



Fédération
des acteurs de
la solidarité
ÎLE DE FRANCE

**Actes Table Ronde
« Réduction des risques et
soins en addictologie auprès
des personnes en situation
de précarité »**

du 14 décembre 2023

Introduction

L'OMS définit l'addiction comme un « état de dépendance périodique ou chronique à des substances licites (tabac, alcool, médicaments) ou illicites (crack, cocaïne, cannabis, etc.) ou à un comportement (jeux de hasard ou d'argent, jeux vidéo) »¹.

Il s'agit d'un processus complexe qui peut produire du plaisir et soulager une tension ou un sentiment de malaise. La dépendance se caractérise aussi par la répétition et poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ces conséquences pouvant être négatives (aggravation de la précarité économique, ruptures de soins, difficultés dans l'accompagnement, isolement, etc.).

Les pratiques et représentations sur l'usage de substances évoluent dans le secteur de la lutte contre les exclusions, notamment grâce à l'approche de réduction des risques et des dommages. Cependant, les enjeux en termes d'accompagnement des personnes consommatrices de substances se posent toujours avec acuité dans ce secteur.

En effet, les publics précaires sont des populations particulièrement touchées par les consommations et les conduites addictives.

Selon l'étude Samenta (Santé mentale et addictions chez les sans domicile franciliens) datant de 2009, la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives de ces publics étaient de trois à six fois supérieures à celles de la population générale².

De plus, seulement 1% des établissements AHI disent n'observer aucune consommation chez les personnes qu'ils accompagnent et plus de 90% des établissements constatent des consommations de cannabis, tabac ou alcool, et, dans une moindre mesure, des médicaments à usage détournés ou des opioïdes³.

Cependant, malgré le constat d'un nécessaire accompagnement des personnes vivant avec une addiction, il arrive encore que certaines structures d'accueil ou d'hébergement appliquent l'interdiction de consommation même de substances licites (tabac, alcool, vape, etc.).

14 % des établissements n'autorisent aucune consommation dans les parties privées et 43% n'autorisent aucune consommation dans les parties communes⁴. La levée de cette interdiction apparaît comme un des éléments liés à l'adoption d'une approche en réduction des risques dans les structures du secteur AHI.

En effet, l'approche réduction des risques part du principe qu'il est nécessaire de distinguer les usages des comportements qui peuvent nuire à la vie collective, et que l'interdiction des consommations tend à exclure les personnes.

Par ailleurs, il a été constaté que certaines personnes vivant dans une structure interdisant les consommations licites peuvent consommer massivement avant de rentrer dans la structure, pouvant entraîner une mise en danger et des problématiques de comportement.

L'interdiction pouvant aussi créer des tabous vis-à-vis des consommations et exclure les personnes des dispositifs de soins et d'accueil, ce qui vient fragiliser l'accueil inconditionnel de personnes déjà vulnérables.

S'inscrivant dans une démarche d'aller-vers, l'approche de réduction des risques s'avère pertinente face à ces constats puisqu'elle a pour objectif et valeur d'informer et d'accompagner les usager.e.s dans leurs consommations plutôt que de l'interdire.

Cette approche peut notamment permettre d'accompagner les usager.e.s vers une consommation à moindre risque, en misant sur la libération de la parole et l'empouvoirement de ces dernier.e.s, en renforçant leur contrôle sur les décisions et actions concernant leur santé.

¹ [Les addictions, SRAE Addictologie](#)

² [La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile-de-France : l'enquête Samenta de 2009](#)

³ [La réduction des risques en hébergement, Etats des lieux, des pratiques et des besoins. Fédération addiction et Fédération des acteurs de la solidarité.](#)

⁴ [Idem](#)

L'approche de réduction des risques et des dommages vise à prévenir les dommages et risques de manière globale : sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives, etc.

Dans une démarche de proximité, il s'agit d'aller à la rencontre des personnes et d'accompagner les usager.e.s là où ils en sont dans leur parcours, d'être dans le non-jugement moral des pratiques et de reconnaître l'usager.e comme un individu autonome, capable de jugement et capable d'agir en faveur de sa propre santé.

Il s'agit d'accompagner l'usager.e dans la réalisation de son projet que ce soit l'arrêt ou la régulation de ces consommations.

Les professionnels ayant déjà adopté cette approche constatent une amélioration du lien entre eux et les hébergé.e.s, une sécurisation des consommations ainsi qu'une limitation de rupture de parcours.

Si la réduction des risques liés à l'usage d'alcool se développe dans le secteur AHI, l'approche réduction des risques peut également concerner d'autres substances licites ou non. En somme, l'adoption de l'approche RDR permet la libération de la parole autour des consommations, l'amélioration du lien entre les professionnel.le.s et les hébergé.e.s, ainsi que la limitation des ruptures de parcours.

Cependant, de nombreux.es professionnel.le.s disent ne pas être assez outillé.e.s ou formé.e.s au sujet des addictions et à leur accompagnement.

Dans ce sens, la formation et l'outillage paraissent essentiels pour l'ensemble des professionnel.le.s et bénévoles œuvrant sur les structures du secteur AHI qui peuvent être confronté.e.s aux problématiques des consommations : veilleur.se.s de nuit, agent.e.s d'accueil, travailleur.se.s sociaux.les, agent.e.s hôtelier.e.s, personnel d'entretien, etc.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a mis en place en son sein une commission autour des questions de santé.

Cette commission réunit des professionnel.le.s des structures du secteur Accueil Hébergement Insertion (AHI) et médico-sociales de soin résidentiel et travaille autour des questions d'accès aux droits et aux soins des publics accompagnés dans le réseau de la Fédération.

