



**Co-construire avec le secteur de l'Accueil, de l'Hébergement
et de l'Insertion (AHI), un dispositif favorisant l'accès au
logement de personnes consommatrices de drogues, en
situation de précarité, accompagnées par un CAARUD**

Sandrine DOBBELAERE

2023

cafedes

Remerciements

Un immense merci à Régis Dumont et à Catherine Delorme pour leurs précieux conseils et leur disponibilité sans faille du début à la fin de la rédaction de ce travail.

Merci également à Isabelle Desmet pour son énergie à toute épreuve et aux intervenants de l'IRTS Hauts de France pour la qualité de leurs enseignements tout au long de ce parcours CAFDES.

Merci à la promotion Simone Veil pour son intelligence collective.

Merci à Franck Moulart, à Stéphanie Groëtz et à l'équipe du CAARUD pour m'avoir permise de vivre sereinement cette intense mais si enrichissante formation.

Merci aux personnes accompagnées par le CAARUD pour leur expertise et leur savoir expérientiel sur lesquels je peux toujours m'appuyer.

Merci enfin à mon entourage pour sa patience, ses encouragements et son soutien.

Sommaire

Préambule	1
Introduction.....	1
1 LA NECESSITE DE CO-CONSTRUIRE AVEC LE SECTEUR DE L’AHI, UN DISPOSITIF FAVORISANT L’ACCES AU LOGEMENT DES PERSONNES CONSOMMATRICES DE DROGUE, EN SITUATION DE PRECARITE, ACCOMPAGNEES PAR UN CAARUD	5
1.1 Les difficultés d’accès au logement des personnes consommatrices de drogues et ses conséquences.....	5
1.1.1 Quelques éléments de compréhension sur les CAARUD et sur leur public.....	5
1.1.2 Le constat d’une augmentation du nombre de personnes sans solution de logement stable au CAARUD dans un contexte national de majoration des consommations de crack et ses conséquences.....	9
1.1.3 Liens entre usage de drogue, précarité et difficultés d’accès au logement.....	10
1.1.4 Les problèmes de direction posés par les difficultés d’accès au logement des personnes consommatrices de drogues, en situation de précarité, accompagnés par le CAARUD	12
1.2 Diagnostic de besoin du public et de besoin des acteurs de l’AHI.....	14
1.2.1 Contexte et objectifs	14
1.2.2 Méthodologie de l’enquête.....	14
1.2.3 Résultats.....	15
1.2.4 Conclusion du diagnostic de besoin.....	19
1.3 Dispositifs pertinents, légitimité, enjeux politiques et stratégiques	20
1.3.1 Des dispositifs pertinents en France et à l’étranger sur lesquels appuyer ma démarche	20
1.3.2 Notre légitimité à développer un dispositif favorisant l’accès au logement des personnes consommatrices de drogues en situation de précarité et notre devoir de coopérer avec les acteurs de l’AHI	21
1.3.3 Les enjeux stratégiques et politiques sur le territoire pour la mise en œuvre d’un tel dispositif.....	24
1.4 Conclusion du chapitre	25

2	ETAT DES LIEUX A L'ENTAME DU PROJET. LA CO-CONSTRUCTION ET L'ACCEPTABILITE SOCIALE : DES ENJEUX ESSENTIELS POUR SA REUSSITE.....	27
2.1	L'association et le CAARUD : état des lieux à l'entame du projet	27
2.1.1	L'association et le contexte territorial.....	27
2.1.2	Le CAARUD au regard de la mise en place d'un dispositif favorisant l'accès au logement de son public en situation de précarité.....	31
2.1.3	Diagnostic stratégique	34
2.2	Comment agir sur l'environnement pour favoriser l'acceptabilité sociale du dispositif ?.....	37
2.2.1	La stigmatisation des personnes usagères de drogues : un frein à l'acceptabilité sociale du projet.....	37
2.2.2	Des outils de communication pour modifier les représentations négatives vis à vis du public	38
2.2.3	Le choix du plaidoyer comme stratégie d'action	40
2.3	La coopération, les compétences collectives et la co-construction : des dimensions incontournables du dispositif ?.....	41
2.3.1	Les concepts de coopération, de co-construction et de compétences collectives	41
2.3.2	La co-construction : un outil à la fois managérial et partenarial.....	42
2.3.3	Co-construire avec les personnes accompagnées ou comment s'appuyer sur le savoir expérientiel	45
2.4	Conclusion du chapitre.....	46
3	LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION	47
3.1	Définition du plan d'action.....	47
3.1.1	Objectifs stratégiques, opérationnels et axes majeurs du dispositif	47
3.1.2	Les moyens humains et financiers.....	49
3.1.3	DUERP et projet de service : les nécessaires ajustements.....	50
3.1.4	Les actions managériales dans le cadre de la GEPP	51
3.1.5	Les actions organisationnelles.....	53
3.2	Sa mise en œuvre.....	54
3.2.1	AXE 1 : Le développement d'appartements co-gérés avec le pôle hébergement de la Croix-Rouge	54
3.2.2	AXE 2 : La sensibilisation à la RdRD des acteurs du territoire et la montée en compétence de l'équipe du CAARUD sur l'accès au logement : un double enjeu	56

