

Projet précarité et addiction :
accompagner les conduites addictives pour l'insertion
globale des personnes

Rapport d'évaluation final

Soutenu par
LE FONDS DE LUTTE CONTRE LES
ADDICTIONS

Années 2022-2023-2024

Remerciements

La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) – la FAS nationale et les FAS régionales : Grand Est, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie – ainsi que la Fédération Addiction (FA), co-porteuses du projet MAAA'elles, s'associent pour remercier le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) pour sa confiance : sans celle-ci, illustrée notamment par le financement alloué et l'accompagnement proposé, nous n'aurions pu déployer un tel projet.

Les moyens qui nous ont été accordés nous ont permis d'accompagner 44 établissements du secteur de l'Accueil Hébergement Insertion Logement (AHI-L) afin de parfaire l'accompagnement proposé par les équipes sociales et médico-social, dans une démarche de réduction des risques. Ce projet a mis en lumière les besoins des personnes en situation de précarité présentant des conduites addictives et ceux des professionnel.le.s qui les accompagnent. Il a contribué aux changements des pratiques et représentations pour proposer aux personnes concernées par cette double problématique un accompagnement adapté, tenant compte de leur individualité. Si le chemin est encore long pour qu'une évolution des regards permette une prise en charge adaptée à chacun.e, cette première étape a permis une prise de conscience, nécessaire à tout changement.

Nous souhaitons remercier les 44 structures qui se sont lancées dans ce projet d'envergure nationale. Questionner ses pratiques, travailler sa posture, (se) libérer du temps pour penser et améliorer l'offre d'accompagnement proposée n'est pas aisé, d'autant plus dans un contexte de tension qui peut mettre à mal le.la professionnel.le.s. L'engagement des équipes impliquées est donc à souligner et valoriser.

Enfin, un immense merci à toutes les personnes qui sont accueillies et accompagnées par les structures et qui se sont investies dans le projet pour nous aider à améliorer les réponses que nous pouvons leur apporter. Leurs parcours doivent être pensés et construits avec elles et pour elles et nous leur sommes infiniment reconnaissant.e.s d'avoir accepté pour certaines de témoigner de leurs besoins afin que le cadre, d'accueil et d'accompagnement, soit étudié et adapté à toutes et tous.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : METHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D’EVALUATION DU PROJET	6
LES PARTIES PRENANTES.....	6
PILOTAGE DU PROJET.....	15
ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES : MODALITES DE SUIVI ET D’EVALUATION.....	16
PARTIE 2 : BILAN DE L’ACCOMPAGNEMENT	22
AXE 1 - LA FORMATION DES PROFESSIONNEL.LE.S : LEVIER DE CHANGEMENT.....	22
AXE 2 - ADDICTION & PRECARITE : LE PARTENARIAT AU CŒUR DU PROJET	26
AXE 3 - DES ACTIONS DE REDUCTION DES RISQUES : MIEUX ACCOMPAGNER	30
AXE 4 – ASSURER UN PORTAGE INSTITUTIONNEL : LE CHANGEMENT DES DOCUMENTS-CADRES	34
PARTIE 3 : ANALYSE D’UNE CONDUITE DU CHANGEMENT	38
LIMITES DU PROJET : COMPOSER AVEC DES SECTEURS EN SOUFFRANCE.....	38
LES ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS ISSUS DU PROJET	40
PERSPECTIVES : ET MAINTENANT ?.....	45
CONCLUSION	47
ANNEXES	50
ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE REFERENCE (FAS OCCITANIE)	51
ANNEXE 2 – GRILLE D’ENTRETIEN A L’INTENTION DES PROFESSIONNEL.LE.S (FAS OCCITANIE)	54
ANNEXE 3 – GRILLE D’ENTRETIEN A L’INTENTION DES PERSONNES ACCOMPAGNEES (FAS OCCITANIE)	57
ANNEXE 4 – EXEMPLE D’ETAT DES LIEUX (FAS NOUVELLE-AQUITAINE).....	58
ANNEXE 5 – EXEMPLE DE PLAN D’ACTIONS (FAS ILE-DE-FRANCE)	61
ANNEXE 6 – TABLEAU DE BORD	66
ANNEXE 7 – MODELE DE BILAN QUALITATIF (FAS GRAND-EST)	67
ANNEXE 8 – EVALUATION DES SESSIONS DE FORMATION (FEDERATION ADDICTION).....	76

Introduction

De l'accueil inconditionnel à la gestion des consommations, la crise sanitaire et sociale liée au COVID 19 a exacerbé les enjeux déjà présents relatifs aux conduites addictives dans les dispositifs d'accueil et d'hébergement des publics en situation de précarité. Les professionnel.le.s des structures adhérentes de la FAS ont ainsi témoigné d'un besoin concret d'adaptation de leurs pratiques.

En effet, si ceux-ci accompagnaient déjà les personnes dans une perspective globale, qui comprenait une partie relative aux conduites addictives, cela restait majoritairement ponctuel alors qu'une approche systémique s'avérait essentielle. De fait, et en dépit d'une volonté constante de parfaire leurs pratiques pour qu'elles soient au plus près des besoins et demandes des personnes concernées, les équipes des établissements de l'AHIL ne disposent pas toujours des connaissances, compétences, postures et relais nécessaires pour accompagner aux mieux les personnes concernées par une/des addiction(s) au sein de leurs files actives. Ainsi, l'inconditionnalité et l'efficacité des dispositifs pouvaient s'en trouver fragilisées du fait de situations particulièrement complexes. Si les addictions peuvent conduire à un état de santé dégradé, celui-ci peut aussi être préjudiciable au parcours de vie et d'insertion des personnes concernées.

Et en conséquence, entraver l'accompagnement proposé par les professionnel.le.s.

Afin d'améliorer ces parcours de vie et d'insertion, le repérage des conduites addictives et leurs accompagnements vers et dans le soin s'avèrent donc primordial. Cela ne nous a semblé possible que grâce à un travail de collaboration étroite entre les structures du secteur social et celles de l'addictologie.

Pour cela, la FAS et la Fédération Addiction, qui travaillent ensemble depuis de nombreuses années sur ces questions, ont souhaité renforcer leur action en accompagnant la montée en compétences des équipes et en soutenant les partenariats entre les secteurs de l'AHIL et de l'addictologie, afin de leur permettre de mieux se connaître et de mieux coopérer. De ce partenariat historique, des expérimentations et recommandations avaient déjà émergé, recommandations qui se sont inscrites dans celles, officielles, parues à l'occasion de la crise sanitaire, laquelle a mis en lumière les besoins spécifiques des personnes en situation de précarité et d'addiction. Ce projet entendait donc s'appuyer sur l'existant.

Ainsi, l'objectif de notre projet était de renforcer et développer les actions concrètes déjà mises en œuvre par les deux fédérations, et de mettre leur expertise ainsi construite au service de nouvelles pratiques et d'une évolution profonde des organisations. En conséquence, de permettre aux personnes en situation de précarité présentant des conduites addictives d'avoir accès à des accompagnements adaptés. Il s'agissait d'améliorer leur état de santé physique et mentale, dans une dynamique de réduction des risques et d'efficacité accrue, considérant l'accompagnement global mis en œuvre par les acteurs de l'AHIL.

Le projet «*Précarité et addiction : accompagner les conduites addictives pour l'insertion globale des personnes* » dont nous présentons ici les résultats et les enseignements, a donc visé à transformer les organisations et les pratiques professionnelles en donnant à 43 établissements du secteur de l'AHIL (44 ont finalement été accompagnés) la capacité structurelle d'organiser des actions de prévention, de promotion de la santé, de réduction des risques en lien et en collaboration étroite avec les acteurs spécialisés du secteur de l'addictologie.

L'ensemble des substances addictives étaient concernées par le projet, en lien avec les consommations des publics accompagnés par les structures impliquées, avec une attention particulière portée sur les produits les plus habituellement consommés par les personnes accueillies, à savoir le tabac, l'alcool et le cannabis.

Les résultats attendus étaient nombreux, tels que nous en rendons compte dans le cadre de ce rapport mais également dans notre rapport d'activité final, et étaient entendus selon quatre axes de travail principaux :

- Axe 1 : la formation des professionnel.le.s,
- Axe 2 : les partenariats opérationnels créés ou consolidés entre le secteur de l'AHIL et celui de l'addictologie, au profit des personnes concernées,
- Axe 3 : les actions en direction des personnes ayant des conduites addictives,
- Axe 4 : l'évolution des documents-cadres des établissements impliqués.

Ainsi ce projet avait-il pour objectif d'aider les professionnel.le.s du secteur de l'AHIL à participer à l'amélioration de l'état de santé psychique et physique des personnes accompagnées, à améliorer le recours au soin spécialisé et la fluidité du parcours global d'insertion ; enfin, à réduire les non-recours et le manque d'accès au service du fait des conduites addictives.

Le bilan que nous présentons ci-après rend compte des résultats de ce projet et de l'analyse de ces résultats, afin d'en tirer des enseignements et recommandations pour poursuivre la dynamique initiée visant à mieux considérer et mieux accompagner les personnes accueillies par les structures du secteur de l'AHIL.

Il se découpera pour cela en trois parties :

- Méthodologie de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet,
- Bilan de l'accompagnement – selon les 4 axes de travail précédemment présentés,
- Analyses et perspectives.

Ce bilan ambitionne enfin de donner à voir le chemin parcouru par les structures impliqués, de valoriser le travail mis en place par les équipes professionnel.le.s qui y œuvrent, et l'impact du projet sur toutes les parties prenantes, afin que cela puisse servir à d'autres établissements, dans une démarche de transmission et d'essaimage.

Partie 1 : Méthodologie de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet

Les parties prenantes

La force de ce projet se situe dans l'accompagnement au changement proposé par la FAS Nationale, les FAS régionales et la Fédération Addiction, ces différentes instances collaborant étroitement afin que les frontières entre les secteurs de l'addictologie, de la santé et du social disparaissent progressivement, au profit des personnes en situation de précarité et des équipes qui les accompagnent.

Ainsi, ce projet a impliqué différentes institutions, chacune acteur clé dans sa conduite et sa réussite, et ce, dès son élaboration. Ces parties prenantes se sont toutes engagées, les unes envers les autres et sous convention¹, pour la réussite du projet.

La Fédération des acteurs de la solidarité Nationale

D'une part, ce projet a été porté par la Fédération des Acteurs de la Solidarité² (FAS). Tête de réseau qui fédère plus de 900 associations et organismes qui agissent pour la solidarité, la FAS s'attache à développer toutes initiatives visant à favoriser la dignité, l'épanouissement et l'autonomie de personnes seules, couples et familles, en difficulté d'adaptation ou d'insertion sociale, sans distinction de quelque nature que ce soit. La Fédération représente les intérêts communs de ses adhérents comme des bénéficiaires de leurs actions, et se réserve la possibilité d'exercer toute forme d'intervention auprès des Pouvoirs Publics.

Ainsi, la FAS se donne pour buts, suivant les valeurs de solidarité, de citoyenneté et de respect de la personne qu'elle entend appliquer, de :

- promouvoir la plus-value associative et l'économie sociale et solidaire,
- contribuer ainsi à changer la vie quotidienne de ces personnes, en faisant évoluer les pratiques dans les établissements et en proposant l'adéquation des politiques publiques aux nécessités sociales constatées,
- fédérer au-delà de nos familles habituelles, c'est-à-dire construire des consensus et des coopérations entre adhérents comme avec d'autres acteurs de la société,
- faire changer le regard porté par nos concitoyens sur les personnes exclues et sur l'action d'accompagnement de ces personnes menée par les associations et organismes de solidarité, en mobilisant tous les acteurs y compris les personnes concernées.

En tant que tête de réseau, la FAS Nationale agit donc à trois niveaux : représenter et défendre des positionnements communs, accompagner et appuyer son réseau, porter des expérimentations et des projets d'innovation sociale.

¹ Voir Livrable « modèles et exemples de convention »

² <https://www.federationsolidarite.org/qui-sommes-nous/presentation-et-missions/>

Dans le cadre de ce projet, la FAS Nationale a mené les missions suivantes :

- Accompagner et soutenir les chargé.e.s de projet régionaux dans le déploiement du projet (création d'outil de suivi, organisation de temps travail communs ...) – voir *missions des FAS Régionales*,
- Assurer le suivi, l'évaluation et la gestion budgétaire et en rendre compte auprès des instances de validation et de financement,
- Organiser des temps de travail avec les chargé.e.s de projet régionaux,
- Veiller à ce que les actions mises en œuvre soient en adéquation avec les objectifs du projet,
- Organiser et animer les COPIL nationaux – voir *pilotage du projet*,
- Rédiger les conventions avec les structures participantes,
- Créer et/ou accompagner la création des outils nécessaires au suivi et à l'évaluation du projet (Etat des lieux, questionnaire, grilles d'évaluation sur la base des indicateurs transmis au FLCA, etc.) en concertation avec les régions,
- Rendre compte aux instances de l'évolution du projet (Rédaction bilans intermédiaires et final d'activité, rédaction des livrables).

Les Fédérations des acteurs de la solidarité Régionales

La Fédération des acteurs de la solidarité est constituée d'une FAS Nationale et de 13 FAS régionales indépendantes.

Les FAS régionales ont pour mission de :

- Rassembler et animer le réseau d'adhérents,
- Représenter le réseau d'adhérents auprès des instances régionales,
- Accompagner, outiller et conseiller les adhérents,
- Faire remonter les besoins et les problématiques des adhérents,
- Informer sur l'actualité, l'évolution de la législation et la réglementation,
- Participer à la valorisation des bonnes pratiques, actions et initiatives des adhérents,
- Développer des actions spécifiques sur leur territoire,
- Élire au sein de son Conseil d'Administration, son Bureau, nommer ses représentants au Collège des régions au niveau fédéral.

Dans le cadre de ce projet, 4 FAS régionales ont été impliquées et se sont investies dès la construction du projet, au travers de lettres d'engagement jointes au dossier de candidature, à savoir la FAS Grand-Est³, la FAS Ile-de-France⁴, la FAS Occitanie⁵, la FAS Nouvelle-Aquitaine⁶, dont les missions furent de proposer un accompagnement de proximité à chacune des structures impliquées dans le projet pour permettre sa faisabilité. En ce sens, les FAS régionales se sont engagées à :

- Identifier un référent de projet au sein de l'établissement et organiser des binômes AHI/ addictologie par établissement,
- Organiser et formaliser un état des lieux sur site dans chaque structure comprenant :
 - Recensement des pratiques existantes d'accompagnement des conduites addictives,

³ <https://www.federationsolidarite.org/regions/grand-est/>

⁴ <https://www.federationsolidarite.org/regions/ile-de-france/>

⁵ <https://www.federationsolidarite.org/regions/occitanie/>

⁶ <https://www.federationsolidarite.org/regions/nouvelle-aquitaine/>

- Les besoins des professionnel·le·s en termes d'actions à mettre en place, de formations, etc.,
 - Le recensement des consommations des personnes accompagnées par l'intermédiaire des professionnels,
 - L'identification des réseaux partenariaux avec les acteurs de l'addictologie,
 - L'identification des besoins des personnes en termes d'accompagnement des conduites addictives.
- Co-construire et formaliser des plans d'action avec chacune des structures à partir des états des lieux comprenant :
 - Le listing de l'ensemble des actions à mettre en place,
 - Le calendrier de mise en place de celles-ci,
 - Les moyens de suivi et d'évaluation des actions,
 - Les besoins d'achats de matériels,
 - Les besoins de prestations extérieures (formations, interventions croisées).
 - Appuyer les établissements dans la mise en place des actions en fonction des besoins,
 - Organiser des phases de bilan pour ajuster les actions en s'appuyant sur la liste des indicateurs,
 - En concertation avec les structures, effectuer un *reporting* mensuel des indicateurs,
 - Travailler en partenariat avec le/la délégué.e de l'Union Régionale de la Fédération Addiction tout au long de projet selon des modalités co-construites,
 - Participer aux comités de pilotage organisés par les Fédérations nationales,
 - S'assurer de la cohérence des actions et du fléchage budgétaire,
 - Recueillir auprès des établissements les documents administratifs relatifs au projet (convention entre la FAS et les établissements, indicateurs, bilan annuel, évaluation des actions) permettant le suivi de projet,
 - Valider et suivre les dépenses prévues et engagées par les établissements dans le cadre du projet,
 - Rédiger les états des lieux par structure et une synthèse de l'ensemble des données,
 - Rédiger le bilan de projet à la fin de chaque accompagnement.

La Fédération Addiction

D'autre part, ce projet a impliqué la Fédération Addiction⁷, partenaire historique de la Fédération des acteurs de la solidarité sur la thématique des addictions. Ce partenariat implique à la fois la conduite de projets opérationnels d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles, à la fois des stratégies communes d'interpellation des pouvoirs publics pour engager et accompagner un changement profond et sociétal concernant les conduites addictives et leurs prises en charge.

La Fédération Addiction constitue le premier réseau pluridisciplinaire d'addictologie de France au service des professionnel·le·s accompagnant des usage.re.s de drogues, avec 850 établissements et services de santé adhérents, et plus de 500 adhérent.e.s individuel.le.s (médecins, pharmacien.ne.s, psychologues, travailleurs.se.s. sociaux.ales, etc.). Elle regroupe ainsi à la fois des structures et professionnel·le·s du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques (RDR).

⁷ <https://www.federationaddiction.fr/qui-sommes-nous/>

Pour la Fédération Addiction, les addictions font partie de la vie : elles résultent de la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un contexte particulier qui ne peuvent être dissociés. A cet effet, la société doit élaborer des réponses adaptées, ne considérant pas les phénomènes d'addiction de manière isolée mais bien inscrits dans un contexte social, culturel, politique et économique.

Pour cela, la Fédération Addiction s'engage à plusieurs endroits : élaboration de réponses adaptées aux personnes concernées par les drogues et les addictions ; participation au changement des politiques publiques. La Fédération des acteurs de la solidarité et la Fédération Addiction partagent donc des ambitions communes qui se traduisent notamment par la mise en œuvre de projets à destination des professionnel.le.s et des personnes en situation de précarité.

Ainsi la Fédération Addiction a été impliquée dès les prémices du projet ici présenté participant également à son élaboration. Et c'est au travers de son implication qu'ont pu également s'investir les structures spécialisées du secteur de l'addictologie.

De fait, les missions de la Fédération Addiction étaient les suivantes :

- Participer à l'élaboration des outils de suivi et à l'évaluation (co-rédaction, relecture, etc.)
- Organiser et animer les temps de concertations inter-associative des associations participant au projet,
- Assurer l'ingénierie de formation et déployer les modules de formation auprès des partenaires locaux du secteur de l'addictologie des établissements AHI-L sollicitant leur intervention,
- Co-organiser et animer les instances de pilotage,
- Contribuer au déploiement du projet au niveau local avec l'appui des Délégués d'Union Régionale.

Les structures de l'AHI-L

Enfin, 43 structures du secteur de l'AHI se sont portées volontaires afin de participer au projet et de bénéficier de l'accompagnement qu'il incluait. Pour cela, un financement de 24 000€ était accordé à chacune d'elles, financement qui devait permettre de couvrir les frais en ressources humains mobilisées en interne ainsi que les frais engagés pour mener à bien les actions découlant des objectifs du projet.

Ces 43 structures ont été identifiées et mobilisées par les FAS régionales et en conséquence, se trouvaient sur les territoires concernés, permettant au projet une représentativité nationale.

In fine, ce sont 44 structures qui ont participé, chacune bénéficiant d'un accompagnement, initialement prévu de 12 mois mais qui s'est étendu de 14 à 18 mois dans les faits⁸ : accueils de jour, centres d'hébergement d'urgence (CHU), centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), pension de famille, maison relais, appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins de santé (LHSS), etc. assurant également une représentation diverse des dispositifs du secteur.

Ces 44 structures ont donc été réparties en deux cohortes, bénéficiant pour la 1^{ère} cohorte d'un accompagnement débutant en 2022, pour la 2^{nde} en 2023.

Notons par ailleurs que notre projet a aussi permis à des établissements plus isolés et manquant de ressources internes de pouvoir s'inscrire dans ce mouvement de professionnalisation.

⁸ Voir partie 3 de ce rapport

Structures impliquées en région Grand-Est :

Nom de l'association/de l'organisme	Année de conventionnement	Structures ou services impliqués	Missions principales
AMLI	2022 (report 2023/2024)	Pensions de famille (2)	Accompagnement social de locataires en difficultés sociales et psychiques
Association L'Etage	2022	CHU	Accompagnement social, Hébergement d'urgence
Association SURSO	2022	Service Accueil et orientation	Accueil d'urgence, Accompagnement social, Orientation
Association Entraide Le Relais	2022	Pension de famille	Accompagnement social de locataires en difficultés sociales et psychiques
Le Renouveau	2022	CHRS	Accompagnement social, Hébergement
Fédération Médico-social (FMS)	2023	CHRS Belliard	Accompagnement social, Hébergement (accueil de public avec animal de compagnie)
Fédération de la Charité-CARITAS	2023	CHRS L'Abri et Pension de famille	CHRS : accueil et accompagnement social d'adultes isolés, Pension de famille : logement autonome pour personnes isolées
L'Abri	2023	CHRS et Résidence accueil	CHRS : hébergement et accompagnement social Résidence accueil : intermédiation locative visant à faciliter l'accès au logement, accompagnement social
Jamais seul	2023	ACT et LHSS	Hébergement et accompagnement social pour personnes nécessitant des soins
ALEOS	2023	Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), ACT et LHSS	Hébergement et accompagnement social pour personnes présentant des

			pathologies (besoins en santé)
--	--	--	--------------------------------

Structures impliquées en région Ile-de-France :

Nom de l'association/de l'organisme	Année de conventionnement	Structures ou services impliqués	Missions principales
Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP)	2022 (report du suivi en 2023 et 2024)	Maison Relais Katherine Johnson	Accompagnement social de locataires en difficultés sociales et psychiques
Centre d'action sociale protestant 75 (CASP)	2022	Service de prévention spécialisée	Aller vers en rue, Accompagnement social et réinsertion
EQUALIS	2022	CHU Palma	Accompagnement social, Hébergement d'urgence
Groupe SOS	2022	CHU Villeneuve	Accompagnement social, Hébergement d'urgence
Hôtel social 93	2022	CHRS – Gite de Courbon	Accompagnement social, Hébergement d'urgence (public vieillissant)
Communauté jeunesse	2022	CHRS Jules Vallès	Accompagnement social, Hébergement en diffus
EQUALIS	2023	Accueil de jour de Meaux (ADJ) (Mise à l'abri la nuit : 20 personnes)	Accueil, mise à l'abri, accompagnement social, orientation
		Résidence hôtelière à vocation sociale	Hébergement d'urgence, accompagnement social
La Main Tendue	2023	CHU Ernest Savart	Hébergement d'urgence (femmes seules en collectif, femmes avec enfants ou à besoins spécifiques en chambre seule), accompagnement social
EMMAÜS	2023	CHU et Pension de famille Paray Vieille Poste	CHU : Hébergement et accompagnement social (chambres collectives) Pension de famille : Accompagnement social de locataires en difficultés sociales et psychiques

Centre d'Action Sociale Protestant 93 (CASP)	2023	CHU Martin Luther King	Hébergement et accompagnement social
Groupe SOS	2023	CHU Plurielles	Hébergement collectif et appartements en diffus (accueil femmes), accompagnement social
		CHRS Rosa Parks	Hébergement et accompagnement social (public vieillissant)

Structures impliquées en région Nouvelle-Aquitaine :

Nom de l'association/de l'organisme	Année de conventionnement	Structures ou services impliqués	Missions principales
Le Lien	2022	Centre d'Accueil d'Urgence Permanent (CAUP)	Accueil de jour, mise à l'abri, accompagnement social (durée limitée)
Groupe SOS	2022	Centre d'Hébergement « Le Tremplin »	Accueil et accompagnement social de personnes placées sous main de justice
Groupe SOS	2022	CHU Domercq	Accompagnement social, Hébergement d'urgence
AL Prado	2022	Dispositif Parcours	Accompagnement social, Hébergement
Halte 33	2022	Halte de nuit	Mise à l'abri d'urgence
Maison du Logement	2023	CHRS	Mise à l'abri inconditionnel et accompagnement éducatif individualisé renforcé
Tremplin 17	2023	CHRS et Maison Relais	CHRS : Hébergement temporaire et accompagnement social, Maison Relais : accompagnement social et logement pérenne personnes isolées socialement
SAFED 24	2023	CHRS et Maison Relais	Hébergement et accompagnement social,

			Maison relais : logement et accompagnement à la réadaptation
MJC Mosaïque	2023	Service AILES (CHRS et Accueil de jour)	Hébergement en diffus en CHRS, accompagnement social, Accueil inconditionnel, accompagnement social, orientation
Association Périgourdine d'Action et de Recherche sur l'Exclusion (APARE)	2023	CHRS et Hébergement d'urgence (HU)	Hébergement et accompagnement social, Hébergement d'urgence

Structures impliquées en région Occitanie :

Nom de l'association/de l'organisme	Année de conventionnement	Structures ou services impliqués	Missions principales
Association Catalane d'Actions et de Liaison (ACAL)	2022	CHRS Arc-en-ciel-Insertion	Accompagnement social, Hébergement, Accueil d'urgence femmes avec enfants
ADAGES	2022	CHRS insertion REGAIN	Accompagnement social et hébergement, Logements sur site et en diffus
LA TRAVERSE	2022	CHRS Yvonne Malzac	Accompagnement social et hébergement
ESPELIDO	2022	Centre d'Hébergement social et de stabilisation (CHUS) Hoche	Hébergement en collectif (30 places), de stabilisation (15 places), d'urgence (15 places) et en diffus (80 places) Accompagnement social
Service d'entraide protestant (SEP)	2022	CHU L'Etape	Hébergement d'urgence, Accompagnement social
Aide et accueil en Albigeois	2023	CHRS Le Colibri	Accompagnement social et hébergement
CCAS de Toulouse	2023	CHRS Maison des Allées	Accompagnement social et hébergement, Accueil urgence Femmes
Association Départementale d'Aide	2023	CHRS de Narbonne	Accompagnement social et hébergement

aux Femmes et aux Familles (ADAFF)			
CCAS de Toulouse – SIAO 31	2023	Equipe Mobile Sociale et de santé (EMSS)	Aller vers en rue, Accompagnement social
Accueil Montauriol	2023	Accueil de jour	Accueil inconditionnel, accompagnement social, orientation

Chacune des structures s'est engagée à mener à bien le projet selon les 4 axes de travail de ce dernier, à savoir :

- Développement du travail partenarial,
- Actions de formations des professionnel.le.s,
- Evolution des documents-cadres,
- Actions en direction des personnes concernées.