Cette commission santé travaille au déploiement de projets à destination des adhérent.e.s de la Fédération sur la question de la santé.

Dans ce cadre, la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a mis en place, avec le soutien de l'ARS Ile-de-France, des réunions à destination des professionnel.le.s de son réseau pour proposer un débat autour de thématiques qui en font l'actualité.

Dans ce cadre, une réunion sur la réduction des risques et le soin en addictologie auprès des personnes en situation de précarité a été organisée le 14 décembre 2023. Elle a réuni une cinquantaine de professionnel.le.s des secteurs social et médico-social.

Le présent document présente les actes des échanges ayant eu lieu à l'occasion de cette table ronde. A ces actes, est associée une fiche ressource qui présente une liste non-exhaustive des acteur.trice.s phares pouvant prendre en charge les personnes présentant des comportements addictifs ou des consommations à risque, ainsi qu'une liste de ressources à destination des professionnel.le.s.

Synthèse des échanges

Étaient présent.e.s comme intervenant.e.s à la table ronde :

● Sacha Goussef

Cheffe de service socio-éducative au CHRS Relais des Carrières, du CASVP

● Olivier Le Mens

Chef de projet des centres d'hébergement de l'association Proses

● Sammy Adgharouamane

Chef de service de la PHI CHU Marais du Groupe SOS

● Marc Miranda

Travailleur pair et animateur socio-éducatif sur l'équipe mobile Cadence de l'association Aurore

● Jennifer Arm

Cheffe de service du pôle VIH-Hépatites de l'association Gaïa-Paris

● Angélique Eponoh

Cheffe de service du dispositif des équipes mobiles de l'association Aurore

● Suzy Faucherand

Travailleuse sociale à la PHI CHU Marais du Groupe SOS

Les structures représentées ont commencé par se présenter et présenter leurs structures. Les présentations des structures sont accessibles dans la fiche ressource associée à cette fiche et/ou dans la restitution des échanges qui suit.

Le présent document synthétise les échanges qui se sont tenus à l'occasion de cette journée régionale. Il n'a pas vocation à restituer ces échanges de façon exhaustive.

POINTS SAILLANTS DES ECHANGES

- Les intervenant.e.s soulignent l'importance de la formation et de la sensibilisation des professionnel.le.s à la réduction des risques en incluant tou.te.s les professionnel.le.s : agent.e.s d'accueil, agent.e.s hôtelier.e.s, travailleur.se.s sociaux.ales, etc.
- La réduction des risques et des dommages semble être une bonne approche pour faciliter l'accompagnement des personnes présentant des consommations à risque ou des comportements addictifs :
 - Facilitation du lien de confiance ;
 - Mise au centre de la personne et de ses souhaits ;
 - Diminution des troubles sur le collectif ;
- La réduction des risques ne se résume pas au changement du règlement de fonctionnement des structures d'accueil : il ne suffit pas d'autoriser la consommation mais il faut aussi l'accompagner ;
- La réduction des risques ne consiste pas à inciter aux consommations mais à prendre en compte les souhaits et projets des personnes, qu'ils soient un arrêt des consommations, une réduction ou l'évitement des risques liées à celles-ci ;
- La pluridisciplinarité et l'aller-vers paraissent être de bons leviers pour un meilleur accompagnement des personnes en prenant en compte leurs besoins et envies ;
- Il ressort des interventions le besoin que davantage de liens soient fait entre les acteur.rice.s de l'hébergement et les structures du secteur de l'addictologie et de la réduction des risques.

Constats et ressources

Quels sont les grands constats que vous faites et freins que vous identifiez sur les questions de réduction des risques dans les structures AHI ?

Marc Miranda, travailleur pair et animateur socio-éducatif sur l'équipe mobile de Cadence, remarque qu'un nombre important de personnes accueillies sur les différentes structures ont des conduites addictives.

Il note tout de même que la majorité des structures du Nord de la Seine-et-Marne (territoire d'intervention de l'équipe mobile) sont relativement tolérantes sur les consommations en leur sein.

Toutefois, lorsque les consommations débordent et qu'il y a de grosses conséquences sur le groupe, la tolérance face aux consommations se réduit.

Face à ces problématiques, les équipes de Cadence viennent en appui aux équipes pour les sensibiliser, faire de la prévention et les soutenir dans l'accompagnement de ces publics.

Olivier Le Mens, chef de projet pour l'association Proses, observe qu'il existe de grandes disparités dans les connaissances des travailleur.se.s sociaux.les sur le sujet de la réduction des risques et des dommages.

Ces disparités créent des approches très différentes selon les équipes.

Selon Jennifer Arm, cheffe de service pour l'association Gaïa, les personnes accompagnantes ne s'intéressent pas au sujet des consommations tant qu'il n'y a pas de problèmes.

Elles commencent à s'y intéresser, à leurs risques et conséquences qu'à partir du moment où elles y sont confrontées.

Face à ce constat, l'association Gaïa tente de fournir des outils de support aux équipes pour faire face à certaines difficultés auxquelles elles pourraient être confortées et mettre en place des solutions avec les personnes accueillies.

Elle constate aussi que le secteur de l'AHI est dans une logique d'arrêt des consommations. Afin de proposer une autre logique, les équipes de Gaïa, introduisent auprès des professionnel.le.s la notion et l'approche de réduction des risques et la remise au centre de la personne.

Samy Adgharouamane, chef de service à la PHI CHU Marais qui accueille des personnes en grande précarité, observe que sur la centaine de personnes accueillies, la quasi-totalité consomment et ont des pratiques et conduites addictives.

