratiques de chacun, notamment sur l'accompagnement à la consommation des personnes.

Ce fut tout l'objet de la signature d'une convention de partenariat en 2013 : offrir un espace d'échanges entre nos deux secteurs, élaborer une culture de travail commune mais aussi informer sur les dispositifs et les pratiques partenariales existantes.

De cette convention et des rencontres sur les territoires, est née une collaboration et un plaidoyer partagé lors de l'examen de la loi santé de 2016 ; ainsi que la publication du guide « Addictions et lutte contre les exclusions, travailler ensemble »¹, qui se veut 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.

Aujourd'hui, l'addictologie et le secteur de la lutte contre les exclusions connaissent de fortes évolutions :

- le parcours dit en escalier est remis en question (à savoir que de la rue, on accède à un hébergement puis à un logement adapté puis à un logement etc.) grâce, notamment aux approches intégrées comme Un Chez-soi d'abord dont il sera question tout à l'heure ;
- une tension maximale pèse sur le secteur de l'hébergement, sous l'effet de l'augmentation des besoins et d'une pénurie de moyens
- le modèle sevrage/ abstinence n'est plus le seul prôné et on ne parle plus automatiquement du soin, comme un préalable à l'insertion comme l'illustre le programme Tapaj d'accès à l'emploi.

Tapaj et Un Chez-soi d'abord : ces nouveaux modèles d'intervention sociale, proposant un accompagnement sanitaire et social pluridisciplinaire à des personnes dont on n'attendait plus rien, en leur permettant un accès direct au logement, une remise en emploi, sans condition de traitement ou d'abstinence, sont venus bousculer nos pratiques, les questionner voire les améliorer.

Il a fallu, et il faut toujours, ajuster les pratiques, identifier nos complémentarités, affirmer nos différences, exprimer nos divergences.

Les acteurs du social, de l'hébergement, du logement, se sont souvent sentis esseulés ou se sentent encore seuls face à des situations qui leur paraissaient inextricables : comment accompagner au mieux une personne qui consomme, semble se mettre en danger, s'isole, quand on n'arrive pas à joindre les professionnels de santé par exemple ou que les professionnels de santé ne souhaitent pas intervenir sur place, prenant le temps « d'aller vers » la personne ?

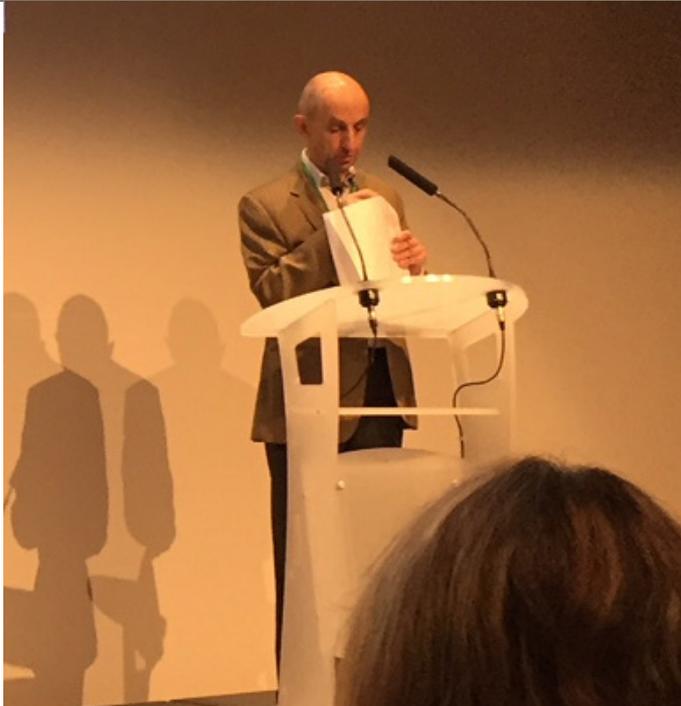
A contrario, dans le secteur de l'addictologie, nous savons que les pratiques dites de « réduction des risques » sont déjà fortement ancrées et mises en place, créant de l'incompréhension face aux règlements de fonctionnement des centres d'hébergement, parfois perçus comme « rigides ».

C'est tout l'objet de ce jour : nous amener à réfléchir à nos pratiques à partir du récit des professionnels ayant mis en œuvre des projets qui ont permis d'accompagner au mieux les personnes consommatrices ; mais aussi du vécu des personnes accompagnées qui ont expérimenté ces refus d'être accueillis/d'être suivis, ou qui ont au contraire vu évoluer les règlements de fonctionnement et les pratiques des équipes accompagnantes.

Nous partageons des valeurs humanistes.

Elles nous amènent à considérer que les personnes en situation

1. Guide disponible en téléchargement sur www.federationaddiction.fr et www.federationsolidarite.org



de précarité et d'exclusion sont des citoyens à part entière, devant être associées à l'élaboration des politiques publiques mais également aux décisions qui les concernent. Les personnes ne sont pas que leurs symptômes.

Le principe d'accueil inconditionnel de toute personne en difficulté ou sans domicile en situation de détresse médicale, psychique ou sociale est à la fois l'un des fondements du secteur de l'accompagnement et de l'hébergement et un principe légal inscrit dans le code de l'action sociale et des familles.

C'est pour nous une question d'éthique, de décence : comment accepter que l'on fasse le tri parmi ceux qui n'ont plus rien ? Comment se résoudre à exclure ceux qui le sont déjà ?

Le refus d'une mise en concurrence des différentes formes de misère constitue un axe essentiel du projet de solidarité porté par nos deux fédérations. Il est nécessaire que l'État garantisse la mise en œuvre effective de l'accueil inconditionnel en faisant respecter l'égalité de traitement des personnes en situation de détresse sur l'ensemble du territoire national.

Concrètement, ce principe doit se traduire par un continuum de droits : droit à une première évaluation, à un accompagnement individualisé, continuité de la prise en charge, prestations d'accueil minimales (couvert, hygiène, etc.) et surtout respect des libertés fondamentales (dignité, sécurité, vie privée et familiale, etc.).

L'inconditionnalité est une politique avant d'être une pratique !

Mais alors que le dispositif d'hébergement connaît une tension maximale sous l'effet de l'augmentation des besoins, la pénurie de logements et de places d'hébergement et l'inadaptation de l'offre sur les territoires conduisent non seulement les services déconcentrés de l'État à imposer sur certains territoires, par des instructions orales ou écrites, des critères de priorisation, mais nous conduisent également à exclure dans l'accès ou le maintien dans l'hébergement certaines catégories de public dont celles qui sont en situation d'addictions, souffrent de troubles psychiques, sont atteintes de pathologies chroniques, etc.

Ou à orienter systématiquement certains publics vers des dispositifs spécifiques de moindre qualité d'accueil, parfois pour seulement quelques nuits, et où l'ensemble des droits et des prestations découlant du droit à l'hébergement ne sont pas proposés, où un accompagnement aux soins est impossible. Ce qui revient à exclure des personnes qui consomment, parce qu'elles peuvent troubler le collectif, remettre en question nos pratiques.

Il y a certes une responsabilité de l'État à nous donner les moyens d'accueillir dignement les personnes, mais il est aussi question de notre responsabilité, en tant qu'accompagnants de ne pas exclure les plus exclus, les poussant inexorablement vers le renoncement : aux soins, à l'hébergement, au logement, à l'emploi, à leur propre humanité.

Il nous paraît donc important à la fois de :

- privilégier autant que possible l'accès direct au logement sans prérequis d'insertion ;
- assurer le développement de nouvelles capacités d'hébergement dignes et pérennes en logement ou proche du logement, avec un accompagnement pluridisciplinaire dès que nécessaire ;
- renforcer les moyens humains et financiers de la veille sociale et de l'hébergement pour former, soutenir et accompagner les travailleurs sociaux à surmonter le sentiment d'impuissance parfois ressenti ;
- mais également nous efforcer de travailler ensemble en nous identifiant mieux ; dépasser nos divergences en expliquant les enjeux de chacun de nos secteurs ;
- et développer une réflexion globale, associative, sur nos positionnements pour intégrer la réduction des risques dans le fonctionnement des structures.

Et certainement, accepter une part de risque ? Nous croyons dans le potentiel des personnes.

Si nous souhaitons que ces personnes retrouvent confiance en elles, il nous faut penser des modalités d'accompagnement qui leur permettent des allers retours.

La stabilité, la flexibilité, mais également la sécurité de ne pas tout perdre, leur permettront de prendre des risques et de se lancer.



Introduction

Jean-Pierre Couteron,
Président de la Fédération Addiction



Bonjour à toutes et tous,

Les propos de Louis Gallois ont mis en évidence les enjeux de l'accueil inconditionnel, je vais y ajouter quelques éléments susceptibles de prolonger la dynamique partenariale de nos deux fédérations que cette journée nationale veut incarner.

Ce partenariat court depuis quelques années, motivé par la volonté de décloisonner les pratiques professionnelles de deux secteurs qui accueillent en partie des publics communs, et sans pour autant occuper les mêmes places et les mêmes fonctions. Il est donc tout à la fois naturel et complexe.

Naturel, car nous partageons les mêmes valeurs humanistes, nous avons porté ensemble ou complémentaires des plaidoyers visant à améliorer la situation des personnes vulnérables et défendu des évolutions de la réglementation.

Complexe, car il nécessite de différencier les points de vue ET d'en renforcer la dimension commune et donc d'accepter des priorités différentes pour mieux avancer. **Interroger l'articulation des pratiques entre le secteur de l'Accueil-Hébergement Insertion (AHI) et de l'insertion par l'activité économique et celui des addictions, c'est interroger le risque de réduire le social à un complément du soin ou de conditionner l'accès à l'hébergement, au logement ou au travail à un parcours de soin « effectué » tout ou en partie.** Interroger l'articulation des pratiques, c'est partager la volonté de faire face à l'accentuation des phénomènes d'exclusion, des inégalités sociales et territoriales de santé, du non recours aux soins et de l'accès aux droits. Comment ne pas avoir à l'esprit que beaucoup d'entre vous, au quotidien, s'attachent à répondre à la crise migratoire sans précédent que nous vivons, avec des populations fuyant la famine, la guerre, l'obscurantisme et autres dictatures, débarquant sans préparation dans nos sociétés complexes. **Interroger l'articulation des pratiques, c'est parler ensemble d'une évolution de la gouvernance qui place les acteurs en situation de concurrence et non de complémentarité, nuisant à leur qualité, sur fond de restriction budgétaire inégalement imposée aux uns et aux autres.**

Mais ne nous décourageons pas, même si nous avons le droit de sentir la fatigue, et reprenons cette notion d'accompagnement qui peut aider à penser ces nécessaires articulations. Elle donne les moyens de résister à l'enfermement sur la logique du projet imposé à une personne qualifiée « d'assistée ».

Ici, le seul « projet » est de renforcer le pouvoir d'agir par un agencement cohérent des interventions, fluidifiant les passages et permettant que les parcours de soins se déroulent au plus proche des parcours de vie. Accompagner, c'est marcher à côté, laisser l'autre décider du but, du rythme et des pas de côté qu'il peut avoir besoin de faire. Cet accompagnement, nous le voulons global et continu, intégrant la pluridisciplinarité des interventions thérapeutiques, sociales et d'autosupport, capable de s'adapter à des trajectoires de ruptures et rechutes.

J'avais proposé il y a quelques années de le penser à l'aide de trois notions. D'abord les capacités éthiques proposées par Paul Ricœur notamment. Elles sont le socle de la rencontre, cette simple possibilité donnée de pouvoir se dire, de pouvoir agir, faire. Rassembler sa vie dans un récit intelligible et imputable, lui donner du sens reste essentiel. Encore plus pour ces vies exposées aux épreuves de l'existence, accidents ou maladies, avec ce qu'il en résulte d'insécurité individuelle et de dépendance par perte de l'autonomie d'agir ou cette indispensable sécurité intérieure. **Renouer le lien à l'autre est essentiel, et nous restons les acteurs d'une clinique du lien.** Les craintes qu'elle disparaisse du fait des traitements de substitution par exemples, étaient vaines et dangereuses, ne craignons pas de nous en souvenir. Mais ayons aussi en tête que le terrain de la rencontre n'est pas obligatoirement celui du soin ou du médicament. Il faut développer l'intervention précoce, « l'aller vers », s'avancer au plus près de la personne, pour l'accompagner, là où elle est et là où elle en est.

Rappelons-nous que si l'accueil se doit d'être inconditionnel, c'est justement parce qu'il rencontre ceux qui sont le moins en capacité de s'inscrire dans une démarche construite, dans ses codes sociaux. La rencontre fait le pari de réinscrire la personne dans une communauté humaine, dans un processus de réaffiliation. L'inconditionnalité de la rencontre des plus vulnérables, des plus précarisés, des plus perdus n'est rien d'autre que ça. Et ici, comme avec d'autres usagers et usages, la pénalisation de l'usage ne fait que compliquer et réduire les possibles rencontres et la diversité des réponses.