Pour cela, elles se sont astreintes à :

- Désigner un référent de projet au sein de son établissement, ou toute personne pouvant lui être valablement substituée en cas d'empêchement, pour permettre la réalisation du présent projet, après en avoir informé le.la chargé.e de projet de la FAS régionale,
- Participer aux temps de travail organisés par la FAS régionale,
- Concerter et mobiliser l'ensemble des professionnel.le.s, bénévoles, les personnes accompagnées et les différentes instances (CVS, CA...) dans le déroulement du projet (pour l'ensemble des étapes du projet),
- Être en lien régulier avec le.la chargé.e de projet de la FAS régionale pour mener à bien les étapes du projet (l'état des lieux, la construction du plan d'action et la mise en œuvre des actions et de l'évaluation), les actions déployées devant impérativement permettre l'évolution des pratiques professionnelles et institutionnelles en matière d'accompagnement des conduites addictives.

Par l'implication des structures, les dernières parties prenantes de ce projet étaient donc les professionnel.le.s des établissements eux-mêmes dont nous visions l'évolution des pratiques en matière d'accompagnements des conduites addictives, et ce, quelques soient leurs fonctions : travailleurs.ses sociaux.ales, infirmier.es, cadres de service, veilleurs de nuit, maitre.sse.s de maison, directeur.trice.s, etc. L'implication, la sensibilisation et la formation de toutes les professions exerçant auprès des publics étaient particulièrement essentielles pour assurer le changement au long terme et l'inclusion complète des actions ainsi développées dans les pratiques et les projets d'établissement.

Notons enfin que pour mener à bien notre projet, celui-ci s'est appuyé sur les moyens humains des fédérations et des structures suivants :

- Le temps de travail dégagés par les structures pour assurer la conduite du projet (financé par une partie de l'enveloppe de 24k€ qui leur était dédiée), notamment celui de la ou le référent.e en interne,
- Les formateurs.trices de la Fédération Addiction,
- Les Délégué.e.s d'Union Régionale de la Fédération Addiction,
- Les chargé.e.s de projets des FAS régionales,
- Les chargé.e.s de projet de la FAS Nationale et de la Fédération Addiction.

Au-delà d'une capitalisation et d'une diffusion de bonnes pratiques et de recommandations, c'est bien un accompagnement au changement des organisations, seul à même de répondre à la nécessité de développer une approche systémique, que les deux fédérations partenaires ont déployé auprès d'établissements volontaires.

Pilotage du projet

Au niveau régional

Au sein de chaque région, le pilotage opérationnel du projet a été effectué par le.la chargé.e de projets régional de la FAS régionale concernée, en lien avec la chargée de projets de la Fédération Addiction et/ou du.de la représentant.e de la Fédération Addiction au niveau régional (Délégué.e d'Union Régionale – DUR), et soutenu.e par la chargée de projets de la FAS Nationale.

De fait, le.la chargé.e. de projets régional a eu pour mission d'accompagner directement les structures adhérentes impliquées, de la phase de diagnostic à l'évaluation du projet, en passant par la construction des plans d'actions, à l'appui à la mise en place de ces actions, dans une perspective de conduite du changement. Cela s'est traduit par des rencontres régulières entre les équipes concernées et la FAS régionales, le.la chargé.e de projets se rendant au sein des structures, mais aussi des contacts et échanges téléphoniques afin de veiller à un suivi de proximité.

Par ailleurs, et afin d'assurer un partage des pratiques et des savoirs au niveau régional, de lever les freins rencontrés dans le déploiement du projet, de partager les leviers ou ressources et de favoriser le soutien entre paires, le.la chargé.e de projets régional a organisé et animé plusieurs COPIL opérationnels, en présentiel et/ou en distanciel, rassemblant à la fois les référent.e.s des structures de l'AHI-L impliquées, à la fois les structures spécialisées de l'addictologie approchées et ayant accepté de participer au projet (avec le soutien de la Fédération Addiction).

Ces COPILs⁹ se sont tenus *a minima* deux fois par an (soit deux COPILs par cohorte). Ils ont également donné à voir les résultats, bilans et perspectives des accompagnements mis en œuvre auprès de chaque structure.

En parallèle, chaque région a également organisé et tenu des COPILs dits institutionnels¹⁰, également deux fois par an (soit deux COPILs par cohorte).

Ceux-ci avaient pour objet de réaliser un point d'étape et d'échanger avec les instances politiques régionales sur les travaux menés dans le cadre du projet, en vue notamment d'un soutien à la pérennisation des actions mises en œuvre. A ce titre, ils réunissaient des représentant.e.s des ARS, des DREETS, de la CPAM, des villes ou territoires concernés (ville de Paris, par ex.), ainsi que des représentant.e.s des Fédérations porteuses (généralement les Déléguées régionales des FAS et les DUR de la Fédération Addiction).

⁹ Voir livrable « Bilans semestriels »

¹⁰ Voir livrable « Bilans semestriels »

Au niveau national

Sur le plan national, des instances de pilotage ont également été constituées, organisées et animées par la chargée de projets de la FAS Nationale, en lien avec la chargée de projets de la Fédération Addiction.

Ces instances étaient de deux ordres :

- Un COPIL national, constitué de représentant.e.s des FAS Nationale et régionales ainsi que de la Fédération Addiction. Organisés trimestriellement, ces COPILs avaient pour objet d'effectuer un point d'étape concernant la conduite du projet sur le plan national. Grâce à leur expertise croisée, les membres de ce COPIL ont pu, tout au long du projet, apporter leurs regards sur les états des lieux et plans d'action, intervenir en appui au déploiement des actions décidées, veiller à la bonne réalisation de toutes les étapes du projet, proposer des ajustements et valider les enseignements et conclusions que nous partageons ici.
- Un comité opérationnel s'est tenu tous les deux à trois mois en moyenne. Celui-ci, animé par la FAS Nationale, rassemblait les chargé.e.s de projets régionaux ainsi que la chargée de projets de la Fédération Addiction. Il avait pour enjeu de suivre le déploiement opérationnel du projet en s'attachant à lever les freins rencontrés par les régions dans les suivis de proximité qu'elles mettaient en œuvre. Il venait aussi interroger les différentes étapes du projet, en lien avec les spécificités des structures et des/du contexte(s).

Ces différentes instances, tant au niveau national que régional, ont permis le suivi et l'évaluation continue de notre projet. Elles ont été supports à sa réalisation et ont permis l'émergence des enseignements et recommandations que nous partageons donc en dernière partie de ce rapport.

Accompagnement des structures : modalités de suivi et d'évaluation

Stratégie d'intervention

Une stratégie d'intervention a été élaborée afin de créer les conditions nécessaires à l'évolution des pratiques professionnelles des équipes impliquées dans le projet, avec pour enjeu une meilleure prise en compte et en soin des conduites addictives des personnes accueillies et accompagnées. Cette stratégie d'intervention, qui s'est traduite par l'accompagnement opéré par les FAS régionales, entendait s'appuyer sur une meilleure coopération intersectorielle en impliquant les acteurs du champ de l'addictologie et ceux du secteur social.

Nous visions tout d'abord la création de binôme AHI-addictologie au sein de chaque établissement. Cela devait permettre un travail d'acculturation entre chaque secteur, une méthode qui avait fait ses preuves dans la conduite de précédents projets portés par le FAS et la Fédération Addiction, notamment en région Nouvelle Aquitaine, Haut-de-France ou encore Auvergne Rhône Alpes.

De fait, l'identification de référent.e.s au sein des structures tant AHI que de l'addictologie qui incarnent alors le projet favorise le décloisonnement des pratiques professionnelles, la mise en commun de celles-ci et permet également de valoriser les savoirs expérientiels des professionnel.le.s de chaque secteur. Par ailleurs, le fait d'identifier, au sein des équipes de l'addictologie, un contact direct et privilégié, consistait une réelle demande pour les professionnel.le.s du social, antérieure au projet : cela apparaissait comme une solution pour faciliter

les orientations, les prises en soin et le suivi dans le parcours de soin des personnes en situation de précarité présentant des addictions.

Néanmoins, et malgré une volonté réelle des professionnel.le.s de santé impliqué.e.s, toutes les structures n'ont pas été en mesure d'identifier des référent.e.s incarnant ce binôme. En effet, les secteurs de l'addictologie et celui du social sont victimes d'une crise sociale sans précédent, dans un contexte où les situations des personnes en précarité sont de plus en plus complexes et où les équipes peinent de plus en plus à trouver des réponses adaptées à chacun.e. Le *turn over* et le sous-effectif sont légion. Ainsi, les équipes sont extrêmement sollicitées et doivent prioritairement répondre aux « urgences », quoi que cela puisse être subjectif étant donné que l'on pourrait considérer que toutes les situations sont prioritaires. Cela dans un contexte où la reconnaissance de leur travail « de première ligne » n'était pas encore reconnu par l'élargissement des mesures du Ségur de la santé.

Toutefois cela n'a pas empêché les différents acteurs de trouver des solutions pour renforcer ou créer des partenariats efficaces. L'une des missions conjointes des FAS régionales et de la Fédération Addiction fut de favoriser les rencontres entre les structures impliquées et des structures de l'addictologie, identifiées comme pouvant particulièrement être supports au projet. Chacune des équipes impliquées a donc pu, dès les prémices du projet et en l'occurrence la phase d'état des lieux que nous précisons ci-après, identifier au moins une structure de l'addictologie avec laquelle enclencher ou renforcer un travail partenarial privilégié et accompagnant chaque étape du projet. Ce travail partenarial est un processus dynamique qui fut constitué d'espaces d'échanges, de travail sur les représentations, d'actions à destination des publics accueillis, ceci afin de créer des nouveaux cadres de pensées, préalables à l'évolution des pratiques professionnelles.

La deuxième étape de cette stratégie d'intervention se trouve dans l'enjeu de formation, dont nous rendons compte précisément dans la partie 2 de ce rapport.

Lorsque le projet fut pensé par les deux fédérations impliquées, le constat était sans appel : la formation autour des addictions manquait à tous les niveaux et concernait tous les acteurs qui œuvrent autour et avec des personnes présentant des conduites addictives. De même, l'accès inégal aux connaissances et compétences entraînait une disparité dans les réponses apportées et les pratiques professionnelles n'étaient pas harmonisées. Nous visions donc la mise en place de formations à l'intention de toutes les équipes impliquées, et idéalement, à l'intention de tous.les les professionnel.le.s de ces équipes, quelle que soit leur fonction. Ces formations avaient pour enjeu d'être construites à partir des besoins spécifiques des équipes concernées, notamment au regard du fait, comme précisé précédemment, que les connaissances sont parfois disparates entre les territoires en matière de réduction des risques et d'addiction. Ainsi, si ces formations partageaient une trame commune, elles avaient pour ambition de s'ajuster aux demandes des équipes, étayées des diagnostics et états des lieux.

La troisième étape de cette stratégie consistait en la mise en place d'actions effectuées par les structures elles-mêmes, avec le soutien des FAS régionales et du secteur de l'addictologie. Ces actions devaient découler des plans d'actions réalisés, lesquels étaient basés sur les diagnostics et états des lieux conduits au sein de chaque structure – nous développons cette partie dans la suite de ce rapport. Les actions visées devaient pouvoir apporter des réponses concrètes et pragmatiques sur l'accompagnement des conduites addictives au sein des établissements, incluant (liste non exhaustive) : la mise en place de repérage et d'outils des problématiques addictives dès l'accueil des personnes, l'autorisation et l'accompagnement des consommations en interne, des campagnes d'affichages et de sensibilisation (RDR, vape, rôle de la Naloxone, etc.), des ateliers de réduction des

risques, des ateliers autour du « prendre soin de soi », etc. Ici, le rôle des professionnel.le.s de l'addictologie était aussi d'apporter un éclairage et un étayage cliniques aux équipes sociales.

Les chargé.e.s de projets des fédérations avaient pour mission de soutenir le développement des actions tant sur le plan opérationnel, méthodologique que concernant l'évaluation du projet : il s'agit de la quatrième étape de notre stratégie d'intervention. En ce sens, ils.elles avaient à charge de veiller à la cohérence de l'ensemble des actions déployées au regard des plans d'actions, des missions inhérentes à chaque établissement, des objectifs et résultats visés par le projet. Ils et elles devaient en ce sens accompagner chaque structure dans l'évaluation de la démarche et l'analyse de son impact.

La dernière étape de cette stratégie d'intervention se situe dans le travail d'essaimage et de pérennisation du projet. Comme nous en rendons compte dans la dernière partie de ce bilan, et malgré le fait que nous nous appuyons sur différents outils élaborés en ce sens (ce rapport faisant d'ailleurs partie des supports que nous utiliserons pour favoriser la diffusion des enseignements issus de ce projet) tels que des fiches-actions¹¹ ou encore l'animation de webinaires régionaux de fin de projet, cette dernière étape sera sans doute la plus complexe à réaliser, au regard du manque de moyens pouvant être accordés en ce sens.

Les états des lieux et plans d'actions, support à l'accompagnement

Chaque chargé.e de projets des FAS régionales s'est rendu.e au sein de chaque structure afin de construire avec elle un plan d'actions personnalisé, sur la base des ambitions du projet.

En effet, dès le début des accompagnements de chaque cohorte, et selon une feuille de route construite par chaque FAS régionale, des entretiens ont été menés auprès des équipes impliquées et de personnes accompagnées par les structures concernées.

L'objectif principal de l'état des lieux était d'élaborer un plan d'action sur 12 mois (rappelons cependant que les accompagnements ont finalement duré entre 14 mois pour la 1^{ère} cohorte et 17 mois pour la seconde), soit le temps de déploiement opérationnel du projet par cohorte de structures.

L'état des lieux répondait également aux objectifs suivants :

- Recenser les pratiques existantes d'accompagnement des conduites addictives au sein de chaque structure,
- Recenser les besoins des professionnel.le.s en termes d'actions à mettre en place : formations, sensibilisations, partenariats, actions de réduction des risques, etc.,
- Recenser les consommations des personnes accompagnées – par l'intermédiaire des équipes, afin de cibler plus précisément les conduites addictives propres aux structures,
- Identifier les partenariats mobilisables au sein du secteur de l'addictologie, cibler plus précisément ceux qui seraient parties prenantes dans le projet, et déterminer, si possible le binôme AHI-addictologie,
- Identifier les besoins des personnes accueillies et accompagnées sur la question des conduites addictives, les placer au centre de l'accompagnement.

Pour mener à bien cette mission, les chargé.e.s de projets se sont appuyés sur les outils suivants :

- Présentation de la FAS¹²,

¹¹ Voir livrable « Fiches actions et activités »

¹² Voir livrable « Affiches, supports, flyers »

- Présentation du projet¹³,
- Questionnaire à l'intention de la personne référente du projet au sein de la structure¹⁴,
- Grille d'entretien des professionnel.le.s¹⁵,
- Grille d'entretien des personnes accueillies¹⁶,
- Documents-cadres de l'établissement.

Deux journées minimums ont été nécessaires à la construction de ces états des lieux. Les chargé.e.s de projets se sont donc rendu.e.s à la rencontre de chacune des équipes, et la méthodologie fut la suivante :

- En amont de la visite : communication sur le projet, information des objectifs de la venue de la FAS au sein de la structure, mobilisation des équipes, en lien avec le.la référent.e en interne, planification des temps d'entretiens selon les contraintes de l'équipe, mobilisation des personnes accompagnées,
- Rencontre avec l'équipe (si possible au complet, idéalement avec la présence de la direction) et réunion de présentation du projet,
- Observation et participation aux activités et à la vie de la structure, compréhension du fonctionnement général,
- Entretien-questionnaire avec la personne référente du projet,
- Conduite d'entretiens auprès des professionnel.le.s volontaires, en groupe et/ou en individuel,
- Conduite d'entretiens auprès des personnes accueillies volontaires, en individuel,
- Echanges informels,
- Passation des documents-cadres et de communication existants sur la thématique.

Afin de construire ces états des lieux, les chargé.e.s de projets régionaux ont rencontré *a minima* 4 professionnel.le.s par structure (en individuel ou en équipe) et une à trois personnes concernées (la mobilisation de ces dernières pouvant être plus difficile). Les entretiens ont duré entre ½ heure et une heure et demi pour les professionnel.le.s, et environ ¼ d'heure pour les personnes concernées.

A l'issue de ces deux journées d'immersion et d'échanges, les chargé.e.s de projets ont élaboré les synthèses des états des lieux¹⁷. Ils et elles ont partagé ces dernières avec les structures afin qu'elles en valident le contenu¹⁸.

Découlant de ces états des lieux, des plans d'actions propres à chaque structure ont été élaborés par les chargé.e.s de projets, partagés et réajustés avec les structures avant d'être validés par les COPILs opérationnels.

Ces plans d'actions¹⁹ pouvaient recenser notamment :

- La liste des actions prioritaires à mettre en place, en adéquation avec les objectifs poursuivis dans le cadre du projet,
- Un calendrier prévisionnel de mise en œuvre,
- Les modalités de mise en œuvre,
- Les moyens de suivi et d'évaluation des actions,

¹³ Voir livrable « Affiches, supports, flyers »

¹⁴ Voir annexe 1 – questionnaire référence

¹⁵ Voir annexe 2 – grille d'entretien des professionnel.le.s

¹⁶ Voir annexe 3 – grille d'entretien des personnes accueillies

¹⁷ Notons que chaque FAS régionale a élaboré son propre modèle d'état des lieux et de plan d'actions

¹⁸ Voir annexe 4 – exemple d'état des lieux

¹⁹ Voir annexe 5 – exemple de plan d'action

- Les besoins d'achats en matériels,
- Les besoins de prestations et d'interventions externes.

Ce sont donc 44 états des lieux et 44 plans d'actions qui ont été élaborés durant ce projet, soit 20 états des lieux et plans d'actions entre mars et mai 2022 (cohorte 1) et 24 états des lieux et plans d'actions entre janvier et mars 2023 (cohorte 2). Ils ont constitué le cadre de référence au déploiement du projet.

Méthodes d'évaluation

Rappelons que l'impact recherché par ce projet consistait en l'amélioration structurelle de la prise en charge des personnes en situation de précarité présentant des conduites addictives, dans les établissements bénéficiaires du projet au travers d'une approche basée sur la réduction des risques.

Nous souhaitons donc pour cela obtenir les résultats suivants :

- Evolution du cadre institutionnel,
- Montée en compétences et en connaissances conduisant à l'évolution des pratiques, des discours, des postures des professionnel.le.s,
- Meilleure perception des professionnel.le.s de leur capacité à accompagner les personnes en situation de précarité et d'addiction,
- Environnements plus enclins à produire du bien-être physique et psychique pour les personnes accompagnées dans les établissements de l'AHI-L,
- Décloisonnement des pratiques et émergence de stratégie d'intervention commune,
- Création et formalisation de partenariats ou renforcement de ceux existants.

L'évaluation du projet a été continue. Elle a porté à la fois sur des indicateurs objectifs de processus et de résultats (nombre d'actions, nombre de formations, nombre de partenariats, nombre de rencontre, etc.), et sur des éléments qualitatifs (évolution des pratiques professionnelles, impact des formations, évolution des documents-cadres, etc.).

Ainsi, tout au long du projet, les chargé.e.s de projets des FAS régionales ont apporté un soutien méthodologique aux structures de l'AHI impliquées pour les accompagner dans le déploiement, le suivi et l'évaluation du projet. Ils.elles ont proposé un accompagnement de proximité à chaque équipe impliquée, notamment pour les aider à lever les freins à la mise en œuvre du projet et leur permettre de mener à bien les objectifs fixés dans le cadre des plans d'actions personnalisés.

Cela s'est traduit par de nombreuses actions et interactions qui ont permis le suivi et l'évaluation, tel que nous avons pu le présenter précédemment, et entre autres :

- Réunions régulières en se rendant directement sur les sites avec pour enjeu de faire des « points d'étapes » mais aussi d'accompagner la réflexivité, de penser des solutions aux difficultés rencontrées ou encore d'ajuster les plans d'actions aux besoins qui remontaient du terrain,
- Points téléphoniques,
- Organisation et animation de réunions et groupes de travail entre les deux secteurs pour faciliter la mise en place de partenariats correspondant aux besoins des équipes et des personnes concernées,
- Organisation et animation de COPIL régionaux favorisant l'échange de pratiques entre les structures impliquées mais aussi le soutien entre paires.

En parallèle, les COPILS nationaux ont permis l'ajustement régulier du projet en lien avec les résultats et impacts non consolidés mais donnant à voir de premières perspectives.

Concernant le relevé des indicateurs, et plus globalement le suivi et l'évaluation du projet, des outils ont été spécifiquement développés : tableau de bord²⁰, trame de bilan qualitatif²¹, modèles de fiches-actions. Un tableau de suivi financier a également été élaboré et mis à disposition des structures pour le suivi et la validation de leurs dépenses dans le cadre de la subvention de 24k€ accordée.

Afin de pouvoir rendre compte du projet, les chargé.e.s de projets régionaux ont ainsi suivi et guidé chaque structure dans le *reporting* et ont élaboré, avec elles, des bilans des accompagnements. Ce sont ces outils, dument et régulièrement complétés et qui rendent compte des avancées et des résultats et impacts du projets, qui nous permettent de rédiger et présenter les livrables de fin de projet. Ceux-ci sont donc directement issus du travail que les chargé.e.s de projets régionaux ont mis en place avec et pour les structures.

Notons pour terminer que nous avons initialement projeté de mener une enquête interne autour de la qualité de vie au sein des structures. Cela n'a malheureusement pas pu être déployé, au regard du manque de temps dont chacun des acteurs de ce projet disposaient, mais surtout des difficultés à mobiliser les personnes concernées.

²⁰ Voir annexe 6 – tableau de bord

²¹ Voir annexe 7 – modèle de bilan qualitatif

Partie 2 : Bilan de l'accompagnement

Rappelons que ce projet visant l'amélioration des pratiques professionnelles des équipes des structures de l'AHIL entendait agir ainsi en s'appuyant sur 4 axes de travail :

1. La formation des professionnel.le.s,
2. La mise en œuvre de partenariats avec les structures spécialisées du secteur de l'addictologie,
3. Le déploiement d'actions à destination des personnes en situation de précarité et d'addiction accompagnées par les structures de l'AHIL, dans une démarche de réduction des risques,
4. Le changement/l'évolution des documents-cadres.

Nous présentons ici le bilan des actions, déployées conformément aux plans d'actions des 44 structures impliquées, par axe de travail.

Axe 1 - La formation des professionnel.le.s : levier de changement

Afin de voir évoluer les organisations et les pratiques professionnelles, la formation est une condition indispensable. Cet enjeu majeur est par ailleurs le socle de toute évolution des documents-cadres, dernier axe de travail de ce projet. En effet, malgré une réelle volonté du secteur, malgré les dynamiques qui s'observent, certaines équipes expriment encore des réticences à la mise en place de démarche de réduction des risques au sein des établissements dans lesquels elles travaillent. Ceci est très souvent la conséquence de craintes, de peur, de représentations qu'elles peuvent présenter à propos des personnes concernées par une problématique d'addiction.

Il apparaissait donc essentiel que les formations soient dispensées aux équipes dès le début du projet – notons que pour la 1^{ère} cohorte, les formations ont tardé à se mettre en place, que nous en avons tiré des enseignements pour l'accompagnement de la seconde cohorte et avons agi en ce sens.

A cet effet, toutes les équipes impliquées dans le projet ont bénéficié de temps de formation et/ou de sensibilisation concernant l'addictologie : définition des notions et concepts de base, renforcement des connaissances concernant les produits psychoactifs et les conduites addictives, les produits consommés, les modes de prises, les comportements à adopter pour sécuriser les usages, connaissances des dispositifs de soins en addictologie, travail sur les postures pour que celles-ci soient adaptées aux personnes concernées, réduction des risques et des dommages, transmission d'outils de repérage sur les conduites addictives, etc. Ces formations ont été construites pour répondre aux besoins des structures, en lien avec les éléments relevés dans le cadre des états des lieux et des besoins et actions cadrées dans les plans d'actions. En effet, la phase d'état des lieux est venue révéler un niveau de connaissances faible voire inexistant sur la réduction des risques des équipes sociales. Peu de professionnel.le.s avaient été formé.e.s ou sensibilisé.e.s à ce sujet.

Ainsi, toutes les équipes ont été formées aux bases de l'addictologie et à la réduction des risques, dans l'objectif de déconstruire les préjugés, de faire évoluer les représentations et de réfléchir à une définition et une démarche commune autour des addictions. Cela a servi de tronc commun et de base du projet, permettant une

montée en compétences des équipes, parfois des directions lorsqu'elles ont pu participer (elles ont notamment été davantage impliquées lors de l'accompagnement de la 2^{nde} cohorte). Notons que certaines formations, pour des équipes réduites, ont pu être mutualisées entre deux établissements offrant ainsi une pluralité de regards et d'expériences.

Ces 1ères formations, sur deux journées minimums, ont été dispensées par la Fédération Addiction. En s'appuyant sur les ressources²² de cette dernière, la gestion logistique, administrative, budgétaire, en lien avec les structures adhérentes de la Fédération Addiction et visées pour construire les partenariats ont été largement facilités.

L'accompagnement proposé aux différents établissements se voulait au plus près de leurs réalités : les formations n'avaient donc pas de cadre et déroulé-type mais les formateurs et formatrices ont ajusté leur programme pour répondre à cet enjeu. Ils et elles se sont basées pour cela sur les contenus de formation de la Fédération Addiction afin de proposer des contenus et supports de qualité.

En apportant une réflexion sur les effets et les usages des produits, ces formations sont venues poser des bases solides auprès des équipes. Il en allait également de la réussite des 3 autres axes du projet que de construire un langage et une grille de lecture commune quant aux consommations, aux conduites addictives ou à la notion même de réduction des risques.

A l'issue des formations, les équipes ont exprimé²³ une meilleure connaissance des risques et des mécanismes de dépendance impliqués dans les conduites addictives : par exemple, cela a opéré une réelle prise de conscience des équipes sur les risques liés au manque d'alcool chez les personnes alcoolodépendance. Par ailleurs, les professionnel.le.s ont pu manifester un retour réflexif sur leurs pratiques professionnelles, facilitant l'évolution des pratiques et du cadre institutionnel. Ainsi, les habitudes consistant à confisquer les boissons à l'entrée des établissements, pour ceux qui le faisaient encore, ont pu être abandonnées au profit de posture et attitude plus bienveillantes et inclusives. En donnant aux équipes sociales les clés de compréhension des différents rôles des acteurs et structures de l'addictologie et de la réduction des risques, les équipes ont pu exprimer être plus à l'aise pour développer des partenariats avec ce secteur, axe de travail également de ce projet.

Les évaluations menées à l'issue des formations dispensées par la Fédération Addiction ont témoigné du fait que les équipes sont particulièrement montées en compétences et connaissances sur les sujets suivants :

- Effets des substances psychoactives,
- Facteurs de risque et signes d'alerte,
- Réseau d'intervenant.e.s dans le champ de l'addictologie,
- Législation concernant les usages de substances psychoactives.