Il rappelle alors l'importance de faire des consommations un sujet et non pas un tabou avec les personnes. Et ce, quelle que soit leur volonté, que ce soit un sevrage ou simplement de la gestion de la consommation, il est toujours important de pouvoir aborder ces sujets avec la personne.

Sacha Goussef, chef de service socio-éducative au CHRS Relais des Carrières indique que la majorité des lieux sont partagés au CHRS Relais des Carrières et se demande comment accompagner en même temps les publics consommateurs et non-consommateurs et comment faire cohabiter leurs représentations.

Plusieurs intervenant.e.s font le constat que certain.e.s professionnel.le.s les plus confronté.e.s aux consommations ne sont pas formé.e.s sur ce sujet.

Ainsi, il est nécessaire que les agent.e.s d'accueil, veilleur.se.s de nuit, agent.e.s hôtelier.e.s soient également pris en compte dans les actions de formation et de sensibilisation sur l'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives pour une meilleure compréhension des enjeux.

Pouvez-vous nous parler un peu des ressources qui existent/qui sont mises en place dans les structures AHI sur les questions d'addictologie ?

A la PHI CHU Marais, l'équipe a été constituée avec des personnes ayant déjà de l'expérience dans les dispositifs ou services où les questions d'addictions étaient prégnantes, comme sur des CSAPA ou des CAARUD.

Une personne de l'équipe y est aussi nommée référent.e réduction des risques afin que l'ensemble de l'équipe puisse s'adresser à ce.tte professionnel.le et que la consommation devienne un sujet partagé en équipe.

Dès qu'une nouvelle personne intègre l'équipe, une session d'explication sur la réduction des risques est organisée, expliquant les différentes consommations existantes dans le centre d'hébergement et plus globalement l'approche réduction des risques (RDR).

L'approche RDR ne se limitant pas qu'à la consommation, aux produits et à la distribution matérielle, c'est aussi à un ensemble d'actions qui permettent notamment la libération de la parole.

Avoir un.e référent.e permet ainsi à l'ensemble de l'équipe de pouvoir lui poser des questions facilement et directement.

Marc Miranda rappelle qu'on ne peut pas ne pas regarder l'état actuel du social dans sa globalité. En effet, le secteur est marqué par un manque d'effectif, un gros turn-over des équipes qui parfois ne sont pas formées aux questions d'addictions.

Pour lui, il est important de remettre les personnes accompagnées au cœur des projets, notamment grâce aux CVS (Conseil de Vie Sociale). Cependant, ces projets sont difficiles à mettre en place s'il n'y a pas d'effectifs et de professionnel.le.s qui ont envie de porter ces projets.

Au niveau des ressources, le CHRS Relais des Carrières collabore avec le CSAPA de leur secteur et l'équipe mobile qui y est rattachée. L'équipe mobile Ego rencontre les équipes du CHRS une fois par mois dans le cadre de réunions cliniques pour aborder la question des addictions.

L'équipe mobile anime également des actions collectives auprès des résident.e.s en mélangeant des consommateur.rice.s et non consommateur.rice.s.

L'équipe s'occupe aussi de former les professionnel.le.s du CHRS sur les questions d'addictions peu importe leur poste.

Du côté de l'association Gaïa, l'équipe mobile intervient uniquement auprès des structures.

Dans ses interventions, l'association propose des consultations individuelles afin de réaliser une évaluation sociale, somatique, de santé mentale, de consommations et de prise de risques.

Les équipes de Gaïa mettent les personnes au centre de leurs démarches et leur demandent ce dont elles ont besoin dans leur accompagnement et demandent aux équipes des structures ce dont elles ont besoin pour mener l'accompagnement à bien.

En parallèle de ces consultations, Gaïa propose des actions collectives afin d'apporter des outils pédagogiques, notamment des jeux afin d'interpeller, d'amener du débat et de l'information.

Durant ces actions collectives, Gaïa insiste toujours pour que des membres de l'équipe participent afin de les former et de les faire participer à la vie des résident.e.s dans cette démarche de RDR.

Enfin, Gaïa déploie une équipe mobile de dépistage sur l'Ile-de-France qui réalise des fibroscans ainsi que des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod).

Au sujet des ressources, Angélique Epononh rappelle l'importance du réseau et des notions de territoire et du maillage partenarial.

Il lui paraît en effet, primordial que les structures connaissent les différent.e.s acteur.rice.s sur leurs territoires et qu'il y ait une véritable coordination entre les équipes mobiles afin que celles-ci puissent toucher un maximum de structures.

Aussi, avant toute intervention, l'équipe mobile Cadence, propose une sensibilisation aux professionnel.le.s sur ce qu'est une conduite addictive et sur les produits consommés par les personnes.

Dans un second temps, Cadence peut intervenir auprès des équipes pour réaliser des analyses de pratiques afin de réfléchir collectivement à des cas pratiques.

L'équipe mobile Cadence ne réalise pas forcément de suivi, mais agit plutôt comme trait d'union en allant vers les personnes.

L'idée est de faire émerger une prise de conscience et d'essayer de les réorienter vers des dispositifs de droit commun.

Question à Jennifer Arm :

Pouvez-vous nous expliquer un peu l'historique de l'approche RDR, comment elle est arrivée en France ?

L'histoire de la réduction des risques trouve ses origines dans l'épidémie du VIH-Sida. Lors de cette épidémie, dans les années 1970, la vente libre de seringue fût interdite, elle se faisait alors seulement sur ordonnance.

Dans les années 1980, l'épidémie s'intensifie, le VIH ne se transmettant pas uniquement à travers les relations sexuelles mais aussi par le partage de matériel de consommation de drogues, dont les seringues.