Ensuite, les capacités d'Armatya Sen. Elles décrivent les moyens nécessaires à une vie humaine digne, ce qui permet de rester « visible », « rencontrable ».

Ces capacités justifient l'offre différenciée que nous défendons, en ce moment de tension maximale sur l'hébergement évoqué par Louis Gallois, ou pour créer les centres d'hébergement de migrant. Mais c'est aussi l'accès au logement, sans prérequis de soins, le logement d'abord, ou le travail dans ces formes les plus déconstruites comme avec le programme Tapaj, ou bien d'autres expériences ici débattues,

sans oublier le soin résidentiel. Cette palette de propositions ouvre et prolonge la clinique de la rencontre dans une clinique des modes de vie.

Enfin, le *care* et sa fonction modelante, ce soin vital des premiers jours, adossé à la vulnérabilité corporelle ou mentale des débuts de la vie. C'est le *care* parental qui nous introduit au monde social, dans la sécurité de son amour. Ses liens d'attachement seront reconduits tout au long de la vie comme autant de boucles de dépendance somatiques, sociales et psychiques dont Philippe Jeammet a pu faire un des creusets des addictions, selon qu'ils sont ou non sécurisés. Et il se retrouve dans cette clinique du prendre soin, celle qui permet de répondre aux risques de la vie et de nos usages du monde. Voilà de quoi mêler ou métisser nos pratiques, sans craindre de les dénaturer, mais en s'attachant à les agencer au plus près des personnes concernées, seul moyen de ne pas se perdre dans leurs entrelacs. La plénière et la table ronde de la matinée et leurs invités nous y aideront.



L'accueil inconditionnel amorce donc une clinique « instable », naissant de la rencontre, initiant l'accompagnement, plus proche des pratiques d'usage que d'un idéal de soin fondé sur l'abstinence, et donc au plus près des risques de ces usages. Le positionner comme une pratique de réaffiliation change la temporalité du parcours et permet de concilier le droit d'usage des personnes accompagnées et la responsabilité des professionnels face aux risques, malgré les tensions de la loi.

La réduction des risques et des dommages nous y aide, permettant de travailler dans l'ici et maintenant, de façon pragmatique et avec un meilleur engagement des personnes accueillies. Elle intègre l'usage, que ce soit au regard du logement, du travail, de la rue, elle en réduit les risques

par ce qui reste son socle, l'accès aux outils et aux bonnes pratiques d'usage, mais elle en permet aussi un regard distancié, une parole, comme avec les groupes d'autosupport, les médiateurs santé pairs. Elle vient se placer et placer des acteurs, ceux de la solidarité autant que ceux du soin, dans cet entre-deux, dans ces zones grises, pour préserver la possibilité d'une rencontre, pour accéder à un lieu de vie, pour entrer dans du « prendre soin de soi ».

Ce sera l'objet des tables rondes auxquelles participeront Jean-Hugues Morales, Yohannis Jugel, Éric Lemerrier et Maxence Thomas, ou celle de Gilles Rozsypal et Souleymane Ba, André Andrade, le Dr Abdon Goudjo, et Frédérique Lachaize. Mikaël Manchet, Dominique Calonne et Serge Paboeuf porteront la parole des personnes concernées.

Bien évidemment, la RDRD, en allant où d'autres ne vont pas, trouble le politique et pose la question de son acceptabilité sociale, en étant mise en cause dans ses finalités. Il nous faut donc sans cesse l'expliquer et la défendre. Je vous invite à relire le texte de notre collègue Karlheinz Cerny, dans la revue Actal de décembre 2013, « L'accueil inconditionnel, seuil déterminant pour l'accès aux soins » ainsi que l'ouvrage collectif écrit par des membres de l'équipe de recherche de cette association sous la direction de Philippe Crognier, « Pratiques ordinaires en travail social et médico-social. Le quotidien en on et off » paru début 2013 aux éditions L'Harmattan.

L'inconditionnalité de l'accueil ouvre à des complexités qui dérangent. Elle nous met aux défis, des consommations, des risques, des responsabilités, mais aussi de l'éthique et la cohérence des actions et des financements.

Merci donc à Nicolas Prisse, Président de la Mildeca, d'avoir accepté d'ouvrir cette journée et du soutien apporté par la Mission interministérielle à sa réalisation.

Et un grand merci à Gaëlle Tellier et Catherine Delorme, à Marine Gaubert, Valérie Sallandre et Marion Quach-Hong pour leur patience et ténacité, dans la préparation.

Enfin, merci à vous toutes et tous, qui êtes là, à ceux qui n'ont pu venir et qui sont impliqués dans ces actions. Merci à mesdames et messieurs les présidents et vice-présidents, les directeurs, les administrateurs de nos Fédérations et des associations présentes, ainsi qu'à ces politiques qui sur les territoires partagent ces questions et cet engagement : il n'y a pas de changement sans courage et sans convictions.

Merci de partager le risque de l'accueil inconditionnel.



Conférence plénière

L'accueil inconditionnel : entre droit, éthique et pragmatisme

Nicole Maestracci

Membre du Conseil constitutionnel, Présidente de la Mildt (1998-2002) et de la Fnars (2004-2012)

Thierry Michalot

Maître de conférences à l'Université Jean Monnet de Saint-Etienne, département des Sciences de l'éducation, éducateur spécialisé de formation

Animation : Éric Pliez

Membre du bureau de la Fédération des acteurs de la solidarité, directeur général d'Aurore, président du Samusocial de Paris

Éric Pliez : Héberger dignement des gens, les nourrir, c'est répondre à un besoin humanitaire. Le Samusocial a la responsabilité du 115, construit sur le principe de l'inconditionnalité. Ce principe n'est pas une réalité : confrontés au manque chronique de places et à la question des priorités, nous avons inventé un système de porte tournante, avec remise à la rue le matin, la plus mauvaise réponse à mon avis pour pallier le manque de places. Il y a eu des améliorations certes, après la crise du canal Saint-Martin, la conférence de consensus de la Fnars en 2008, mais l'arrivée massive des exilés dégrade à nouveau les conditions d'accueil.

L'objectif de cette plénière est de réfléchir aux grands enjeux et de problématiser ce qui nous réunit aujourd'hui : l'inconditionnalité, la solitude du travail social face à la détresse des personnes, l'exclusion des consommateurs des centres d'hébergement, « l'aller vers »...

Mme Maestracci, pouvez-vous nous expliquer le principe d'accueil inconditionnel, quelle a été la philosophie plaçant ce principe au cœur du dispositif des secteurs de

l'accueil-hébergement-insertion et de l'addictologie, ainsi que son cadre juridique ?

Nicole Maestracci : Le droit au logement et à l'hébergement est tiré du droit à la dignité qui est un droit fondamental. Ce droit est garanti en France par le préambule de la Constitution de 1946 qui fait partie de ce qu'on appelle le « bloc de constitutionnalité » et garantit la plupart des droits économiques et sociaux. Au plan européen, il est garanti par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et par la Convention européenne des Droits de l'homme (CEDH).

La Charte des droits fondamentaux, issue du traité de Lisbonne, dit dans son article 1 : « La dignité humaine est inviolable, elle doit être respectée et protégée ; Toute personne a droit à son intégrité physique et mentale ». Afin de lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté, l'Union européenne reconnaît et respecte le droit à une aide sociale, une aide au logement destinée à assurer une existence digne à tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes. Elle prévoit que toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux. Mais elle laisse à chaque État membre une importante marge de manœuvre pour définir dans quelles conditions ce droit sera respecté.

De même l'article 3 de la CEDH reconnaît le droit à la dignité en prévoyant que « nul ne peut être soumis à la torture ou à des peines, traitements inhumains et dégradants ». De nombreuses décisions de la Cour européenne sont fondées sur cet article. Mais s'agissant du droit au logement et à l'hébergement, la Cour de Strasbourg laisse aussi aux États une certaine liberté pour aménager ce droit en fonction de leur organisation et de leurs ressources. Enfin, l'article 1 du préambule de la

Constitution française de 1946 dispose : « Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés. Il réaffirme solennellement les droits et libertés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des droits de 1789 et les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République ».



L'article 10 précise : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » et l'article 11 insiste : « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Ces droits fondamentaux sont au sommet de la pyramide juridique. Toutes les juridictions peuvent s'y référer. Le Conseil constitutionnel a ainsi tiré du droit à la dignité un droit constitutionnel au logement (décision du 29 juillet 1998) et rendu plusieurs décisions qui définissent ce qu'on peut appeler les besoins essentiels de la personne.

Toutes les lois sur le logement ou sur la santé – qui se sont succédé à un rythme rapide – se réfèrent aux droits fondamentaux. Mais entre les grands principes énoncés et leur traduction concrète, il y a souvent une grande distance.

Les lois sont nécessaires mais elles ne suffisent pas à garantir les droits, il faut aussi des politiques publiques vivantes qui sachent écouter les acteurs et évoluer en fonction des attentes et des résultats. Si ce n'est pas le cas, les acteurs recréent, souvent inconsciemment, des catégories et procèdent à des sélections qui mettent en danger l'inconditionnalité de l'accueil. Ainsi, ils ont tendance à accueillir plus volontiers ceux qui sont le moins en difficulté, pour lesquels les résultats positifs seront probablement plus rapides

Nous avons tous des cloisonnements en tête. En 2007, au moment où les personnes sans domicile campaient sur le canal Saint-Martin, j'étais présidente de la FNARS et je n'ai moi-même pas pensé immédiatement à mobiliser le réseau des intervenants en addictologie alors, pourtant, que j'avais travaillé pendant plus de quatre ans avec eux ; un jeune est mort dans une tente d'une overdose...

Il faut donc constamment interroger la distance qui sépare, d'une part, les grands principes auxquels nous adhérons tous – décideurs politiques et acteurs de terrain – et, d'autre part, leur mise en œuvre concrète et quotidienne qui laisse encore trop de personnes au bord de la route. Soyons capable de dire ce qu'on fait, mais aussi ce qu'on ne fait pas ou mal. C'est notre marge de progrès et de discussion avec le pouvoir politique.



Thierry Michalot : L'inconditionnalité est un droit, mais sur le terrain il y a toujours un décalage entre le droit et la réalité. En 2003, quand j'étais éducateur spécialisé dans un accueil de jour pour sans domicile, j'ai constaté qu'un certain nombre de personnes intégraient rapidement des centres d'hébergement et que d'autres restaient dans une boucle : la rue, l'accueil d'urgence, la stabilisation, etc. Qu'est-ce qui expliquait les choix des travailleurs sociaux pour orienter les personnes ? Selon quels critères ? Est-ce qu'ils avaient conscience de la manière dont ils pratiquaient ?

J'ai commencé un travail de recherche pour voir si cela posait problème. Le travail social a connu plusieurs évolutions depuis les années 1990 : on est passé d'une vision universaliste à un accompagnement de plus en plus individualisé et contractualisé. Cette individualisation permet d'améliorer la prise en charge, mais aussi une classification moins visible.

Le nombre de demandes étant supérieur à celui des places, cela contraint les travailleurs sociaux à réaliser des enquêtes sociales (revenu, logement, etc.), mais surtout à construire une évaluation sur la « motivation », une perception de la capacité de la personne à sortir de sa situation.

Or, le travail social est basé sur une grande valeur, celle de la justice sociale. Devoir faire un tri pose des questionnements d'ordre éthique : faut-il donner la priorité aux personnes le plus nécessiteuses, au nom d'une dette que la société aurait envers elle, ou à d'autres un peu moins nécessiteuses mais jugées comme plus aptes à faire bon usage de cette aide, les plus proches de la « sortie » ? Ces questions interrogent le sens que l'on donne à la justice sociale.

J'ai mené plusieurs enquêtes pour ma thèse et tous les résultats corroborent les questions de sélection. J'avais demandé à 230 travailleurs sociaux et étudiants quels étaient les critères importants à prendre en compte pour intégrer un CHRS, positifs comme négatifs. L'alcoolisation est un facteur pris en considération, mais si les professionnels considèrent que c'est un critère négatif, les étudiants de première année considèrent que le critère est soit neutre, soit positif. Cette perception évolue puisque ceux de troisième année le considèrent comme négatif. **Cela veut dire qu'au cours de la formation, la vision professionnelle autour de l'addiction devient extrêmement négative. Les étudiants intègrent au cours de leur formation et de leurs stages que les personnes ayant des problèmes d'addiction ne sont peut-être pas encore prêtes pour intégrer un CHRS.**

La formation, au lieu d'interroger des pratiques a tendance à les laisser continuer. Il ne s'agit pas de jeter la pierre à des acteurs de terrain, mais de réfléchir à cette question de l'inconditionnalité, en lien avec des pratiques et des valeurs éthiques.

 **Eric Pliez** : Gérer des murs avec des collectifs, c'est difficile. Le sujet de la violence désarçonne, elle est très compliquée à gérer. Ce type d'accueil est-il toujours adapté ? Est-ce que vous pensez que les SIAO (Services intégrés d'accueil et d'orientation) vont le rendre plus objectif ?