Elles leur ont permis de renforcer leur capacité à aborder les usages de substances psychoactives avec une personne accueillie, de choisir une stratégie d'accompagnement adaptée et de penser une stratégie d'orientation vers le réseau spécialisé de l'addictologie, de mieux appréhender et gérer les conflits et tensions pouvant être inhérents à l'usage de substances psychoactives.

Enfin, au-delà des apports théoriques, ces formations ont apporté un éclairage sur le maillage territorial existant entre les secteurs de la précarité et de l'addictologie, favorisant ainsi une compréhension des enjeux et

²² Voir livrable « Affiches, supports, flyers »

²³ Voir annexe 8 : évaluation des sessions de formations

contraintes des différents secteurs. Ces constats ont été particulièrement utiles pour engager un travail partenarial qui tienne compte de ces réalités pour penser des solutions.

Les formations et sensibilisations menées durant tout le projet ont bénéficié à près de 700 professionnel.le.s²⁴ salarié.e.s des structures de l'AHI-L, bien qu'il ait pu être difficile pour certaines structures de mobiliser l'entièreté des équipes, notamment certain.e.s chef.fes d'équipes ou de service alors même qu'ils.elles constituaient en eux-mêmes des leviers essentiels dans l'implantation de la démarche. Toutefois, plus de la moitié des équipes impliquées ont participé aux formations. Elles ont pu exprimer avoir le sentiment d'être montée en compétences sur les thématiques spécifiques relatives à la réduction des risques. En effet, plus de 80% des professionnel.le.s ayant participé à ces formations déclarent disposer d'une meilleure capacité d'agir par rapport aux conduites addictives des personnes accompagnées et 75% déclarent avoir obtenu une meilleure capacité à travailler avec le secteur de l'addictologie.

A l'issue de la première année d'accompagnement, nous avons pu souligner qu'il serait pertinent que les cadres dirigeants des structures, ainsi que les membres des conseils d'administration, puissent aussi bénéficier de ces temps de formation afin que chacun.e puisse être sensibilisé.e et que cela favorise un portage institutionnel. De fait, si l'on souhaite inscrire durablement une démarche de réduction des risques au sein du secteur de l'AHI-L, celle-ci doit être incarnée par toutes et tous. Ainsi, lors de l'accompagnement de la seconde cohorte, les chargé.e.s de projets régionaux, fort.e.s de ces constats et des expériences menées dans le cadre d'autres projets (également dans d'autres régions et partagées collectivement), ont pu impliquer davantage les gouvernances dans le déploiement du projet, ce qui s'est avéré bénéfique.

S'il ressort de ces formations qu'elles sont évidemment pertinentes, elles peuvent tout de même questionner dans leur forme et leur mise en œuvre. Plus précisément, elles peuvent interroger sur la place de chaque professionnel.le, chacun.e n'ayant pas le même regard sur les conduites addictives et/ou les problématiques associées qui en découlent. Ce regard est largement influencé par le vécu de chacun sur le terrain et la formation initiale. Par exemple, les veilleurs de nuit, qui n'œuvrent pas dans le même cadre, la même temporalité ou encore avec les mêmes moyens et ressources que les équipes éducatives de jour, ne sont en conséquence pas confrontés aux mêmes réalités, ni aux mêmes difficultés.

Il apparaît donc que la solution pourrait être de proposer des formations au contenu adapté à la réalité, au vécu et à la perception de chacun.e, en lien avec le poste qu'il ou elle occupe. Cela peut néanmoins avoir ses limites puisque le cadre, s'il peut être souple et évoluer au grès des besoins et des évolutions, nécessite tout de même des règles communes, comme dans chaque organisation.

Par ailleurs, le *turn over* au sein des équipes (certaines ont pu être totalement renouvelées en cours de projet), constitue un réel frein à la diffusion des savoirs. Afin de composer avec cette malheureuse réalité, témoignage de la souffrance du secteur, il serait pertinent de réaliser des sensibilisations régulières en complément de diffusion de savoirs en équipe, par le biais par exemple d'échange ou d'analyse des pratiques. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) semblent pouvoir répondre à une partie de ces enjeux, ainsi que la présence régulière de partenaires afin de co-construire une prise en charge globale qui permettrait d'assurer la continuité des parcours des personnes suivies. En outre, l'une des pistes de réflexion découlant de cet enjeu de formation pourrait être de penser et/ou d'intégrer d'emblée, et dans chaque formation, un module

²⁴ Précisément : 517 professionnel.le.s dans le cadre de l'accompagnement et 179 de plus grâce à un avenant conclu avec le FLCA

permettant aux professionnel.le.s de se mettre immédiatement en action en faisant des propositions concrètes d'application des savoirs enseignés. Par exemple, des jeux de rôles pourraient être pensés – avec la possibilité de les élaborer et les tenir avec la participation des personnes concernées qui pourraient ainsi être mobilisées et investies dans la réflexion autour de l'accompagnement qui leur est proposé.

Le projet a aussi permis de mettre en place d'autres types de formations favorisant une meilleure prise en compte et en charge des conduites addictives. En effet, il est venu répondre à un manque d'outillage des professionnel.le.s de l'AHI-L sur d'autres thématiques croisées à celle des addictions. Des temps de formation qui ont pu être proposés tout au long du projet. Ici également, les thématiques ont été définies sur la base des besoins et remontées des équipes en phase d'état des lieux. L'enjeu était alors toujours d'améliorer l'accompagnement des personnes en situation d'addiction en approfondissant certains aspects et s'appuyant sur les besoins et problématiques de chaque établissement.

Ces formations à thématiques dites croisées ont pu porter sur les sujets suivants :

- Gestion de conflits et addiction,
- Lien entre parcours migratoires, psychotrauma et addictions,
- Santé mentale et risques suicidaires,
- Clinique de la précarité,
- Femmes et addictions,
- Conduite de l'entretien motivationnel,
- Etc.

Pour conclure, si la formation est un essentiel et constitue la base vers une évolution des pratiques professionnel.le.s, il apparaît toutefois qu'elle ne peut représenter le seul levier. Elle doit être anticipée, préparée, partir des besoins et demandes des équipes pour être vraiment adaptée à ce qu'elles vivent au quotidien, et en conséquence, elle demande du temps, dont, malheureusement, les équipes ne disposent pas toujours aux regards des urgences quotidiennes auxquelles elles doivent répondre.

Cet axe de formation ne peut se dissocier d'une inscription dans un réseau d'acteurs spécialisés, quel qu'en soit le domaine de compétence, mais il doit s'associer à la mise en place d'espaces d'échanges et d'élaboration autour des problématiques et des besoins des personnes en situation de précarité présentant des conduites addictives.

Notons enfin qu'un des enjeux majeurs serait de permettre une véritable démarche de formation et ceci de façon continue sur les sujets touchant à l'addictologie et la réduction des risques afin d'assurer une réactualisation des savoirs et des connaissances permanentes (nouveaux produits, nouveaux usages, nouveaux outils, etc.) et de former les nouveaux et nouvelles salarié.e.s dans la mesure où les équipes se renouvellent continuellement. Il en va de la pérennisation des changements des pratiques et des fonctionnements institutionnels, tels que nous l'avons également porté dans notre plaidoyer²⁵ paru en décembre 2023, lequel s'est en partie inspiré des enseignements issus de ce projet. Ainsi, si la formation s'est avérée un enjeu pour le projet, cela révèle de manière plus générale des « angles morts » dans les formations initiales des professionnel.le.s du secteur social quant aux problématiques addictives.

²⁵ [Plaidoyer-addiction-et-precarite-VF.pdf](#)

Axe 2 - Addiction & précarité : le partenariat au cœur du projet

Dans le cadre des plans d'actions élaborés par les structures et les chargé.e.s de projets régionaux, le soutien à la mise en place et au suivi de partenariats avec le secteur de l'addictologie consistait un enjeu majeur. Ils avaient pour objet de favoriser l'échange et l'amélioration des pratiques professionnelles des deux secteurs. La constitution de partenariats entre le secteur de l'AH-L et celui de l'addictologie est une action qui va dans le sens des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS, laquelle incite les structures à mettre en place des actions collectives avec le concours de partenaires spécialisés.

L'état des lieux effectués auprès de chaque structure et en début de chaque accompagnement a permis d'identifier le réseau de partenariats existants et potentiels. En raison de la disparité des liens avec les structures de l'addictologie et de la réduction des risques, il a en effet été nécessaire pour chaque chargé.e de projets des FAS régionales d'adapter cet axe à chaque situation.

Néanmoins, dans la majorité des situations, un partenariat, ou un travail de collaboration existait, rarement formalisé par une convention. L'un des objectifs, mais aussi l'une des forces de ce projet, fut en conséquence de partir des collaborations existantes entre les deux secteurs et d'identifier ce qui pouvait être amélioré dans la relation partenariale. Par ailleurs, dans les cas où les établissements de l'AH-L n'avaient pas encore construit de partenariats relevant de l'addictologie, l'enjeu fut alors d'identifier puis de solliciter les structures qui pourraient s'impliquer à leurs côtés, tant dans le cadre du projet que dans une relation à long terme.

De manière générale, force est de constater que les associations du secteur de la précarité ont une bonne connaissance du maillage territorial des structures de l'addictologie. Et que très souvent, des tentatives de rapprochement pour rendre les échanges et les collaborations autour des personnes plus fluides ont déjà été effectués. Malgré les bonnes volontés de part et d'autre, les deux secteurs connaissent actuellement une période de tensions, et il est difficile de composer en conséquence.

Ainsi, les partenariats et collaborations, d'autant plus si elles ne sont pas conventionnées, réévaluées, repensées, ajustées et suivies, peuvent avec le temps s'effriter avant de risquer de disparaître. D'autant plus si lorsque l'on considère le fait que les équipes restent rarement en place.

L'appui de la Fédération Addiction, engagée durant tout le projet, s'est avéré un réel levier pour mobiliser son réseau et afin d'assurer un suivi des partenariats développés ou à développer. De fait, celle-ci, dès le début du projet, a pu aider à identifier les structures mobilisables, à les solliciter, puis à construire des partenariats « sur mesure », considérant les besoins, les attentes mais aussi les limites de chacun, que ce soit lorsqu'il s'agit de reprendre des liens préexistants nécessitant d'être renforcés et/ou retravaillés que lorsqu'il a fallu créer la relation partenariale. En effet, malgré le fait que certains établissements avaient déjà enclenché la mise en œuvre de partenariats avec les acteurs de l'addictologie, rares étaient ceux qui étaient totalement autonomes dans cette démarche. Notons qu'il n'y a pas eu de prérequis d'adhésion à la Fédération Addiction dans l'identification du partenaire pertinent dans les territoires.

En ce sens, chaque structure a pu voir aboutir au moins un partenariat²⁶ avec une structure du champ de l'addictologie, généralement membres du réseau de la Fédération Addiction. Puisque nous avons déployé en début d'accompagnement de chaque cohorte des formations dispensées par les acteurs du secteur de

²⁶ Une seule structure ne dispose pas d'un partenariat vraiment consolidé à l'issue du projet, la structure de l'addictologie visée ayant eu à subir des travaux en cours de projet, ce qui a ralenti le travail partenarial

l'addictologie, nous nous sommes aussi appuyé.e.s sur ces premières prises de contacts et échanges pour la mise en place des partenariats. Les acteurs de l'addictologie ayant été amenés à intervenir dans le cadre de ce projet, soit par leur présence antérieure au projet, soit sollicités spécifiquement dans ce cadre, ont chacun des spécificités propres dans leur mode d'intervention et d'accompagnement. Certaines équipes ont en effet pour démarche habituelle de proposer des entretiens individuels, tandis que d'autres proposent davantage des actions de sensibilisation et de prévention sur des temps collectifs. De même, certaines structures sont plutôt spécialisées sur les questions de consommations d'alcool et de tabac alors que les autres axent leurs interventions sur la question des substances illicites. En conséquence, l'enjeu pour les structures ne présentant pas de lien avec le secteur de l'addictologie fut de déterminer conjointement les modalités d'accompagnement en mesure de répondre aux difficultés propres rencontrées par les équipes sociales.

Ainsi, ces partenariats ont pu prendre différentes formes que l'on peut regrouper en deux catégories²⁷ – chacune ayant pour objectif *in fine* l'amélioration des parcours d'accompagnement des personnes concernées.

Tout d'abord, des actions visant l'apport d'un appui institutionnel de la part des structures de l'addictologie, une meilleure coopération intersectorielle et l'intégration des enjeux liés aux conduites addictives dans les réunions et espaces internes des structures ont été mise en place.

Il a pu s'agir principalement de :

- Stages croisés,
- Maraudes inter-équipes,
- Présence de binôme en soirée au sein des structures d'hébergement pour accompagner les professionnel.le.s,
- Rencontres entre professionnel.le.s et équipes, sous différentes formes et ayant divers objets :
 - Temps de réflexion et de construction de démarches d'interventions communes,
 - Réunions de partenariats et de suivis,
 - Eclairage clinique autour des situations individuelles des personnes,
 - Groupes de travail,
 - Echanges et partages de pratiques professionnelles, etc.

Ces espaces d'échanges ont aussi permis l'élaboration des modalités de partenariats et, dans le meilleur des cas, le conventionnement de ce dernier.

Ces actions ont également participé aux renforcements des compétences et des connaissances des professionnel.le.s de l'AHIL. Elles ont pu aussi être bénéfiques aux professionnel.le.s du secteur de l'addictologie, leur donnant à voir plus précisément les missions des équipes sociales.

La deuxième forme d'actions conduites dans le cadre des partenariats mis en place était directement à l'intention des personnes accueillies par les établissements de l'AHIL participant, c'est-à-dire :

- Mises à disposition de matériels de réduction des risques,
- Actions de dépistages et ateliers de sensibilisation des personnes accompagnées sur la question des addictions,
- Temps d'échanges avec les personnes accueillies,

²⁷ Voir livrable « Fiches actions et activités »

- Activités liées aux bien-être des personnes (telles que présentées dans le cadre du projet initial), dans une démarche de réduction des risques : aménagement des lieux et des espaces et gestion des consommations, ateliers de médiation, repas thématiques, ateliers collectifs thématiques, ateliers sportifs, ateliers créatifs, groupes de paroles, séjours de rupture, etc.
- Consultations avancées et/ou permanences tenues par les professionnel.le.s de l'addictologie au sein des structures.

Ces consultations avancées et/ou permanences ont été mises en place dans presque toutes les structures accompagnées. Celles-ci débutaient généralement par des temps d'échanges croisés, sur des thématiques liées aux addictions, incluant les résident.e.s qui souhaitaient participer, les professionnel.le.s de la structure ayant pu se rendre disponibles et les professionnel.le.s de l'addictologie. Elles permettaient ainsi à toutes celles et ceux présent.e.s de monter en compétences et connaissances, d'être mieux informé.e.s, et de partager des interrogations dont les réponses pouvaient profiter à tous. A l'issue de ces temps collectifs, les professionnel.le.s de l'addictologie pouvaient proposer des consultations individuelles, ce qui a pu permettre d'engager des accompagnements vers le soin.

Concernant l'enjeu d'identifier et sélectionner, pour chaque structure, un binôme de référent.e.s Addictologie et AHI-L, comme nous avons pu l'évoquer, et bien que cela participe et nourrisse la démarche partenariale, cela n'a pu se faire que pour 14 structures sur les 44 accompagnées. Le *turn over* des équipes des deux secteurs vient expliquer la difficulté à mettre en place des binômes de référent.e.s. Un constat qui rejoint celui que nous avons fait concernant la formation des équipes qui se doit d'être régulière afin de maintenir les démarches d'accompagnement et de réduction des risques au sein des structures de l'AHI.

Pour celles qui ont pu le mettre en place, il est évident que ce binôme a renforcé le rapprochement effectif entre les équipes et a contribué à la montée en compétences de toutes et tous. Cela participe également à rassurer et apaiser les craintes en travaillant les représentations liées aux consommations. Si les partenaires du secteur de l'addictologie sont très sollicités, ils s'efforcent autant que possible de répondre à la demande, cela relevant par ailleurs de leur mission d'appui.

Le travail partenarial demeure différent en fonction des structures. Cela est la conséquence de plusieurs facteurs : état du partenariat en début de projet – si préexistant, histoire des structures concernées, habitudes partenariales de manière générale, capacité des équipes à s'investir dans cette nouvelle dynamique, etc. Tous les partenariats construits ou renforcés dans le projet, rappelons-le, ne sont pas conventionnés à l'issue de ce dernier. Cela ne présage pas pour autant de la qualité de la collaboration, et heureusement. De fait, 22 conventions ont pu être signées par le biais du projet.

Pour autant, il convient de ne pas sous-estimer l'impact positif que peut avoir le fait d'aboutir à une convention : en effet, l'identification et la formalisation d'actions concrètes, autour d'objectifs communs, cadrant les moyens nécessaires à leurs mises en œuvre, restent importantes afin de veiller à sa pérennisation. Il demeure donc nécessaire pour toutes les structures de travailler régulièrement leur relation avec les acteurs spécialisés et la plupart d'entre elles ont en ce sens convenu de poursuivre les réunions inter établissement, de manière *a minima* annuelle, afin de veiller à la poursuite de leur collaboration et de réajuster cette dernière si nécessaire.

En effet, des freins et difficultés perdurent – ce qui sera probablement le cas tant que la situation des secteurs ne connaîtra pas une amélioration. Des difficultés qui peuvent fragiliser les relations qui ont été permises dans le cadre de ce projet. Au regard de la très forte activité des structures de l'addictologie telles que les CSAPA et

les CAARUD, celles-ci peuvent peiner à répondre à toutes les sollicitations, de plus en plus nombreuses. Comme nous avons pu déjà l'avancer, il existe une très forte demande en provenance du secteur de l'AHIL sur les questions d'addictions et les délais d'attente demeurent longs, parfois inadaptés à la temporalité des personnes en situation de précarité, pour une prise en charge en CSAPA, même si les orientations sont facilitées par les partenariats mis en place. Cela constitue une réelle limite pour les personnes concernées qui en conséquence, peuvent « décrocher » de leurs parcours. Certaines équipes témoignent d'ailleurs de la difficulté non négligeable de maintenir les personnes une fois orientée dans un processus de soin, au regard de ces éléments. Mais à ces demandes s'ajoutent celles des autres secteurs connexes comme la protection de l'enfance, la PJJ, l'éducation nationale, etc.

Si le secteur de l'addictologie reste un secteur saturé sur la plupart des territoires, la création d'équipe mobile, notamment en Ile-de-France a pu faciliter l'accès aux structures sur les territoires les plus reculés et inaccessibles. Ces équipes mobiles constituent un relais facilitant l'accès aux soins spécialisés pour celles et ceux qui peinent à se rendre au sein des CSAPA, mais elles ne peuvent, à elles seules, répondre à toutes les demandes. De fait, certaines structures sont particulièrement enclavées et il peut être difficile de trouver des équipes suffisamment mobiles pour développer des partenariats, ou bien des structures de proximité. Ainsi, deux des structures accompagnées dans le cadre du projet ont témoigné de la grande difficulté à trouver des professionnel.le.s compétent.e.s en matière d'addiction et de réduction des risques, puisqu'elles se trouvaient dans des « déserts médicaux ». Dans ce cadre, les équipes de ces établissements s'appuient sur les médecins traitants (quand médecins traitants il y a) mais ceux-ci ne sont pas toujours adaptés aux besoins des personnes concernées.

Ce ne sont malheureusement pas les seules limites auxquelles nous avons été confrontées dans le cadre de ce projet et plus particulièrement dans cet axe de travail.

En effet, l'orientation des personnes cumulant troubles psychiques ou psychiatriques et conduites addictives constitue une réelle difficulté, mais aussi un axe qu'il conviendrait de travailler spécifiquement. Cette double vulnérabilité complexifie énormément l'accès au soin et solde très souvent les accompagnements par des échecs : le non-recours au soin est une réalité mais elle n'explique pas à elle-seule le manque de suivi de ces personnes. De fait, les orientations que peuvent tenter les professionnel.le.s du social vers les professionnel.le.s de santé ne sont pas toujours suivies par ces derniers : le secteur de la psychiatrie – lui-aussi en extrême tension – peut refuser les prises en soin compte tenu du fait que les personnes concernées ne sont pas sevrées au moment de l'orientation ou de la demande de soin, alors même qu'il n'est pas toujours possible de les accompagner vers un sevrage. Plus généralement, le manque de coordination et de prise en charge dite « intégrative » est un facteur supplémentaire de rupture de parcours.

Au-delà des problématiques liées à la santé psychique, les équipes ayant été accompagnées, et quoi qu'elles aient toutes pu mettre en place une relation privilégiée avec une structure spécialisée du secteur de l'addictologie, ont toujours des difficultés à orienter vers le soin en addictologie les personnes qui y sont disposées et qui le souhaitent (ce qui renvoie encore à l'élément souligné précédemment concernant la saturation du secteur et des modalités de prises en charge qui ne sont pas toujours adaptées aux personnes en situation de précarité). De même, les professionnel.le.s du social ont pu faire part de leurs difficultés à mobiliser les personnes concernées en ce sens. Nous en concluons qu'il est nécessaire que les visites des CSAPA et des CAARUD au sein des structures de l'AHIL se développent encore.

Enfin, les professionnel.le.s de l'AHI-L témoignent toujours d'un sentiment de cloisonnement des compétences : les échanges que les équipes des différents établissements peuvent avoir questionner le secret professionnel et ses limites.

Les partenariats issus du projet demeurent ainsi à consolider et à enrichir, afin de conserver cette dynamique permettant de travailler ensemble. Ils dépendent cependant des financements octroyés, notamment par les ARS et/ou des réponses aux appels à projets qui portent spécifiquement sur des actions d'aller vers, de dépistages, de prévention sur la thématique de la réduction des risques, mais aussi plus largement sur les questions de santé dans leur ensemble. Identifier les partenaires potentiels, les rencontrer, penser et coconstruire des outils pour fluidifier les orientations et éviter les ruptures dans les parcours en créant des passerelles et des liens solides entre les établissements que les personnes pourront être amenées à fréquenter n'est pas suffisant.

La participation régulière de professionnel.le.s à des instances ou évènements permettant de consolider l'ancrage des structures au sein des territoires est essentielle. Cela participe à la diffusion des pratiques de réduction des risques et représente un levier pour favoriser les parcours d'accompagnement. Cela vient également nourrir une meilleure collaboration entre les acteurs. Des immersions et stages croisés entre les structures de l'addictologie et celles de la précarité seraient à encourager davantage – et à financer – car elles permettraient une meilleure compréhension des enjeux de chacun.

Si, au terme de notre projet, les équipes sociales témoignent d'orientation facilitée et d'une meilleure connaissance des structures de proximité, si le partenariat est une composante essentielle à un accompagnement adapté aux besoins de chacun.e, s'il constitue un étayage sans lequel il est difficile voire impossible de composer, il n'est pas évident à mettre en place et à institutionnaliser, au regard de la difficultés qui traversent les secteurs, d'une méconnaissance réciproque des compétences de chacun (que le partenariat vient cependant lever) et des questions autour du secret professionnel qu'il soulève.

Notre projet a introduit pour chaque structure la mise en place de partenariat efficace mais ceux-ci demeurent fragiles et il est nécessaire que les établissements disposent de moyens pour qu'ils ne s'essouffent pas.

Axe 3 - Des actions de réduction des risques : mieux accompagner

L'axe 3 de ce projet consistait à soutenir les établissements impliqués dans la mise en place d'actions en direction des personnes accueillies présentant des conduites addictives afin d'améliorer les accompagnements proposés par les équipes. Il pouvait alors s'agir des permanences et consultations avancées que nous avons présentées précédemment, mais aussi de projets visant à s'appuyer sur des outils formalisés tant par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité que par d'autres acteurs spécialisés (programme « Yaka » par exemple), la mise en place d'outils de repérage, des actions telles que les « petits déjeuners-débats », des campagnes et ateliers autour des alternatives au tabac, de la naloxone, des actions de sensibilisations et d'informations ou encore des activités et ateliers favorisant le bien-être et la lutte contre l'ennui, en adéquation

avec les recommandations de la HAS (nous rendons compte dans le livrable²⁸ dédié des actions qui ont été proposées par les structures).

Il s'agissait également d'impliquer pleinement les personnes concernées dans la mise en œuvre de ce projet, considérant, ce qui est partagé par les deux fédérations, que leurs accompagnements doivent partir d'elles et construits avec elles, en composant avec leurs conduites addictives, d'autant plus car l'on sait que la consommation de produits psychoactifs peut permettre d'atténuer les symptômes, notamment ceux qui sont la résultante d'évènements traumatiques. Ainsi est-il essentiel de considérer la fonction occupée par l'addiction dans toutes les démarches d'amélioration et de réduction des risques qui peuvent être pensées.

Le projet a ainsi mis en lumière des enjeux de participation et la difficulté, parfois, de solliciter les personnes concernées : réticence ou difficultés à être en groupe, urgences et besoins du quotidien, mécanismes de défense, etc. En outre, il a été constaté une plus grande difficulté à mobiliser les personnes à la suite de la crise sanitaire qui a eu un impact certain sur les activités de groupe : les équipes avaient déjà pu proposer des moments collectifs, conviviaux, qui étaient bien accueillis par les personnes avant que le COVID ne vienne mettre à mal les dynamiques de groupe. En effet, les établissements impliqués dans le projet étaient des structures collectives, où l'individuel et le collectif se rencontrent mais où l'un ne doit pas dépasser ou se substituer à l'autre. S'il est rapidement apparu qu'il pouvait être pertinent de proposer des activités permettant aux personnes de se sentir moins isolées, de créer du lien, il a également fallu questionner les limites de ces temps collectifs et la manière dont l'individualité et les potentialités de chacun pouvaient être valorisés.

Par ailleurs, le public accueilli par les structures présente pour une grande partie des problématiques de santé importantes qui se cumulent à leur situation de vulnérabilité, au-delà des problématiques d'addiction pour celles et ceux qui sont concerné.e.s. De plus en plus, les professionnel.le.s sont obligé.e.s de composer avec ces besoins en santé, en lien parfois avec le fait qu'ils et elles accueillent des publics parfois vieillissants et que les relais avec le secteur de la santé restent faibles. Les équipes font donc état du fait qu'elles sont parfois démunies face à cette situation et que ces problématiques de santé, dont l'addiction peut faire partie, entravent les parcours d'insertion.

Il a donc fallu veiller à ne pas sur-solliciter les personnes concernées, d'autant qu'une partie des structures accompagnées avaient déjà initié des actions à l'intention du public visé, que ce soit au quotidien ou dans le cadre d'autres projets.

Considérant par ailleurs que les ressources actuelles des structures de l'AH-L ne permettent pas de mettre en œuvre aisément des actions, spécifiquement ici de réduction des risques, ce projet aura, par l'accompagnement opéré par les deux fédérations et les financements de 24k€ accordés à chaque établissement impliqué, permis d'engager les équipes en ce sens. Ainsi, l'ensemble des actions et activités qui ont été déployées a eu pour objectif commun de prévenir et sensibiliser les risques liés aux consommations, d'améliorer la gestion des symptômes somatiques ou encore l'état de santé physique et psychique des personnes. L'un des objectifs de ces actions étaient de permettre aux professionnel.le.s de s'approprier des outils et notamment de sensibilisation afin qu'ils et elles se sentent davantage en confiance pour les reproduire en autonomie. Cela a nécessité des temps d'appropriation et à cet effet, l'apport et le soutien des structures de l'addictologie a été précieux.