Ainsi, en 1987, la France est revenue sur l'autorisation de la vente libre de seringue et en 1989 le premier programme basé sur la réduction des risques voit le jour.

Cette initiative de Médecins du Monde propose un programme d'échanges de seringues mobile, qui à l'époque a dû se monter dans l'illégalité.

En 1994, Simone Veil propose un décret afin de légaliser ce type de structures. Ce sont alors mis en place des traitements de substitution aux opiacés, comme la méthadone ou la buprénorphine, ce qui permet au premier bus méthadone de Médecins du Monde de se déployer en 1998.

La réduction des risques ne se limite toutefois pas à ces aspects, elle repose aussi beaucoup sur la mobilisation des premier.e.s concerné.e.s et donc des usager.e.s.

La philosophie de la réduction des risques repose sur une logique très pragmatique : le matériel n'est pas mis à disposition pour inciter les personnes à consommer mais pour qu'elles puissent utiliser du matériel propre, sans avoir à le partager.

La logique de la RDR veut que si la personne doit consommer, il faut qu'elle le fasse dans les conditions qui lui sont les plus favorables et sécurisantes.

La RDR repose aussi sur certains principes de santé communautaire, notamment à travers le savoir expérientiel, en partant du principe que ce sont les usager.e.s qui connaissent leurs pratiques, leurs contextes de consommation, et qu'il faut qu'ils aient leur pleine part dans cette démarche.

Pour résumer, la réduction des risques est aujourd'hui beaucoup plus large que sanitaire.

Au-delà de la réduction du risque infectieux, elle s'intéresse aussi aux risques sociaux et au judiciaires.

La réduction des risques peut également passer par la mise à disposition de traitements de substitution. A travers les CSAPA et les CAARUD, les personnes peuvent avoir accès à des professionnel.le.s du social et de la santé pour démarrer des démarches de soins somatiques, de SIAO, d'ouvertures de droits, et s'ils le souhaitent des démarches de sevrage avec des cures et des post cures.

C'est également dans cette logique que se déploient les dispositifs tels que les salles de consommations à moindre risques.

Question à Olivier Le Mens : Pouvez-vous nous rappeler les bases et les principes de la RDR ?

Pour Olivier Le Mens, la réduction des risques part du principe qu'il n'y a pas de mondes sans drogues et que de ce paradigme découle un certain nombre de principes.

L'idée est de prendre l'usager.e là où iel en est dans sa consommation mais aussi dans sa vie. Il s'agit de pouvoir accompagner la personne, de hiérarchiser les risques, et que si elle consomme, de trouver des réponses qui permettent de limiter au mieux les risques.

Par exemple, si la personne nécessite une injection, elle peut le faire de la manière la plus propre et sûre possible.

Jennifer Arm, ajoute qu'une grande partie des activités de Gaïa concerne la réduction des risques alcool, qui est une notion qui a récemment émergé.

L'alcool est en effet un produit psychoactif qui peut s'avérer très néfaste, qui représente presque 50 000 blessé.e.s par an⁵, en raison des accidents de la route et des problèmes de santé.

⁵ L'usage de l'alcool représente aussi près de 50 000 décès par an en France.

Question à l'équipe du CHRS Relais des Carrières : Comment appliquer vous la RDR dans vos structures ? Pouvez-vous nous parler de comment vous en êtes venus à autoriser la consommation d'alcool dans votre structure ?

Le CHRS Relais des Carrières à commencer à mettre en place une démarche de RDR en partant du constat que 70% de leurs résident.e.s avaient une consommation d'alcool, qui est l'addiction la plus visible en centre d'hébergement.

Les questions de consommation d'alcool posaient des difficultés pour les référent.e.s socio-éducatif.ve.s au niveau de l'accompagnement, mais aussi au niveau de la cohabitation et de la collectivité de manière générale.

Face à ce constat, le CHRS Relais des Carrières a répondu à un appel à projet, afin d'être accompagné par Addiction France pour entamer une réflexion autour de la réduction des risques et du changement du règlement de fonctionnement, la consommation d'alcool étant auparavant interdite dans le centre d'hébergement.

Ainsi, dans un premier temps, Addiction France est allé à la rencontre des résident.e.s afin de récolter leurs avis sur la question et a formé l'ensemble des professionnel.le.s sur la question des addictions afin que tout le monde partage une base commune.

S'en est suivi un temps de réflexion, grâce à la mise en place d'un groupe de travail dans lequel les résident.e.s et tous les professionnel.le.s (peu importe leur fonction) de la structure étaient invité.e.s à participer.

La question de l'espace où la levée de l'interdiction serait effective s'est notamment posée.

Au cours de ces groupes de travail, la décision a été prise de lever l'interdiction d'alcool dans les chambres, puisque c'est une interdiction qui n'était déjà pas respectée et qu'il s'agit de l'espace privatif des résident.e.s dont iels peuvent jouir comme iels le souhaitent.

S'agissant des espaces collectifs, la question de la levée de l'interdiction a été plus complexe, notamment en raison de la cohabitation entre personnes consommatrices et non-consommatrices.

Il a ainsi été décidé que la consommation d'alcool serait autorisée sur un espace extérieur de la structure, permettant aux agent.e.s d'accueil d'avoir une visibilité sur la situation en cas de conflits et permettant aux personnes de pouvoir fumer en consommant.

De plus, il s'agit d'un espace ouvert 7 jours sur 7.

En parallèle de la levée de l'interdiction, le CHRS a mis en place des moments collectifs autour de la question des consommations, puisque la réduction des risques ne se résume pas au changement du règlement de fonctionnement mais s'articule aussi autour de l'accompagnement des personnes sur la question des addictions.