 **Thierry Michalot** : À l'époque de mes recherches, entre 2005 et 2008, les SIAO n'étaient pas encore en place. Un était mis à l'épreuve en Savoie. Des enquêtes montrent que les professionnels des SIAO étaient moins sensibles aux facteurs de l'alcoolisation, ou à la motivation que d'autres travaillant en CHRS. J'étais favorable à la création des SIAO, mais quel est leur rôle : optimiser le nombre de places ou orienter les personnes selon leurs besoins ? C'est une autre question.

 **Nicole Maestracci** : Je voudrais réagir sur l'idée que les personnes doivent exprimer une demande, ou une motivation. On trouve ce terme aussi bien dans la culture professionnelle des intervenants en addictologie que dans celle des centres d'hébergement. Lorsque j'étais juge en Seine Saint-Denis (1992-1996), la sélection en fonction de la motivation pouvait aller jusqu'à l'absurde. Les centres de soin demandaient que les usagers manifestent une demande et acceptent un sevrage préalable aux soins. Ainsi, de nombreux usagers de drogues mouraient du sida sans avoir jamais rencontré un soignant. Dans les centres d'hébergement, il existe encore des règlements intérieurs qui excluent des personnes consommatrices d'alcool. **De même que les intervenants en addictologie ont assez peu la culture de l'intervention sociale, les intervenants sociaux ont souvent peu la culture de l'addictologie.** Qu'est-ce qu'un problème d'addiction ? À partir de quel niveau de consommation peut-on dire qu'il existe un problème ? **Nous savons que plus que le produit consommé, c'est le comportement de consommation qui importe.** De nombreux travaux font la différence entre la consommation

occasionnelle, qui produit peu ou pas de dommages, la consommation abusive et la dépendance.

Ces distinctions permettent de proposer aux personnes un accompagnement un peu plus adapté. **Il est donc essentiel que ce savoir soit partagé avec les intervenants sociaux.**

Il est vrai qu'il est difficile de sortir des cloisonnements professionnels et institutionnels. Même s'il existe un consensus sur l'idée que chaque personne doit être prise en compte dans sa globalité, les politiques publiques ne cessent de créer de nouvelles catégories qui morcellent les individus. Des dizaines de rapports ont pourtant dénoncé les millefeuille administratifs et territoriaux ainsi que leurs conséquences délétères pour les personnes, etc. Pourquoi en est-on toujours là ? A-t-on assez réfléchi à ce qui est ainsi produit et aux moyens d'en sortir ?

 **Eric Pliez** : Nous avons soulevé la question d'évolution des regards et des pratiques professionnelles. Peut-on évoquer votre vision des professionnels de demain ? Les formations à nos métiers évoluent, l'Université prend plus de place, comment imaginer des liens entre nos métiers et l'université ?

 **Thierry Michalot** : En région Rhône-Alpes, il y a un rapprochement entre l'Université et les centres de formation au travail social. Un autre facteur important d'évolution, c'est la définition officielle du travail social qui rappelle qu'il doit s'appuyer sur des connaissances scientifiquement vérifiables. Pendant très longtemps, la formation, jusqu'aux années 1990, consistait en un accompagnement des professionnels par des professionnels, donc de reproduction des pratiques, les réformes de 1990, 2007 et celle de 2017 – qui oblige au rapprochement avec les universités – ont fait évoluer les choses.

 **Nicole Maestracci** : Le problème, c'est que la formation théorique précède la formation par les pairs de sorte qu'elle ne permet pas de porter sur celle-ci un regard critique. Il s'agit donc d'une formation de reproduction ou d'imitation. Cette situation se retrouve dans tous les métiers. Ensuite, la formation théorique est souvent insuffisante. Par exemple, pour les travailleurs sociaux, les questions de droit, de santé, d'addictions devraient être plus présentes.

 **Éric Pliez** : Plus on est formé, plus on avance dans sa formation et plus on a des comportements qui se rigidifient, ce constat fait froid dans le dos. Quelle place pour les médiateurs santé pairs dans l'avenir, est-ce que c'est un moyen d'ouvrir le regard des professionnels ?

 **Thierry Michalot** : La formation est complexe et oui, les apports de connaissance de la part des personnes qui ont vécu ces situations sont un regard indispensable, mais cela ne transformera pas les choses. **Ce qui est important, c'est de s'ouvrir à un regard critique sur ses pratiques, en s'appuyant sur des connaissances valables, en lien avec des acteurs de terrain et des bénéficiaires.** C'est un ensemble, sans oublier le droit et la réflexion éthique.

 **Nicole Maestracci** : **Les personnes concernées ont des choses à dire.** Pendant longtemps, on ne les a pas écoutées, et beaucoup de progrès ont été réalisés grâce notamment aux « années sida » et à l'apport des associations d'usagers et de citoyens (Act Up notamment). S'agissant des pairs intervenants, réfléchissons d'abord aux besoins et aux compétences nécessaires. Autant en matière de réduction des risques, intégrer des pairs a été une réussite, dans d'autres domaines, on leur a demandé soit trop, soit trop peu, sans forcément leur donner les outils nécessaires. Travailler avec des pairs nécessite autant de rigueur que travailler avec des professionnels.

 **Éric Pliez** : Nos deux fédérations s'interrogent sur leur capacité à évoluer, et à titre personnel, je pense que nous avons intérêt à réfléchir également à l'intégration du secteur de l'addictologie dans les SIAO. Les centres d'hébergement d'urgence se trouvent confrontés aux problèmes d'addiction et aux conditions d'accueil dégradées. Nous n'échapperons pas à une réflexion commune.

Échanges avec la salle

Table-ronde

L'accueil inconditionnel : entre droit, éthique et pragmatisme

◆ Pascale Estecahandy

Représentante de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)

◆ Françoise Lefebvre

Cheffe de service, CHRS Henri Durand, Fondation Armée du Salut (27)

◆ Christine Eriau

Éducatrice spécialisée, CHRS Henri Durand, Fondation Armée du Salut (27)

◆ Guillaume Rasquin

Chef de service, CAARUD, Sleep-in du Cèdre Bleu à Lille (59)

◆ Jean-François Krzyzaniak

Membre du Groupe d'appui national (GAN) santé de la Fédération des acteurs de la solidarité et du Conseil régional des personnes accueillies/ accompagnées (CRPA) des Pays de la Loire

◆ Gilles Foucaud

Directeur d'établissements, Groupe SOS Solidarités-Montpellier (30)

● Animation : Nathalie Latour

Déléguée Générale de la Fédération Addiction

● **Nathalie Latour** : Nos deux secteurs ont connu de grands changements dans les dernières années – le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pour l'un, la réforme addiction mise en place par la Mildt et Nicole Maestracci pour l'autre – sans oublier les approches humanitaires et communautaires liées à l'épidémie du sida. La société change, les inégalités se creusent, les épidémiologies de consommation évoluent. Les politiques publiques ont également subi des réformes depuis dix ans : la mise en place des agences régionales de santé, de la Direction générale de la cohésion sociale, etc.

Nous sommes face à un triptyque : les personnes concernées, la politique publique, les missions données aux institutions et les institutions elles-mêmes avec leurs projets d'établissement et leur culture. Ces trois logiques doivent converger et évoluer en même temps...

Le changement entraîne la peur, mais face à elle, il y a le « pouvoir d'agir », que l'on utilise souvent pour les personnes concernées, mais qui concerne aussi les professionnels et les institutions. **Nos deux réseaux ont la légitimité politique de porter une parole sur les transformations nécessaires. Il faut travailler sur les interstices, sortir de nos zones de confort, d'une logique de filière pour adopter une logique de parcours.**

Un exemple de ces nouvelles façons de faire : le programme Un Chez-soi d'abord, qui place le logement non plus comme une finalité, mais comme le premier pas de l'accompagnement. La question de l'inconditionnalité a été posée dès le départ de l'expérimentation, comment l'avez-vous travaillée ?

◆ **Pascale Estecahandy** : Le Chez-soi d'abord est une histoire collective, incluant la recherche, qui a été d'une grande aide pour éclairer les décideurs publics mais aussi pour les professionnels sur le terrain. Le point d'entrée du Chez-soi, c'est la question des maladies mentales mais aussi de l'addiction. Les chercheurs orientaient les personnes selon des critères de diagnostic médical, de vie à la rue et de besoins élevés, sans faire de tri sur des compétences ou capacités prédéfinies pour entrer dans le logement ; cela a permis de montrer qu'il n'y avait pas de critère prédictif à la capacité d'habiter.

Le président de la Mildeca a rappelé que 80 % des personnes accompagnées par les équipes du Chez-soi étaient concernées par des problèmes d'addiction, mais il n'y a aucune obligation de traitement ou d'arrêt des consommations pour l'entrée dans le programme. Cette inconditionnalité à l'entrée implique de gérer le risque collectif au maintien dans le logement (car là aussi, il n'y a aucune conditionnalité de soin). Cela ne peut fonctionner que si l'ensemble des acteurs a confiance, ce qui exige un gros travail en amont. La confiance existe aussi vis-à-vis des locataires, il faut partir de leurs compétences et pas de leurs problèmes.

Pratiquement, trois points peuvent être retenus comme outils d'accompagnement des locataires.

● Le premier, c'est le **principe de réversibilité** qui consiste à considérer que le fait de perdre un logement n'est pas un échec en soi, mais un apprentissage. Nous savons tous que les gens qui entrent dans un parcours de rétablissement, ou de réduction des risques, vont prendre des risques, ne serait-ce que le risque de changer. Avec le Chez-soi, l'accompagnement est synchronisé pour mettre en œuvre ce principe de réversibilité ; il s'agit d'être réactif et de mobiliser les ressources nécessaires au moment voulu et en « vie réelle ». En particulier en s'appuyant sur les médiateurs de santé pairs, très importants dans le programme.

● Le deuxième, c'est la **multiréférence** : chaque professionnel peut être substituable lors de la rencontre avec l'utilisateur, même si chaque corps de métier garde sa spécificité. Le modèle d'encadrement est un modèle de coordination. Cela permet des allers-retours entre spécialisation et déspecialisation en fonction des besoins de la personne. Si l'on redevient trop pyramidal, ce principe de multiréférence est écorné.

● Le troisième, c'est la **question du choix de la personne**. C'est simple à dire, compliqué à faire : jusqu'où décider pour quelqu'un, quand on voit qu'il y a un risque trop important ? L'équipe travaille alors sur ce que les chercheurs ont appelé « les jurisprudences pratiques », cela implique de la supervision, du temps, de remettre sans cesse sur la table le principe d'autonomie et de son évaluation. Les équipes sont tiraillées entre des listes de capacité et la définition basée sur une dynamique autoévaluée par les personnes elles-mêmes.

Le Chez-soi est un changement de paradigme : il doit s'effectuer à tous les niveaux, celui des directeurs d'établissement, des conseils d'administration, des élus, des politiques, de l'État.

● **Nathalie Latour** : Ce lien avec la recherche permet d'avoir des données, pratiques mais aussi conceptualisées, sur ce principe d'horizontalité et de pratique intégrée... Jean-François Krzyzaniak, vous vouliez évoquer la nécessité de ne pas attendre que la personne se conforme à ce qu'attend l'institution, mais à ses propres priorités. Que pouvez-vous nous dire de votre expérience ?

◆ **Jean-François Krzyzaniak** : Pendant longtemps, quand on se présentait à la porte d'une structure, on pouvait être ou ne pas être accepté, surtout si on refusait de faire une cure ou un sevrage. Cela ne me correspondait pas, c'était ce que la structure voulait mais pas ce que je voulais, même si j'ai compris par la suite les enjeux autour de l'équilibre du collectif. Les SIAO ont changé la donne. J'ai passé dix-neuf ans dans la rue, j'ai bien connu les deux pratiques. **Je me souviens d'une époque où, à l'entrée d'un CHRS, le travailleur social me présentait un éthylotest. En fonction de la quantité bue, je pouvais soit partager une chambre, soit rester dehors.** Le règlement c'est « pas d'alcool, point. »

Mais quand on en consomme sept bouteilles par jour, on ne va pas arrêter du jour au lendemain en entrant dans un CHRS ! Heureusement, une conseillère sociale et familiale a compris que je puisse avoir d'autres priorités à un moment donné de ma vie et nous avons abordé les choses du côté du vécu. L'addiction à l'alcool cachait d'autres problèmes pour moi, pendant longtemps on parlait de troubles comportementaux, alors qu'il s'agissait de troubles bipolaires. N'oublions pas que la rue peut devenir elle aussi une addiction. Si j'ai réussi mon parcours, c'est aussi qu'un jour un psychiatre et un psychologue ont accepté de travailler cette question avec moi. Puis finalement, je suis passé de 7 à 2 bouteilles, tout en développant une vie sociale, en construisant des choses, en m'exprimant en public comme je le fais devant vous aujourd'hui.