3.2.3	AXE 3 : l'accompagnement à la mise en place de la RdR appliquée à l'alcool au sein des hébergements de 2 opérateurs de l'AHl	57
3.2.4	AXE 4 : La mise en place d'une permanence du SIAO au sein du CAARUD et de permanences du CAARUD au sein des accueils de jours de Valenciennes	58
3.2.5	La programmation et la planification comme tentative de gestion des temporalités.....	59
3.3	Plan de communication et évaluation	61
3.3.1	Un plan de communication interne et externe à la hauteur de nos ambitions.	61
3.3.2	L'évaluation du dispositif en lien avec le référentiel HAS	63
3.3.3	Indicateurs et suivi	64
	Conclusion	67
	Bibliographie.....	69
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique)

AHI (Accueil, Hébergement et Insertion)

ARS (Agence Régionale de Santé)

CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue)

CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale)

CNR (Crédit Non Reconductible)

CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

CVS (Conseil de Vie Sociale)

DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances)

DDETS (Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités)

FAS (Fédération des Acteurs de la Solidarité)

HAS (Haute Autorité de Santé)

HU (Hébergement d'Urgence)

HRI (Harm Reduction International)

OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives)

PRS (Programme Régional de Santé)

QVCT (Qualité de Vie et des Conditions de Travail)

RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles)

RdRD (Réduction des Risques et de Dommages)

RSA (Revenu de Solidarité Active)

SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation)

TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues)

« L'homme habite, il prend place parmi les humains. Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et cela s'appelle aujourd'hui l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion ». Jean FURTOS

Préambule

Cheffe de service d'un CAARUD depuis maintenant 8 ans, j'ai pu réaliser ce mémoire dans le cadre d'une délégation de Direction. Néanmoins, pour les besoins de celui-ci, j'en incarnerai la fonction.

Introduction

Les sociétés sans drogue n'existent pas. En France, l'histoire des *politiques des drogues* a conduit le législateur à établir une classification de celles-ci. L'alcool, le tabac et les médicaments détournés de leur usage sont des drogues licites alors que la cocaïne, le cannabis et l'héroïne sont illicites. Cette classification n'est en rien basée sur leur dangerosité puisque le tabac tuait en 2015¹ 75 000 personnes (Bonaldi C. et al, 2019) alors qu'en 2020 selon l'enquête DRAMES, l'héroïne n'entraînait « que » 120 décès directs (77 pour la cocaïne). Pourtant, l'usage des drogues dites illicites est sévèrement puni par la loi. L'illégalité des usages est à mettre en lien avec la stigmatisation subie par les personnes consommatrices. Ainsi, si on se réfère aux travaux de Robert Castel, parmi les publics précaires, les personnes usagères de drogues sont certainement (avec les publics migrants et parfois ils cumulent) celles qui subissent le plus l'exclusion (CASTEL, 2012). Je précise que pour ce travail, lorsque j'utilise le terme *personne consommatrice* ou *usagère de drogues*, il s'agit de drogues illicites même si elles sont le plus souvent consommatrices de drogues licites également.

Depuis 5 ans directrice au sein d'une petite association spécialisée en addictologie située sur le territoire du Hainaut dans les Hauts de France, je dirige un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD).