La question de l'évaluation de l'expérimentation de la levée de l'interdiction s'est ensuite posée dans le groupe de travail.

La formulation « levée de l'interdit » n'a d'ailleurs pas été choisie par hasard, elle génère moins de craintes auprès des professionnel.le.s et des résident.e.s non consommateur.rice.s que la formulation « autorisation de l'alcool ».

Ainsi, après 6 mois d'évaluation, le constat a été fait que le climat social sur le centre d'hébergement était beaucoup plus apaisé puisque les résident.e.s s'alcoolisent moins massivement à l'extérieur lorsqu'ils ont le temps de consommer à leur rythme dans leurs chambres ou dans les espaces de consommation autorisée.

De plus, le CHRS Relais des Carrières a constaté une baisse notable des interventions de pompiers et de police, en lien avec les conflits et les chutes.

Grâce à la mise en place de l'approche réduction des risques, les professionnel.le.s du centre d'hébergement disent accompagner plus facilement les personnes ayant des consommations, qu'ils n'arrivaient pas à accompagner auparavant.

Question à l'équipe de la PHI-CHU Marais :
Comment appliquer vous la RDR dans votre structure et dans vos accompagnements ?

A la PHI CHU Marais, toutes les consommations quelques qu'elles soient ont été autorisées dès le départ.

Les consommations sont autorisées dans les parties privées, les chambres et les appartements lorsqu'ils sont en diffus.

Samy Adgharouamane, rappelle que pour mettre en place une approche de réduction des risques, il ne suffit pas d'autoriser la consommation mais il faut aussi l'accompagner. Il y a des règles de sécurité à respecter notamment par rapport à la fumée et au risque incendie.

L'autorisation de toutes les consommations s'accompagne aussi du risque de générer des troubles sur le collectif. Tout le monde ne réagissant pas de la même manière selon les consommations, d'où l'importance de les accompagner.

Suzy Faucherand ajoute que dès l'admission l'équipe aborde avec les résident.e.s le fait que la consommation est autorisée dans les chambres, ce qui permet de discuter avec les résident.e.s librement du sujet.

La PHI CHU Marais met aussi à disposition du matériel de réduction des risques.

L'idée n'étant pas de remplacer des dispositifs tels que les CSAPA ou les CAARUD, mais de permettre d'amener la discussion et de « dépanner » périodiquement les résident.e.s.

Cette libération de la parole permet aussi de créer des conversations entre résident.e.s sur le sujet.

Suzy Faucherand précise aussi qu'à la PHI CHU Marais toutes les consommations sont mises au même niveau, que ce soit l'alcool, la cigarette, le crack, etc.

La réduction des risques y est pensée de manière globale, tant sur l'aspect social que sanitaire afin d'offrir des espaces propres aux résident.e.s pour qu'ils soient à l'aise et en sécurité pour pouvoir consommer proprement.

Jennifer Arm, ajoute que le fait que les consommations ne soient pas taboues permet une grande transversalité dans l'accompagnement des personnes.

Lors de son expérience dans la salle de consommation à moindre risque de Gaïa, elle a fait le constat que les personnes admises dans certaines structures ne souhaitaient pas que les équipes accompagnantes sachent qu'elles étaient accompagnées par Gaïa, puisque l'association est étiquetée comme structure d'addictologie.

Elle plaide pour que davantage de liens soient fait dans l'accompagnement entre structures d'hébergement et structures d'addictologie.

Question à Olivier Le Mens :

Est-ce que vous pouvez nous présenter un peu le pavillon, son fonctionnement et ses objectifs ?

Le Pavillon est une structure d'hébergement de l'association Proses.

Comme à la PHI CHU Marais, du matériel de réduction des risques y est mis à disposition, la consommation de tous les produits étant autorisée dans les parties privatives et la consommation d'alcool étant autorisée dans les espaces collectifs.

Il s'agit d'un dispositif sur lequel, la nuit et les week-ends, les usager.e.s gèrent elleux même le lieu, ce qui permet de faire confiance aux personnes et de les responsabiliser.

Cette confiance est d'autant plus importante pour des personnes usagères chez qui la confiance ne va parfois pas de soi.

Olivier Le Mens remarque que lorsque l'on fait confiance et que l'on confie le lieu aux personnes, il y a un collectif et des liens qui se créent.

Sur le Pavillon, il s'agit d'un petit collectif d'une dizaine de personnes où chacun.e comprend le bénéfice d'un fonctionnement apaisé, les consommations y sont alors plus ou moins raisonnées.

Il y a aussi de l'entraide et des solidarités sur le long terme se créent entre les résident.e.s. De plus, au Pavillon, il est demandé aux résident.e.s d'être présent.e.s le soir lors des diners, afin que tout le monde mange ensemble et créent des liens.

Une fois par semaine, un conseil de maison est organisé.

Question à Jennifer Arm :

Est-ce que vous pouvez nous présenter l'équipe mobile de Gaïa, ainsi que son fonctionnement ?

L'équipe mobile de Gaïa a été créée en 2023 afin d'intervenir sur la région Ile-de-France. L'équipe est composée d'un.e médecin, un.e infirmier.e, un.e psychologue et un.e médiateur.rice.

La pluridisciplinarité s'avère primordiale pour l'équipe qui cherche à avoir un regard multiple sur la situation des personnes accompagnées.

L'équipe de Gaïa propose des permanences de consultations individuelles réalisées en binôme de professionnel.le.s de l'équipe en fonction de ce qui aura été amorcé avec la personne sur les espaces informels et de ses besoins.