²⁸ Voir livrable « Fiches actions et activités »

Les projets ont été nombreux, certains conduits directement par les équipes, certains étayés de l'intervention de prestataires et d'autres encore grâce au soutien des partenaires de l'addictologie. Il a pu tant s'agir d'actions collectives telles que des séjours dits de ruptures (qui ont permis de faire avancer certaines situations, d'accompagner l'émergence d'une demande de soins, de travailler le rapport à la consommation, ceci dans un contexte hors institutionnel), des sessions de sensibilisations et d'informations (sur la thématique des addictions ou bien sur des sujets qui croisaient celles des conduites addictives), des ateliers ou activités à visée thérapeutique ou dans une démarche de prendre soin de soi, des actions participatives à améliorer la qualité de vie des personnes et l'état de santé, ou encore des actions plus individuelles.

De fait, il n'est pas possible de parler de réduction des risques sans évoquer la qualité de vie des personnes accueillies au sein des établissements. Et pour agir sur leur bien-être et viser un mieux-être, il est essentiel de considérer leur état de santé, de dresser là aussi une sorte d'état des lieux, notamment de leurs habitudes addictives et de leurs répercussions. Un long travail, en amont des ateliers, a été mené par les équipes pour s'adapter le plus possible aux personnes visées, à leurs problématiques de santé, à leurs souhaits, mais également aux freins que nous avons pu évoquer précédemment. Cela leur a permis d'initier une réflexion sur les effets des consommations et d'identifier ce qu'ils et elles souhaitaient prioritairement mettre au travail. C'est à partir de cela que les structures ont envisagé les actions à déployer et les leviers à actionner.

Aussi, quelles que soient les actions qui ont été menées, toutes se sont inscrites dans une vision élargie de la prise en compte des addictions, en visant le développement des compétences psycho-social et le mieux-être pour chacun.e, à l'instar d'une action théâtre portée par l'un des CHU impliqués. Animé par une troupe professionnelle, ce projet visait à accompagner les personnes qui ont accepté et ont souhaité y participer à « sortir de leur zone de confort » en construisant, du début à la fin, une pièce sur le sujet des consommations, pièce qui a pu être présentée dans un spectacle final, devant un public. Durant toutes les séances qui ont abouti à cette représentation, les pratiques de consommations et les difficultés des parcours ont été abordées afin de construire un spectacle qui parte et qui parle réellement de la vie des personnes. A la fin de la présentation, une enquête a été réalisée. Celle-ci a démontré l'impact positif d'un tel projet sur les personnes qui y avaient participé : création de lien social, sentiment de bien-être, satisfaction, gain de motivation pour participer ou réaliser d'autres projets, questionnement autour de ses propres consommations, renforcement du lien avec l'équipe sociale.

L'estime de soi est également un aspect qui a été particulièrement travaillé par les équipes, en s'appuyant sur divers techniques ou outils, et par exemple, la socio esthétique. Cette approche permet en effet, non pas d'évoquer directement les consommations mais bien d'effectuer un travail sur la personne en tant que telle et de l'amener à travailler et penser son rapport au corps, souvent mis à mal voire oublié dans les consommations. C'est aussi dans cette optique que des structures ont choisi de travailler la question de l'alimentation : il n'est pas rare que les personnes présentant des addictions, par exemple celles présentant une addiction à l'alcool, ne s'alimentent plus ou mal, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques sur le corps. Les ateliers proposés envisageaient donc ici de donner des outils aux personnes pour réapprendre à s'alimenter, reprendre du plaisir à manger, avoir une meilleure connaissance de la qualité nutritionnelle des aliments et leurs bienfaits sur la santé. Ceci dans un cadre et une ambiance conviviale.

Des projets comme ceux visant à favoriser une activité sportive ont également été mis en place. Le sport est vecteur de confiance en soi, de pouvoir d'agir et d'amélioration du stress et/ou de l'anxiété pouvant être liés aux

symptômes de manque, en même temps que la pratique d'un sport favorise l'amélioration de l'état de santé mentale – or, il existe un lien fort entre santé mentale et conduites addictives.

Enfin, des projets autour de l'aménagement des espaces ont participé à l'appropriation de ces derniers. Plusieurs structures ont souhaité penser des espaces de consommations accompagnées et à moindre risque, en impliquant les personnes dans leur construction. Ce fut le cas notamment d'un accueil de jour qui a souhaité repenser son espace extérieur pour permettre aux personnes de consommer de manière sécurisée, en étant accompagnés par les professionnel.le.s et en évitant de gêner le collectif (question du tabagisme passif notamment) mais aussi le voisinage car sans espace dédié et sans autorisation de consommer au sein des collectifs, les personnes peuvent avoir tendance à consommer dans la rue, voire devant les établissements.

S'il n'est pas possible de rendre compte aujourd'hui de tous les résultats et de toutes les conséquences sur les personnes, certaines nécessitant une évaluation à long terme, d'autres étant en cours de finalisation, des effets positifs sont tout de même déjà observables :

- Diminution du stress, augmentation de la confiance en soi, réappropriation du corps, amélioration de l'estime de soi, constituent des conséquences directes pour les personnes,
- Amélioration des compétences psycho-sociales,
- Amélioration de l'état de santé psychique et physique,
- Les personnes concernées se sentent davantage en confiance pour parler de leurs consommations,
- Elles déclarent aussi se sentir mieux accompagnées et davantage impliquées dans leurs prises en charge,
- Interactions plus fluides entre les professionnel.le.s et les personnes,
- Moins de difficultés ou de barrières dans l'accompagnement, moins de ruptures de soins,
- Baisse des conflits et meilleure gestion de ces derniers (entre les personnes accompagnées, entre les personnes accompagnées et les riverains),
- Meilleure gestion des situations à risque et des risques de manière générale.

Notons également que ces actions, ateliers et activités ont permis aux participant.e.s de retarder les prises de produits et/ou de les espacer.

Les espaces qui ont été mis en place dans le cadre de ce projet et en direction des personnes se sont donc d'abord voulu comme des lieux où la parole pouvait être mieux accueillie afin de favoriser les échanges dans une relation de confiance réciproque, et/ou quand il s'agissait d'évoquer les problématiques de santé et les consommations. De ces actions, nous retirons donc le fait qu'elles ont permis des échanges riches, une expression plus libre, la mise en place d'actions de prévention et de réduction des risques et pour certaines personnes : un retour vers le soin. Elles ont également mis en lumière la pertinence d'actions conjointes portées par le secteur de l'AHJ et celui de l'addictologie, à destination pour, autour et avec les personnes concernées.

Cependant, lorsque ces espaces dépendent de financements spécifiques et dédiés, comme ceux qui ont été proposés dans le cadre de ce projet, ils ont donné lieu à une inquiétude non négligeable du fait de l'arrêt potentiel de ces financements, de la possibilité de poursuite de ces actions et de les inscrire durablement dans les démarches d'accompagnement. La question de la pérennisation du projet représente donc une limite certaine. S'il nous semble important que les structures puissent inscrire ces actions dans une démarche globale de réduction des risques, elles sont dans l'obligation de répondre à des appels à projets, de solliciter des financements – sans certitude que cela aboutisse.

C'est cela seulement qui pourra leur permettre de proposer un plus large choix d'activités au public et de mieux les inscrire dans un parcours de soin : en d'autres termes, que le social prenne toute sa place dans la prise en charge en santé des personnes qu'il accompagne, sans se substituer aux acteurs spécialisés mais bien dans une pleine démarche de collaboration.

Il nous paraît également essentiel de souligner de ne pas perdre de vue l'approche globale de la santé, sans la réduire à l'addiction pour les personnes qui présentent ce type de problématiques.

Axe 4 – Assurer un portage institutionnel : le changement des documents-cadres

Afin de garantir, autant que possible, un accueil inconditionnel, le projet entendait permettre une évolution des cadres et des pratiques institutionnelles. Ces évolutions, si elles s'appuyaient sur les trois axes de travail présentés précédemment, impliquaient également de travailler sur les documents internes de la structure.

En effet, et tel que nous avons pu l'inscrire et le porter dans le plaidoyer que nous avons publié en décembre 2023 et qui s'appuyait entre autres sur les premiers résultats de ce projet, la réduction des risques au sein du secteur social ne peut plus constituer une option. Elle doit être incluse automatiquement au sein des projets d'établissements et des règlements de fonctionnements, et, si ce n'est pas le cas, ceux-ci doivent être repensés. Et les personnes concernées doivent nécessairement être associées à cette réflexion.

Le pouvoir d'agir de celles-ci passera par l'adaptation des pratiques professionnelles, lesquelles suppose une évolution du management et un changement profond des représentations liées aux consommations, ce qui ne peut advenir que si toutes les parties sont impliquées, adhèrent à ces évolutions et que celles-ci soient inscrites de manière institutionnelle. C'est cela qui permettra qu'elles soient reconnues par toutes et tous.

De façon générale, l'inscription dans les documents-cadres d'une démarche liée à la santé existait dans la plupart des institutions – sans que ne figure, généralement, la question la réduction des risques.

Pourtant, l'élaboration et la rédaction des états des lieux des structures ont mis en exergue le fait que les interprétations des textes différaient selon les équipes, et même, selon les professionnel.le.s. Cela pouvait porter atteinte aux personnes accompagnées et à leurs droits. Si les règles ne sont pas toutes comprises de la manière, alors le discours de l'institution ne peut être homogènes. Et les réponses des personnes concernées s'ajustent. Il a en effet été constaté par les équipes que celles présentant une problématique d'addiction pouvaient adapter leurs discours et leurs consommations en fonction du professionnel.le.s présent.e.s sur le site, et que cela pouvait avoir des conséquences sur leur accompagnement.

En outre, la plupart des structures impliquées dans le projet interdisaient les consommations d'alcool au sein des espaces collectifs, certaines allant jusqu'à les interdire dans les espaces privés. Ces règles, associées aux représentations liées aux consommations, pouvaient amener les professionnel.le.s à dépasser le cadre de l'interdiction en allant jusqu'à refuser l'accès au centre aux personnes en possession de bouteille ou bien, sur une perception très subjective, parce qu'ils et elles la considéraient en état d'ébriété « visible ». Si cela est d'une part non conforme avec les règles des établissements et non conforme avec le cadre légal, cela vient en plus exclure une nouvelle fois les personnes présentant des addictions.

En plus de créer un sentiment d'insécurité, en plus d'amener les personnes à ne plus fréquenter les lieux d'accueil et de d'accompagnement, à se cacher pour consommer multipliant les risques, cette situation ne peut être favorable à une démarche de réduction des risques et à un recours aux soins.

L'accompagnement des structures s'est déroulé sur une année (prolongée de quelques mois grâce à l'avenant que nous avons conclu). Cela reste un délai très court pour permettre aux structures de travailler, repenser, adapter et modifier leurs documents institutionnels, tant au regard des réalités du terrain, que des autres objectifs visés par ce projet ou encore évidemment des contraintes administratives. En outre, cela représente un sujet que l'on peut qualifier de « sensible » pour certains établissements et les personnes qui œuvrent, au regard des craintes associées aux consommations. Ces inquiétudes et représentations, notamment la peur des « débordements » que peuvent induire les consommations s'est avérée une réelle limite dans la conduite de cet aspect du projet.

L'une des forces du projet néanmoins, par l'étayage des chargé.e.s de projets des FAS régionales et le soutien de la Fédération Addiction, fut justement de pouvoir accompagner cette réflexion en mettant en place un cadre sécurisant tant pour les équipes sociales que pour les personnes qu'elles accueillent. Grâce à leur expertise et par l'appui étroit qu'elles ont proposé, les deux fédérations ont eu à cœur de répondre et travailler chaque inquiétude en lien avec les contextes institutionnels qui, malgré eux, peuvent mettre à mal les pratiques.

Des temps d'analyses des pratiques ont également pu être proposés par les chargé.e.s de projets en lien avec les DUR de la Fédération Addiction.

Mais toute conduite du changement prend du temps et des espaces de pensées, de composer avec les freins collectifs et individuels. Ainsi, l'objectif était déjà d'amorcer une réflexion (*a minima*) et, pour cela, de se saisir d'instances existantes et/ou d'organiser des groupes de travail spécifiquement sur ce sujet.

Cependant, notons tout de même que toutes les structures ont pu se questionner quant à l'évolution de leurs cadres d'accueil et d'intervention, quoi que cette réflexion ait été hétérogène.

Nous visions notamment, au travers de l'évolution du cadre institutionnel, une levée d'interdit des consommations d'alcool, considérant qu'encore beaucoup de structures n'ont pas enclenché cette dynamique alors que nous plaidons pour cela constitue un préalable à tout dispositif. La levée de l'interdit s'accompagne cependant d'une réflexion pour que ces consommations puissent se faire dans un cadre sécurisé et dans une démarche de réduction des risques. Ainsi, cette démarche réflexive a nécessité d'organiser des temps de paroles avec les équipes sociales et les personnes accueillies.

En ce sens, la quasi-totalité des structures s'est saisie des espaces d'échanges dédiés pour solliciter les personnes concernées. Pour la mise en œuvre des actions déjà présentées d'une part, mais aussi pour réfléchir à l'évolution des cadres d'accueil. Les Conseils de Vie Sociale (CVS) ont donc été mobilisés pour mener des réunions avec les personnes accompagnées sur la thématique des addictions, tout comme les conseils de maison (équivalent des CVS au sein d'une maison relais), ou encore des réunions spécifiquement organisées, hors de ces instances. L'enjeu était aussi de clarifier certaines règles et de permettre aux personnes accueillies de disposer d'espace sécurisé pour qu'elles puissent s'exprimer. Il a toutefois parfois été difficile de mobiliser l'ensemble des personnes accueillies, à la fois pour des raisons techniques, à la fois pour des raisons de temps, à la fois aussi par un certain manque d'intérêt. Il y a donc eu un travail préalable pour susciter cet intérêt, porté notamment par les chargé.e.s de projets régionaux, nourris également par les actions déployées au sein des structures. Au-delà des difficultés à les mobiliser, il est à noter que, pour les personnes accueillies et accompagnées ayant participé, l'une des limites exprimées face à cette évolution fut la peur concernant la proximité des consommations dans des lieux accueillant également des familles avec enfants.

Pour répondre à ces peurs, des échanges de pratiques ont été organisés, impliquant des structures et des équipes qui avaient déjà autorisé les consommations d'alcool au sein de leurs établissements : ce fut un réel levier pour rassurer, répondre aux interrogations, évoquer les limites et les moyens, et faire avancer chacun.e. Si les directions se sont avérées plutôt alertes et renseignées sur ces questions, notamment sur les risques juridiques et sur la connaissance du cadre légal, il a fallu particulièrement les rassurer et les accompagner sur cette question, en faisant intervenir des juristes et experts sur ce sujet. Il a donc été possible de lancer un travail de relecture des règlements intérieurs avec le soutien de juristes pouvant indiquer les éléments de conformité juridique, sous l'angle de la réduction des risques avant de soumettre les modifications.

Croiser les éléments juridiques avec les droits des personnes s'est avéré extrêmement bénéfique pour les structures qui ont pu bénéficier de ces apports. De fait, cette connaissance du cadre légal est nécessaire pour la rédaction des documents-cadres et afin qu'ils respectent les droits fondamentaux de chacun.e, tout en incluant les notions de collectif et les limites qui s'y rattachent.

Il a aussi fallu pouvoir répondre aux craintes que la possibilité d'une crise pouvait susciter, soulignant de fait le manque d'outillage de chacun.e : en cela, les formations qui ont été dispensées tout au long du projet, en plus de celles visant précisément les conduites addictives et les notions de réduction des risques, ont été un réel support.

Enfin, dans l'évolution du cadre, il ne faut pas sous-estimer la question matérielle. En effet, l'insalubrité de certains locaux, le manque d'espaces communs, a pu constituer une réelle limite que seule une humanisation des espaces pourrait vraiment faire tomber.

Quoi qu'il en soit, répétons que toutes les structures ont initié cette réflexion, s'accompagnant de modification de documents existants et/ou d'élaboration de nouveaux documents et, si cela n'a pu être le cas au regard de la durée du projet, toutes ont pour projet de maintenir cette dynamique et d'inclure les réflexions qu'elles ont pu avoir dans les prochains chantiers de mises à jour des documents internes. Notons par ailleurs que certains établissements avaient pu, en amont du projet, déjà se questionner sur ce sujet : ici, l'apport fut donc de leur donner les moyens de pousser plus loin leur réflexion et/ou de la voir aboutir. De même, certaines associations ont pu faire le constat, après avoir relu avec toutes les parties l'ensemble des documents institutionnels, que ceux-ci ne nécessitaient pas de modification puisque les notions de réduction des risques et d'accompagnement des addictions étaient déjà incluses : ici, l'enjeu fut donc que chacun.e s'approprie ces documents afin que le cadre qu'ils proposent soit porté par toutes et tous.

Aussi, si nous espérions initialement l'évolution des règlements intérieurs et des projets d'établissements, ces deux documents socles sont soumis à des procédures de validation, parfois longues en comparaison du temps dont nous disposons pour mener à bien cette action. Certains établissements venaient en outre justement de repenser leurs documents – non pas dans un objectif d'inclure cette notion –, ce qui complexifiait le fait de se relancer dans ce chantier. Choix fut alors fait de s'orienter vers l'élaboration d'un document qui ne nécessiterait pas d'être validé par toutes les instances inhérentes au fonctionnement associatif mais dont le contenu pouvait être pensé par toutes les parties.

La rédaction de charte fut ainsi un réel outil pour inclure la question de l'accompagnement des conduites addictives et ainsi garantir un accueil inconditionnel, se conformant au cadre légal, tout en prenant en compte les réalités des professionnel.le.s et des personnes concernées. Enfin, soulignons que l'une des structures a choisi de faire traduire ses documents-cadres afin de permettre à toutes les personnes accueillies de mieux les comprendre et y adhérer. Elle travaille également sur une version FALC.

Concernant la levée de l'interdit des consommations au sein des lieux d'accueil, un réel changement des pratiques professionnelles et institutionnelles est à souligner puisque seules deux structures n'ont pas évolué sur ce point. Pour les autres, les changements se situent à plusieurs niveaux et ont pu prendre plusieurs formes :

- Pour les structures qui autorisaient les consommations au sein des espaces privés, ces autorisations ont pu être mises en place également dans les espaces collectifs,
- Pour celles qui les interdisaient, elles sont soit *a minima* autorisées dans les espaces privés, soit « tolérées », au mieux autorisées dans les espaces collectifs

Les établissements qui ont levé l'interdit de consommation d'alcool ne signalent pas de hausse des conflits ou de dégradations de matériels, tels que cela avait pu être appréhendé. A l'inverse, l'amélioration de l'état de santé des personnes consommatrices et de leurs places au sein du collectif a pu être constatée, tout comme certaines équipes témoignent d'une diminution des tensions et des conflits entre les personnes accueillies et vis-à-vis des professionnel.le.s. Les difficultés dans l'accompagnement social semblent enfin avoir diminué.

Ces résultats sont très prometteurs, surtout au regard des freins qui perdurent tels que la peur, la mixité des publics, les dispositions des lieux et capacités d'accueil, le *turn over* des équipes. Certaines structures engagées dans le projet, même si leur engagement témoignait déjà d'une volonté de penser des évolutions de leur prise en charge, n'avaient jusqu'alors jamais envisagé la possibilité pour les personnes alcoolodépendantes de consommer sur leur lieu de vie. Si cela prend du temps et demande du recul pour favoriser l'acculturation de chacun.e, ces changements institutionnels vont progressivement s'inscrire dans la totalité des documents des structures, c'est en tout cas ce que nous visons et ce que visent les établissements qui se sont impliqués dans le projet.

Pour cela, l'accompagnement par une équipe de l'addictologie est une nécessité et en ce sens, il convient que les partenariats perdurent et que ce travail fasse partie des collaborations mises en place. En effet, l'intervention de professionnel.le.s expert.e.s sur la question des consommations permet d'outiller les équipes sociales, de renforcer leurs confiances en elles dans cette démarche et ainsi faciliter l'accès aux soins spécialisés pour les personnes concernées par les addictions. Cela participe également à lever les tabous qui perdurent sur ce sujet.

Partie 3 : Analyse d'une conduite du changement

Cette dernière partie de notre rapport d'évaluation entend mettre en exergue les enseignements que nous tirons de ce projet d'envergure, croisés aux difficultés que nous avons pu rencontrer dans sa mise en œuvre.

De fait, notre projet a confirmé la nécessité de repenser, adapter, améliorer l'accompagnement des personnes en situation de précarité, présentant de conduites addictives, accueillies et accompagnées, en agissant directement sur les organisations et en s'appuyant sur les besoins et réalités spécifiques de toutes les parties. Si les résultats que nous présentons sont en adéquation avec ce que nous visions, il n'en demeure pas moins que ce ne fut pas sans difficulté et que cela ne constitue qu'une amorce d'un travail plus profond qu'il convient de poursuivre.

Limites du projet : composer avec des secteurs en souffrance

Accompagner les personnes en situation de précarité et d'addiction, c'est se confronter à de nombreux écueils qui viennent mettre à mal les structures, et par ricochet, impactent directement les personnes concernées.

Le secteur social traverse une crise sans précédent. Manque de reconnaissance du travail mené et de son expertise, invisibilisation des métiers de l'humain, bureaucratisation, complexité des financements, hyperspécialisation des dispositifs, courses aux résultats et multiplication des indicateurs alors même qu'une grande part des missions n'est pas quantifiable... sont autant de réalités qui entravent et percutent les professionnel.le.s, questionnant le sens même du travail social.

Rappelons également que notre projet s'est inscrit en pleine crise du COVID 19. Si nous sortions de l'état de l'urgence sanitaire lors du lancement de l'accompagnement de la cohorte 1, le secteur social, lui, n'avait pas pu prendre le temps, ni disposer de moyens pour se faire, de se relever de cette période qui était venue bousculer les institutions et fragiliser les équipes. La fatigue, tant psychique que physique, des équipes sociales est évidemment venue nuire à leur capacité de réflexion et d'élaboration. Bien que confrontées à des contraintes différentes, les structures de l'addictologie ont également été largement impactées par la crise sanitaire. Soit par la mise à l'arrêt de certaines activités, soit par la nécessaire adaptation au maintien de celles qui persistaient, notamment pendant les périodes de confinement.

En conséquence, nous avons souffert de la situation globale des secteurs : équipe en sous-effectif, *turn over*, souffrance des salarié.e.s, manque de temps, urgences du quotidien furent légion. Des mouvements humains, qui concernent à la fois les structures de l'AHI, celles de l'addictologie et celles de la Fédération des acteurs de la solidarité et de la Fédération Addiction ont eu un impact certain sur le déploiement du projet.

Des problématiques qui croisent celles des autres secteurs impliqués dans le projet : santé, addictologie, social... tous sont en tension et peinent à répondre aux besoins, de plus en plus nombreux, de plus en plus complexes. En effet, tandis que la demande va croissant, les moyens, eux, ne suivent pas. Alors les équipes se trouvent à devoir faire des choix, parfois de manière arbitraire, souvent contre leurs valeurs et leur éthique.

Les équipes souffrent. Certain.e.s se disent maltraités (par le système), beaucoup lâchent. Cela amène les structures à faire appel à des professionnel.le.s vacataires qui ne sont pas toujours formé.e.s aux questions de précarité et de ses enjeux, encore moins aux problématiques et conséquences liées aux addictions.

De plus, en permanence, les équipes sociales doivent d'abord pallier l'urgence : mettre en sécurité, permettre l'accès à un hébergement, à un logement, aux droits, aux soins, etc. Ceci alors que les questions de santé sont rarement considérées comme une priorité par les personnes concernées elles-mêmes et qu'elles vont être pleinement prises en compte lorsqu'elles entravent l'accès aux droits. Ainsi, si l'urgence sociale vient mettre la question de la santé et plus particulièrement celles des addictions au second plan, les limites viennent parfois directement des personnes, ce qui peut avoir pour conséquence de décourager les professionnel.le.s.

Difficile, dans ce contexte, de questionner et de se questionner, et une certaine résistance au changement pouvait se manifester chez certain.e.s professionnel.le.s, résistance qu'il fallut prendre en considération pour l'accompagner, afin que le travail à mener dans le cadre du projet devienne prioritaire, au regard de l'impact positif qu'il entendait avoir sur toutes et tous – équipes et personnes concernées. Ce constat pouvait également être renforcé par l'impact que le sujet des consommations et conduites addictives pouvaient soulever chez les professionnel.le.s eux-mêmes, *a fortiori* dans le contexte de vulnérabilité induit par la conjoncture d'alors.

Et comment mobiliser chacun des acteurs impliqués sur des temps de travail et de réflexivité quand le temps manque en permanence ? Et que celui-ci doit prioritairement être utilisé pour que chacun.e souhaite s'investir et se sentir investi.e par le projet ? La demande d'adhésion doit être totale, et venir de toutes et tous, pour que l'accompagnement puisse avoir les résultats escomptés.

Le temps est une nécessité dont il faut pouvoir disposer, et à défaut, qu'il faut dégager pour pouvoir penser. Or, la temporalité du projet s'est avérée inadaptée pour mener les actions à bien, compte tenu du contexte ci-avant présenté, des priorités, des événements imprévisibles inhérents au public, des missions à accomplir et des objectifs visés. Ainsi, le temps d'organisation et de réflexion des équipes est une donnée qu'il nous faut considérer dans les projets d'accompagnement et que nous avons peut-être sous-évaluée lorsque nous avons réfléchi le projet.

Par ailleurs, les personnes en situation de précarité qui présentent en plus des problématiques d'addiction sont particulièrement éloignées des dispositifs de santé qui, eux, sont rarement adaptés dans leurs modalités à leurs besoins spécifiques. L'un des enjeux de notre projet était donc d'agir pour favoriser l'accès au soin, notamment en nous appuyant sur la mise en place de partenariats avec les structures spécialisées du secteur de l'addictologie. Mais quand bien même cet axe du projet ait pu être mené, et en dépit des difficultés sur ce point que nous avons déjà pu présenter, accompagner vers le soin, du moins accompagner une demande de soin, prend du temps. En effet, nous constatons que le public visé par le projet peut être particulièrement difficile à « accrocher ». Les équipes doivent, en permanence, travailler l'adhésion – au parcours d'accompagnement de manière générale, au soin en particulier. Il arrive ainsi régulièrement que les personnes consultent finalement lorsqu'il y a « urgence », c'est-à-dire que la douleur et/ou la problématique de santé deviennent si handicapantes qu'il n'y a pas d'autres solutions que de consulter.