On doit changer de regard sur la personne. Elle est actrice de son projet, peut définir ses priorités et accepter qu'elles soient différentes de celles du travailleur social ou du médecin. Les pairs aidants sont aussi très importants dans les structures. Il n'y a pas un sachant et un apprenant, on est tous sachants et tous apprenants.

● **Nathalie Latour** : Guillaume Rasquin, l'inconditionnalité c'est ne pas attendre un comportement de la personne. Comment avez-vous travaillé dans votre région à partir du SIAO ?





◆ **Guillaume Rasquin** : Je gère un CAARUD qui propose l'hébergement d'urgence comme support à la réduction des risques. Le public accueilli a une double problématique : sans abri et consommateur de produits, il y a donc des conditions à l'accueil. Seuls quatre dispositifs de ce genre existent en France (trente places à Marseille et à Paris, onze à Lille et à Tourcoing).

Depuis 2001, nous avons accueilli de nombreuses personnes, qui doivent prendre rendez-vous par téléphone, qu'elles cherchent une mise à l'abri ou à rencontrer un professionnel. Nous avons voulu approfondir les questions d'inconditionnalité, en lien avec les acteurs du territoire, pour voir comment les usagers nous percevaient, ainsi que les autres structures et institutions.

Nous avons développé une consultation sociale pour l'accès aux droits, une consultation médicale pour fluidifier les parcours de soin, mais au bout de six ans d'expérience, nous nous sommes aperçus qu'il y avait une chronicité dans les situations rencontrées. Nous avons alors réfléchi au facteur central du changement possible, en demandant l'avis des usagers, et les compétences qu'on pouvait leur fournir. **La première compétence recherchée par les usagers, c'est la possibilité d'être accueillis, sécurisés physiquement et psychologiquement.**

Nous avons essayé de mettre en place des actions qui facilitent l'intégration des usagers. Je dis « intégration », qui renvoie à une propriété collective, alors que « l'insertion » renvoie à la capacité d'une personne à s'adapter. Travailler à l'intégration, c'était mobiliser les usagers, pour diagnostiquer leurs capacités à respecter des règles de fonctionnement,

leur motivation dans une stratégie de soins. **Nous étions très proches de la dynamique de réduction des risques, en accompagnant l'utilisateur vers un comportement le moins risqué possible, par rapport au produit, au mode de consommation, à l'environnement social.** Il s'agissait de lui permettre de modifier des rituels de vie, de consommation et d'interaction en société, en donnant du sens aux règles, non pas pour répondre à un comportement attendu mais pour être en phase avec l'objectif commun, le projet de vie global. Nous avons travaillé avec les travailleurs AHI sur le sens donné à une règle de fonctionnement, le sens donné à l'abstinence.

● **Nathalie Latour** : Vous avez aussi créé un triptyque entre l'addiction, l'accueil-hébergement-insertion et la psychiatrie. Quels points sont à renforcer, quelle est la perspective de cette expérimentation ?

◆ **Guillaume Rasquin** : Nous avons développé un maillage territorial autour de trois axes : l'accompagnement des professionnels, des institutions et des usagers. **Le paradoxe de l'usage de drogue et du travail social, c'est qu'on accueille des gens déviants par rapport à la loi, et il faut accompagner les professionnels dans ce paradoxe.**

Nous avons sensibilisé nos partenaires sur les différents produits, les modes de consommation, le cadre législatif et la réalité vécue par les usagers. Nous avons proposé une articulation spécialisée entre l'addictologie, l'AHI et la psychiatrie, pour définir à partir d'une situation vécue une stratégie commune.

Pour les institutions, c'est permettre des espaces de concertation partenariale en apportant une méthodologie d'intervention sortant de l'opérationnel. Pour les usagers, c'est mettre en place un accompagnement accessible et définir le projet : est-ce qu'on travaille sur la gestion des consommations, les modes de consommation, la façon de récupérer le matériel, le besoin de sevrage, la capacité d'évoluer au sein d'un collectif malgré la dépendance ? Il s'agit de proposer des choses de l'ordre de l'exception, car le standard met des conditions d'intégration et donc des

Nathalie Latour : Françoise Lefebvre, vous évoquez un changement majeur qui s'est opéré au CHRS Henri Durand, qui accueille des personnes très marginalisées, exclues de dispositifs d'hébergement. En 2011-2012, un déménagement a été l'élément déclencheur...

Françoise Lefebvre : C'est l'histoire d'un château dans la campagne qui accueille depuis les années 1950 des personnes en difficulté présentant une addiction ou non, exclues des autres structures. L'alcool étant interdit au château, les résidents s'alcoolisaient massivement au village avant de rentrer. Cela créait des tensions extrêmes entre résidents, entre résidents et salariés. Il y avait des violences verbales et physiques... Les équipes étaient démotivées, impuissantes, ne parlaient que de soins, il n'y avait pas de rencontre sur le sujet de l'addiction. Nous avons déménagé en ville en 2011, l'occasion de tout remettre à plat : on a décidé de ne plus interdire l'alcool. Cela a suscité des débats dans les équipes, mais ça a changé notre vie ! La rencontre autour de l'addiction a pu se faire. Les résidents qui pouvaient boire dans leur chambre ont été extrêmement respectueux des lieux, le groupe s'est autorégulé, la violence a disparu...

Nathalie Latour : Où en êtes-vous aujourd'hui ?

Christine Eriau : Le travail conduit par les équipes sur une manière de consommer autrement a d'abord été mené, il y a quelques années, sur les temps conviviaux au sein du CHRS tels que la fête de Noël. Là, les équipes éducatives gèrent l'alcool et expliquent l'importance de ne pas dépasser leur zone de confort pour éviter les comportements inadaptés qui pourraient être sanctionnés.

Le règlement de fonctionnement ayant évolué vers la possibilité pour les résidents de consommer de l'alcool dans leur chambre, une relation de confiance s'est construite progressivement avec l'équipe éducative. Beaucoup de résidents ne sont plus dans la fuite et parviennent à évoquer les événements les ayant conduits à l'addiction.

Depuis un an environ, nous invitons les résidents qui le souhaitent à stocker leur alcool dans un casier individuel afin qu'ils apprennent à réguler leurs consommations. Pour les résidents n'adhérant pas au système de casiers, nous portons une grande attention aux mises en danger, en allant notamment toquer aux portes.

La mise en place de ces actions et le projet de nouveaux outils nous a récemment conduits à faire le point et à formaliser notre action sous la forme d'un projet RDR qui comprend comme éléments complémentaires :

- Deux groupes de paroles. Le premier a pour vocation d'aider les personnes souffrant d'addictions à rompre l'isolement. Si les personnes souhaitent davantage s'investir dans une démarche de RDRD, il leur est proposé d'intégrer un deuxième groupe où un projet collectif est mené.
- Un formulaire RDRD permet de faire le diagnostic des consommations avant l'entrée de la personne au CHRS, mais aussi depuis son entrée ; il définit en outre le projet individuel de la personne en termes de RDRD ainsi que l'accompagnement qui en découle.
- Deux séjours de rupture par an sont mis en place pour les résidents qui se sentent prêts sur plusieurs jours à consommer autrement, en respectant les temps collectifs et des activités.
- Un coordinateur à mi-temps est en cours de recrutement pour favoriser le lien avec les partenaires du soin.

Nathalie Latour : Cette question de l'accompagnement des consommations traverse les deux secteurs : comment cela s'est-il passé dans votre CAARUD, Gilles Foucaud ?

Gilles Foucaud : Le centre Access à Montpellier est un accueil de jour autour d'un programme d'échange de seringues. Avant 2013, on ne pouvait pas y entrer avec de l'alcool. Cette situation était de plus en plus difficile à tenir, du fait de l'évolution des profils, des pratiques de polyconsommation, des publics accueillis. Nous n'avions pas de réponse cohérente à apporter, à part proposer des sevrages. L'accueil collectif représente une soixantaine de personnes, chaque matin de 9h à midi, 80 % de la file active n'a aucun hébergement, et on estime à 40 % le nombre de personnes ayant une problématique d'alcool.

Face à un sentiment d'impuissance et de souffrance par rapport aux consommations d'alcool qui mettaient à mal le cadre de cet accueil collectif, nous avons choisi de nous former à la réduction des risques en alcoologie. **Cela nous a permis de prendre conscience qu'il était possible d'accueillir de l'alcool en structure collective, voire que c'était le premier acte de reconnaissance des personnes accueillies en situation de dépendance avec l'alcool. Un acte non seulement possible, mais nécessaire : de tabou, l'alcool est devenu sujet d'échange, de travail, d'accompagnement.**

Nous avons sécurisé les consommations, avant de les accompagner en aidant l'usager à repérer sa zone de confort – quel niveau d'alcoolisation lui permet d'être en interaction positive avec les personnes qui l'entourent. Nous avons constaté une baisse très spectaculaire des événements indésirables (violence, exclusion, etc.), ce qui ne s'est jamais démenti depuis. **Ce n'est certainement pas le produit qui fait violence, mais bien l'interdit. La violence est avant tout du côté de l'institution, ce refus d'accueillir des personnes telles qu'elles sont.**

Nous avons une posture similaire en intervenant en milieu festif, dans les chill-out : nous y aménageons un espace d'accueil, mais ce n'est pas chez nous ! Nous n'avons pas les mêmes contraintes que dans une structure, pas de légitimité à interdire ou autoriser tel produit. Les usagers se restreignent en lien avec le cadre, on n'y voit pas de pratiques d'injection et dans le CAARUD, la consommation se fait sans affichage, ni provocation.



Cette autorégulation fait que nous n'avons pas besoin d'imposer un cadre prédéterminé, il se co-construit avec les usagers concernés. **Le seul critère important, c'est le comportement et le vivre-ensemble, la question du produit n'a aucun intérêt en elle-même.**

Nathalie Latour : C'est un changement de paradigme : la gestion des états de danger ou de violence, plus que du produit. Pascale Estecahandy, pour Un Chez-soi d'abord, quelle évolution des pratiques a été nécessaire ?



Pascale Estecahandy : On voit bien que l'introduction de la réduction des risques et du rétablissement dans les pratiques d'accompagnement social est un saut qualitatif majeur.

J'insisterai sur plusieurs points : d'abord la transparence, la communication entre l'ensemble des parties prenantes mais aussi les locataires. Dans le Chez-soi d'abord, on ne parle plus de prise en charge, mais d'accompagnement. C'est fondamental : accompagner, c'est être à côté de la personne. Il faut aussi être ouvert sur l'extérieur, la Cité, ne pas centrer tout sur ce qui se passe dans l'institution. Il y a des interactions permanentes, avec la police, la justice, la psychiatrie. La question de la multiréférence est aussi importante, c'est une question de dynamique. Comme l'éthique, ça se travaille, ça se retravaille, il faut y consacrer du temps, des espaces, le poser dans les projets d'établissement. Les Canadiens ont une expression intéressante : "le risque dans la dignité", et ça ne peut pas être posé une fois, c'est un processus en travail.

Rappelons tout de même qu'il y a urgence à intervenir : 10 % des personnes sont décédés dans le temps de l'accompagnement par le Chez-soi ce qui témoigne du fait qu'elles ont un état de santé très dégradé. Enfin, si on se place du point de vue économique, il vaut mieux être sur des alliances et des approches transversales que sur des approches en silo ou en concurrence, mais là encore ce n'est pas gagné : il faut convaincre les décideurs politiques et les gestionnaires



Nathalie Latour : Pour nos deux fédérations, il est important de voir que les pratiques bougent. C'est important de se positionner politiquement sur les réalités pour les personnes concernées. C'est ainsi que nous arriverons à faire changer le système, pour plus d'horizontalité. C'est un vrai défi, il faut que chacun des acteurs du système bouge.

Échanges avec la salle

Atelier 1

Et les personnes concernées ?

◆ Dominique Calonne

Membre du CRPA Hauts de France, intervenant social au collectif des SDF de Lille, Administrateur de la Fédération des acteurs de la solidarité

◆ Serge Paboeuf

Médiateur santé pair au CAARUD CSAPA, la Rose des vents, à St-Nazaire

◆ Mikaël Manchet

Modérateur et Vice-président de Psychoactif

● Animation : Martine Lacoste

Vice-présidente de la Fédération Addiction

● **Martine Lacoste** : Le thème de l'inconditionnalité est traversé à la fois par des concepts du secteur social et du secteur des addictions. Du côté du secteur social, trois mots importants sont apparus : c'est un droit, une éthique mais aussi des questions pragmatiques et concrètes. Du côté des addictions, ce concept d'inconditionnalité naît avec les pratiques de réduction des risques, « grâce » au sida. À l'époque, un grand nombre d'usagers, les plus exclus, les plus en danger, restaient à la porte de nos dispositifs parce qu'ils n'avaient pas de demande d'arrêt des usages. Nos dispositifs n'étaient pas en capacité de les accueillir avec ce principe d'inconditionnalité.