Lors de ces consultations, l'équipe tente de garder son identité de dépistage. L'équipe peut ainsi proposer des examens fibroscan⁶ et des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) qui permettent de discuter ensuite de consommations et de risques avec les personnes.

Pour rappel, les tests rapides d'orientation diagnostique permettent de détecter le VIH-Sida ainsi que les hépatites B et C.

En quelques minutes, il est possible de savoir si la personne a été en contact ou non avec l'un de ses trois virus.

Le fait de proposer ces dépistages permet de recevoir plus de personnes que si le dispositif était étiqueté addictologie.

Les consultations individuelles ne sont pas forcément inscrites dans des durées d'intervention limitée, les personnes peuvent être suivies dans la durée ou non selon leurs souhaits.

Dans leurs pratiques, les équipes de Gaïa viennent croiser les regards entre les besoins qu'ont les personnes dans leurs accompagnements et les besoins des professionnel.le.s, ce qui sert de base aux équipes pour leurs interventions.

L'équipe mobile de Gaïa propose notamment des actions de sensibilisation et de formation développées à partir des échanges et des difficultés des personnes.

Elles s'attaquent notamment aux dimensions de posture professionnelle et au champ lexical, qui est essentiel en réduction des risques.

Par exemple, le terme de « re consommation » est plus approprié que « rechute », le choix du terme venant modifier l'approche et le lien qui peut se créer entre les personnes accompagnées et les professionnel.le.s.

Les équipes de Gaïa apportent aussi des éléments théoriques d'information aux professionnel.le.s. La formation peut aussi se faire à travers des analyses de cas complexes.

Il s'agit aussi de pouvoir élaborer des outils de médiation avec les résident.e.s et les professionnel.le.s afin que tout le monde puissent aborder la question de la réduction des risques au sein de la structure accompagnée.

Il s'agit aussi de consolider le maillage territorial en consolidant et structurant un réseau de soins spécialisés, notamment sur le somatique.

Jennifer Arm, rappelle aussi la richesse d'avoir un volet médical sur les équipes, qui facilite grandement la mise en lien, notamment avec les hôpitaux.

Question pour l'équipe de Cadence :

Pouvez-vous nous présenter le fonctionnement du CSAPA et de l'équipe mobile Cadence ?

L'équipe mobile Cadence est présente sur le territoire du 77 (Seine-et-Marne), elle est composée de psychologues, d'éducateur.rice.s spécialisé.e.s, d'un.e assistant.e social.e et d'un travailleur pair.

L'équipe mobile est mandatée sur tout le territoire de Seine-et-Marne ce qui permet d'avoir une continuité et d'être un repère pour les personnes qui peuvent avoir des parcours fragmentés (hébergement dans différents hôtels, passages en détention, etc.).

L'équipe Cadence intervient par le biais de permanences selon les besoins des dispositifs.

Cadence développe des actions collectives de prévention et promotion de la santé notamment en lien avec l'addictologie (souvent liée avec la précarité), ainsi que des actions transversales notamment en lien avec la santé des femmes avec l'équipe périnatalité.

⁶ Le fibroscan est un dispositif qui permet de faire un examen indolore rapide. Une sonde est posée dans les espaces intercostaux au niveau du foie afin de mesurer son élasticité. Cela permet de diagnostiquer les dommages du foie qui peuvent être liés aux consommations d'alcool mais aussi de gras, de sucre etc.

L'équipe commence aussi à développer des actions à destination des 16-25 ans, public qui dépend normalement des consultations jeunes consommateurs (CJC), dont l'accessibilité territoriale n'est pas toujours assurée.

Ainsi, l'équipe Cadence développe des accompagnements en addictologie auprès des 16-25 ans en situation de précarité, notamment avec des actions de prévention et de sensibilisation en lien avec le travail pair.

Ce projet cible notamment les missions locales, les structures PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), les foyers, etc.

L'équipe met aussi en place des ateliers pédagogiques, notamment sur le sujet de l'éducation à la santé, durant lesquels les droits des personnes sont expliqués, comment y accéder, quelles structures de soins existent, comme les PASS etc.

L'équipe possède aussi un camion médical aménagé qui permet de réaliser un entretien, une consultation médicale, d'avoir un espace de confidentialité qu'il n'y a pas forcément sur les structures ou les hôtels sociaux.

Question pour Jennifer Arm :

Pouvez-vous nous parler de l'approche aller-vers ainsi que de l'approche par le somatique et de leurs pertinences ?

Pour Jennifer Arm, l'approche somatique est un véritable levier pour les structures et les équipes AHI puisque la plupart d'entre elles ne savent pas comment aborder le sujet des consommations avec les personnes qu'elles accompagnent.

Ainsi, le fait de dire que les équipes de Gaïa viennent sur la structure pour proposer des dépistages permet d'amorcer le lien avec les personnes accompagnées.

Les équipes de Gaïa s'occupent alors d'aborder le sujet des consommations et d'accompagner les structures à intégrer une démarche de réduction des risques.

Le fait d'approcher les personnes par le somatique facilite le lien, qui sinon peut être mis à mal quand les associations sont étiquetées addictologie, ce qui bloque les personnes.

Les équipes de Gaïa interviennent auprès des structures selon les modalités les plus adaptées, soit directement dans les locaux de la structure, soit par visite à domicile ou encore en maraudes, ce qui permet notamment de créer un lien de confiance et d'être reconnue par les personnes.

De plus, Gaïa possède un camion aménagé, ce qui s'avère assez avantageux notamment auprès de structures qui sont en diffus, en hôtel, en zone très rurale ou très isolées.