Favoriser l'émergence de la demande est une première étape vers l'accès au soin, cela demande du temps, des rencontres régulières, et rien n'est jamais acquis. Mais, une fois que cette demande est exprimée, et toujours sur ces questions de temporalité, les équipes sont confrontées à une nouvelle difficulté : celle de l'orientation.

Les délais de prises en charge demeurent longs, cela malgré le fait que les partenariats ont pu les faciliter. Longs et inadaptés à la temporalité des personnes en situation de précarité. Alors les équipes composent entre les

besoins des personnes qu'elles accompagnent et les réalités des structures de santé au sens large, avec qui l'échange n'est pas toujours facile malgré les progrès évidents dans les relations, portées notamment par ce type de projets. Les professionnel.le.s doivent alors s'efforcer d'incarner et maintenir le lien entre les personnes concernées et les équipes de santé, pour espérer que le temps nécessaire à l'accès aux soins ne viennent pas abîmer la demande de soin.

Mais si les associations du secteur social, si le système de santé et le secteur de l'addictologie peinent à répondre aux demandes des personnes qu'ils accompagnent, c'est aussi parce qu'ils manquent cruellement de moyens pour ce faire, tant d'un point de vue, financier, humain que matériel.

Ainsi, sur le plan structurel, les modes d'hébergement et de logement ne sont pas toujours adaptés : chambres partagées qui ne laissent pas ou peu de places à l'intimité, structures qui ne proposent aucun espace privatif, qui ne peuvent pas tenir compte des vulnérabilités et entraînent un manque de souplesse dans l'accueil, quand ce n'est pas le bâti qui s'effondre²⁹.

Alors que les financements ne sont pas pérennisés, que les périodes de financement sont de plus en plus courtes et inadaptées, comment conduire un changement qui s'inscrira durablement ? Comment ne pas décourager les professionnel.le.s et comment les encourager au contraire à s'inscrire dans une dynamique leur permettant d'améliorer leurs pratiques ? Comment accompagner durablement les personnes dans un parcours de soin ?

L'accompagnement de la cohorte 1 aurait dû débuter en janvier 2022 : le recrutement des chargé.e.s de projets, tant au niveau des FAS régionales que de la Fédération Addiction et de la FAS nationale, a pris plus de temps qu'envisagé. Il n'a donc pu se lancer qu'en mars de cette même année. Si nous aurions pu, en suivant les termes du projet initial, cloturer l'accompagnement de cette première cohorte un an plus tard, force a été alors de constater que nous nécessitions quelques semaines/mois supplémentaires : à cet égard, nous avons terminé la première phase du projet à l'été 2023, tandis que nous avons lancé l'accompagnement de la cohorte 2 en janvier 2023. L'un des enseignements que nous avons donc tiré de cette première année de conduite du projet était donc que 12 mois s'avérait trop court. En ce sens, un avenant permettant de prolonger de cinq mois sa mise en œuvre nous a été accordé.

Si cela nous a permis de finaliser le projet, il n'est pas possible de rendre compte de l'entièreté de son impact sur chacun des publics visés : là aussi, cela demande du temps pour réellement mesurer les résultats.

Les enseignements et recommandations issus du projet

Si nous ne pouvons mesurer tout l'impact des projets que la Fédération des acteurs de la solidarité et la Fédération Addiction ont mené aujourd'hui, celui-ci compris, nous pouvons en tirer des enseignements et des recommandations qui pourront servir les structures adhérentes de nos deux fédérations et plus globalement, le secteur social, médico-social et de la santé, particulièrement celui de l'addictologie.

²⁹ Littéralement : l'une de structure a vu son plafond risquer de s'effondrer en cours de projet, ce qui a largement ralenti sa mise en œuvre.

Les enseignements et recommandations que nous présentons ci-après sont issus à la fois des observations, résultats et analyses de ce projet, à la fois des réflexions, groupes de travail et autres projets portés par nos fédérations sur la thématique Addiction & précarité³⁰.

- La formation est indispensable, elle est nécessaire pour donner aux professionnel.le.s la possibilité de mieux comprendre, considérer et accompagner les personnes dans leur globalité et en tenant compte de leurs spécificités. Elle représente également un levier qu'il faut activer continuellement pour questionner les pratiques et faire tomber les préjugés, tant des équipes sociales... que des équipes de santé.

Ainsi, les notions d'addictions et de réductions des risques doivent être intégrées dans les formations initiales des futurs professionnel.le.s du secteur considérant qu'ils et elles seront nécessairement confronté.e.s, au cours de leur pratique, à des personnes présentant des conduites addictives. Ces notions devraient aussi pouvoir être intégrées aux formations des futurs professionnel.le.s de santé, quel que soit leurs champs de compétences. En effet, le fait que l'addiction relève encore de la spécialisation est un frein non négligeable alors que les conduites addictives, tel que le porte la Fédération Addiction, « font partie de la vie ». Si l'on souhaite que les accompagnements soient en parfaite adéquation avec les besoins, il faut que chacun.e soit formé.e à cette question et à l'impact sur leurs prises en charge et en soin. L'enjeu serait également que ces formations soient pleinement adaptés à la réalité des contextes, le travail social se menant sur une multitude de terrain, et à la spécificités des personnes qui y sont rencontrées (ses terrains se croisant par ailleurs) : personnes en situation de prostitution, personnes sous-main de justice ou sortantes de détention, jeunes, femmes, migrant.e.s, etc.

Si l'on souhaite que ces formations soient complètes et bénéficient à toutes et tous, il conviendrait également de former chacun.e aux question de précarité : mieux en appréhender les causes, identifier les impacts, comprendre les personnes qui la subissent, adopter une posture ajustée et avoir une connaissance fine des réseaux et des partenariats mobilisables. Il nous paraît particulièrement pertinent que les professionnel.le.s du secteur de l'addictologie puissent être formés à la question de la précarité, ce qui permettrait une meilleure perméabilité entre les deux secteurs.

Si ces notions devraient donc être intégrées systématiquement aux formations initiales, elles devraient l'être également aux formations continues de tou.te.s les professionnel.le.s des secteurs concernés. Cela peut se faire *via* les plans de formations. De même, au regard des mouvements au sein des équipes, si elles doivent être systématisées, ils faudrait également qu'elles soient proposées – et réajustées – régulièrement afin que chacun.e soit à jour et disposent des connaissances et compétences nécessaires à la mise en œuvre d'un accompagnement adapté à chaque personne.

Pour que ces formations rendent compte de la réalité des terrains, il conviendrait qu'elles soient construites avec l'apport des professionnel.le.s qu'elles visent mais aussi étayées de l'intervention des personnes concernées elles-mêmes. En effet, l'un des retours que nous avons pu avoir concernant les formations telles qu'elles ont dispensées dans le cadre de ce projet, ceci en dépit du fait que les formateurs.trices aient tenté de s'adapter à leurs auditoires, fut qu'elles auraient mérité

³⁰ Une part de ces recommandations sont incluses dans le plaidoyer Addiction et précarité (2023), lequel s'est appuyé notamment sur les premiers résultats de ce projet.

d'être davantage encore nourries de leurs réalités. Construire des modules de formation sur cette base les rendraient encore plus pertinentes et percutantes, en considérant qu'elles devraient être réévaluées et éventuellement adaptées régulièrement.

Sur cet enjeu de formation, nous ajoutons qu'il est nécessaire que les questions de santé mentale et des liens qui peuvent exister avec les conduites addictives soient davantage considérées. Les études démontrent en effet que près de 50% des personnes qui présentent des addictions souffrent également d'une problématique de santé mentale. Il n'est donc plus concevable que ces deux aspects soient traités séparément, de même que l'addiction doit être pensée dans une approche multidimensionnelle de la santé.

- Les professionnel.le.s impliqué.e.s dans le projet témoignent donc, à l'issue de ce dernier, d'une difficulté persistante à orienter les personnes en demande de soin. Le projet aura permis d'initier, développer ou renforcer des partenariats avec les structures spécialisées de l'addictologie, tel que nous avons pu le démontrer précédemment, il aura à ce titre faciliter la coopération entre les équipes et les orientations réciproques. Pour autant, des difficultés perdurent – dont nous avons pu identifier et préciser les origines précédemment. Il convient donc désormais de penser des réponses et/ou des solutions pour ne pas se contenter de ce constat. Ainsi, nous suggérons que les CSAPA et les CAARUD disposent de moyens supplémentaires pour renforcer les partenariats et leur permettre de multiplier les visites – sous forme de consultations avancées et/ou permanences – au sein des structures de l'AHJ. Cela permettrait à chacun.e de davantage se familiariser avec les modalités de prises en soin, d'initier des parcours de soins pour celles et ceux qui le souhaitent et de les accompagner dans ce parcours, de renforcer les connaissances et compétences des professionnel.le.s du secteur social afin qu'ils et elles se sentent plus à même de proposer des actions de réduction des risques aux publics qu'ils accueillent.

Par ailleurs, ces partenariats pourraient prendre la forme d'espaces d'échanges de pratiques, celles-ci devant être questionnées conjointement. Des immersions, au sein d'un même secteur, entre différents secteurs, des stages ou des formations croisées serviraient également de levier pour celles et ceux qui envisagent le changement mais se trouvent ralenti.e.s par leurs craintes et leurs représentations. Des espaces de pensées, d'échanges, de travail qui serviraient également la mise en œuvre de stratégie d'intervention commune, étayées d'outils, de manière à faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes qui sont accompagnées par les deux secteurs, favorisant également, de fait, la coopération intersectorielle.

Mais cette question du partenariat ne touche pas seulement les acteurs de l'addictologie et du social. En effet, le manque de liens et de collaborations impacte tous les secteurs. Hôpital public, médecine de ville, psychiatrie, centres sociaux... chacun peut avoir tendance à œuvrer dans son champ d'expertise, ce qui limite la capacité à envisager les personnes dans leur globalité et à les accompagner de manière adaptée, individualisée et durable. Malheureusement, l'une des conséquences directes de ce manque de connaissance et de coopération s'illustre dans le refus de certains secteurs de prendre en charge des personnes en situation d'addiction, considérant que ça ne relève pas de leur domaine de compétences et d'intervention. Les personnes présentant des addictions sont en effet encore trop souvent victimes de stigmatisation qui mettent à mal leur accompagnement. Encore parfois réduites à cette problématique, tout autre besoin peut alors être

ignoré, voire nié. Ce défaut d'engagement des professionnel.le.s, conséquence directe à la fois d'un manque de connaissance, à la fois d'un manque évident de moyens, et en dépit d'une volonté de chacun.e de pallier cette difficulté, impacte directement les personnes qui, à défaut d'obtenir des réponses adaptées, cessent de demander.

Le partenariat entre les secteurs de l'addictologie, celui du social, du médico-social et du sanitaire est un enjeu majeur : il n'est pas possible d'agir les uns sans les autres si l'on souhaite mettre en place des accompagnements globaux efficaces.

Heureusement, le défaut d'articulation entre ces différents secteurs tend à se réduire, notamment grâce aux projets co-portés par nos deux fédérations (même si ce travail n'est pas le seul responsable – et heureusement). Aussi les progrès que mènent les différents secteurs pour sortir de cette ornière, sont à la fois l'illustration de partenariats efficaces, à la fois le support à l'amélioration de cet enjeu.

- Mais si l'on souhaite que les différents secteurs poursuivent la dynamique de changement qu'ils ont initiée pour mieux travailler ensemble, cela nécessite des moyens, notamment financiers, sur la durée, pour permettre une inscription durable et pérenne. La crise sanitaire du COVID 19 a permis une prise de conscience collective de la nécessité de (re)penser l'accompagnement global des personnes en situation de précarité présentant des conduites addictives. Une prise de conscience qui a également touché les pouvoirs publics qui ont, en ce sens, engagé des moyens pour répondre aux besoins de ces personnes et de celles et ceux qui les accompagnent au quotidien, quel que soit leur champ d'intervention. Une prise de conscience enfin, saluée par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité, qui ont alors contribué aux recommandations émises par la DIHAL concernant l'accueil des personnes en situation de précarité et d'addiction. Pour autant, les pratiques des financeurs ne sont pas homogénéisées et les financements ne sont pas pérennisés. Or, sans moyens financiers pérennes, il n'est pas possible d'inscrire et d'essayer les expérimentations conduites ces dernières années. C'est particulièrement regrettable lorsque l'on sait que partie d'entre elles ont été légitimées par des données scientifiques³¹. Ainsi, de nombreuses structures ont répondu à cette prise de conscience collective pour la mise en œuvre de projets en direction des personnes en situations de précarité présentant des addictions. C'est ce qui a notamment permis à nos réseaux d'initier des changements profonds dans leurs fonctionnements et pratiques afin de répondre aux besoins des personnes concernées. Des changements qui rejoignent là aussi les recommandations faites par la HAS pour inscrire une démarche de prévention et de réduction de risques au sein du secteur social et médico-social. Mais la logique court-termisme et expérimentale des financements alloués pour ces projets empêche leur poursuite et essouffle les équipes. De même, le modèle de subventions sur appels à projets incite à une mise en concurrence entre les acteurs, ce qui crée des disparités et des inégalités dans l'accompagnement des personnes, en plus de ralentir les collaborations entre structures et entre secteurs.

³¹ Nous pensons notamment aux Haltes soins addictions dont la pertinence, notamment pour les personnes en situation d'exclusion, est prouvée scientifiquement par des données nationales et internationales.

Des moyens supplémentaires et surtout pérennes nous permettraient donc d'inscrire les projets qui font leurs preuves de manière durable. Ils nous permettraient également de renforcer les dispositifs existants et qui fonctionnent, tels que les équipes mobiles (EMPP, EMSS par exemple) en y intégrant des profils de compétences sur les questions d'addictologie. Comme nous avons pu l'évoquer, la localisation de certains établissements peut complexifier l'accès aux soins des personnes et les équipes mobiles, dans des secteurs territoriaux particulièrement enclavés, peuvent permettre de réduire cette inégalité d'accès aux soins.

Pour conclure, l'harmonisation des réponses des financeurs (nous pensons par exemple aux ARS) ainsi que la pérennisation des financements alloués sont essentielles pour que les projets que nous portons soient pérennisés et essaimés. C'est aussi cela qui nous permettra d'assurer l'inconditionnalité de l'accueil et un accompagnement tenant compte des besoins de toutes et tous.

- Le projet a démontré son efficacité et sa nécessité. Alors que nous analysons à notre travail et ses résultats, une piste intéressante aurait été de déployer une évaluation à froid, en pensant ce travail dès l'élaboration du projet, et en le finançant. Celle-ci aurait pu être conduite sur la base d'entretiens, reprenant la trame des entretiens construits pour la phase d'état des lieux et nous auraient permis de mieux évaluer l'impact du projet, tant sur les professionnel.le.s et leurs pratiques que sur les personnes concernées et l'accompagnement qui leur est proposé. Il aurait été aussi intéressant d'avoir davantage de retours des personnes accompagnées qui auraient pu témoigner de l'évolution de la façon dont elles sont désormais accueillies, considérées et prises en charges. Cela nous aurait permis de nous assurer du fait que les dynamiques mises en œuvre se poursuivent au-delà de l'accompagnement et que la réduction des risques s'inscrit durablement au sein des établissements. Si nous n'avons pas réalisé cette enquête ici, cela pourrait être réfléchi et inclus automatiquement dans nos futurs projets, en l'inscrivant dans le calendrier prévisionnel et en veillant à ce que cela soit intégré dans la demande de financement, pour tenter d'identifier les impacts quelques temps après. Les résultats de ces évaluations nous permettraient également d'ajuster nos interventions auprès de nos réseaux.

- Les personnes présentant des addictions sont encore trop souvent victimes d'une stigmatisation qui impacte leur accompagnement : la peur, la crainte de troubles du comportement qui seraient liés à la prise de substances psychoactives, les amènent à consommer de manière cachée, isolée, et ainsi à s'exposer à de nombreux risques. Dans le cadre de ce projet, nous visions donc un changement des représentations et des pratiques les concernant afin qu'elles soient mieux considérées et accompagnées. Mais pour que les changements que nous ambitionnons soient en adéquation avec les besoins des personnes concernées, nous considérons que ces changements doivent partir d'elles. Ainsi, leur participation et leur implication à chaque étape du projet fut visée, même si leur mobilisation put parfois être difficile, comme nous avons pu en rendre compte.
De manière générale, et malgré les progrès en ce sens depuis plusieurs années, les personnes ne sont pas – encore – suffisamment au centre des dispositifs. Aussi, les projets tels que celui que nous avons mené, ambitionnent de penser la place de chacun.e autour des personnes concernées en partant d'elles et en construisant avec elles des réponses qui ne soient pas calquées sur des propositions de réponses qui ne correspondent pas aux situations individuelles. C'est en renforçant

le pouvoir d'agir des personnes, en respectant leur vulnérabilité et leurs droits, que l'on pourra vraiment répondre à cet enjeu.

A ce titre, la pair aideance ou le travail pair sont des outils et leviers qu'il faudrait développer au sein de tous les secteurs concernés. De même, cela passera par une meilleure connaissance et informations de personnes concernées autour de leur droit, de ce à quoi elles peuvent prétendre. C'est cela qui permettra que les personnes en situation de précarité et d'addiction soient pleinement considérées en tant que citoyennes, avec des droits et des libertés, sans qu'elles ne soient réduites à leurs consommations.

Une implication officielle des personnes concernées, dans tous les projets qui seront menés par la suite, sera une condition de leurs réussites.

In fine, ce à quoi, selon nous, il faut tendre à travers ce type de projet, c'est à un changement profond des regards qui toucherait la société toute entière. Comme nous l'avons d'ailleurs porté dans notre plaidoyer Addiction & précarité, cela passera par une dépénalisation des usages de drogues : il faut aujourd'hui trouver un juste équilibre dans l'accompagnement des personnes présentant des addictions entre prévention et soins, mais cela ne sera réellement possible que si chacun.e évolue quant à ses représentations sur les consommations et les consommateurs.trices, et si les professionnel.le.s qui accompagnent ces dernier.e.s sont rassuré.e.s dans leurs pratiques. De fait, le cadre légal qui entoure les usages entrave de manière significative l'action des équipes, quel que soit leurs secteurs. Si le changement des pratiques professionnelles n'est possible qu'au travers un portage institutionnel solide et engagé, pour y parvenir, nous pensons que ces changements doivent toutes et tous nous concerner.

Perspectives : et maintenant ?

Un des principaux impacts du projet s'incarne dans le fort engagement des équipes du secteur social et de celui de l'addictologie à voir les pratiques professionnelles évoluer pour parfaire les accompagnements qu'elles proposent.

Et leur volonté partagée de voir cette dynamique se poursuivre.

En effet, les résultats de notre projet témoignent du fait qu'en dépit des difficultés, nous devons, et nous le souhaitons, poursuivre notre travail conjoint et collaboratif à destination des personnes présentant des conduites addictives globalement, et qui se trouvent, plus particulièrement, en situation de précarité.

A cet effet, toutes les régions impliquées dans le projet ont décidé de poursuivre leur mission d'appui et d'accompagnement des structures adhérentes de notre réseau. A ce titre, elles ont toutes recherché des financements, non sans difficulté parfois, leur permettant d'amplifier leurs actions en visant de nouvelles structures, voire de nouveaux secteurs.

Cela se traduit par :

- De nouveaux projets *Addiction et précarité* portés et déployés dans chacune des régions et pour certaines en inter région, visant à accompagner de nouvelles structures de l'AHI-L et ouvrant cet accompagnement aux structures de l'Insertion par l'Activité Economique (IAE). Des projets d'accompagnement sur 18 mois minimum,

- Des journées d'études, séminaires ou journées régionales portant notamment sur la thématique Addiction & précarité, où inscrivant cette dernière dans une thématique plus large de l'accès aux soins,
- Des sensibilisations et des formations.

Sur le plan national, le travail se poursuit également :

- Nous lançons en cette fin d'année 2024, les phases deux de deux projets portant sur la réduction des risques et l'accès au soin des personnes en situation de précarité et d'addiction :
 - le projet MAAA'elles (Mission d'Accompagnement et d'Appui, Addiction pour elles), qui visera à accompagner 4 accueils de jour et 4 maraudes à un meilleur accompagnement des femmes en situation de précarité présentant de conduites addictives, grâce au soutien du FLCA ;
 - le projet TAPREOSI (Tabac et Précarité, évaluation opérationnelle d'une stratégie d'intervention) qui accompagnera 10 binômes AHI-Addictologie dans la mise en œuvre d'un accompagnement autour du tabac, sur la base d'une stratégie qui a été coconstruite par la FAS et la Fédération Addiction et soutenu par l'Institut National du Cancer (INCa).

Ces deux projets, d'une durée de 30 et 36 mois, sont co-portés par les deux fédérations.

- Un groupe de travail Addiction & précarité se mettra en place au premier trimestre 2025. Il aura pour objectif de représenter, soutenir et accompagner les adhérents de la FAS dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles auprès des personnes accueillies et accompagnées et présentant des conduites addictives. Les espaces d'échanges offerts par le groupe de travail favoriseront l'interconnaissance, le partage des savoirs et des pratiques et permettront de construire une expertise collective essentielle à l'interpellation des pouvoirs publics.

Enfin, la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité, fortes des enseignements tirés des projets conduits ces douze dernières années, ont initié une réflexion au sein de leurs instances afin de (re)penser leur partenariat, le renforcer, réajuster ses enjeux et objectifs afin que ceux-ci soient toujours plus près des besoins de leurs adhérents et des publics accompagnés.

Conclusion

Alors que notre projet se termine, toutes les équipes témoignent d'une évolution significative concernant leurs représentations autour des addictions. Elles expriment se sentir plus compétentes et légitimes pour accompagner les personnes en situation de précarité présentant des conduites addictives. En outre, elles disposent d'une connaissance plus fine du secteur de l'addictologie, des rôles et missions des structures et des professionnels qui le composent. Elles se sentent plus à même d'orienter et accompagner les personnes concernées vers et dans une démarche de réduction des risques et/ou de soins.

En ce sens, le projet a mis en lumière la pertinence d'actions conjointes entre le secteur de l'AHJ et celui de l'addictologie.

Grâce aux partenariats qui ont pu être mis en place, la réduction des risques s'est imposée au sein de la plupart des structures impliquées, confirmant que la transversalité et le décloisonnement des secteurs sont essentiels. Ce travail partenarial a également été l'occasion de valoriser le travail expérientiel déjà conduit par les équipes sociales, et tout ce qu'elles déployaient au quotidien pour tâcher de s'adapter aux besoins des personnes en situation de précarité et d'addiction, sans toujours réaliser qu'elles essayaient déjà de s'inscrire dans une démarche de réduction des risques. Aujourd'hui, la réduction des risques prend une place de plus en plus importante dans les accompagnements proposés.

Bien sûr, le degré d'implantation de la démarche de réduction des risques est nuancé en fonction des structures accompagnées, les contextes n'étant pas les mêmes (et cela ayant pu avoir un impact sur la conduite du projet), mais en s'appuyant sur les notions dispensées dans le cadre des formations, les équipes sociales ont, dans leur ensemble, saisi l'importance et les conséquences de l'environnement et des représentations dans l'accompagnement des personnes consommatrices de substances psychoactives.

Ainsi, les équipes constatent également une amélioration de l'état de santé des personnes consommatrices, une diminution des tensions, particulièrement au sein des structures où la démarche a pu être pérennisée. Les actions qui ont été mises en place en direction des personnes concernées ont largement participé à ce mieux-être, ce qui nous amène à rappeler l'importance de ne pas perdre de vue, dans tous les projets menés, l'approche globale de la santé, sans la réduire à la question de l'addiction pour celles et ceux qui sont concernés.e.s.

Nous l'avons souligné, les difficultés que nous avons rencontrées durant le projet sont importantes. Elles ont certes pu ralentir sa mise en œuvre, certaines équipes ont dû concentrer leurs objectifs plus spécifiquement sur certains axes de travail ou ont dû reporter leur accompagnement³². Mais nous considérons qu'elles ne l'ont pour autant pas empêchée. Elles ont néanmoins nécessité que tous et toutes s'adaptent, quasiment quotidiennement, d'autant que rares étaient les freins qui étaient en lien direct avec le projet (locaux insalubres, déménagement en cours de projets, équipes en sous-effectifs, situations complexes, etc.). Ces difficultés ont également pu limiter les actions que les structures souhaitaient réaliser³³.

³² C'est le cas de deux structures accompagnées en 2022, qui ont dû stopper leur accompagnement pour le reprendre en 2023

³³ Par exemple, plusieurs structures n'ont pas consommé la totalité du budget qui leur était dédié. Elles n'ont en effet pas déployé toutes les actions en direction des personnes qu'elles avaient alors envisagé dans le cadre des plans d'actions, faute de temps ou de moyens humains.

Ainsi, si le projet a été l'occasion de mobiliser les professionnel.le.s, il a aussi pu engendrer une charge de travail supplémentaire, dans un contexte déjà tendu. Il a donc fallu, régulièrement, accompagner chacun.e afin de veiller à ce que le découragement ne gagne pas les équipes et les gouvernances. Certain.e.s professionnel.le.s ont pu peiner à investir le projet, soit par manque de temps et de moyens, soit par défaut de communication, et ce, même si tous.tes était convaincu.e.s du bien-fondé des objectifs visés. L'une des forces de notre projet s'est ainsi trouvée dans l'accompagnement conduit par les régions afin de supporter chacun.e dans la mise en œuvre.

La temporalité de notre projet ne nous permet pas d'observer avec le recul nécessaire tous les impacts de celui-ci, tant sur les professionnel.le.s que sur les personnes concernées. Nous allons donc poursuivre la dynamique que nous avons lancée, au travers de groupes d'échanges, de suivi des adhérents et du partenariat solide qui lie nos deux fédérations. Nous espérons que cela nous permettra de mesurer les écarts entre les besoins initiaux, ceux auxquels nous avons pu répondre, et ceux qui perdurent ou qui émergent, afin d'y pallier de manière optimale.

Constatant tout de même l'impact positif d'un tel projet à court terme, nous allons également penser et déployer de nouvelles réponses pour que la démarche de réduction des risques et la considération des besoins des personnes en situation de précarité et d'addiction devienne, au sein de tous les secteurs accompagnant des personnes en précarité, un préalable à tout dispositif. Par exemple, et tel que cela a pu être mis en lumière dans le cadre de notre plaidoyer, certaines régions lancent des projets à destination des structures de l'IAE, lesquelles participent pleinement à la construction des parcours des personnes en situation de précarité et à cet effet, sont tout aussi concernées par les difficultés inhérentes aux conduites addictives que rencontrent les équipes de l'AHJ.