Depuis plusieurs années, nous constatons au sein de notre CAARUD, une hausse significative du nombre de personnes consommatrices de drogue ayant d'importantes difficultés pour accéder à un hébergement et d'autant plus à un logement. Pour rappel,

¹ Ce sont ici les derniers chiffres connus

l'hébergement a une fonction de mise à l'abri. Il est par vocation provisoire et ne devrait servir que de préalable au logement. Cette situation contribue encore un peu plus à leur précarisation, à leur stigmatisation impactant, dès lors, leur pouvoir d'agir.

De plus, le constat territorial et national d'une augmentation massive des usages de crack (cocaïne basée) confirmé par les rapports de l'OFDT (OFDT, 2022 et 2023), accentue encore un peu plus cet état de fait. Ainsi, l'absence de logement (et même d'hébergement) conjuguée à la consommation de crack amène à une dégradation de la situation globale des personnes. Les risques pour leur santé à court et long terme sont majeurs. De même, leurs situations sociales et administratives se détériorent. Les risques de judiciarisation sont également accrus. Enfin, les personnes se retrouvent dans une situation de perpétuelle urgence passant leur temps à trouver les moyens de subvenir à leurs besoins, à la recherche de produits pour consommer et à chercher où dormir le soir.

Si on se réfère à la pyramide de Maslow, tout être humain a besoin de sécurité pour vivre et cela passe par un environnement stable et prévisible ce que constitue un logement. En son absence, les conduites addictives des personnes usagères de drogues sont majorées entraînant ainsi un véritable cercle vicieux : l'absence de logement majore les consommations et les conséquences délétères des consommations complexifient l'accès au logement.

Cette situation impacte de façon non négligeable la qualité de nos accompagnements. L'équipe du CAARUD se trouve régulièrement dans des situations d'impasse car sans solution d'orientation. En effet, en France, l'accès au logement des personnes en situation de précarité est encore très souvent conditionné à un passage en Hébergements d'Urgence (HU) et/ou en Centres d'Hébergements et Réinsertion Sociale (CHRS). Or, les acteurs de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI) semblent éprouver de réelles difficultés pour accompagner les personnes faisant usage de drogues. Ils en ont parfois une représentation négative et ce public met à mal le cadre de leurs institutions. De nombreuses personnes se trouvent alors à la rue ou hébergées de façon transitoire par des tiers.

Ce constat et les politiques publiques qu'elles soient européennes, nationales ou régionales m'invitent, en tant que directrice, à poser la question suivante : **comment favoriser l'accès au logement des personnes en situation de précarité accompagnées par le CAARUD ?**

Ainsi, pour faire face à l'augmentation de ce public et de ses difficultés au sein de mon établissement, dans un contexte national de majoration des usages de crack, je vais démontrer la nécessité de co-construire, avec les acteurs de l'AHI, un dispositif efficient. Pour cela, en référence à la littérature sur le sujet, je ferai le lien entre précarité, difficulté d'accès au logement et usage de drogue. Je montrerai en quoi il s'agit bien ici d'un problème de direction. Je m'appuierai également sur un diagnostic de besoin étayé et sur des expériences de dispositifs pertinents en France et à l'étranger. Je montrerai aussi en quoi notre association a toute légitimité à développer des réponses innovantes et quels sont les enjeux politiques et stratégiques concernant cette problématique sur le territoire.

Dans un deuxième temps, je présenterai un état des lieux de l'association et du CAARUD au regard du projet et proposerai un diagnostic stratégique. De plus, je m'appuierai sur les auteurs pour montrer en quoi *la co-construction* et *l'acceptabilité sociale* sont des incontournables à la réussite de ma démarche.