Si vous recevez des personnes migrantes, observez-vous une spécificité de ce public ?
Est-ce qu'il y a une réponse plus adaptée qu'une autre ?

Selon Oliver Le Mens, chaque approche est différente puisque chaque personne est différente.

Néanmoins, il remarque que les personnes migrantes peuvent être fragilisées par les traumatismes vécus pendant leurs parcours migratoires.

De plus, les personnes migrantes dans leur accès aux services peuvent souvent être confrontés à la barrière de langue.

Lorsque la personne se retrouve en situation irrégulière cela vient compliquer la prise en charge de ses problématiques et peut provoquer des craintes et angoisses.

Il rappelle toutefois, que la réduction des risques s'applique à toute personne et que les consommateurs de drogue sont en grande partie des personnes insérées, plus invisibles.

Pour les personnes en situation de précarité et de migration il peut être bénéfique d'avoir une approche pluridisciplinaire (notamment avec un.e psychologue), voire communautaire.

Le plus important étant de travailler le lien avec la personne, d'être à l'écoute et de faire preuve de patience.

Pour Jennifer Arm, la réduction des risques et la question sociale sont fortement liées, notamment sur les maladies infectieuses.

Aujourd'hui, l'hépatite C, n'est pas une question si la personne a une sécurité sociale, mais une personne qui n'a pas de droit ouvert à la sécurité sociale ne peut pas se soigner de l'hépatite C et est possiblement contaminante.

Angélique Eponoh constate qu'il y a un pourcentage important de consommations sur les dispositifs d'accès aux droits pour les personnes étrangères, ce qui peut s'expliquer notamment par un traumatisme lié au parcours migratoire.

Elle rappelle aussi l'importance d'accorder un budget à l'interprétariat. Elle dénonce aussi le fait que les personnes migrantes se retrouvent souvent bloquées pour accéder aux droits et à l'assurance maladie, ce qui fait que même lorsque les personnes migrantes sont demandeuses d'entrer dans un parcours de soins, il est difficile pour elles d'y accéder.

Marc Miranda ajoute que la pair aideance paraît comme étant une bonne piste pour faciliter et améliorer l'accompagnement des personnes qui ont un parcours migratoire.

En effet, le fait que les personnes soient accompagnées par des personnes qui ont un parcours similaire permet de libérer la parole, notamment à travers des groupes de parole et de l'entraide.

Pour ces personnes, l'aspect conduite addictive n'est souvent pas une priorité au début, elles ont beaucoup à déposer, à verbaliser notamment par rapport aux traumatismes subis pendant le parcours migratoire.

Pouvez-vous expliquer l'intérêt de la transversalité et de la pluridisciplinaire ?

Autrement dit que permet cette approche globale ? Comment envisager vous les espaces d'échanges avec les résidents ? Que permettent-ils et qu'apportent-ils aux personnes ?

Les intervenant.e.s s'accordent sur le fait que la pluridisciplinarité permet d'avoir un accompagnement global pour les personnes.

Il est souligné que l'accompagnement compartimenté ne fonctionne pas et que le travail entre différents corps de métiers qui s'apportent mutuellement des éléments de compréhension des situations, par exemple relatifs à l'aspect somatique et psychique, permet de cibler les besoins prioritaires.

A la PHI CHU Marais, le choix a été fait de ne pas avoir de référent.e social.e unique, soit qu'un.e travailleur.euse social.e ait une file active de X personnes.

L'ensemble de l'équipe est référente du parcours de la totalité des personnes accompagnées.

Ce mode de fonctionnement demande beaucoup de rigueur et de communication mais cela permet aux résident.e.s de pouvoir se tourner vers l'intégralité de l'équipe.

Dans l'accompagnement, il y a souvent des affinités qui se créent, mais si le.a professionnel.le qui participe à l'accompagnement n'est pas présent.e, le.a résident.e peut se tourner naturellement vers tout le reste de l'équipe, qui aura les informations et qui pourra savoir de quoi il s'agit. De plus, l'équipe intègre des travailleur.se.s pair.e.s.

Selon vous, comment l'articulation entre social, médico-social et sanitaire peut permettre une meilleure approche globale des personnes ?

Plus particulièrement sur le lien entre la psychiatrie et l'addictologie ?

Olivier Le Mens revient sur la question du stigmata qui existe par rapport aux usager.e.s de drogues mais aussi par rapport aux personnes atteintes de troubles psychiques.

Pour lui, il est primordial de dire qu'une personne n'est pas uniquement un.e usager.e de drogues, il s'agit d'une personne qui a une histoire, une famille, des rêves, des espoirs, des traumatismes, etc.

Il s'agit de dire que la personne n'est pas juste une maladie ou un comportement. Il est donc important de déconstruire l'image qu'on se fait des personnes qui serait juste malade et/ou addicté pour mieux gérer les situations des personnes.

Angélique Epononh, constate qu'il y a une forte méconnaissance de ce qu'est l'addiction et la précarité et que cela peut avoir des conséquences.

Par exemple, lorsqu'une personne rate son rendez-vous auprès d'un CMP (Centre Médico Psychologique), le suivi s'arrête. Alors qu'une personne en situation de précarité ne sait pas toujours où elle va dormir, elle n'est pas sur la même temporalité et peut facilement oublier son rendez-vous.

Face à cette problématique, l'équipe Cadence est aller à la rencontre de tous les CMP de la Seine-et-Marne afin de se présenter et d'expliquer comment les différents dispositifs pouvaient s'apporter mutuellement.

Selon elle, il y a un véritable travail à engager sur les partenariats entre sanitaire et social qui peuvent beaucoup s'apporter, même si cela demande beaucoup de temps et d'énergie d'aller à la rencontre des personnes et de faire des réunions.