La réduction des risques a été un changement de paradigme: accueillons-les là où ils sont, et là où ils en sont. C'est ainsi que se sont ouvertes les « boutiques » en 1993, elles sont devenues les CAARUD, des lieux d'accueil inconditionnel qui pouvaient créer du lien, répondre aux besoins des usagers et prévenir les pathologies infectieuses. **Cet accueil inconditionnel implique que nous soyons dans le non-jugement, sur les usages ou les manières de consommer.** C'est une pratique difficile, qui nécessite en permanence de se réinterroger, parce que les usagers, les produits, les modes de consommation changent, et que nous devons sans cesse remettre de l'intelligence dans nos pratiques.

Nous avons la chance aujourd'hui d'accueillir trois personnes. Rappelons qu'il y a vingt ans, ce n'était pas la pratique d'accueillir la parole des usagers. Nous le devons aussi au sida : en 1984, Daniel Defert fonde Aides pour les malades et leur entourage, une association qui se place en interlocuteur des laboratoires, des pouvoirs publics, des spécialistes. Face à l'impossible soin, le pouvoir médical était battu en brèche et les patients sont devenus pour la première fois des partenaires de soins, une notion qui a fait culture.

En 1989, Act Up est créé ; en 1992, Asud, une association d'autosupport des usagers de drogues. Le temps du sida a permis de comprendre qu'on ne pouvait pas faire sans les usagers, ce que la loi de 2002 a inscrit dans le marbre. **La participation des personnes est indispensable pour bâtir des politiques publiques, elles sont incontournables sur leur propre expertise, mais aussi dans les pratiques qui les concernent.**

Beaucoup de chemin reste à faire, notamment sur les statuts des personnes concernées lorsque leur expertise est souhaitée. Ce statut doit passer par une reconnaissance métier de leur rôle et des attendus qui s'y attachent. Cet atelier va donner trois exemples tout à fait importants de parcours tout autant que d'engagements de nos trois invités.

Je laisse la parole à Dominique Calonne, qui a souhaité s'exprimer sur la question de l'alcool à partir de sa trajectoire.

◆ **Dominique Calonne** : Je suis une personne accompagnée, avec une trajectoire de rue. **Ce qui m'a frappé, c'est qu'aucun texte de loi n'interdit l'alcool dans les structures, seuls les règlements intérieurs le mentionnent.** Conséquence : les personnes ne pouvant pas boire, elles ingurgitent beaucoup d'alcool avant d'entrer. De là découlent les problèmes de violences. Si vous laissez la possibilité aux personnes de boire un verre en regardant la télévision en jouant au baby-foot, il ne va rien se passer. Pourquoi ne pourrait-on pas boire un verre en structure ?

Notre collectif des SDF de Lille fait des maraudes, pour entrer en contact avec les personnes dans la rue. Notre objectif premier n'est pas l'alcool, c'est le logement, directement, en lien avec des bailleurs privés et le soutien du Fonds de solidarité pour le logement (FSL). Pour les personnes relogées, la consommation diminue. De même si elles ont des occupations, des projets. Nous sommes partis camper avec quinze personnes, pendant huit jours : personne n'a été ivre. L'année précédente, nous étions allés au ski. Problème d'alcool : néant. **C'est très difficile de pousser la porte d'une structure, alors quand les personnes le font, essayez de les accueillir comme il faut.**

Nous travaillons directement avec les personnes à la rue, avec un stagiaire et des travailleurs sociaux. Nous accompagnons les personnes pendant trois à six mois ; ensuite elles peuvent devenir bénévoles, participer aux maraudes, à la vie de l'association. Cela permet de les sortir de l'isolement, car l'isolement est un retour à la rue presque sûr et certain.

Martine Lacoste : Qu'est-ce qui est efficient de votre point de vue ?

Dominique Calonne : Nous ne posons pas de question : si les gens ont envie de parler de leurs addictions, elles en parlent. Nous avons une permanence dans un parc le mercredi après-midi, où les personnes peuvent boire une bière, c'est tout. C'est plus simple de parler que derrière un bureau. S'il y a un bureau, il y a toujours une frontière.

Martine Lacoste : Ce que vous pointez là, c'est le besoin d'être en lien, qui constitue un début de reconnaissance. C'est une définition opérante de l'inconditionnalité. Pouvez-vous nous dire comment vous arrivez à faire entrer des personnes avec des minima sociaux dans le parc privé ?

Dominique Calonne : Nous essayons de trouver des logements décents, le travailleur social s'assure que les factures sont payées. En cas de problème, il rencontre la personne, trouve des solutions, un échancier. Les bailleurs privés nous font confiance, ils savent que les personnes sont suivies avec la garantie du Fonds de solidarité pour le logement. En cinq ans, nous avons procédé à 350 relogements. Nous avons aussi un partenariat avec les HLM, une personne vient expliquer les dossiers, les formalités etc., pour préparer l'accès au logement social.

Martine Lacoste : La dimension communautaire est déterminante dans ce projet, avec la possibilité d'être utile aux autres, fondatrice dans la capacité d'agir. Merci beaucoup pour votre intervention. Serge Paboeuf, vous êtes

médiateur santé pair en contrat depuis 2016 au CAARUD CSAPA la Rose des vents, à St-Nazaire. Avant ce contrat, vous étiez accueilli dans cette structure où le règlement interdit la consommation, même s'il y a des collecteurs de seringues, notamment dans les toilettes... et cela vous interroge.

Serge Paboeuf : Mon métier d'aujourd'hui, c'est trente ans d'addiction. J'ai été polyconsommateur, injecteur, consommateur d'alcool. En 2010, pour la première fois j'ai demandé de l'aide, j'avais 45 ans, je faisais 45 kilos, aujourd'hui j'en fais 100... Une addictologue de l'hôpital m'a obligé à aller au CAARUD de la Rose des Vents, chercher mon cachet de Subutex le matin pour ne pas l'injecter. J'ai tout arrêté en même temps : drogue, alcool et tabac.

En 2014, la directrice du CAARUD m'a proposé une formation mixte usager-professionnel, pour mettre en place un projet commun. J'ai animé un atelier informatique à titre bénévole, une matinée par semaine. En 2015, j'ai assisté à des réunions sur la RDR, avec les usagers et les professionnels. Nous avons mis en place un atelier mensuel sur la RDR liée à l'injection, qui existe toujours, écrit une charte de

l'usager relais. Et j'ai commencé à faire de l'accueil une fois par semaine. Je passais près de vingt heures par semaine au CAARUD en tant que bénévole.

En octobre 2016, nous avons annoncé à l'équipe que j'allais être embauché en tant que médiateur santé pair. Ça a pris du temps, un certain nombre de professionnels étaient réticents, certains m'avaient suivi, m'avaient vu dans un sale état...



Depuis, je fais de l'accueil tous les matins, et deux après-midi par semaine, je donne des cours d'informatique, ou j'anime des ateliers liés à l'injection, ou je suis disponible pour des rendez-vous avec les usagers. L'accueil collectif, sans rendez-vous, voit entre quinze et trente personnes, pendant deux heures. J'oriente les gens, je suis disponible pour parler, et pour la distribution du matériel (seringue, filtres, pipes à crack), ce qui peut donner lieu à discussion. L'alcool n'est pas autorisé. Ce n'est pas rare que les gens boivent plusieurs bières à côté, parce qu'ils savent qu'ils vont rester quelques heures au CAARUD.

Ça me pose problème : il faudrait s'adapter, réfléchir, certains CAARUD acceptent l'alcool, et nous réfléchissons à l'accueil bistrotier. Cela a fonctionné pour l'injection : certains s'injectent dans les toilettes, il y a des containers à disposition, les professionnels ferment les yeux. Je préfère qu'ils fassent ça ici que dans des toilettes publiques crasseuses. Je ne dis pas que c'est bien, mais il est grand temps de réfléchir à l'autorisation des consommations, notamment de l'alcool, dans nos structures.

En tant qu'usager, j'apporte une expérience différente. Les usagers ont peur du professionnel, peur de se livrer. Avec moi, ils n'hésitent pas, les barrières tombent. Mon rôle est d'essayer de trouver le petit truc pour les orienter vers le psychologue, le médecin ou l'éducatrice...

Les professionnels viennent aussi me voir quand ils ont un problème avec les usagers. Ceux qui ont été le plus réticents au départ sont ceux qui me sollicitent le plus aujourd'hui : les médecins, les psychiatres.

Faire du bénévolat a participé à mon propre rétablissement, un combat de tous les jours. J'ai envie de faire ce métier, d'aider les autres, mais je sais que ce n'est pas possible pour tout le monde.

Martine Lacoste : On pose souvent cette question aux intervenants en réduction des risques : plus on accompagne les consommations, moins on accompagnerait vers un projet. Le fait d'accepter et d'accompagner les consommations à moindre risque serait-il au fond enfermer les gens dans un statut de consommateur ?

Serge Paboef : En tant qu'abstinent, je suis un exemple pour les personnes qui veulent arrêter, mais il y a des gens qui n'arrêteront jamais. Il faut l'accepter, accueillir tout le monde. Parfois il faut attendre, moi j'ai dû attendre de toucher le fond ; pour certains, c'est la mort.

Martine Lacoste : Merci Serge Paboef. Sur cette question de la gestion de l'usage, l'association Psychoactif a un forum pour les usagers d'alcool. Mikaël Manchet, vous voulez témoigner de cette question des freins à l'idée de s'en sortir.

Mikaël Manchet : Je suis usager actif depuis vingt-deux ans, je ne partage pas l'idée selon laquelle la longévité aggrave les problèmes. Je me sens beaucoup mieux aujourd'hui qu'il y a dix-quinze ans.

Je me suis retrouvé à la rue à 18 ans, je consommais des stupéfiants, j'avais des problèmes avec la justice, je me battais beaucoup. Mes parents m'ont mis dehors et à l'époque, ça m'arrangeait bien. Dans la rue, je n'ai jamais vu un travailleur social, et j'aurai refusé qu'il vienne me parler...

Je ne connaissais pas du tout le réseau des CAARUD, CSAPA. Un ami m'a parlé d'une boutique Émergence, où on pouvait entrer, consommer, avec son chien. J'aimais bien le concept : je pouvais me déchirer la gueule, mon chien pouvait dormir, c'était sympa, mais ça ne donnait pas envie d'arrêter...

Le CAARUD distribuait des seringues, en un mois j'en avais distribué plus qu'eux pendant toute une année, mais je n'avais pas de discours adapté, puisque je n'ai jamais injecté. Je voulais me former, mais j'étais à la rue, avec un Bac comptabilité... J'ai rencontré une femme, j'ai fait une cure, je me suis débarrassé de mon chien. J'étais d'accord pour tout arrêter sauf l'alcool et le cannabis.

Après la cure, j'ai fait une grosse dépression. Je travaillais à Nantes, je m'ennuyais comme un rat mort, et j'ai consommé de l'alcool comme jamais. Je suis revenu en région parisienne et au CAARUD Émergence, quelqu'un m'a parlé du forum d'Asud. Assez rapidement, je suis entré dans l'équipe de modération, mais au bout d'un certain temps, nous avons voulu nous émanciper, et on a créé l'association Psychoactif.

J'ai trouvé un emploi pour l'association Safe pour mettre en place la RDR à distance, j'ai suivi un diplôme d'études supérieures d'université de prévention des conduites à risques, je travaille au CSAPA du Trait d'union à Boulogne. L'intérêt du forum¹, c'est qu'on peut tout dire, une parole franche, libérée, sans jugement. On n'exclut personne, ce qui n'est pas le cas des structures...

Psychoactif me permet d'intervenir dans de nombreux colloques. Récemment, j'ai représenté les usagers auprès du Syndicat de la magistrature, j'avais l'impression de marcher

1. www.psychoactif.org

pieds nus dans un champ de cactus. Mais les juges étaient très impressionnés, qu'en tant qu'utilisateur actif, je vienne leur parler. Ils m'ont dit qu'ils essaieraient d'éviter les obligations de soins, au profit des aménagements de peine. Le syndicat ne représente que 2 % des juges, mais grain de sable par grain de sable, on finira par créer un tsunami.

 **Martine Lacoste** : La question de la RDR d'alcool doit faire tilt... Nous avons appris dans le dispositif de soins à accompagner des consommateurs de substances psychoactives illicites. On sait vivre avec depuis 1994, mais pas avec les consommateurs de produits licites... Comment accompagner les personnes qui ont besoin de l'alcool pour être moins mal, dans leur zone de confort ? Nous induisons très probablement des comportements violents, le manque crée quelque chose de l'ordre de la discordance, de la pulsion.

Encore du travail à mettre en chantier et ce sera ma conclusion. Toutefois, je suis très intéressée d'entendre une dernière proposition de nos trois invités en vous invitant tous à les remercier chaleureusement.