Enfin, dans le cadre du pilotage de ce projet, je définirai un plan d'action en déclinant ses modalités de mise en œuvre et proposerai des indicateurs permettant son suivi ainsi que son évaluation. Ainsi, ce dispositif ayant pour objectif de favoriser l'accès au logement des personnes consommatrices de drogues en situation de précarité accompagnées par le CAARUD sera déployé autour de 4 axes :

1. L'ouverture d'appartements en co-gestion avec le pôle hébergement d'un acteur essentiel de l'AHI du Valenciennois permettant l'accompagnement de personnes faisant usage de drogue.
2. La sensibilisation à la Réduction des Risques et des Domages (RdRD) des acteurs du territoire et la montée en compétences des professionnels du CAARUD sur la question de l'accès au logement.
3. L'accompagnement à la mise en place de la Réduction des Risques (RdR) appliquée à l'alcool au sein de 2 CHRS
4. La mise en place d'une permanence du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) au sein du CAARUD et de permanences du CAARUD au sein des accueils de jours de Valenciennes.

1 LA NECESSITE DE CO-CONSTRUIRE AVEC LE SECTEUR DE L'AHJ, UN DISPOSITIF FAVORISANT L'ACCES AU LOGEMENT DES PERSONNES CONSOMMATRICES DE DROGUE, EN SITUATION DE PRECARITE, ACCOMPAGNEES PAR UN CAARUD

1.1 Les difficultés d'accès au logement des personnes consommatrices de drogues et ses conséquences

1.1.1 Quelques éléments de compréhension sur les CAARUD et sur leur public

Les CAARUD sont des établissements médico-sociaux assez méconnus qui nécessitent quelques clefs de compréhension que je me propose d'apporter ici.

Pour comprendre qui sont les personnes accompagnées par les CAARUD, il nous faut tout d'abord nous entendre sur ce qui est appelé *drogues*. On entend ici ce mot au sens défini par Alain Morel et Jean-Pierre Couteron, à savoir, des « substances chimiques qui peuvent modifier le fonctionnement du cerveau et provoquer ainsi des modifications biologiques, psychiques et comportementales » (Morel, Couteron, 2008 : 38). Ainsi, peu importe l'objet, qu'il soit licite ou illicite et bien que reconnues comme pathologie mentale selon le DSM V (Association américaine de psychiatrie, 2013) sous l'appellation de *troubles liés à l'usages*, les conduites addictives peuvent avoir différentes fonctions : thérapeutique, socialisante ou hédonique, c'est à dire relatif à la recherche de plaisir (Morel, Couteron, 2019). Elles sont également, selon Marie Jauffret-Roustide, « des pratiques sociales ordinaires qui prennent sens quand elles sont appréhendées dans leur contexte social et à partir des significations que leur accordent les individus » (Jauffret-Roustide 2017 : 1).

Aussi, ces conduites peuvent à court, moyen ou long terme engendrer des dommages sociaux, psychiques et somatiques pouvant conduire jusqu'à la mort.

De fait, en France suite à l'épidémie de SIDA qui fait des ravages dans les années 80 chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, les politiques de Santé Publique, sous l'impulsion des mouvements communautaires, se sont saisies d'une approche pragmatique : la Réduction des Risques (RdR) devenue plus tard la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD).

La RdRD désigne, de manière générale, « l'ensemble des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences

néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues [...] par les personnes qui sont incapables ou qui n'ont pas la volonté de cesser de consommer » (Site de la Harm Reduction International, 2021).

Ce concept, qui fait aujourd'hui consensus en addictologie, a d'abord été appliqué aux drogues illicites avant de s'élargir à l'ensemble des conduites addictives. En 2016, Anne Coppel lors d'une audition publique en a retenu 8 principes :

- « 1) l'usager, acteur de sa santé
- 2) la reconnaissance des droits humains
- 3) des principes communs à toute politique de santé publique
- 4) la priorité de santé et la hiérarchie des risques
- 5) la promotion de la santé et la participation communautaire
- 6) une offre de services adaptés aux prises de risque
- 7) l'exigence de résultats et l'évaluation
- 8) des politiques de drogues fondées sur des faits. » (Coppel, 2016 : 2-12)

Rappelons qu'il s'agit d'une démarche de santé publique qui n'a pas comme objectif le sevrage, l'abstinence ou encore l'éradication des usages de drogues.

Depuis 2006, sous l'autorité des ARS, cette démarche est notamment portée par les CAARUD dont les missions sont définies par le code de la Santé Publique (art R.3121-33-1) au titre de la « lutte contre les maladies et dépendances ». Les CAARUD assurent :
« 1° L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;

2° Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;

b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;

c) L'incitation au dépistage des infections transmissibles ;

3° Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, **l'accès au logement** et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;

4° La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

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

Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. ».