Cela lui paraît indispensable pour les personnes, notamment pour éviter les ruptures de parcours de soins et finalement permet de faire gagner beaucoup de temps aux personnes.

Afin de pallier à la méconnaissance de la précarité et des conséquences, l'équipe Cadence tente d'accompagner et d'expliquer aux professionnel.le.s du médical, l'accompagnement et la réalité des publics précaires.

Par exemple, en expliquant que les personnes accompagnées auront du mal à faire une prise de sang à jeun, ou qu'une personne diabétique aura du mal à respecter un régime spécifique à la rue et que sa priorité est de manger tout court.

Ce travail de communication permet d'amener des pistes et des idées de la réalité concrète sur le terrain.

Quels freins vous observez qui empêchent une meilleure application de la réduction des risques dans les structures du secteur AHI ? Face à ces freins, si vous aviez un vœu, pour favoriser l'approche réduction des risques dans les structures AHI, quel serait-il ?

Jennifer Arm a comme vœu d'avoir davantage de structures en addictologie sur l'Île-de-France.

Elle dénonce le manque criant de structures notamment sur certains départements, comme en Seine-Saint-Denis où il y a 4 CAARUD, 2 en Seine-et-Marne et seulement un dans les Yvelines.

Elle ajoute aussi qu'à Paris, les structures et centre de soins en addictologie et/ou CSAPA qui reçoivent de nouveau patient se font rares.

Suzy Faucherand remarque que les représentations que les équipes peuvent avoir des consommations agissent comme un frein, notamment par rapport à la confusion qu'il existe entre les produits licites et illicites.

Suzy Faucherand remarque que les représentations que les équipes peuvent avoir des consommations agissent comme un frein, notamment par rapport à la confusion qu'il existe entre les produits licites et illicites.

Dans ce sens, elle souhaite que la question des addictions et des consommations soient abordée dans les écoles de travailleur.se.s sociaux.les, d'infirmier.e.s et de médecins.

Pour elle, il est important que les professionnel.le.s soient formé.e.s et qu'ils prennent un peu de temps pour comprendre le handicap, l'addiction et la précarité.

Pour Sacha Goussef aussi, le manque de structures en addictologie agit comme un véritable frein, ce qui se confirme par le fait que leur CSAPA de proximité ne prenne plus de nouveaux patients depuis presque six mois.

Ce qui fait que des personnes qui étaient prêtes à passer la porte ne peuvent plus le faire. Elle souhaite ainsi, qu'il y ait une équipe en addictologie qui puisse intervenir de façon pérenne sur les structures AHI car cela permet aux équipes de prendre de la hauteur, d'avoir une meilleure réflexion et d'avoir des professionnel.le.s qui les soutiennent.

Marc Miranda aimerait lui qu'il y ait un CSAPA référent intervenant sur tout le territoire parisien avec des équipes mobiles qui interviendraient sur les structures AHI afin de les soutenir, de venir en appui et de proposer des formations aux équipes.

Olivier Le Mens, remarque des difficultés liées à la saturation des CSAPA.

Il note aussi comme frein, l'image négative qu'on peut avoir des usager.e.s de drogues, notamment de produits psychoactifs et des personnes en situation de précarité.

Il dénonce notamment les perceptions et les images différentes qu'il existe des usager.e.s de crack et de cocaïne, liées aussi aux différences de classes sociales.

Dans ce sens, il demande à ce que les usager.e.s de drogue ne soient plus stigmatisé.e.s.

Samy Adgharouamane souhaite que les professionnel.le.s se fassent davantage confiance, notamment dans le secteur AHI et centres d'hébergement généralistes où la question des consommations et de réduction des risques n'est pas ancrée dans les pratiques et/ou dans le projet d'établissement.

Selon lui, beaucoup de professionnel.le.s sont assez compétent.e.s sur le sujet mais n'osent pas aborder ces sujets avec le public.

Il espère ainsi que les professionnel.le.s puissent se faire plus confiance, apprendre du public et essayer d'innover dans leurs pratiques.

Angélique Epononh souhaite que de véritables suivis en addictologie soient possibles en détention, dans les centres pénitenciers.

Elle plaide pour qu'il soit possible d'organiser des suivis en addictologie même dans les milieux fermés qui sont aussi soumis à des obligations de soins.

Elle demande à ce que des actions soient mises en place pour le milieu pénitencier par rapport aux questions de justice, d'accès aux soins et aux suivis en addictologie.

Glossaire

AHI	Accueil Hébergement Insertion
AT	Appartements Thérapeutiques
ASUD	Auto-Support des Usagers de Drogue
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CASVP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CAUT	Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMP	Centre Médico Psychologique
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CPA	Centre Premier Accueil
CT	Communautés Thérapeutiques
CTR	Centres Thérapeutiques Résidentiels
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CVS	Conseil de Vie Sociale
ELSA	Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie
EMSP	Equipes Mobiles Santé Précarité
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
IAE	Insertion par l'Activité Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHI	Plateforme pour un Hébergement Inclusif
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
RDRD	Réduction Des Risques et des Dommages
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
SSR	Soins de suite et de réadaptation

REMERCIEMENTS A :

L'Agence Régionale de Santé Île-de-France ;
La Commission Santé de la Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France
pour son soutien et son investissement ;
L'ensemble des intervenant.e.s ayant participé.e.s aux tables-rondes ;
Anna Covillas pour la rédaction et l'élaboration du présent document ;
Clotilde Hoppe pour le suivi du projet et de l'élaboration du document ;
Faloune Premier pour la conception graphique.