 **Dominique Calonne** : Écoutez-nous un peu plus, ça marchera mieux. Nous avons une "expérience"... **N'accueillez pas les problèmes, mais les êtres humains.**

 **Serge Paboeuf** : Nous semons de petites graines, j'interviens en formation auprès d'infirmiers dans les urgences, je me permets de dire des choses. Nous tous, nous pouvons semer des graines à l'extérieur...

 **Mikaël Manchet** : **Écoutons les usagers pour que les pratiques évoluent, c'est une nécessité.** Évitez aussi de demander des projets à long ou à moyen terme, notre seul projet c'est de vivre. Quand on est à la rue, on se demande comment on va faire pour vivre jusqu'au lendemain matin.

Échanges avec la salle

Atelier 2

Accès à l'emploi et au logement : soigner ou insérer ?

◆ Yohannis Jugel

Éducateur spécialisé, association ARI Azaïs (33)

◆ Jean-Hugues Morales

Délégué national Tapaj France « Travail alternatif payé à la journée » (33)

● Animation : Catherine Delorme

Administratrice de la Fédération Addiction

Catherine Delorme : Entre soigner et insérer faut-il choisir ?

Il est important de remettre en question le modèle en escalier qui postule qu'un individu peut accéder à un logement lorsque ses difficultés de santé sont résolues, quels que soient son degré d'autonomie ou les compétences qu'il a mobilisées pour pallier ces difficultés. Nous pouvons aussi interroger le modèle de la pyramide de Maslow, dite pyramide des besoins, appelée encore théorie de la motivation. Maslow a identifié cinq besoins hiérarchisés pour l'être humain : les besoins physiologiques (sommeil, nourriture) ; la sécurité, tout ce qui relève d'un environnement stable ; l'appartenance et l'amour ; l'estime de soi et l'accomplissement de soi aux plans sportif, culturel et professionnel. Cette théorie n'a pas été vérifiée par manque de données scientifiques, mais elle a dominé un certain nombre de nos pratiques, puisque nous avons hiérarchisé la réponse aux besoins dans nos accompagnements, sans véritable consensus sur le sujet.

Pour les uns, l'accès à l'insertion professionnelle ne peut se réaliser qu'une fois la personne soignée, un dogme qui se justifie par la situation de dépendance aux substances ou à d'autres objets et par le phénomène dit de centration, le fait que l'individu vit toute expérience par le prisme de son produit, ce qui entraînerait l'échec de toute autre expérience, notamment celle du travail. Pour d'autres, l'insertion professionnelle serait un élément motivant l'adhésion aux soins. Une vision qui conduit à travailler la distanciation avec le produit ou le comportement, en prônant la recherche d'autres sujets d'investissement, parmi lesquels le travail.

Aucune de ces approches, pensée dans un déroulement linéaire, ne s'est révélée satisfaisante, nous obligeant à modifier les figures du triangle, ou de la ligne, pour penser en cercle, propice à une approche intégrée.

Le modèle intégré nous permet de qualifier les approches qui comprennent les éléments nécessaires à un accompagnement global, pour prendre en compte la complexité et la singularité des situations. Une complexité liée à la diversité des situations humaines, et à l'évolution des politiques et des pratiques de soins, où soigner n'est plus synonyme d'une guérison mais plutôt de prendre soin.

Les intervenants de cette table ronde vont parler des initiatives qu'ils portent, Yohannis Jugel, éducateur spécialisé, de l'association ARI Azaïs évoquera le dispositif Oïkéo, qui signifie habiter en grec, qui parie sur l'entrée dans le logement comme point de départ et non aboutissement d'un accompagnement de personnes en errance, souffrant de troubles psychiatriques.

Les objectifs sont assez comparables à Un Chez-soi d'abord, Oïkéo est l'heureux lauréat 2016 du trophée délivré par le magazine *Directions*, dans la catégorie « adaptation de l'offre aux nouveaux besoins et aux attentes des usagers ».

Ensuite Jean-Hugues Morales, délégué national Tapaj France « Travail alternatif payé à la journée » nous présentera ce programme de RDR, qui vérifie l'intérêt d'une approche intégrée. Tapaj est un programme qui permet aux jeunes de 18 à 25 ans en très grande précarité d'être rémunérés en fin de journée pour une activité qui ne nécessite pas de qualification ou d'expérience professionnelle particulière.

◆ **Yohannis Jugel** : Notre dispositif est très proche d'Un Chez-soi d'abord, je présenterais donc les différences par rapport à ce programme. Notre équipe pluridisciplinaire (dix travailleurs sociaux et infirmiers) accompagne soixante personnes vers le logement. Il n'y a pas de personnel médical, ni de psychiatre à l'intérieur du dispositif. **Nous avons pu intégrer des personnes sans diagnostic établi de bipolarité ou de schizophrénie, un public plus large que celui d'Un Chez-soi, qui comprend aussi des personnes plus jeunes et plus proches de l'emploi. Il se trouve que ça fonctionne aussi et je souhaite que cela puisse se développer pour d'autres publics.**

Nous n'avons pas non plus de médiateur pair, qui est une obligation des sites expérimentaux d'Un Chez-soi, et qui figure dans le cadre du déploiement. Cela n'a pas été une priorité pour nous, même si nous avons eu des retours très positifs sur les médiateurs pairs.

Le SIAO oriente les personnes, qui savent que le dispositif comprend à la fois logement et accompagnement. Nous ne sommes pas une agence locative. La majeure partie du public est en situation de grande précarité. Il y a trois règles dans le logement : respect du voisinage, paiement du loyer, entretien du logement. **Le postulat de départ, c'est que c'est la personne qui choisit son projet : le soin si elle en a envie, la vie quotidienne dans le logement, etc.** Ce projet peut évoluer selon la durée de l'accompagnement, qui est de deux à cinq ans. L'accompagnement est individualisé, selon les besoins, avec une à trois visites par semaine.

Accéder à un logement privé quand on est au RSA, à Bordeaux, Paris ou d'autres métropoles, c'est assez compliqué. Il faut créer un lien avec les bailleurs sociaux et le parc privé. En cas de relogement dans le parc public s'il y a un refus de glissement de bail, cela oblige à refaire tout le travail avec le quartier, le voisinage, le médecin, les infirmiers libéraux... L'objectif, comme pour Un Chez-soi, c'est de mobiliser les compétences du territoire. Il faut que les personnes arrivent à se débrouiller sans nous...

Nous notons peu de problèmes de non-paiement des loyers, et nous sommes très vigilants à rétablir la situation de paiement. La plupart du temps, hormis les personnes avec troubles de la persécution sévère, le non-paiement de loyer est accompagné d'une période de crise.

La question du voisinage est plus difficile, nous ne sommes pas présents 24H/24 et rappelons aux voisins de contacter les services de police si cela est nécessaire. La solitude est un autre problème avec les décompensations possibles. Parfois les personnes n'arrivent pas à la dépasser et retournent à la rue. Sans compter que les troubles de la persécution viennent impacter la relation de voisinage, la vie dans le logement.

Nos résultats sont proches de ceux d'Un Chez-soi, y compris en termes de décès, de glissement de bail.

Un Chez-soi, au-delà du bien-être des personnes, coûte moins cher à la société et en particulier réduit le nombre d'hospitalisations. Une personne à la rue coûte plus cher qu'une personne relogée, une des raisons pour lesquelles les institutions veulent le pérenniser. Je pense que nous pourrions nous conformer aux règles de la future mise en place du Chez-soi, même si nous espérons disposer d'une petite marge de manœuvre pour assouplir le dispositif, notamment autour de l'intégration des SIAO. La question du diagnostic médical sera la chose la plus compliquée pour nous...



Jean-Hugues Morales : Je suis éducateur spécialisé de formation initiale, sociologue ensuite. Tapaj, c'est d'abord et avant tout le constat d'un échec d'éducateurs de rue pour trouver une issue alternative aux chantiers d'insertion. Ce dispositif pensé dans les années 1970 et 1980 ne pouvait pas anticiper le phénomène des jeunes en errance, et ne peut pas répondre à tous les publics.

Tapaj, c'est un travail alternatif à la manche, payé à la journée en chèque échangeable en liquide dans n'importe quel guichet de poste. En 2008, nous avons tenté une première mise en place, mais le Code du travail n'admet pas le paiement à la journée en France. Nous avons insisté pour trouver une réponse pragmatique, pour un public à des années lumières de la contractualisation en ateliers ou chantier d'insertion.

Il s'agit de jeunes en errance de 18 à 25 ans, ce qui correspond au no man's land des réponses structurées d'accompagnement des publics en France. Tapaj débute par un travail de rue, une pratique ancrée sur la rencontre et l'apprivoisement de l'autre qui est central, en lien avec d'autres structures qui nous approchent parfois (missions locales, club de prévention). Nous proposons simplement au jeune de mobiliser sa force de travail pendant quatre heures, payées 40 € à la fin de la journée, l'équivalent d'une journée de manche. Tapaj, c'est ça et rien d'autre, on ne change pas la vision du jeune. On sait tous que la rue explose les temporalités, que quelques années de rue restreignent à une urgence du quotidien, répétée d'un jour à l'autre. Potentiellement, si la personne veut revenir travailler avec nous la semaine suivante, elle peut de nouveau toucher 40 €.

Bien sûr, il y a un contrat de travail, mais Tapaj ne sera jamais un outil d'insertion professionnelle, c'est juste un nouveau levier pour mobiliser nos publics, un outil de réduction des risques, y compris sociaux. C'est un dispositif extrêmement bas-seuil. L'idée, c'est de créer une accoutumance, que le public se rende compte qu'il peut trouver une aide (une infirmière par ex.) au CAARUD, et engager progressivement des choses.

S'il existe une volonté de changement, une envie de gagner plus d'argent, on passe en phase 2 avec un engagement réciproque : une augmentation du volume horaire, avec une mise à plat de la situation médico-psycho-sociale. C'est le deal. **On utilise le levier de l'employabilité pour créer de nouvelles portes d'entrée vers le soin.**

On travaille sur la capacité à répéter un travail d'un jour à l'autre, la capacité à s'intégrer dans un groupe, avec un programme adossé à un centre de soin qui offre tout le spectre médico-psycho-social, pour éviter l'errance administrative qui crée de nombreuses frictions.

Le modèle économique de Tapaj est très particulier : nous travaillons en partenariat avec de grandes entreprises françaises, SNCF, Vinci, le groupe Auchan, qui mettent à disposition des chantiers de travail. Cela nous permet d'avoir des budgets prévisionnels et d'offrir autre chose aux jeunes que le CAP petite enfance ou l'accréditation de cariste.

Les dynamiques d'investissement sont très différentes : certains disent qu'ils ne sont bien qu'en groupe, à l'extérieur et ne veulent pas croiser un adulte, le chantier de basse exigence à l'extérieur leur convient très bien. **Nous respectons ces choix : il s'agit de positionner le parcours selon la volonté de chacun.**

En phase 2, les chantiers sont plus revalorisants, des groupes de trois ou quatre jeunes travaillent à l'aménagement paysager, aux chantiers de ravalement. Petit à petit, on peut passer en phase 3, en partenariat avec des associations pour remobiliser vers des chantiers d'insertion. C'était l'idée initiale, mais aujourd'hui les parcours sont multiples ! Nous recensons chaque année 45 % de sortie positive vers l'emploi, selon une évaluation de la Direccte¹ : un tiers seulement sont des sorties vers les chantiers d'insertion, un autre tiers vers des CDD, fournis par les entreprises avec lesquelles nous travaillons, le dernier

tiers est constitué de jeunes qui se remobilisent par rapport à un projet de formation initiale.

Enfin, par les contacts qu'il génère avec la population « générale », Tapaj nous permet de travailler la déconstruction des représentations réciproques, ces jeunes ne sont plus perçus comme des « traîne-savates », mais comme des jeunes volontaires, capables de faire évoluer leurs parcours de vie. Ainsi, Tapaj a donné lieu à des échanges entre jeunes et riverains. Nous avons pu mesurer avec satisfaction leur capacité à expliquer le projet, et la revalorisation de l'espace public partagé que cela entraînait.

Ces résultats ont été repérés par la Mildeca, fin 2014, qui a placé Tapaj dans les actions prioritaires du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Nous avons été portés par la Fédération Addiction pour pouvoir expérimenter sur dix sites pilotes en 2015-2016. En juin 2016, nous avons constitué une tête de réseau pour harmoniser et construire les choses.

Aujourd'hui, dix-huit villes portent le dispositif en France, ce qui pose énormément de questions sur le changement d'échelle, la réappropriation sur les territoires. Il faut s'adapter à la taille des villes, ciseler l'outil à chaque fois.



1. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

Récemment, la Dihal a rejoint le comité de pilotage national Tapaj, les dispositifs présentant des similarités dans la philosophie – logement et emploi étant deux facteurs complémentaires d'insertion.