Ainsi, dans le but de réduire les risques liés à leur consommation, ils accueillent et vont à la rencontre des personnes consommatrices de drogues de façon collective et individuelle. Ces structures sont dites à *bas seuil d'exigence* car elles s'appuient sur un principe d'inconditionnalité. L'inconditionnalité est à entendre au sens défini par Pierre Alain Vidal-Naquet à savoir qu' « elle élargit les portes d'entrées dans des dispositifs ouverts à tous. L'accueil et le service rendu ne sont pas, ici, la contrepartie d'un quelconque engagement de l'usagers. Les rapports entre accueillant et accueillis ne sont pas contractuels » (Vidal-Naquet, 2005 : 10). Les personnes, si elles le souhaitent, peuvent bénéficier d'un accompagnement global. A minima, elles bénéficient d'informations et de conseils personnalisés en lien avec leurs pratiques de consommation. Elles ont notamment accès gratuitement à du matériel visant la prévention des infections, du type matériel d'injection (ex : seringues stériles, ...) ou d'inhalation (ex : pipe à « crack », ...) dont une description est disponible en annexe I. Pour les plus précaires, elles ont également accès à des installations favorisant l'hygiène (douche, machine à laver, etc.) et un accompagnement pour l'accès au droit (démarche logement, RSA, ...).

Elles sont accompagnées par des équipes composées de travailleurs sociaux, de personnel médical essentiellement des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et de plus en plus de pairs-aidants.

Il est à noter que les équipes des CAARUD ont la particularité d'évoluer au sein d'un paradoxe législatif puisqu'il s'agit pour elles d'accompagner légalement des consommations de personnes dont les pratiques sont illégales. En effet, comme il est rappelé par l'Association Addiction France dans son document d'analyse et de vulgarisation *Décryptages*, « le cadre légal de la politique de lutte contre les drogues en France a été fixé par la loi du 31 décembre 1970, il y a donc 50 ans. Si les modalités d'application ont fait varier le curseur au fil des années entre répression et alternatives aux poursuites, jusqu'à l'instauration de l'amende forfaitaire délictuelle en 2020, la philosophie qui a présidé à l'élaboration de cette loi n'a pas évolué ». Ainsi, **la double qualification de la personne consommatrice comme *malade* mais également *délinquante* contribue à complexifier son accompagnement et conduit à sa stigmatisation voire à son auto-stigmatisation.**

Peut-être la meilleure façon d'appréhender la réalité des personnes précaires accompagnées par le CAARUD est de présenter la situation de S.

S. est un homme de 45 ans, mais en paraît beaucoup plus. Il n'a plus vraiment de famille. Il est consommateur de cocaïne en inhalation et en injection, il est également injecteur de Subutex (traitement de substitution aux opiacés) et a des consommations massives d'alcool. Il a un long parcours de rue malgré quelques tentatives de vie en logement autonome, alors qu'il était en couple. Il a eu également un logement seul en 2015

mais devant ses difficultés à honorer ses loyers et à *entretenir* ce logement, il s'est vite retrouvé de nouveau à la rue. S. est décrit « comme râleur, bougon, plaintif », « se positionnant souvent comme victime ». Il est bien connu des dispositifs du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), mais ses équipes se trouvent aujourd'hui démunies face aux multiples « échecs » d'accueil en structures d'urgence et en CHRS. Ces ruptures d'accompagnement sont en partie dues à sa personnalité, mais surtout à ses pratiques de consommations. Ces ruptures conduisent le plus souvent à un retour à la rue ou en squat, plus rarement à des hébergements chez des tiers. Néanmoins, il n'a jamais vraiment posé de problèmes de violence que ce soit avec les autres personnes accompagnées ou envers les équipes. Il a récemment connu 2 très brèves périodes d'incarcération pour des petits larcins et ne souhaite plus à avoir à revivre cette expérience.