Ce projet fut d'une grande richesse pour toutes les parties prenantes. Il n'incite qu'à essayer sur l'ensemble des territoires afin de contribuer à la construction d'une société plus juste et plus inclusive, en veillant à placer les personnes concernées au cœur des changements que nous voulons porter : c'est en effet en renforçant le pouvoir d'agir de celles-ci, et en l'accompagnant d'une réflexion commune basée sur des échanges horizontaux entre personnes accueillies, équipes sociales et partenaires du secteur spécialisé de l'addictologie que nous pourrions ancrer une démarche de réduction des risques et d'accompagnement vers le soin solide et pérenne.

« De nombreuses personnes sont consommatrices sur notre centre. Au début du projet, l'équipe avait peu de ressources sur comment communiquer avec les personnes consommatrices. L'équipe disposait aussi de peu de ressources sur comment orienter ces personnes vers le soin. Aujourd'hui, je me sens plus à l'aise pour aborder ces questions de consommations. Au sein de l'équipe, il y a une levée du tabou et les résidents donnent plus facilement leur confiance. Le travail d'accompagnement social s'en trouve facilité. Un vrai travail de réflexion a été engagé sur la question de la consommation d'alcool. Nous nous sommes interrogés tout au long du projet. Le travail en équipe autour de l'évolution des pratiques et des représentations a permis une réflexion collective. Aujourd'hui, les personnes peuvent consommer de l'alcool, notamment sur les temps de sorties extérieurs. Le fait que l'on puisse se retrouver sur des temps plus informels avec le public facilite la création d'un lien de confiance et l'ouverture de la parole sur les consommations. Malgré le turn over, l'implantation de la démarche en réduction des risques a porté ses fruits auprès du public. »

Témoignage d'une intervenante sociale

Annexes

Annexe 1 – Questionnaire référence (FAS Occitanie)

I – Informations générales

Date et durée de la rencontre :

Personne référente du projet :

Fonction de la référente :

Présence dans le service / l'association et formation(s) :

II - Typologie de la structure

Type de service :

Association gestionnaire :

Nombre de professionnel.les dans le service :

Nombre de salarié.es dans l'association :

Autres services de l'association :

File active du service (*nombre de personnes vues au moins 1 fois/an*) :

III - Questionnaire

Il permet d'évaluer le projet par des éléments objectivables et d'effectuer une photographie en début et fin de projet. Les questions visent globalement à répondre aux indicateurs d'évaluation, certaines abordent des éléments plus subjectifs afin d'amorcer la partie plus qualitative de cet état des lieux.

Section 1 - Institution

Q1 : Le règlement intérieur interdit-il les consommations de :

- Tabac :
- Alcool :
- Cannabis et autres produits stupéfiants ?

Q2 : Le règlement a-t-il évolué pendant la période sanitaire de Covid 19 ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelles façons ?

Si non, est-ce que les pratiques ont évolué à défaut du règlement ?

Q3 : Le projet de service / d'établissement mentionne-t-il les modalités d'accompagnement des personnes ayant une conduite addictive ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles sont-elles ?

Q4 : Mettez-vous en place une procédure de repérage des conduites addictives (questionnaire, entretien d'accueil...) ?

- Oui
- Non

Si oui, en quoi consiste cette procédure brièvement ?

Q5 : Mettez-vous en place des instances de participation des personnes accueillies sur l'établissement ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles et comment fonctionnent-elles (qui les anime, avec quels objectifs, comment sont travaillés les ODJ ou les thématiques abordées etc.) ?

Q6 : Diriez-vous que ces instances sont des espaces privilégiés pour parler de la santé des personnes accueillies ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

Q7 : Au sein de l'établissement / du service, comment abordez-vous la question de la santé des personnes accueillies au global d'abord, et de façon plus spécifique sur les consommations de produits ?

Q8 : Qu'est-ce que la santé pour vous ?

Section 2 – Pratiques professionnelles

Q9 : Les professionnel.les de la structure ont-ils déjà été sensibilisé.es ou formé.es aux conduites addictives ?

- **Oui**
- Non

Si oui, combien de fois et sur quel type d'interventions (nature, durée du partenariat et thématiques abordées) ?

Q10 : Quelles sont les thématiques pour lesquelles vous estimez avoir besoin de formation ?

- Connaissances sur les processus psychique et physique des addictions
- Connaissances sur les produits
- Aspects juridiques
- Modalités d'accompagnement en addictologie (dispositifs de soins...)
- Entretien motivationnel
- Principes, méthodes et outils de RDR
- Accompagnement de publics / Gestion des comportements dans la non-agressivité
- Développement de la participation des personnes accueillies
- Evolution du cadre institutionnel (PA/PE/RI...)
- Autres ? Répercussions des consommations sur la personne/ les risques, la gestion dans la relation

Q11 : Avez-vous des partenaires de l'addictologie qui pourraient vous faire cette/ces formations ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels et sur quelle(s) thématique(s) ?

Q12 : Avez-vous mis en place des actions spécifiques en direction des personnes accueillies pour les accompagner au sujet de leurs conduites addictives ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Est-ce qu'il s'agissait de...

- Mise à disposition / distribution de matériel de RDR
- Permanences ou consultations avancées
- Mise à disposition de plaquettes d'information
- Action collective de sensibilisation :
- Autres actions ?

Section 3 – Partenariat

Q13 : Avez-vous signé une convention avec une structure d'addictologie ?

- Oui
- Non

Si oui, depuis quand ? Est-ce que cela a permis de mieux définir le cadre d'intervention de la structure d'addictologie ?

Q14 : Avez-vous des actions conjointes avec une structure d'addictologie ?

- Oui
- Non

Si oui, est-ce qu'il s'agit de...

- Permanences / Consultations avancées
- Formations
- Rencontre partenariale visant l'interconnaissance
- Autres actions ?

Q15 : Au sein de votre service avez-vous des personnes accompagnées suivies en CSAPA ou en CAARUD ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

Q15 : Combien d'orientations réalisez-vous par an vers les structures d'addictologie ?

Q16 : Savez-vous quels sont les produits majoritairement consommés par les personnes orientées vers les structures d'addictologie ?

Q17 : Et plus globalement dans l'établissement, quels sont les produits les plus répandus, que les personnes soient effectivement suivies ou non ?

Q18 : Les structures d'addictologie vous sollicitent-elles pour les personnes qu'elles accompagnent ?

- Oui
- Non

Si oui, comment ?

Annexe 2 – Grille d’entretien à l’intention des professionnel.le.s (FAS Occitanie)

IV – Éléments qualitatifs

Dans la continuité et pour approfondir le questionnaire, l’objectif de cette grille d’entretien est de revenir sur des éléments précis et affinés, en partant des expériences des professionnel.les (ressentis, témoignages...). Elle constitue le point de départ des échanges avec les professionnel.les volontaires, le questionnaire étant rempli par la personne référente du projet. Il sera toutefois possible de revenir sur certaines questions du questionnaire en parallèle de cette grille.

Informations générales :

Entretien individuel ou collectif :

Nom(s) et prénom(s) (*confidentialité dans le traitement des données*) :

Fonction(s) :

Présence dans le service / l’association :

Formation(s) :

Durée de l’échange :

Axe	Questions	Sous-questions	Objectif
Institutionnel	Comment l’accompagnement des pratiques addictives est-il organisé dans l’institution ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscription de l’accompagnement des pratiques addictives dans les documents cadres de l’institution (règlement de fonctionnement, projet de service / projet d’établissement...); ▪ Implication des différentes instances sur les questions d’addictions (CA, CVS...); ▪ Présence d’une référence sur les questions d’addictions et de santé ou est-ce une compétence transversale au sein de l’équipe; ▪ Les personnes accompagnées participent-elles à la réflexion institutionnelle sur les pratiques addictives; ▪ Comment abordez-vous la question de la santé des personnes accueillies au global d’abord, et de façon 	Appréhender la façon dont les questions d’addictologie sont pensées et accompagnées par la dynamique institutionnelle

		<p>plus spécifique sur les consommations de produits ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce que la santé ; 	
Pratiques professionnelles	Comment les professionnel.les accompagnent-iels les personnes consommatrices ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalités de repérage des pratiques addictives ; ▪ Types d'accompagnement individuel et d'action collective (RDR...) ; ▪ Formations déjà effectuées ; ▪ Mise à disposition / distribution de matériel de réduction des risques ; ▪ Mise à disposition de documentation ; ▪ Connaissance des dispositifs de soin en addictologie ; ▪ Présence de professionnel.les paramédicaux ; ▪ Difficultés et leviers dans l'accompagnement des pratiques addictives ; 	Appréhender les pratiques d'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives
Partenariat	Comment travaillez-vous avec les services ou structures d'addictologie ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des acteurs du secteur de l'addictologie ; ▪ Modalités de travail avec elleux ; ▪ Difficultés et leviers du partenariat ; ▪ Conventions de partenariat existantes ; ▪ Identification d'un binôme opérationnel ; 	Appréhender la dynamique partenariale entre l'AHI et l'addictologie

Actions souhaitées	Quelles actions la structure souhaite-t-elle mettre en place ?	<ul style="list-style-type: none">▪ Besoins des professionnel.les et des personnes accueillies ;▪ Limites ;▪ Ressources existantes ;	Impulser la construction du plan d'action
--------------------	--	--	---

Annexe 3 – Grille d’entretien à l’intention des personnes accompagnées (FAS Occitanie)

Photographie des pratiques, des besoins et des attentes des personnes accueillies en matière de santé globale et plus spécifiquement en matière de consommations et d’addictions.

I – Informations générales

Date de la rencontre :

Moment de la rencontre :

Nombre de personnes accueillies présentes :

Professionnel.les présent.es :

Information des personnes accueillies en amont :

II - Typologie de la structure

Type de service :

Association gestionnaire :

III – Eléments qualitatifs

-Identifier les besoins en matière de santé et de consommation de produits ;

-Recenser les outils existants et utilisés/pratiqués (traitement, thérapie, distribution de matériel, kit de réduction des risques, vape, réglementation des consommations etc.).

Questions générales :

-Qu’est-ce que la santé pour vous ?

-Est-ce que vous pouvez trouver des ressources ou des personnes référentes au sein de l’établissement lorsque vous avez une question ou un besoin en santé ?

-L’accompagnement réalisé par l’établissement concerne-t-il la santé ? Si oui, à travers quoi ? Si non, pourquoi ?

-Est-ce que des structures extérieures à l’établissement sont déjà venues pour parler de santé ? Si oui, lesquelles et à quels sujets ?

-Est-ce que vous avez des espaces pour parler de vous et votre santé ? Si oui, lesquels ? Si non, qu’est-ce que vous aimeriez trouver ?

-Que dit le règlement de l’établissement sur les consommations de tabac, d’alcool ou d’autres produits ?

-Et vous, est-ce que vous consommez un de ces produits ou plusieurs ? Si oui, est-ce que vous trouvez que votre consommation est plutôt « facilitée » ou plutôt « contrainte » par la cadre de l’établissement ?

-Est-ce qu’il faudrait créer des zones de consommation au sein de l’établissement ? Des zones spécifiques selon les pratiques (tabac, vape, alcool) ?



ÉTAT DES LIEUX ► CHRS + Maison Relais

FICHE SIGNALÉTIQUE

- **Adresse** : 8 et 10 cours Fénelon
- **Directrice** : Cécile
- **Chef de Service** : Gille
- **Services concernés** : Maison Relais et CHRS

1 • PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE ET PUBLIC ACCUEILLI

Maison Relais : logements en sous location, accompagnés pour toute personne majeure, ayant de faibles ressources (payent une redevance), seul ou en couple, avec ou sans enfants. Ces personnes ne sont pas en capacité d'occuper un logement autonome, pour des problématiques de santé physique et/ou mentale, d'addictions. L'objectif, c'est de travailler sur la réinsertion et rompre l'isolement grâce à un travail autour du collectif au sens large.

CHRS, ménages avec enfants, 60-70% de femmes victimes de violences. 70% de familles d'origine étrangère. 12 à 13 nationalités différentes. Objectif réinsertion sociale des publics en grande précarité.

2 • ÉQUIPE PROFESSIONNELLE

Les équipes pluridisciplinaire de la Maison Relais et du CHRS sont composées de **17 professionnels** :

- Isabel, *agent d'entretien*
- Sophie, *référente éducative + secrétariat*
- Marine, *référente éducative*
- Pascal, *référent éducatif atelier (récup et restauration de vieux meuble)*
- Gilles, *CDS*
- 2 *Veilleurs de nuit* (4 personnes prêtes à intervenir en remplacement notamment sur le 115)
- Mary et Virginie, *écoutants 115*
- Oria, Hervé, Philippe, Richard, *référents éducatifs CHRS*
- Isabelle, *secrétaire*
- Tiphaine, *Maîtresse de Maison (rôle d'intendance, assainissement des logements + rôle éducatif sur l'appropriation du logement)*
- David et Jean-François, *Agents technique*

Toute l'équipe tient les permanences du 115, richard participe à tous les dispositifs liés à la veille sociale, référent au niveau du 115 géré / le SAFED (ASD Porteur).
Permanence accueil de jour pour enfants.

3 • MODALITES D'ACCUEIL

Maison Relais : Composée de 26 logements, 23 en regroupés sur un même immeuble et 3 en diffus (dans un immeuble à côté). 42 places dont 6 pour femmes victimes de violences. Essentiellement T1 et 3 T2. Espace, salle de convivialité avec cuisine aménagée, jeux de société, vidéoprojecteur. Salle à disposition des résidents (doivent en faire la demande en amont pour en disposer).

CHRS : composé de 23 logements, 10 studios en regroupés (dont 5 sont réservés à l'urgence pour 8 places d'urgence) et 13 appartements en diffus dans toute la ville (T3 et T4). 63 places d'hébergement au total. Sur les places d'urgence 3 studios sont réservés spécifiquement pour les femmes victimes de violences. Sinon place d'insertion sur orientation SIAO, majoritairement des familles.

4 • CONSOMMATIONS / Réduction Des Risques

Publics avec addiction sont plus présents sur la maison relais que sur le CHRS. Consommation d'alcool, de crack (consommation en hausse, on en trouve facilement), poly consommations, mésusages de traitements. Personnes addictes au sucre, jeux, sexe. L'addiction la plus visible c'est celle à l'alcool. La consommation d'alcool n'est pas interdite dans les logements, seulement dans les parties communes.

5 • PARTENARIATS/LIENS AVEC L'ADDICTOLOGIE

Liens réguliers avec le CEID et l'Association Addictions France. Permanences du CEID. Des résidents ont des obligations de soins. Concerne des accompagnements spécifiques. Permanences de l'EMPP.

▶ LES POINTS POSITIFS sur lesquels s'appuyer

- ▶ Ouvert 24h/24h
- ▶ Possibilité d'accueillir 2 chiens avec la présence de 2 chenils attenants à une chambre
- ▶ Orientation du public vers les partenaires
- ▶ Espace de vie collectif
- ▶ Mise à disposition de machine à laver, sèche-linge, douches et produits d'hygiène corporelle
- ▶ Distribution de repas (en semaine : petits déjeuner, dîner + déjeuner weekends et jours fériés)

▶ PROBLEMATIQUES rencontrées

- ▶ Quand on arrive à trouver une cure et/ou post cure problème de l'absence d'un domicile stable
- ▶ Lorsqu'une personne est alcoolisée et se met en danger les pompiers et le 15 n'interviennent plus
- ▶ Délais longs (3 mois) quand la personne est prête à rentrer en cure
- ▶ Changement du lieu de cure de la personne au dernier moment qui met en péril l'accompagnement
- ▶ Durée trop courte de prise en charge en cure (15 jours / 3 semaines)
- ▶ Pas ou plus assez de liens avec le secteur de la santé
- ▶ Problème du réseau, on essaye de les couper de leur environnement en vain

▶ GLOSSAIRE

- * **ELSA** = Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie : elle se compose d'un médecin, d'infirmières, et d'intervenants à temps partiel (psychologue et assistante sociale)
- * **CEID** = Comité d'Étude et d'information sur les Drogues
- * **CSAPA** = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- * **PASS** = Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- * **LHSS** = Lits Halte Soins Santé

Annexe 5 – Exemple de plan d'actions (FAS Ile-de-France)



Projet Addictions et Précarité – Plan d'action CHRS Rosa Parks

Ce plan d'action pour le projet Addictions et Précarité 2023 repose sur le diagnostic préalable.

Il pourra être amené à évoluer tout au long du projet.

Objectif général : Améliorer l'état de santé psychique et physique des personnes accompagnées et améliorer le recours au soin spécialisé, la fluidité du parcours global d'insertion et réduire les non-recours.

Objectifs spécifiques :

- o La montée en compétence des travailleurs sociaux concernant les questions liées aux consommations addictives et à la Réduction des Risques ;
- o L'intégration de la démarche de Réduction des Risques dans la pratique des professionnel.les ; Adopter une posture et des réponses adaptées face aux personnes concernées ; Identifier des cadres d'intervention commun aux professionnel.les ;
- o La prise en compte de la Réduction des Risques d'un point de vue institutionnel : Améliorer la connaissance et les liens avec les acteurs de l'addictologie ; Structurer et pérenniser les partenariats avec le secteur de l'addictologie ; Prendre en compte la réalité des consommations de produits psychoactifs dans les règles de fonctionnement de la structure ;
- o L'amélioration de l'accompagnement des résident.es : Délivrer des informations de prévention ; permettre un cadre rassurant pour aborder les conduites addictives ; favoriser la mise en place d'un parcours de soins ;
- o L'amélioration de l'estime de soi des personnes accueillies
- o La valorisation des savoirs expérientiels des personnes accueillies

Axe 1 : Formation

- 1) Participation à la journée de sensibilisation organisée par la FAS Ile de France le 16 février 2023
Premier temps de sensibilisation à la Réduction des risques et échanges
- 2) **Sensibilisation de la Fédération Addiction** sur 2 jours

Cette sensibilisation sera délivrée par des formateurs du CSAPA/CAARUD EGO (cf programme) et sera commune à l'équipe du CHRS Plurielles. Date prévue : 11 et 12 juillet 2023.



Objectifs : processus d'addictions, produits et risques associés, législation en vigueur, structuration du secteur de l'addictologie, facteurs d'influences des conduites addictives, clés pour aborder les questions de consommations avec les publics accompagnés.

3) Femmes et Addictions

L'approche du genre dans le programme de formation a émergé des besoins de l'équipe. L'équipe a émis le souhait de mieux comprendre notamment les mécanismes d'emprise, la place de la consommation au sein du couple et les spécificités d'addictions et de prise en charge des femmes.

Possibilité de formation avec la Fédération Addiction – Dates à définir – Formation sur 3 ou 4 jours (cf programme).

Calendrier : 29 et 30 août, puis les 26/27 septembre ou 3 et 4 octobre

4) Santé mentale

Formation Premiers Secours en Santé Mentale

Objectifs : identifier les troubles psychiques, décrire le rôle du secouriste et le plan d'action PSSM, prendre confiance dans l'interaction avec les personnes souffrant de troubles psychiques.

Dates possibles : 26 et 27/09 ou 27 et 28/09
24 et 25/10 ou 25 et 26/10

Axe 2 : Travail et réflexion sur le cadre institutionnel

Ce projet a pour vocation d'inscrire la démarche de changement et de montée en compétences de l'équipe dans le temps et de manière institutionnelle. Il s'agit donc aussi d'intégrer cette approche et l'accompagnement des conduites addictives des publics hébergés dans les documents institutionnels.

Volonté collective de travailler sur le cadre de la consommation d'alcool au sein du CHU. Une levée de l'interdit de la consommation d'alcool dans les espaces communs peut être envisagée en fonction des différents temps de travail et échanges en équipe et avec les résidentes. Il s'agit d'expérimenter et formaliser une pratique de Réduction des Risques pour les professionnel.les et pour l'établissement.

Interrogation principale : Comment gérer cette autorisation sans mettre en péril l'équilibre du collectif, sans générer plus de tensions entre consommateur.ices et non-consommateur.ices ?

Propositions pour cet axe :

- **Temps de travail collectifs en équipe**
Premier temps de travail prévu : 23 mai à 10h
- **Dans un second temps, temps de travail avec les résidentes sur le règlement de fonctionnement.** Les sessions de réflexion avec les résident.es pourront prendre la forme de groupe d'expression, ateliers lors de temps dédiés ou à l'occasion des réunions de résident.es régulières.
Prochain temps collectif prévu : Mardi 30 Mai à 17h

- **Sensibilisation/Accompagnement éventuel du collectif Modus Bibendi**

➤ Travail sur les autres **documents institutionnels** :

Objectif : Comment dans ces documents cadre on intègre la démarche de Réduction des Risques ? Adapter les documents aux pratiques de l'équipe ;

Le livret d'accueil, le projet d'établissement et éventuellement le projet personnalisé d'accompagnement seront retravaillés dans un second temps. Un travail sur ces documents est déjà engagé et la question des consommations et de la RdR est un volet qui sera intégré à ce travail déjà en cours.

Axe 3 : Mise en place d'actions à destination des personnes accueillies

- **Groupes de paroles et sensibilisation sur les consommations et conduites addictives d'échanges en dehors du centre**

Temps d'échange/sensibilisation/atelier entre personnes consommatrices et non-consommatrices. Impliquer les personnes « expertes » et valoriser leur savoir expérientiel. Ce type d'action pourrait permettre d'atténuer les tensions et les craintes, favoriser la compréhension et le collectif.

La structure d'addictologie qui sera contactée pour la mise en place d'un partenariat global pourra être sollicitée pour la mise en œuvre de cette action. L'équipe propose que cette action soit organisée avec une autre structure, afin que les publics se mélangent et se rencontrent.

Calendrier et modalités : en fonction de la mise en place d'un partenariat et des disponibilités du partenaire

- **Addictions aux écrans**

- Action de sensibilisation/prévention sur l'usage des réseaux sociaux et des écrans et les risques associés ; Action destinée en priorité aux femmes et menée par un.e intervenant.e extérieur.e. Prévention de l'usage des écrans en général et plus spécifiquement par les enfants.

Calendrier et modalités : Intervention sur site d'un.e intervenant.e extérieur.e, en fonction des disponibilités du partenaire.

- Une autre action sera également menée par l'équipe lors d'un temps convivial par exemple, en s'appuyant sur les outils du CRIPS : <https://www.lecrips-idf.net/jeunes-ecrans-solutions-sensibilisation>. L'objectif de cette action sera de permettre aux participant.es de s'exprimer et d'interroger leurs usages de façon ludique.

Calendrier et modalités : Jeudi 8 juin, temps animé par les professionnel.les présent.es et la FAS IdF.

- **Prévention tabac et accompagnement au sevrage tabagique**



Cet axe de travail autour du tabac présente une bonne porte d'entrée pour aborder les questions de consommations tant de manière collective qu'individuelle. De plus un certain nombre de personnes hébergées sont fumeuses, impliquant un état de santé dégradé pour certaines d'entre-elles.

Proposition pour cet axe :

- Temps de travail/Atelier sur le guide TAPREOSI, méthode d'accompagnement à l'arrêt du tabac des personnes en grande précarité : Septembre
- Participation au Mois Sans Tabac en novembre
- **Action sophrologie ou relaxation envisagée.**

La sophrologie ou la relaxation peut s'avérer efficace pour réduire les conduites addictives en donnant des outils pour faire face aux facteurs de stress, en se focalisant sur les signaux de son propre corps.

Modalités : L'équipe propose que cette action soit proposée plutôt en individuel. Intervenant.e extérieur.e à trouver. Cette action n'est pas prioritaire, un point d'étape début septembre permettra de définir la pertinence de la mise en œuvre de cette action.

Axe 4 : Développement du travail partenarial

Volonté de mettre en place un partenariat avec une structure d'addictologie (CSAPA ou CAARUD), afin de faciliter les échanges entre professionnel.les, les orientations et la mise en place d'actions à destination des résident.es.

L'organisation de permanences sur site semble en revanche peu adaptée pour le CHRS. Idéalement cette structure ne serait pas située dans l'environnement direct du CHRS, mais plutôt dans un arrondissement voisin ou bien desservi.

Les modalités de partenariat restent à définir avec la structure concernée en fonction de leurs proposition et disponibilités.

Structures envisagées : Sleep'In, ou Ego. Mise en lien par la Fédération Addiction

Le CHRS a par ailleurs, un partenariat avec l'équipe de la PHI Marais, disposant ainsi de places fléchées. L'équipe propose aussi de se saisir de ce projet pour faire plus de lien avec la PHI et notamment leur présenter le projet.