Les acteurs savent expérimenter des actions innovantes, mais lorsqu'elles passent au stade de bonnes pratiques modélisées, elles doivent être pérennisées par les pouvoirs publics quand elles sont repérées comme pertinentes. Nous avons la chance d'avoir le soutien du président de la Mildeca, qui a accepté de financer une évaluation transcontinentale du programme Tapaj Montréal et du programme Tapaj France. Les universités de Sherbrooke et de Franche-Comté vont évaluer pendant deux ans Tapaj, avec d'autres indicateurs que les sorties positives vers l'emploi (hébergement, logement, portes d'entrée dans le soin, etc.). S'agit-il de politiques innovantes ou de changements de paradigme ? Nous devons nous remobiliser et créer des ponts pour pouvoir échanger avec les politiques publiques ou exercer une pression pour stabiliser les choses.

Échanges avec la salle

Atelier 3

Héberger ou consommer ?

Éric Lemercier

Chargé de mission Santé, SIAO 93, association Interlogement 93

Souleymane Ba

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

Gilles Rozsypal

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

Maxence Thomas

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

Animation : Gaëlle Tellier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

Gilles Rozsypal : En 2015, au moment de réactualiser le projet d'établissement du Centre thérapeutique résidentiel², nous avons réalisé un état des lieux, consulté partenaires et personnes accompagnées sur leurs représentations, leurs attentes et les freins à l'accès au dispositif résidentiel. Les retours évoquaient un seuil d'exigence inadapté, un cadre trop contraignant, générant des exclusions ou induisant des difficultés à se maintenir dans les centres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Échanges avec la salle

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

Atelier 4

La rue, le domicile : une inconditionnalité facilitée ?

◆ **Andrés Andrade**
Moniteur éducateur, CAARUD Adissa (27)

◆ **Dr Abdon Goudjo**
Directeur du pôle Médical et soins, Samusocial de Paris (75)

◆ **Frédérique Lachaize**
Éducatrice spécialisée, Service d'accompagnement et de réinsertion sociale, Association le Pont (71)

● **Animation : Jean-Marc Antoine**
Administrateur de la Fédération des acteurs de la solidarité

● **Jean-Marc Antoine** : Bonjour à tous. Nous aimerions aujourd'hui questionner l'inconditionnalité de l'accompagnement à l'extérieur des dispositifs : est-elle plus facile à mettre en œuvre à la rue ou au domicile des personnes, plutôt qu'en structures d'hébergement ou en logement adapté ? Comment aller vers les personnes qui consomment ? Comment parvenir à les orienter, tout en respectant leurs souhaits ?

Directeur du pôle habitat à l'association Aurore jusqu'en 2013, j'ai ouvert en 2012 le programme Un Chez-soi d'abord sur Paris. Je représente notre Fédération au Conseil national de santé mentale créé par Marisol Touraine le 10 octobre 2016. Je voudrais attirer votre attention sur des démarches communes de la Fédération addiction et de la Fédération des acteurs de la solidarité. Nous sommes membres du consensus de Blois, dont le thème initial était « 2017 : quels défis pour la santé mentale » qui s'est tenu le 10 novembre 2016 à l'initiative de l'Uniopss, de l'Adesm et de Santé mentale France qui a priorisé les droits des personnes accompagnées.

Au-delà de décisions politiques indispensables, la mise en œuvre de programmes expérimentaux se heurte à des difficultés qui sont dues à des lenteurs bureaucratiques et des résistances aux changements de toutes parts, lorsqu'il s'agit d'inverser les logiques qui priorisent les besoins des personnes accompagnées en regard des institutions.

Sortir de la rue pour un logement est difficile à réaliser. Il est nécessaire de surmonter des difficultés, associatives, administratives, économiques et psychologiques vis-à-vis de l'identité sociale, avec ce qu'elles sont comme revendications, quêtes.

L'identité est la chose la plus difficile à travailler, le témoignage de Jean-François Krzyzaniak en est la preuve. Ne nous a-t-il pas affirmé son addiction à la rue avec ses allers/retours pendant quinze ans ?

Trois interventions vont nous aider à appréhender ces résistances aux changements et leurs passages par des transformations d'approches qui nécessitent du temps en regard des droits des personnes.

◆ **Andrés Andrade** : Le CAARUD Adissa, filialisé par le groupe SOS, est membre des deux fédérations. Évreux est une petite ville de 50 000 habitants, extrêmement sinistrée, avec un énorme clivage entre les quartiers, la moitié de la population vit dans des quartiers très défavorisés (La Madeleine et Netreville).

Notre CAARUD a vécu une grosse crise institutionnelle : la majorité de l'équipe est partie, avant la reprise par le Groupe SOS. Il est en centre-ville et les habitants n'y viennent pas. Nous faisons donc des maraudes, pour remplir les missions d'aller vers des CAARUD, en partenariat avec la maraude départementale. Nous avons fait de la pédagogie pour expliquer le concept de réduction des risques, qui n'est pas encore une évidence pour tout le secteur social et médicosocial.

Il y a des avantages à ce travail en partenariat, quelques soucis liés à la confidentialité cependant, certains usagers ne veulent pas être identifiés comme fréquentant notre structure. En ce qui concerne l'accueil inconditionnel, on ne fait pas mieux que la rue, mais est-ce vraiment de l'accueil ? **Vous connaissez le cliché : « ce n'est pas nous qui les accueillons, c'est eux qui nous accueillent », c'est une réalité : dans la rue, les personnes sont sur leur lieu de vie et de consommation. Quand on s'invite dans ce contexte-là, l'inconditionnalité des consommations est une évidence.**

Dans la rue, on rencontre les invisibles, ces personnes qui ne sont vues par aucune association, ni structure sociale ou médicosociale, complètement désinsérées, qui n'ont plus de CMU, plus de RSA, qui n'en veulent pas parfois. Avec les maraudes, on rencontre des gens, mais se pose tout de suite la question d'une éventuelle continuité de l'accompagnement.

Quand on arrive à créer une relation avec des personnes qui ont des problématiques sociales, psychiatriques ou d'addiction, si les structures d'hébergement ou d'accompagnement ne jouent pas le jeu, l'inconditionnalité a ses limites. C'est un vrai problème : ces personnes ont des spécificités, elles peuvent avoir une demande de logement et se retrouver exclues, car elles sont hors cadre. Il faudrait homogénéiser nos pratiques.

Notre CAARUD est en train de s'ouvrir à la consommation d'alcool sur place.

 **Dr Abdou Goudjo** : Le Samusocial de Paris n'est pas une ONG, c'est un groupement d'intérêt public. Le Samusocial de Paris a plusieurs missions :

La direction du pôle Régulation (115 Paris et SIAO urgence) et la direction du pôle Hébergement et Réservation hôtelière ont une activité énorme. Nous assurons près de 34 000 nuitées hôtelières par jour, pour environ 36 000 nuitées dans toute l'Île-de-France. Ainsi, de nombreuses familles, femmes seules et femmes enceintes sont hébergées à l'hôtel. Les laisser à la rue est dangereux, même si nous n'arrivons pas à répondre à beaucoup de demandes.

Dans une autre direction (le pôle Hébergement Logement), nous avons une pension de famille, dans laquelle les gens sont chez eux et ont le droit d'avoir accès aux boissons. Nous ne l'interdisons pas, mais se pose la question de la responsabilité sociale du Samusocial de Paris dans son ensemble.

Ce pôle coordonne aussi nos centres d'hébergement d'urgence. Un de nos centres, celui de Romain Rolland, a une partie stabilisation. Nous nous posons la question de la place de l'alcool dans un CHU à forte rotation qui a une mission de stabilisation. Au CHU Popincourt dans le 11^e à Paris, nous avons démarré il y a neuf mois une expérience de tolérance de l'alcool, qui a bouleversé l'ensemble des équipes. Il y a des hauts et des bas, mais l'alcool est là.

Une autre mission de cette direction est de faire vivre un Espace de Solidarité insertion (ESI) médicalisé, structure ouverte d'accueil de jour situé dans un hospice porte de Vincennes / Saint-Mandé, qui reçoit tous les jours entre 90 et 150 personnes, parfois orientées par la maraude de la RATP. C'est intéressant de travailler en partenariat, le recueil social nous amène des personnes en difficulté, qui viennent se poser telles quelles, avec un corps souffrant, abîmé, cherchant un point de pause, d'hygiène corporelle.

Dans cet ESI médicalisé, l'alcool est interdit ; mais certaines des personnes s'y présentant, s'alcoolisaient fortement à la porte, et parfois tellement qu'on ne pouvait pas à les accueillir sur le site. Nous avons offert un bouquet de services : un accueil, par des animateurs et des travailleurs sociaux, des soins dentaires, une consultation médicale pour ceux qui le

souhaitent. Celle-ci est volontairement lente pour prendre le temps. Ce temps de respect des personnes dans le soin permet d'assurer cinq à sept consultations dans une après-midi. Ces consultations peuvent ne pas paraître « efficaces », mais elles s'avèrent efficaces d'un point de vue santé publique.

De manière transversale avec l'ensemble des autres directions du Samusocial de Paris, la direction du Pôle médical et soins, héberge et soigne. Nous avons 170 lits halte de soins de santé (LHSS) et 25 lits d'accueil médicalisés (LAM). La prise en compte de l'alcool y est complexe, entre interdiction et soins...

Cette direction développe depuis octobre 2015, une mission migrants, dans laquelle nous avons la charge de deux pôles santé sur chacun des deux sites de premier accueil de migrants de Paris : l'un, porte de la Chapelle, avec un pôle santé séparé des lieux d'hébergement et d'accueil. On n'imaginait pas qu'il y aurait des problèmes d'alcoolisation ou de produits, or la rue déclenche *in situ* des problèmes d'alcoolisation : ces migrants qui peut-être ne buvaient pas, boivent chez nous. L'autre pôle santé est au CHUM d'Ivry qui accueille des femmes seules, des couples et des familles.

Nous sommes aujourd'hui au Samusocial devant une responsabilité face à l'alcool. Nous avons commencé une réflexion sur les addictions et l'alcool, avec les travailleurs sociaux, animateurs, soignants et médecins. Trois groupes ont réfléchi à cette problématique : i) l'un sur nos représentations face à l'alcool, ii) l'autre sur les pratiques professionnelles de nos structures – dissonantes – iii) et le dernier sur la réduction des risques alcool au sein du Samusocial. Le travail est en cours. Le plus difficile a été de mettre en place un « comité de pilotage alcool » qui s'est réuni la semaine dernière. Nous avons fait ce travail avec les usagers en organisant des conseils de la vie sociale. Nous espérons les intégrer à terme au comité de pilotage. Nous n'y sommes pas encore.

Pour accompagner ce travail sur les addictions, nous allons intégrer prochainement dans nos équipes un médecin-psychiatre addictologue et renforcer nos partenariats avec l'ANPAA, les CSAPA et les CAARUD, les équipes mobiles psychiatrie précarité et les Centres médico-psychologiques.

Frédérique Lachaize : Je suis éducatrice spécialisée au service d'accompagnement et de réinsertion sociale (SARS) de l'association Le Pont au sud de la Bourgogne, qui dispose de plusieurs antennes sur le département. Je travaille seule à celle de Paray-le-Monial. Le territoire est composé de 129 communes, qui correspondent à 90 000 habitants, la plus grande ville en compte moins de 10 000... C'est un milieu très rural avec une population vieillissante, un habitant sur huit a plus de 75 ans, mon service intervient sur cinq communautés de communes, dans les villes, mais aussi les villages et les hameaux.

Notre territoire est marqué par une désertification médicale massive, un grand manque de mobilité pour accéder aux soins. Il y a un CSAPA à Paray-le-Monial, les permanences dans les services sociaux diminuent pour manque de rentabilité, il est question de fermer certaines maisons départementales des solidarités. Il n'y a pas d'équipe mobile précarité psychiatrie. Il y a cependant un conseil local de santé mentale, très actif, qui réunit les partenaires et travaille toutes les questions de santé mentale et des addictions.

En 2016, j'ai effectué 61 accompagnements, ce qui représente à peu près 93 personnes, dont 72 adultes et 21 enfants. J'ai une vingtaine d'accompagnement en file active, une voiture de service pour sillonner le département. Les orientations viennent principalement des assistantes sociales et du SIAO, et des personnes elles-mêmes, nous sommes bien repérés sur le territoire.

Ce service est mobile, je défends la démarche d'aller vers, une démarche qui se raréfie. Le problème de l'alcool est rarement formulé, je ne suis pas sollicitée pour cette raison mais plutôt pour des problèmes de logement. Ma porte d'entrée, c'est le logement (squat, caravane, maison, propriétaires occupants qui se retrouvent dans des conditions insalubres ou rudimentaires). C'est un travail global : logement, santé, budget, appropriation du logement, problèmes de mobilité, etc.

J'ai choisi de parler d'un cas : M. X 58 ans, père de quatre enfants, divorcé depuis trois ans. Il était propriétaire d'une maison avec sa femme. Licencié suite à une délocalisation, chef d'équipe dans une entreprise de métallerie, il a échoué à trouver un nouvel emploi. Il s'est retrouvé en arrêt maladie, aujourd'hui il est en invalidité et bénéficie d'une pension de 1280.