S. est accompagné par le CAARUD depuis 2012 (quasiment depuis l'ouverture). L'équipe fait les mêmes constats que celle du SIAO sur sa personnalité et ce qu'elle nomme « des conduites d'échec ». Il est néanmoins apprécié, car capable de s'investir par moment au sein de la structure. Il est respectueux du cadre et des personnes (salariés comme usagers). Il a une réelle connaissance et expertise des pratiques de consommation qu'il partage bien volontiers. Néanmoins, les conditions d'hygiène dans lequel il pratique et l'état de son capital veineux conduisent régulièrement à l'apparition d'abcès qui sont pris en soin par les IDE du CAARUD. Via les dépistages proposés régulièrement par celles-ci, il a également été suivi et soigné pour une hépatite C (certainement contractée lors d'un échange de matériel d'injection avec une autre personne usagère). Les infirmières lui prodiguent également des soins de pieds, car il souffre fréquemment de mycoses et de plaies dues à ses déambulations tout au long de la journée. Aujourd'hui sa vie est rythmée par la recherche d'argent via la manche qu'il pratique le plus souvent au fastfood situé près du CAARUD, la recherche de produit, sa consommation et la recherche d'un endroit où passer la nuit. Les liens sociaux sont essentiels pour lui. Il passe quasiment tous les jours au CAARUD pour voir les professionnels et les autres personnes accompagnées, prendre une douche, laver son linge, accéder à son casier et bien sûr prendre du matériel de consommation. Certains jours, il est tellement harassé qu'il dort dans le canapé pendant toute la durée de l'accueil collectif. Sa situation préoccupe beaucoup l'équipe et la question de son accompagnement vers l'hébergement est un problème majeur pour cette dernière car elle ne voit plus quelle solution lui proposer, tant *il a épuisé* les opérateurs de l'AHI du territoire.

L'accompagnement aux démarches d'accès au logement fait partie des missions des CAARUD. Pour ce faire, nous travaillons de longues dates avec les dispositifs et les acteurs de AHI. Nous avons naturellement développé des liens avec le SIAO, avec les opérateurs de l'hébergement social et les bailleurs du territoire. Aujourd'hui, l'ensemble de

ces acteurs nous renvoie ses difficultés quant à ces publics du fait de leurs conduites addictives et de leurs conséquences parfois délétères. Ils peinent à les accueillir et à trouver avec eux et pour eux des solutions d'hébergement et de logement. Même si pour les personnes consommatrices de drogue en situation de précarité ce problème d'accès à l'hébergement social et d'autant plus au logement n'est pas nouveau, l'augmentation de leur nombre et la dégradation de leur situation en lien avec un usage massif de crack nous conduit à une impasse. **De fait, la partie sociale de nos accompagnements prend le pas sur la partie plus sanitaire de nos missions. La précarisation accrue du public, en lien avec cette absence de stabilité en matière de logement ne permet plus aux équipes de travailler la réduction des risques liés aux consommations alors que cette démarche est au cœur de leurs missions.**

1.1.2 Le constat d'une augmentation du nombre de personnes sans solution de logement stable au CAARUD dans un contexte national de majoration des consommations de crack et ses conséquences.

Actuellement les situations comme celle de S. se multiplient. La difficulté d'accès au logement pour les personnes consommatrices de drogues accompagnées par le CAARUD n'est pas nouvelle mais elle s'aggrave. Ainsi comme le montre l'enquête nationale Oppidum² coordonnée par le Centre d'Addictovigilance de Marseille, nous observons une diminution des personnes ayant un logement stable. Elles étaient 54,3% en 2016 contre 31,8% en 2021. De plus, si on se fie au dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre sur l'état du mal-logement (Fondation Abbé Pierre, 2023), elle risque de perdurer dans un contexte d'augmentation généralisée de la précarité en France et d'autant plus sur le Hainaut dont les indicateurs sociaux et de santé sont au plus bas (ARS Hauts de France, 2022).