Prochaines dates :

- Temps de travail en équipe sur la RdR Alcool et l'évolution du règlement de fonctionnement 23 mai à 10h

- Temps de réflexion avec les résident.es sur l'évolution du règlement de fonctionnement sur les consommations d'alcool : 30 mai à 17h
- Action Prévention des écrans : 8 juin à 16h
- Formation avec EGO : (programme détaillé à venir) : 11 et 12 juillet à Archereau

	Février/Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Etat des lieux construction du plan d'action										
Sensibilisation Consos - RdR ?										
Action Addictions aux écrans										
Formation FA										
Formation PSSM?										
Formation Femmes et Addictions										
Temps de travail règlement de fonctionnement en équipe										
Temps de travail règlement de fonctionnement Résident.es										
Expérimentation d'un nouveau cadre des consommations d'alcool										
Temps de travail autre documents institutionnels										
Bilan des actions										

Annexe 6 – Tableau de bord

	OCCITANIE					NOUVELLE-AQUITAINE					ILE-DE-France					GRAND-EST					TOTAL							
	MdA	AAA	ADAF	SIAO42	AM	APARE	MIC Mo	SAFED24	TREMPLIN	M.du.LOG	CASVP	SOS PLUR.	SOS R.P.	EQUALIS RHVS	EQUALIS AJ	MAIN TENDUE	EMMAUS	CASP	FMS	CARITAS CHRIS		CARITAS PE	ABRIS POLIX	ABRIS REM	AMLI	JAMAIS SEUL	ALEOS	
Nbre de diag réalisés	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Nbre d'actions conduisant aux chgmts des PP	5	4	7	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
<i>Formations addicto (RDR, bases de l'addict)</i>	2	2	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
<i>Formations croisées</i>	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
APP	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Autres formations (Psycho trauma, SM, etc.)	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Nbre de binômes constitués	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Nbre de partenariats mis en place	4	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
<i>Partenariats signés</i>	4	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
<i>Partenariats en cours de conventionnement</i>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
<i>Collaborations effectives sans projet de conventionnement</i>	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
<i>Collaborations en cours de mises en place</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de partenariats ou collaborations pré existants	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
<i>Nbre de partenariats non touchés par le projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Nbre de partenariats pré existants et conventionnés grâce au projet</i>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Changement/évolution du cadre du partenariat	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Nbre de plans d'actions élaborés	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Nbre d'actions à destinations des PC	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
Nbre de fois où les actions ont été menées	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
Nbre de réunions de CDP et structures	7	16	9	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	
<i>Nbre de réunions CDP/structures</i>	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
<i>Nbre de réunions partenariales pour la mise en place projet</i>	2	11	4	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
<i>Nbre de COPIL</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tenues et animation des web. régions	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de pro formés/sensib	20	18	15	16	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	77	
Nbre de pro déclarant montée en compétences	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de pro déclarant meilleure capacité à travailler avec addicto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Evaluation de la qualité de vie	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<i>Avant projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Après projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de conso au sein de l'établissements	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<i>Avant projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Après projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de pers. déclarant mieux connaître les risques liés aux conso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de pers. souhaitant réduire les risques liés aux conso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de pers. bénéficiant d'acc. par les pros de l'addict	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<i>Avant projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Après projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de conventions de partenariats	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<i>Avant projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Après projet</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre d'actions relatives aux conduites addict par les pros en interne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de pers. touchées par des acc. relatives aux conduites addict	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de docs internes adaptés	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
<i>Projets d'établissement</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Règlements intérieur</i>	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
<i>Chartes ou autre documents spécifiques</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rapport de capitalisation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nbre de pers. ayant assisté aux web régions	0	0	0	0	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64	

Annexe 7 – Modèle de bilan qualitatif (FAS Grand-Est)

AMI précarité et addiction / bilan régional Grand-EST/2023



*« Précarité et addiction : accompagner les conduites addictives pour
l'insertion globale des personnes »*

BILAN REGIONAL / GRAND-EST

Année 2023 – cohorte n°2

1. Présentation des structures accompagnées

1.1. Tableau des structures

Nom de l'association porteuse	FMS	Fede de la Charité – CARITAS	L'ABRI	JAMAIS SEUL	ALEOS
Type et nom de structures/ service	CHRS Belliard	CHRS et PE	PE et Résidence d'accueil	ACT et LHSS	Foyer
Description					
Nombre de professionnels					
Nombre de places/ file active					
Consommation alcool <i>En début de projet</i>	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite
Consommation alcool <i>En fin de projet</i>	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite	<input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite
Partenariat avec addicto effectif <i>avant le projet</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Partenariat avec addicto effectif <i>en fin de projet</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Actions réalisées (par axe)	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modificat* des docs. institutionnels	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modificat* des docs. institutionnels	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modificat* des docs. institutionnels	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modificat* des docs. institutionnels	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modificat* des docs. institutionnels
Budget consommé à date (montant)					
Atterrissage réel ou envisagé (montant)					

1.2. Éléments contextuels (10 lignes max)

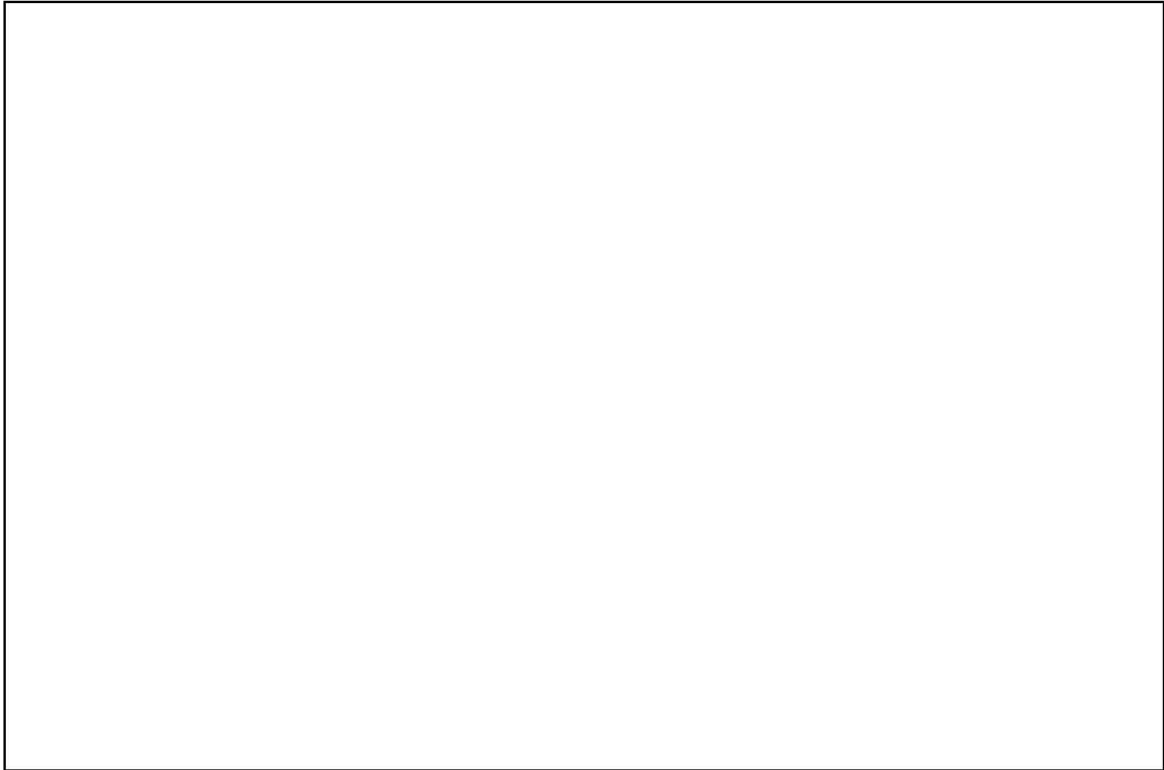
2. Bilan par structure accompagnée

2.1. Fédération Médico-Social (FMS) – CHRS Beillard

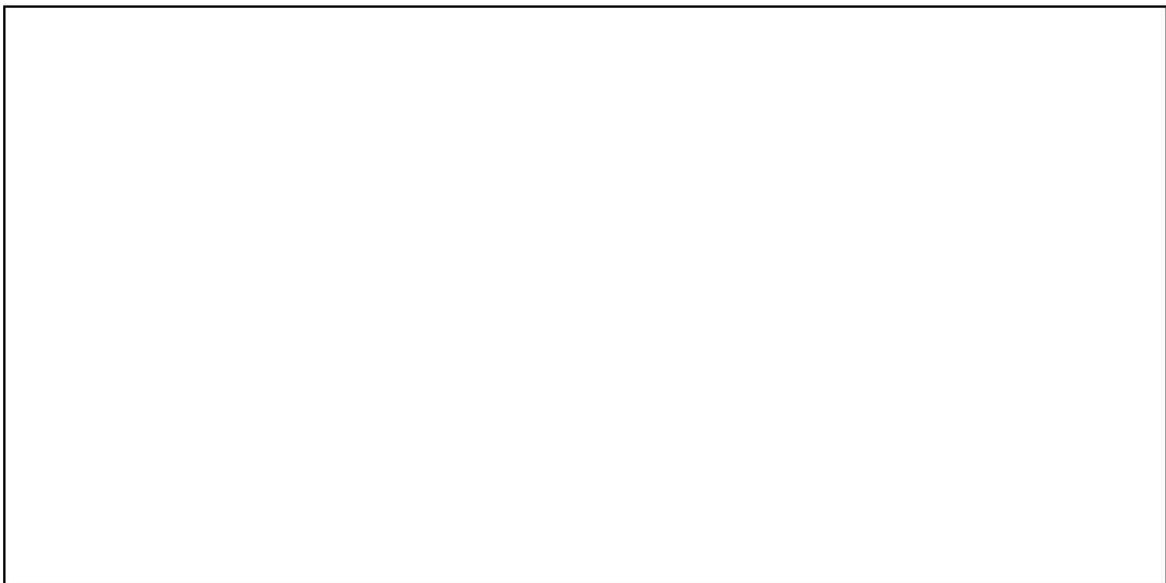
2.1.1. Bilan par action (joindre les fiches-action en annexe en les numérotant)

ACTION	AXE CONCERNE	TYPE D'ACTION & annexes n° associées	DESCRIPTIF	Nbre de réalisations de l'action	RESULTATS	LEVIERS	FREINS
1	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
2	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
3	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
4	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
5	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
6	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
7	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
8	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
9	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						
10	<input type="checkbox"/> formation <input type="checkbox"/> partenariat <input type="checkbox"/> actions en direction des PC <input type="checkbox"/> modification des docs. institutionnels						

2.1.2. Freins, limites et leviers – éléments contextuels (*narratifs, 30 lignes max*)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide narrative input for section 2.1.2. The box is currently blank.

2.1.3. Conclusion (*narratif, 20 lignes max.*)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide narrative input for section 2.1.3. The box is currently blank.

3. Bilan global par axe

3.1. Bilan quantitatif – indicateurs

Se référer au tableau de bord (SITREP) et/ou insérer une copie de ce dernier.

3.2. Bilan qualitatif par axe (narratif)

Cette partie du bilan a pour objet d'une part d'expliquer le différentiel entre les objectifs visés dans les indicateurs et le réalisé ; d'autre part d'apporter une analyse des résultats obtenus grâce aux actions menées au sein des structures et de proposer des pistes de réflexion autour de l'accompagnement global des personnes en situation de précarité sujettes à des pratiques addictives.

3.2.1. AXE 1 : formation des professionnel.les

- *Éléments structurels et contextuels*
- *Quelques constats*
- *Analyses des résultats*
- *Recommandations et pistes de réflexion*

3.2.2. AXE 2 : Développement des partenariats

- *Éléments structurels et contextuels*
- *Quelques constats*
- *Analyses des résultats*
- *Recommandations et pistes de réflexion*

3.2.3. AXE 3 : Actions en direction des personnes concernées

- *Eléments structurels et contextuels*
- *Quelques constats*
- *Analyses des résultats*
- *Recommandations et pistes de réflexion*

3.2.4. AXE 4 : modifications des documents institutionnels

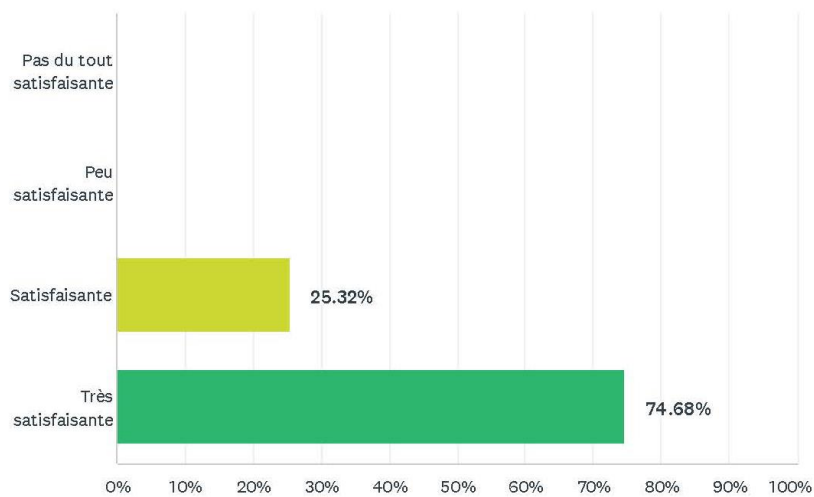
- *Éléments structurels et contextuels*
- *Quelques constats*
- *Analyses des résultats*
- *Recommandations et pistes de réflexion*

4. Conclusion

Annexe 8 – Evaluation des sessions de formation (Fédération Addiction)

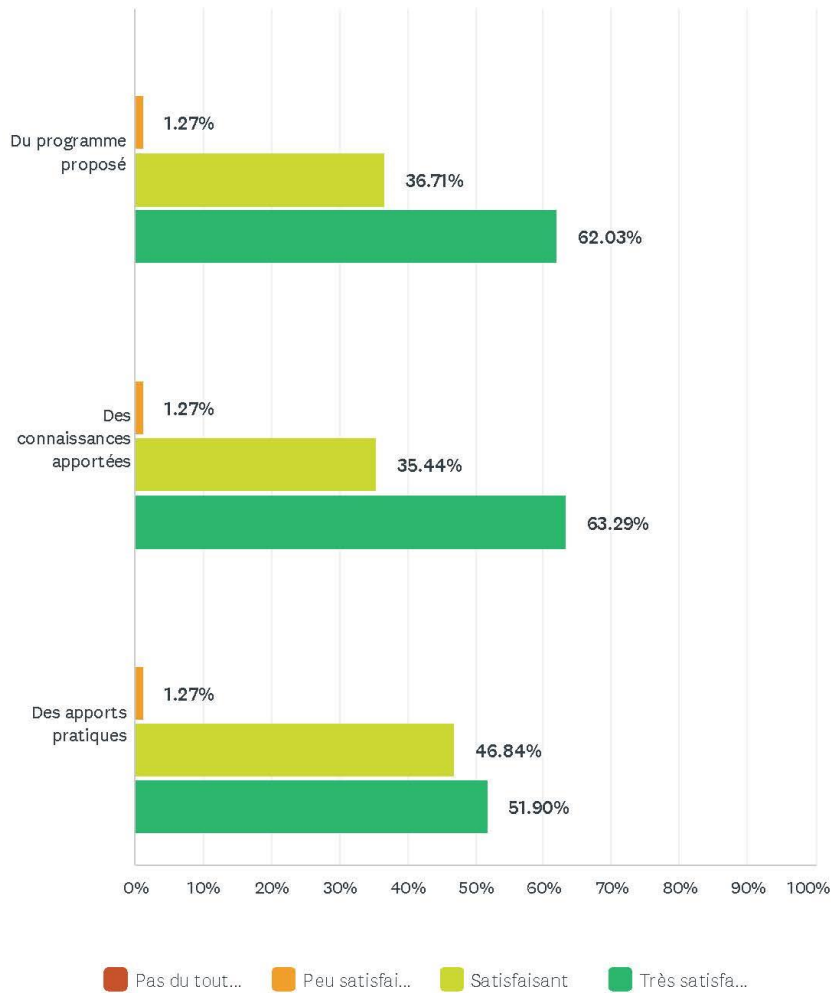
AMI DIHAL - évaluation des sessions de sensibilisation par les participants

Q2 Quelle est votre appréciation globale de la session ?



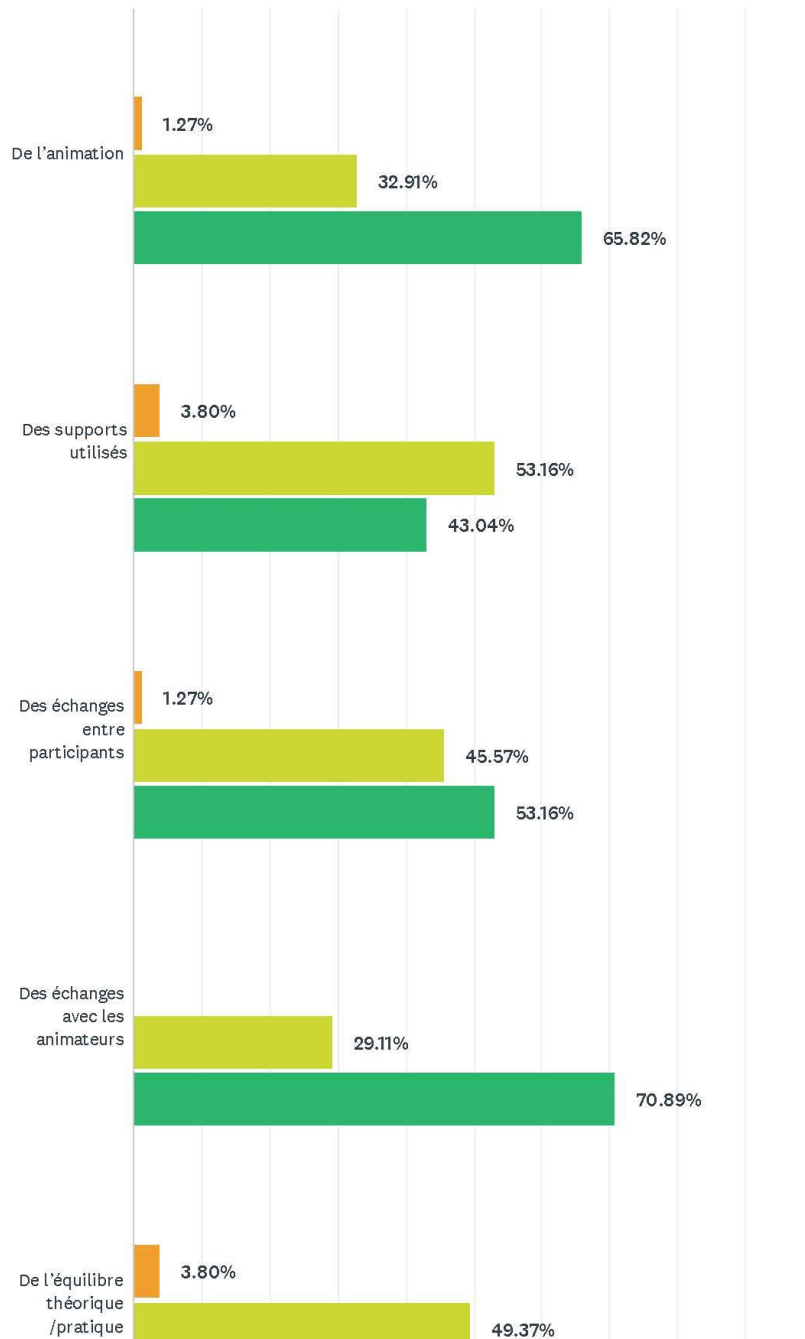
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Pas du tout satisfaisante	0.00%
Peu satisfaisante	0.00%
Satisfaisante	25.32%
Très satisfaisante	74.68%
TOTAL	

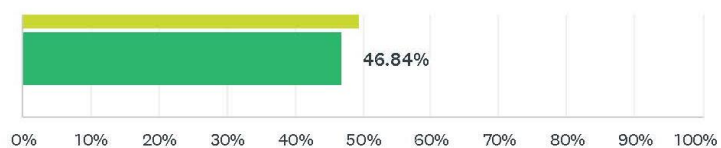
Q3 Sur le fond, qu'avez-vous pensé ?



	PAS DU TOUT SATISFAISANT	PEU SATISFAISANT	SATISFAISANT	TRÈS SATISFAISANT		
Du programme proposé	0.00%	1.27%	36.71%	62.03%		
Des connaissances apportées	0.00%	1.27%	35.44%	63.29%		
Des apports pratiques	0.00%	1.27%	46.84%	51.90%		

Q5 Sur la forme, qu'avez-vous pensé ?

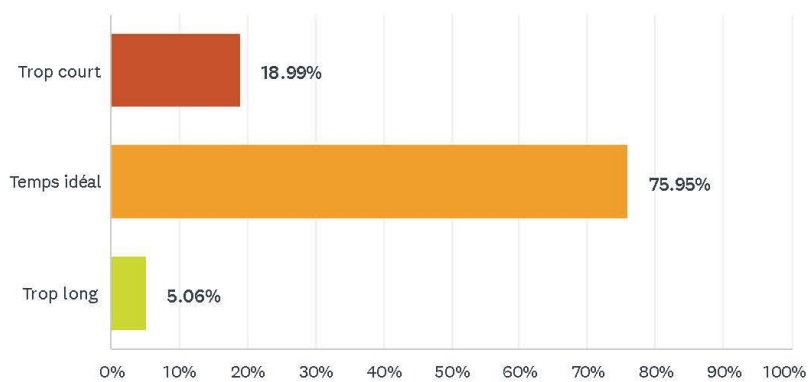




■ Pas du tout...
 ■ Peu satisfai...
 ■ Satisfaisant
 ■ Très satisfa...

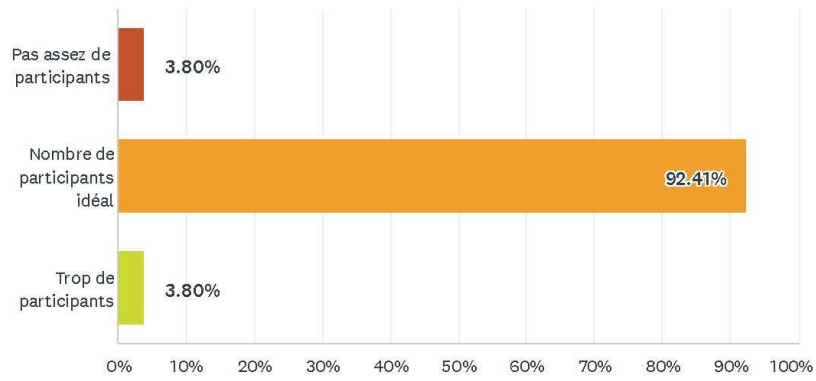
	PAS DU TOUT SATISFAISANT	PEU SATISFAISANT	SATISFAISANT	TRÈS SATISFAISANT
De l'animation	0.00%	1.27%	32.91%	65.82%
Des supports utilisés	0.00%	3.80%	53.16%	43.04%
Des échanges entre participants	0.00%	1.27%	45.57%	53.16%
Des échanges avec les animateurs	0.00%	0.00%	29.11%	70.89%
De l'équilibre théorique /pratique	0.00%	3.80%	49.37%	46.84%

Q7 Qu'avez-vous pensé de la durée de la session :



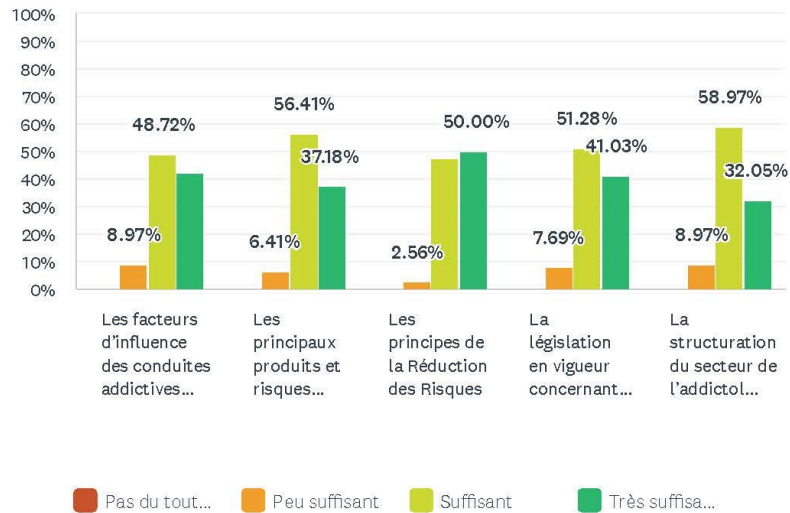
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Trop court	18.99%
Temps idéal	75.95%
Trop long	5.06%
TOTAL	

Q8 Qu'avez-vous pensé de la taille du groupe :



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Pas assez de participants	3.80%
Nombre de participants idéal	92.41%
Trop de participants	3.80%
TOTAL	

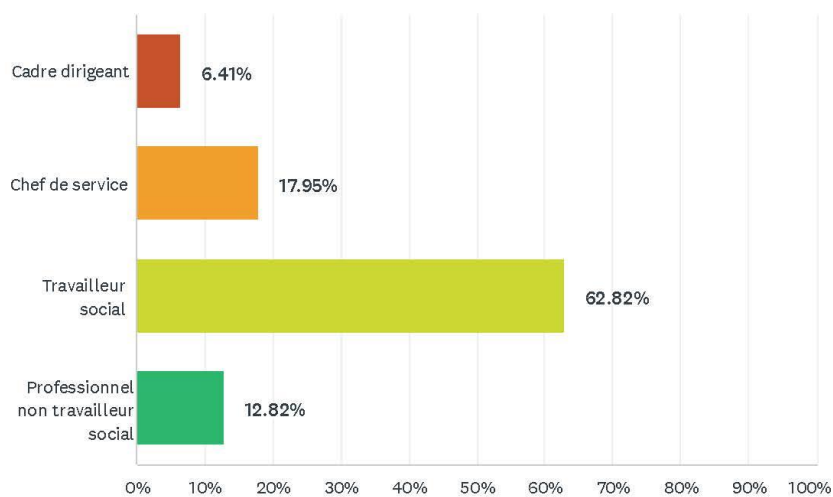
Q9 Par rapport à ce que vous en attendiez, la session vous a-t-elle permis de développer vos connaissances concernant :



	PAS DU TOUT SUFFISANT	PEU SUFFISANT	SUFFISANT	TRÈS SUFFISANT
Les facteurs d'influence des conduites addictives (environnement-usager-produit)	0.00%	8.97%	48.72%	42.31%
Les principaux produits et risques associés	0.00%	6.41%	56.41%	37.18%
Les principes de la Réduction des Risques	0.00%	2.56%	47.44%	50.00%
La législation en vigueur concernant les consommations en hébergement	0.00%	7.69%	51.28%	41.03%
La structuration du secteur de l'addictologie	0.00%	8.97%	58.97%	32.05%

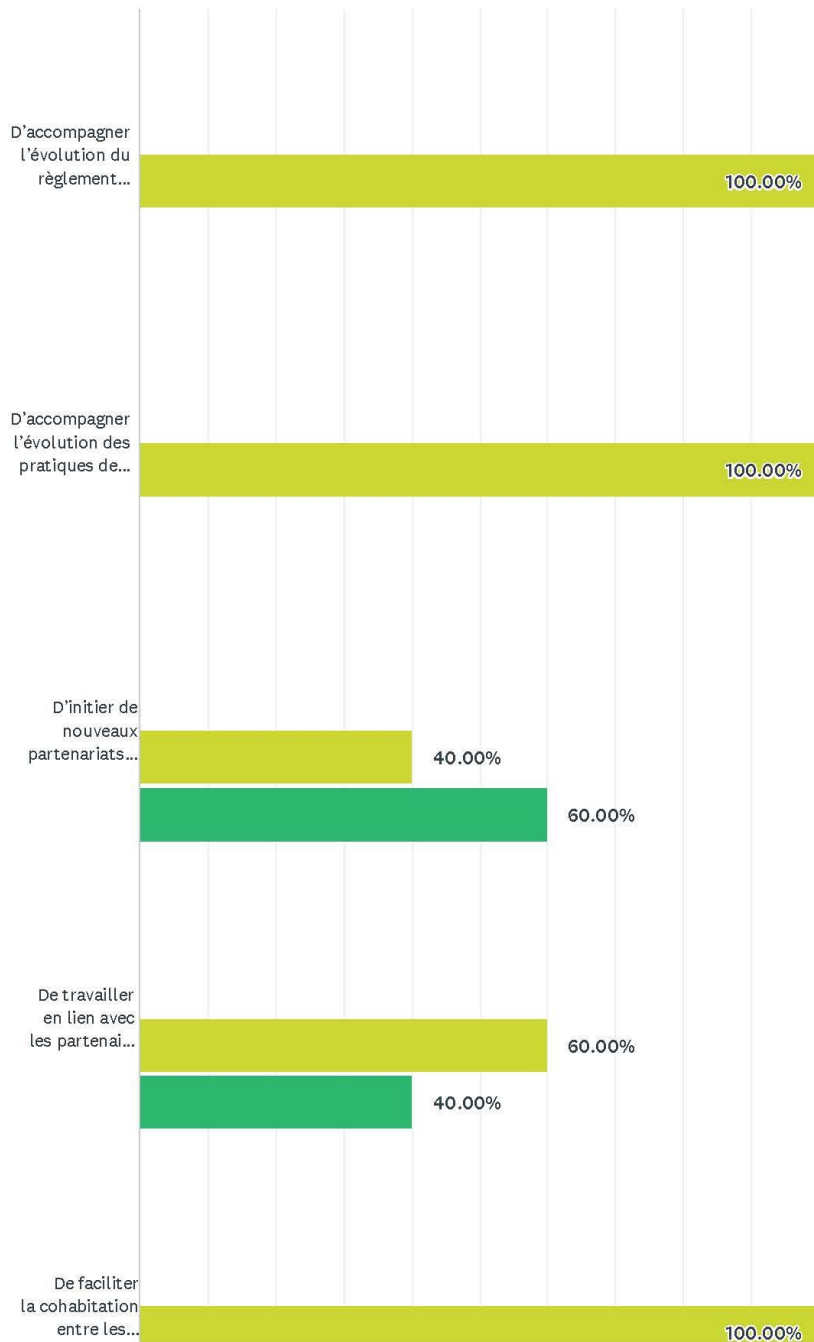
AMI DIHAL - évaluation des sessions de sensibilisation par les participants