Il a commencé à boire à l'armée, quand il se marie l'alcool est festif : le week-end avec les amis. Progressivement en sortant du travail, il va au café avec des collègues, puis il boit en attendant que sa femme rentre du travail. En 1997, son permis est annulé, suite à ces problèmes d'alcool.

À son divorce, il part vivre dans une maison isolée à la campagne. Je l'ai rencontré en 2016 à son domicile avec l'assistante sociale de secteur, à la sortie d'une hospitalisation en clinique psychiatrique. Je lui rends visite une fois par semaine et je suis inquiète, car son alcoolisation est massive : il se lève du canapé le matin pour acheter de l'alcool au magasin et passe la journée à boire. Nous mettons en place avec son accord un passage infirmier

pour les médicaments et une aide-ménagère. Il accepte de voir un médecin, qui l'hospitalise sur-le-champ, il réalise un sevrage et est orienté vers un service de soins de suite, où il reste trois mois. Le médecin ne préconise pas un retour à domicile, ses facultés cognitives ont été atteintes, se pose la



question de sa vie en autonomie. Le médecin propose un Ehpad, une dérogation d'âge a été accordée, c'est une solution temporaire. Il se réalcoolise à l'Ehpad de façon ponctuelle et plus ou moins maîtrisée, je lui rends visite régulièrement.

J'ai identifié une résidence logement pour personnes âgées avec des activités et repas collectifs, à Paray-le-Monial. Il a engagé un suivi au CSAPA de Paray-le-Monial. Il a eu des périodes d'abstinence, mais aujourd'hui, il est en période dépressive, avec une alcoolisation forte. Il se rend compte qu'il a 59 ans, qu'il est seul, il n'a plus goût à rien. Comment faire pour essayer de redonner du sens à la vie, à quoi ça sert de changer s'il n'y a personne autour ?

En ce qui me concerne, toutes les personnes peuvent être accompagnées et l'alcool n'est pas un frein à l'accompagnement. Si la personne refuse l'accompagnement à un moment donné, je ne peux pas l'obliger, mais la porte reste ouverte. L'avantage, c'est que l'on peut me solliciter du jour au lendemain, ça ne passe pas par une commission, il suffit de caler un rendez-vous avec l'assistante sociale. **Cette liberté-là est merveilleuse pour travailler. On prend le temps, il faut créer de la confiance, du lien.**

 **Jean-Marc Antoine** : L'inconditionnalité de l'accueil, les priorisations des besoins des personnes accueillies révolutionnent les pratiques. Auparavant les politiques des établissements reposaient sur une abstinence contrainte.

Les consommations de produits étaient proscrites et entraînaient une exclusion, ce qui signifiait qu'elles étaient admises dans les foyers des personnes pour ce qu'elles n'étaient pas (abstinentes) et exclues pour ce qu'elles étaient, suivant leur économie psychique de dépendance.

Nous souhaiterions révolus ces excès avec leurs exclusions, décisions contraires aux satisfactions des besoins des personnes, parce que dans une illusoire relation de confiance, elles exprimaient à leurs référents la reprise de consommations illicites.

Dans le cadre de politiques de réductions des risques et de formations pluridisciplinaires, nous sommes passés de l'interdiction avec des exclusions systématiques à l'inconditionnalité de l'accueil en associant les publics admis aux projets d'établissements ou de services, précisant dans le consensus de Blois

que les usagers doivent participer à l'ensemble des formations de base comme permanentes dans les champs du sanitaire, du social du médicosocial.

Dans nos rôles et missions, nous sommes des acteurs de changements favorisant les passages des droits formels (issus des lois) aux droits effectifs.

Nous sommes dans une révolution des pratiques sociales. Comme le disait Louis Gallois en ouverture, l'inconditionnalité est une politique. Nous sommes tous responsables de son introduction, avec conviction sans imposition, c'est-à-dire, participer à l'organisation de la cité afin que les personnes en difficultés soient considérées comme des citoyens de droit.

Échanges avec la salle

Restitution et clôture

Gaëlle Tellier, Présidente du GAN Santé de la Fédération des Acteurs de la Solidarité
Catherine Delorme, Administratrice de la Fédération Addiction



Gaëlle Tellier : Plusieurs lignes de force peuvent être dégagées des ateliers de la journée : la nécessité de développer une culture du « faire ensemble », absolument indispensable, avec par exemple la participation de CSAPA ou de CAARUD aux commissions SIAO, des équipes mobiles en addictologie dans les CHRS, des maraudes communes associant intervenants sociaux et de CAARUD. Il s'agit de permettre « l'aller vers » et de développer des démarches intégrées, notamment en milieu rural, où la distance peut rendre l'exercice un peu complexe.

Cela passe par la formation, le développement d'une véritable culture commune, voire une acculturation réciproque. Cela prend du temps : le temps de se connaître, de lever les freins, les réserves et les fantasmes. Il faut parfois aussi se laisser des garde-fous : plusieurs ateliers ont montré la nécessité d'étapes intermédiaires, avant d'autoriser l'alcool dans une structure d'hébergement, y compris dans les espaces collectifs. **Il faut accepter ces temps, ainsi que celui nécessaire à l'accompagnement du changement auprès des équipes, et des personnes accompagnées, pour travailler sur les représentations, les stigmatisations, et prendre le temps de la co-construction.**

Il est important de réfléchir au type de réponses proposées. Nous avons souvent préconçu que le collectif est plus sécurisant et qu'il doit accueillir les personnes les plus en difficulté,

mais plusieurs exemples au cours de cette journée promeuvent des approches « logement-insertion professionnelle » directement, où la santé n'est plus un préalable à l'accompagnement, mais intégrée à l'accompagnement. C'est l'émergence d'une structure de RDR : l'objectif n'est plus l'abstinence. Cela signifie accompagner le risque, le gérer, le partager entre partenaires. Le lien avec la psychiatrie, qui pourrait permettre d'accompagner l'acceptation de ce risque a été esquissé, il reste un sujet à part entière. Comment construire avec la psychiatrie, qui peut être un support pour accompagner au mieux les personnes ?

Une autre idée forte apparaît : permettre l'adaptation de programmes modélisés aux contextes locaux. Je pense à Un Chez-soi d'abord ou Tapaj. **Cette journée montre qu'il faut nous autoriser à penser, à sortir de nos zones de confort pour innover et proposer des réponses aux personnes accompagnées et aux territoires sur lesquels nous agissons.**

Un point fondamental est la co-construction avec les personnes accompagnées. Il faut être dans une attitude pragmatique, développer leur pouvoir d'agir, mais également lever leurs réserves. Si l'on veut lever l'interdiction de la consommation d'alcool dans l'hébergement collectif, il s'agit d'accompagner le changement auprès des équipes, mais aussi auprès des personnes.

Enfin, il est indispensable d'évaluer nos pratiques, les innovations pour que nous puissions mesurer la portée de nos actions, pour les défendre et expliquer en quoi elles ont du sens.

Cette journée a beaucoup porté sur la question de l'alcool, ce n'est pas complètement anodin : nous démarrons cette réflexion, l'alcool n'est pas le produit le plus simple, mais il est licite. Ce n'est que le début de ce travail et plusieurs chantiers s'ouvrent à nous : celui des médicaments détournés de leur usage, des produits illicites dans les structures AHL ou addictions. Le champ qu'il nous reste à explorer est conséquent.





Catherine Delorme : Cette synthèse des ateliers de l'après-midi nous amène au moment non pas de la conclusion – les échanges et réflexions qui ont animé notre journée témoignent d'une dynamique de travail importante, d'une dynamique AU travail – mais de la clôture. C'est l'occasion pour nous de partager un certain nombre de questionnements portés par nos deux fédérations.

Et notamment sur la notion centrale de cette journée : l'accueil et son inconditionalité.

Accueil dont on a rappelé au cours de cette journée le caractère éminemment politique s'accommodant bien mal de certaines catégorisations – notamment celle de l'ENC – qui le positionne comme une prestation, comme une action unilatérale qui consiste à délivrer un service à quelqu'un. **Alors que l'accueil, lorsqu'il a pour but d'inclure, de prendre soin, implique du temps et de la réciprocité, celle qui permet de réaffilier à la société des hommes. Inconditionnalité qui pose un enjeu d'équilibre autour de la gestion du risque alors que l'un de nos objets de travail est précisément le risque.** Situation paradoxale que cette gestion des risques puisque nos institutions ont pour vocation, pour raison d'être, d'accueillir les plus en difficulté dans une société sensible au principe de précaution, à la quête du risque zéro et soumise parfois au syndrome du Nimby (Not In My Backyard : « pas dans mon jardin »).

Poser la question de la gestion des risques revient à poser celle de la responsabilité, celle que l'on porte, celle que l'on partage et celle, plus courante, qui ne se partage pas. Un aspect qui renvoie à la question de l'institution et de sa forme. Éric Pliez y faisait référence ce matin, nous constatons combien il est plus aisé – mais pas moins complexe – d'intervenir hors les murs de nos institutions. Pourtant, le hors les murs n'est pas le hors institution, car c'est précisément au titre de nos institutions que nous agissons.

Les murs nous protègent de quoi ? Que protégeons-nous dans les murs ?

Sur le résultat de nos actions, sur leur effet, nous pouvons rejoindre les partisans de la culture du résultat :

Être plus efficace auprès des publics ? oui

Adapter nos pratiques professionnelles en continu ? oui

Déployer des programmes, des méthodes qui ont fait leur preuve ? volontiers

Ajuster nos projets associatifs, institutionnels, nos règlements de fonctionnement à la réalité, aux besoins et demandes des personnes accompagnées ? Nous évaluons la qualité de nos actions en continu pour faciliter ces agencements.

Au moment de la définition de la Stratégie nationale de santé, de la formalisation des Projets régionaux de santé, des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des populations précaires, il nous semble important de rappeler les limites d'une politique en tuyaux d'orgue.

D'une politique qui confondrait filière de soins et parcours de soins, la première se rapportant à l'organisation de la réponse sanitaire, la deuxième se rapportant à l'individu, complexe et singulier.

D'une politique qui envisagerait la trajectoire d'une personne comme un mouvement linéaire, qui ne tiendrait pas compte des spécificités de situations individuelles qui se caractérisent par des aller-retours plutôt que par un avant et un après ; qui oublierait le droit au recommencement, le principe de réversibilité évoqué par Pascale Estecahandy, et celui des personnes accompagnées.

C'est la raison pour laquelle nous sommes prudents quant aux effets de l'absorption de l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) par la HAS (Haute Autorité de santé) qui s'annonce en avril prochain et au risque de sanitarisation.

« Sanitarisation » de l'action sociale et médico-sociale contradictoire avec la raison d'être de ces structures, qui est de construire des réponses interstitielles et intégrées que le droit commun n'est pas en capacité de déployer parce qu'il a une autre raison d'être. **C'est la complémentarité du social, du sanitaire et du médico-social qui améliore le résultat et non la modélisation des réponses.**

Le partenariat entre nos deux fédérations nous permettra de poursuivre la construction d'un plaidoyer qui valorise les réponses diversifiées, intégrées, complémentaires, tout en identifiant la plus-value de l'intervention sociale et médicosociale auprès des publics les plus précaires.

Un plaidoyer que nous portons ensemble en région au sein des PRS et des PRAPS pour promouvoir des aspects comme l'inconditionnalité et la RDRD, mais aussi à l'échelon national, dans le cadre de la Stratégie nationale de santé et au Conseil national de santé mentale où nous siégeons ensemble.

Et pour finir cette journée, une question pour créer une ouverture et ne surtout pas conclure.

Vous êtes venus nombreux vous poser la question de l'inconditionnalité et questionner vos pratiques, nos pratiques. Comment aller chercher les autres professionnels, les autres usagers, personnes accompagnées, ceux qui ne sont pas venus ?



Pour aller plus loin :

«Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble »
Guide disponible en téléchargement libre sur :
www.federationaddiction.fr et www.federationsolidarite.org



Pour plus d'informations :

m.gaubert@federationaddiction.fr
marion.quach-hong@federationsolidarite.org

Rédaction :

Christelle Destombes, journaliste

Coordination :

Marine Gaubert, chargée de projet,
Fédération Addiction

Relecture :

Marion Quach-Hong, chargée de mission,
Fédération des acteurs de la solidarité
et Marine Gaubert

Conception graphique :

Léa Lefrançois

Crédit photo :

Marguerite Bonnot, Fédération des
acteurs de la solidarité

Date de parution :

Mars 2018

Publié par :

Fédération Addiction
9 rue des Bluets - 75011 Paris
Contact : 01.43.43.72.38
www.federationaddiction.fr

En partenariat avec :

Fédération des acteurs de la solidarité
76 rue du Faubourg Saint Denis - 75010 Paris
Contact : 01.48.01.82.00
www.federationsolidarite.org

Avec le soutien de :