Q11 Etes-vous :

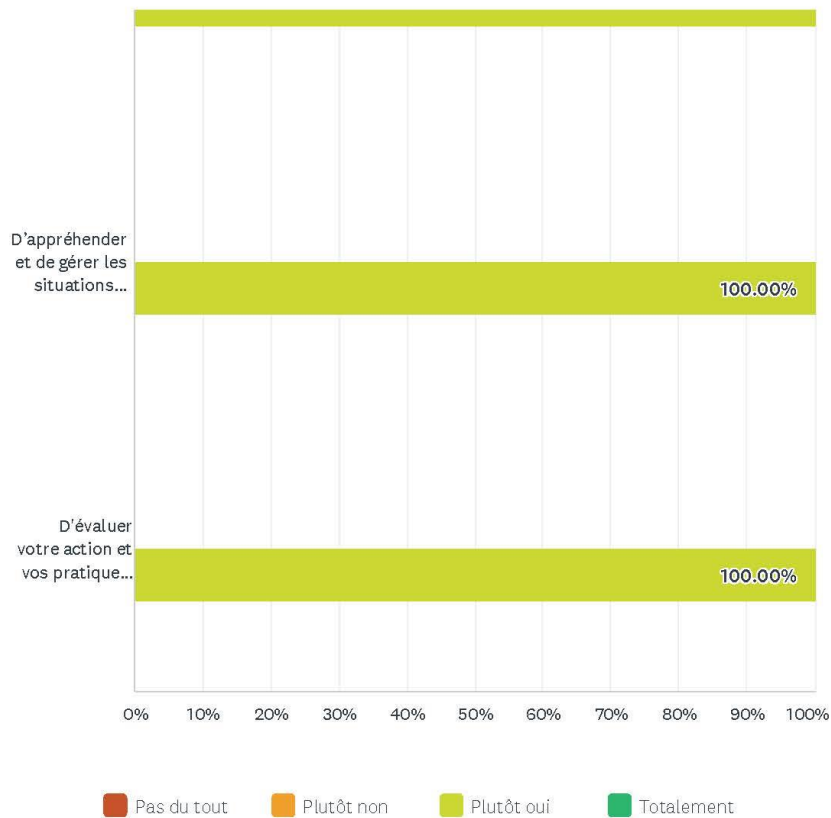


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Cadre dirigeant	6.41%
Chef de service	17.95%
Travailleur social	62.82%
Professionnel non travailleur social	12.82%
TOTAL	

Q12 A l'issue de la session, vous sentez-vous en capacité :

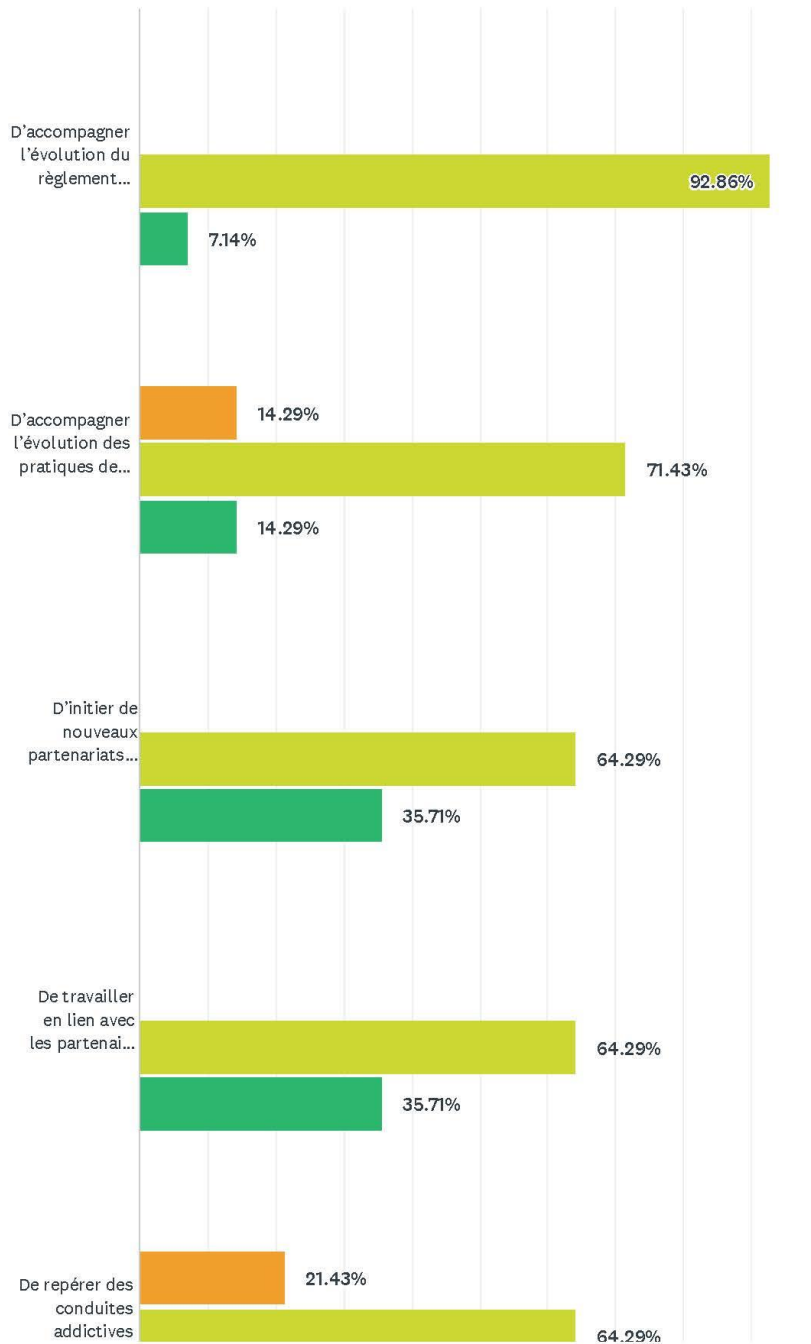


AMI DIHAL - évaluation des sessions de sensibilisation par les participants

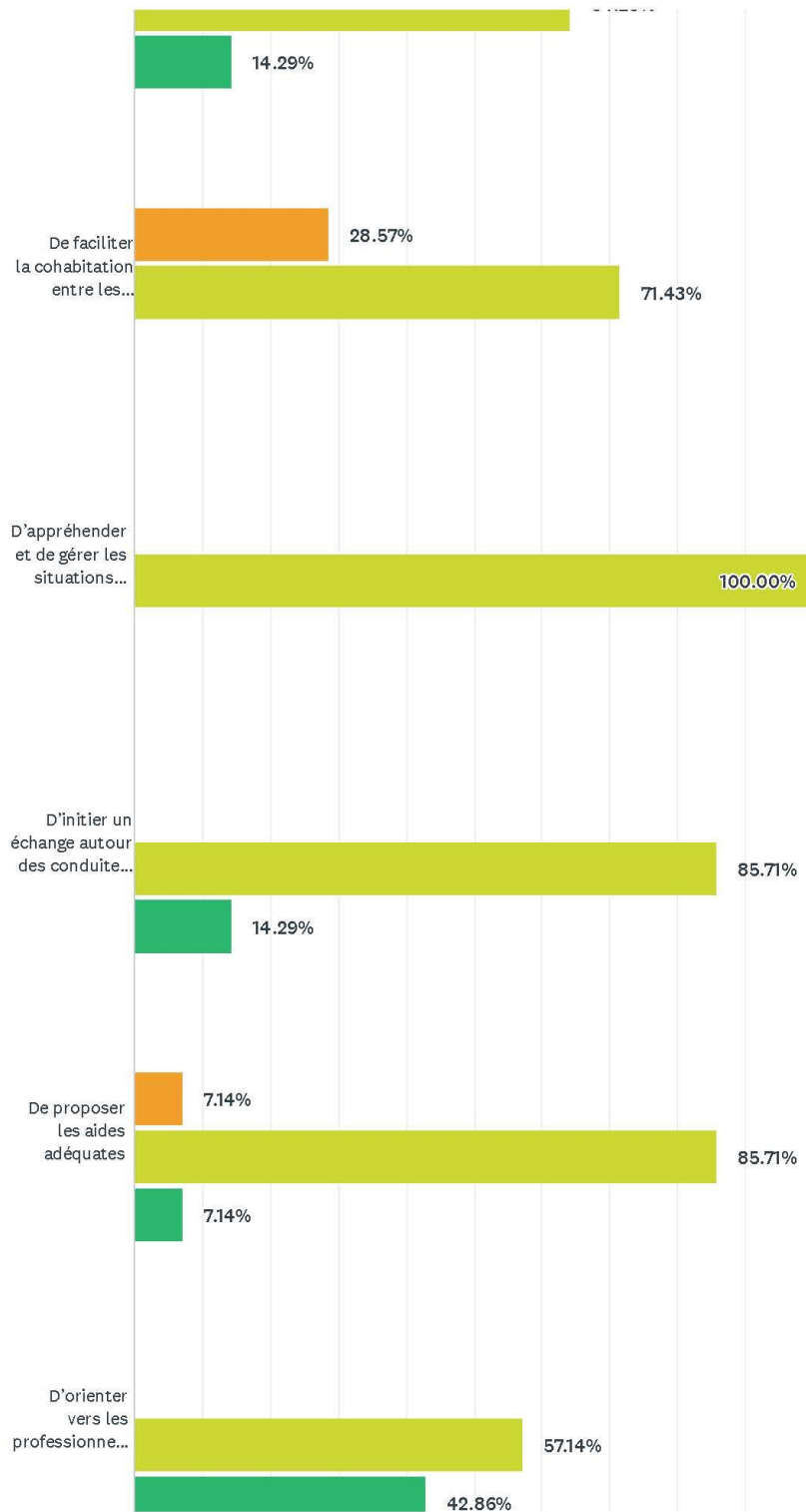


	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
D'accompagner l'évolution du règlement intérieur	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
D'accompagner l'évolution des pratiques des professionnels	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
D'initier de nouveaux partenariats pour la prise en compte des situations addictives	0.00%	0.00%	40.00%	60.00%
De travailler en lien avec les partenaires spécialisés de votre territoire	0.00%	0.00%	60.00%	40.00%
De faciliter la cohabitation entre les personnes (consommatrices, non consommatrices, etc.)	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
D'appréhender et de gérer les situations complexes ? (surconsommation, manque, etc.)	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
D'évaluer votre action et vos pratiques sous l'angle de la réduction des risques	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%

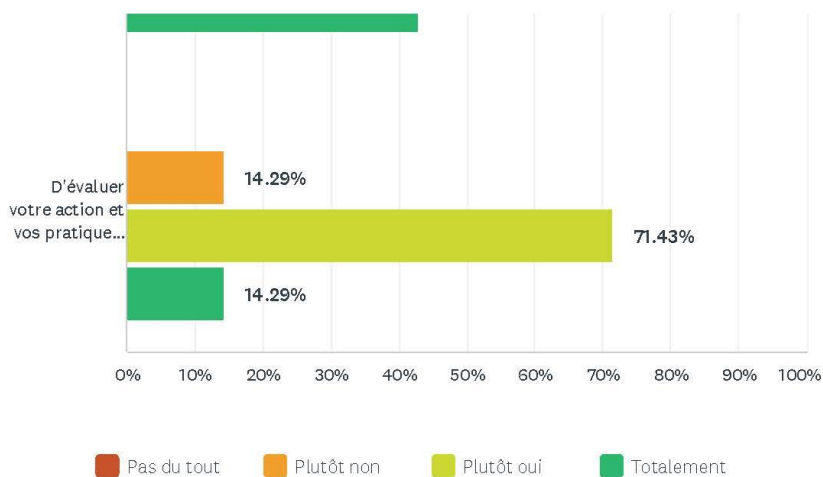
Q14 A l'issue de la session, vous sentez-vous en capacité :



AMI DIHAL - évaluation des sessions de sensibilisation par les participants

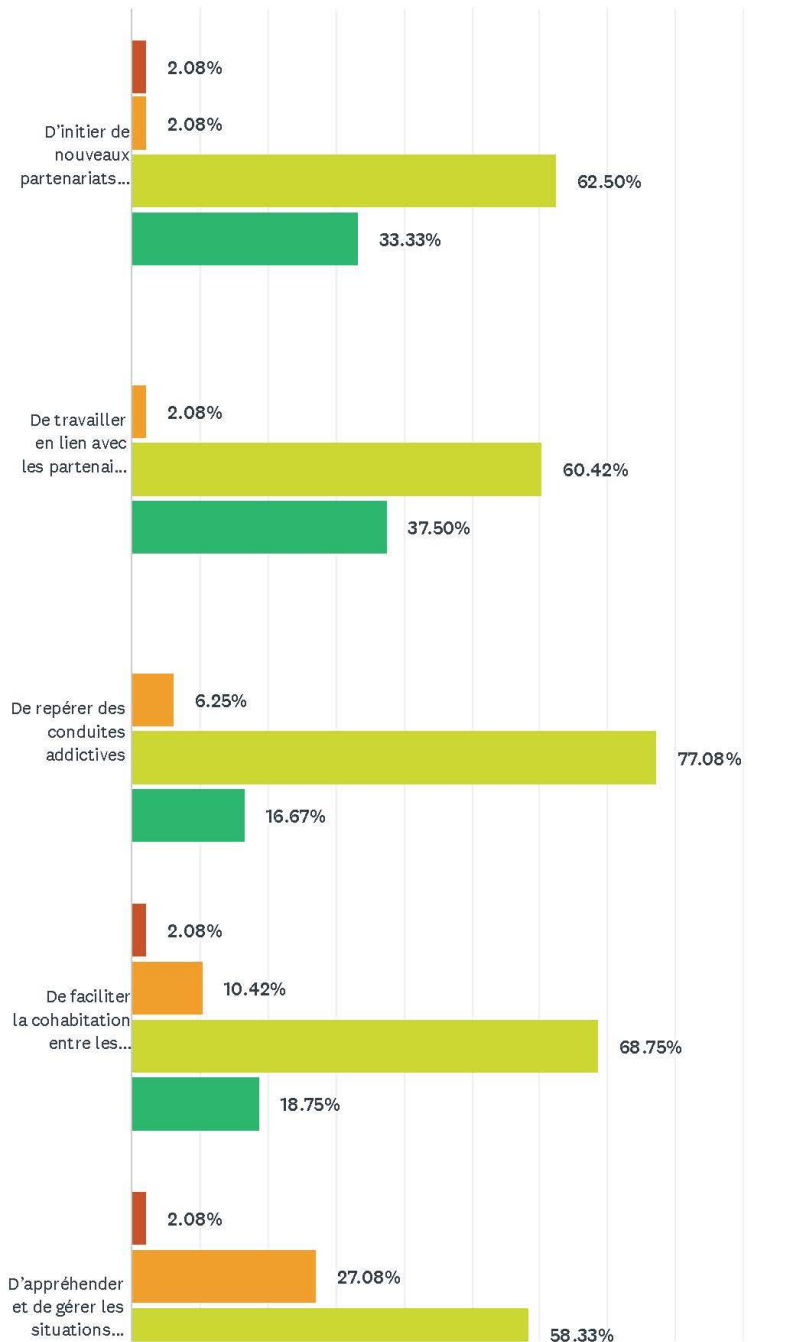


AMI DIHAL - évaluation des sessions de sensibilisation par les participants

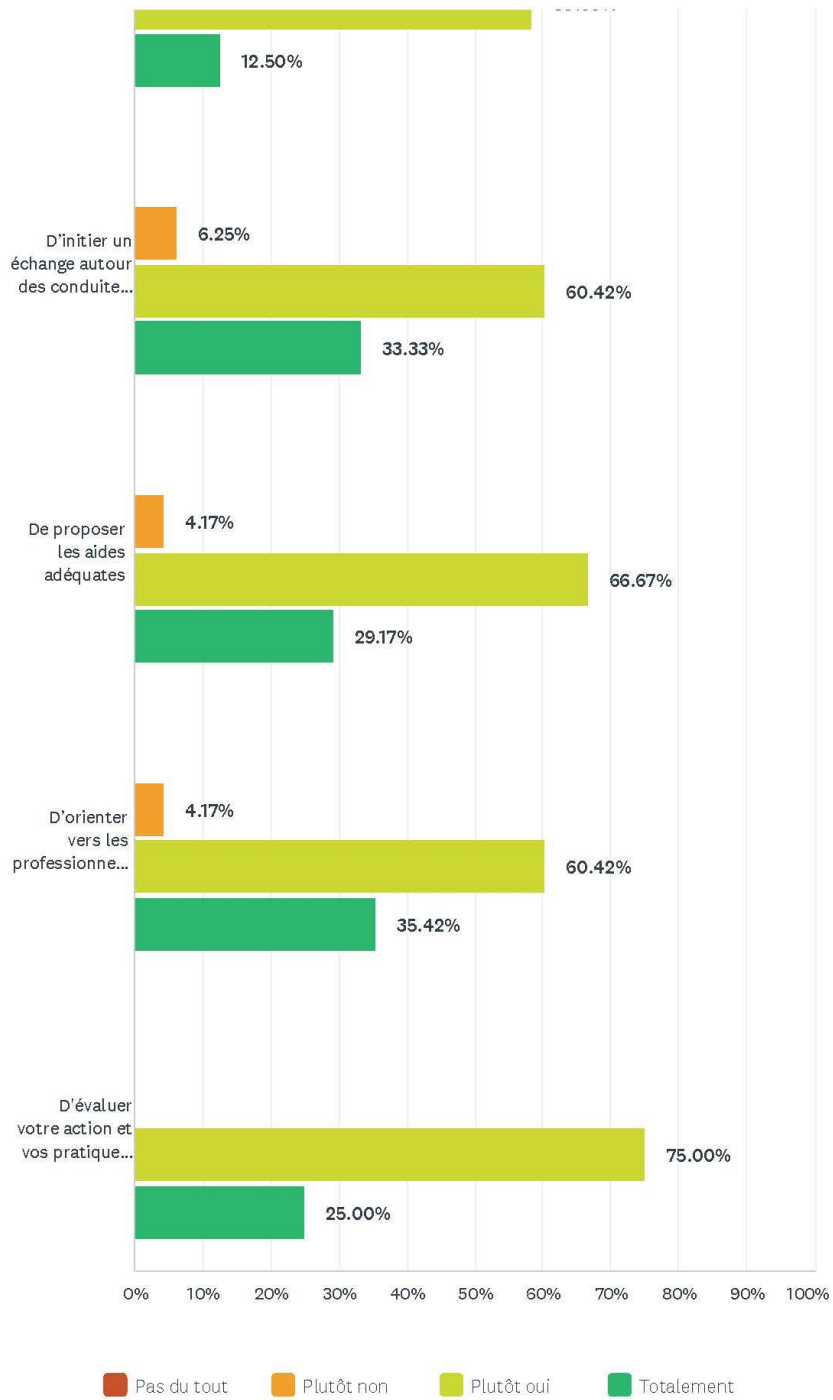


	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
D'accompagner l'évolution du règlement intérieur	0.00%	0.00%	92.86%	7.14%
D'accompagner l'évolution des pratiques des professionnels	0.00%	14.29%	71.43%	14.29%
D'initier de nouveaux partenariats pour la prise en compte des situations addictives	0.00%	0.00%	64.29%	35.71%
De travailler en lien avec les partenaires spécialisés de votre territoire	0.00%	0.00%	64.29%	35.71%
De repérer des conduites addictives	0.00%	21.43%	64.29%	14.29%
De faciliter la cohabitation entre les personnes (consommatrices, non consommatrices, etc.)	0.00%	28.57%	71.43%	0.00%
D'appréhender et de gérer les situations complexes ? (surconsommation, manque, etc.)	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
D'initier un échange autour des conduites addictives	0.00%	0.00%	85.71%	14.29%
De proposer les aides adéquates	0.00%	7.14%	85.71%	7.14%
D'orienter vers les professionnels adéquats	0.00%	0.00%	57.14%	42.86%
D'évaluer votre action et vos pratiques sous l'angle de la réduction des risques	0.00%	14.29%	71.43%	14.29%

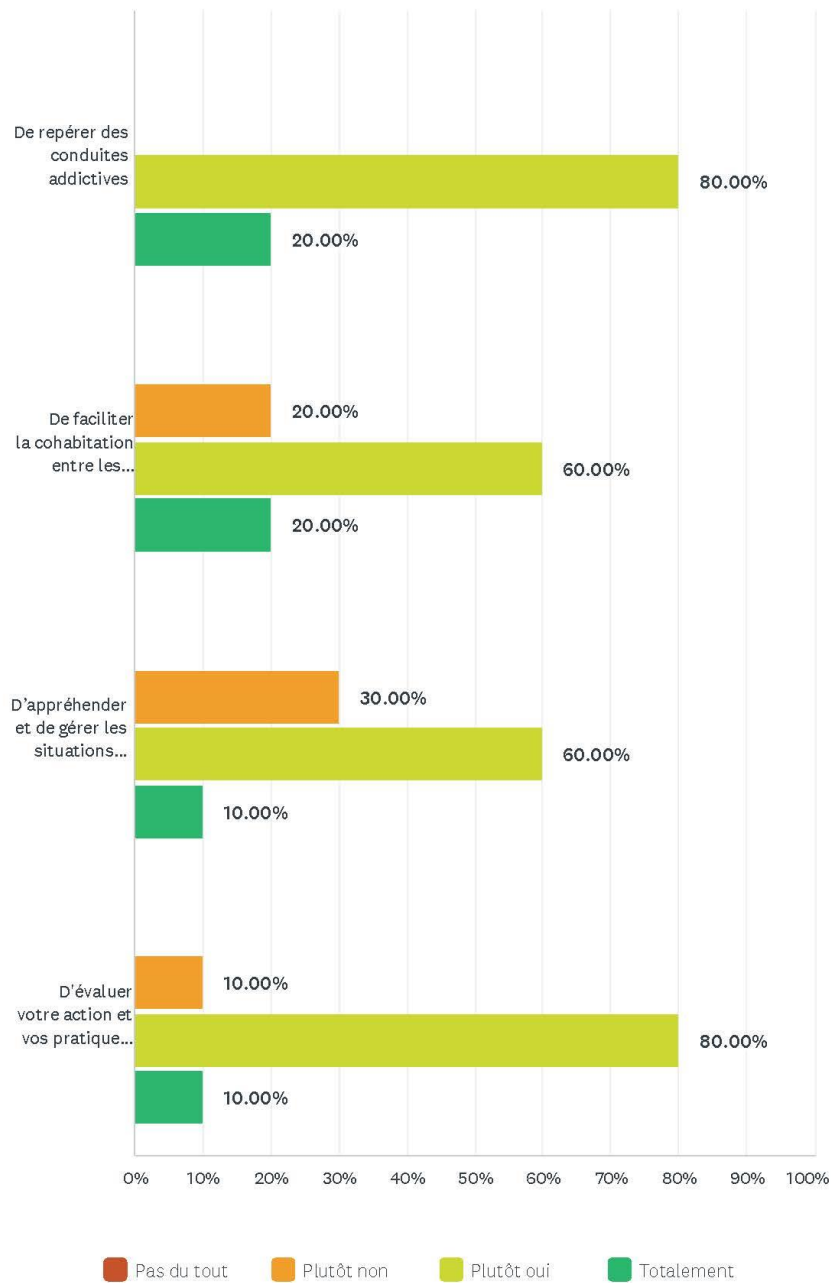
Q16 A l'issue de la session, vous sentez-vous en capacité :



AMI DIHAL - évaluation des sessions de sensibilisation par les participants



Q18 A l'issue de la session, vous sentez-vous en capacité :



	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT		
D'initier de nouveaux partenariats pour la prise en compte des situations addictives	2.08%	2.08%	62.50%	33.33%		
De travailler en lien avec les partenaires spécialisés de votre territoire	0.00%	2.08%	60.42%	37.50%		
De repérer des conduites addictives	0.00%	6.25%	77.08%	16.67%		
De faciliter la cohabitation entre les personnes (consommatrices, non consommatrices, etc.)	2.08%	10.42%	68.75%	18.75%		
D'appréhender et de gérer les situations complexes ? (surconsommation, manque, etc.)	2.08%	27.08%	58.33%	12.50%		
D'initier un échange autour des conduites addictives	0.00%	6.25%	60.42%	33.33%		
De proposer les aides adéquates	0.00%	4.17%	66.67%	29.17%		
D'orienter vers les professionnels adéquats	0.00%	4.17%	60.42%	35.42%		
D'évaluer votre action et vos pratiques sous l'angle de la réduction des risques	0.00%	0.00%	75.00%	25.00%		



Fédération
des acteurs de
la solidarité

La **Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)** est un réseau de plus de 900 associations et structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est composée d'une fédération nationale et de 13 fédérations régionales sur l'ensemble du territoire.

Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social.

La Fédération représente les établissements et services adhérents dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.

La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire.

Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'Etat, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations.

FÉDÉRATION ADDICTION

La **Fédération Addiction (FA)** a pour objectif de constituer un réseau pluridisciplinaire au service des professionnel.le.s accompagnant les usager.e.s dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions. Elle fédère des dispositifs et des professionnel.le.s de la médecine de ville, du sanitaire et du médico-social, qui interviennent dans le champ de l'éducation, de la prévention, de l'intervention précoce, de la réduction des risques (RDR), dans le soin et celui de l'accompagnement.

La FA s'engage à plusieurs endroits : décloisonnement des approches, des pratiques, des structures ; prises en compte plurielles de l'expérience addictive (plutôt que lutte contre un produit) ; liens entre les différents secteurs des cités ; promotion de l'usager.e.s, amélioration de la qualité de vie et de son environnement et reconnaissance de ce.tte dernir.ère en tant que citoyen.ne. In fine, proposer une offre globale de soins et d'accompagnement.

Pour la FA, les conduites addictives font partie de la vie : elles résultent de la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un contexte particulier. La société doit donc élaborer des réponses adaptées, ne considérant pas les phénomènes d'addiction de manière isolée, mais inscrits dans un contexte social, culturel, politique et économique.