Par ailleurs, sur le territoire comme partout en France, on assiste depuis plusieurs années à une augmentation massive d'usage de crack (OFDT, 2022 et 2023). De nombreuses polémiques en région parisienne s'en sont d'ailleurs fait écho. Pour rappel, « Le crack (galette, caillou ...) est une cocaïne cristallisée par un mélange avec du bicarbonate de soude ou de l'ammoniaque puis dessiccation (on dit qu'elle est *basée*). Elle est ainsi rendue *fumable*, atteignant l'état gazeux plus rapidement chauffée, le plus souvent dans une pipe à air (à défaut une cannette en métal vide ou un doseur de pastis). Sous cette forme de crack, elle peut également être injectée après dilution par adjonction d'acide. L'unité de base de consommation est le *caillou*, chaque *caillou* agit peu de temps et chaque séance comprend la consommation de plusieurs cailloux, en général jusqu'à ce que

² Enquête à laquelle nous participons chaque année.

l'usager ait épuisé ses ressources financières » (Morel et Couteron, 2019 : 208). Ces auteurs précisent également que les effets recherchés sont l'euphorie, l'estime de soi, l'assurance, voire un sentiment de toute puissance, la réduction de la fatigue et l'impression d'acuité mentale. Ainsi, la cocaïne est autant une drogue festive qu'une drogue de la performance. Néanmoins, lorsque la dépendance s'installe, « le bénéfice s'estompe rapidement ».

Aussi, comme évoqué en introduction, la dépendance ou l'usage massif de crack conduit à une dégradation de la situation globale de ces personnes. Les risques pour leur santé à court et long terme sont majeurs (épuisement physique et psychique, dénutrition, risque d'over dose, de décompensation psychiatrique, cancer, etc.). De même, leurs situations administratives se détériorent (difficultés d'accès aux droits, non versement des prestations, ...). Les risques de judiciarisation sont également accrus (recours aux petits délits, risques d'interpellation pour usages de drogues dans l'espace public, risques de violences et de bagarres, etc.). Enfin, les personnes se retrouvent dans une situation de perpétuelle urgence passant leur temps à trouver les moyens de subvenir à leur existence (manche, petits délits, ...), à la recherche de produits pour consommer et à chercher où dormir le soir.

On comprend d'autant plus que l'absence d'un *chez soi* vient encore potentialiser tous les risques et conséquences ici évoqués. Mais y'a t-il un lien de cause à effet entre usage de drogue, précarité et difficultés d'accès au logement ?

1.1.3 Liens entre usage de drogue, précarité et difficultés d'accès au logement

Avant de développer notre propos, il est important de préciser ce que l'on appelle *précarité*. Selon Chantal ZAUCHE-GAUDRON et Paule SANCHOU, il n'y a pas *une* mais *des* précarités. Ainsi, la définition qui en est donnée par le Conseil Économique et Social à savoir « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi » recouvre une réalité complexe. Pour ces autrices, la précarité est plus un processus qu'un état. De plus, elle se répercute dans plusieurs domaines de l'existence. Elles évoquent, *la fragilité et l'instabilité de l'emploi, de l'habitat, dans le domaine des soins, au cœur de l'institution scolaire et du système éducatif en général et, du milieu familial*. En écho aux travaux de Robert CASTEL, elles ajoutent que « les réponses sociales se heurtent à la mal-définition de la précarité et des précaires, affrontent la désocialisation progressive des précaires, laquelle engendre repli, souffrance, délitement des liens sociaux et spirales de la précarisation ..., butent à installer les précaires dans une situation de dépendance alors que *les relations d'interdépendance (...) sont une nécessité absolue pour éviter l'exclusion et la marginalisation* » (ZAUCHE-GAUDRON, SANCHOU, 2005 :10-13).

Ainsi le lien entre précarité et instabilité de l'habitat n'est plus à démontrer mais quid du lien avec l'usage de drogues ?

Même si le premier ministre reconnaissait lui-même, dans le premier plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022, qu'il est difficile d'avoir des statistiques précises (et que celles existantes sont certainement sous-évaluées)³, on estime que près d'un tiers des personnes sans logement personnel présente une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives licites et/ou illicites (INSERM, 2010).

Par ailleurs, chez les personnes en situation de précarité, lorsqu'elles dépassent l'usage simple, les consommations ont différentes fonctions : « D'un point de vue intrapsychique, les effets des produits psychoactifs permettent d'atténuer des souffrances d'origine traumatique (...). D'un point de vue interindividuel, le mode de consommation comme le mode de vie rejouent la mise à l'écart pour se protéger d'autrui, ne pas prendre le risque de se lier à lui, d'en rester indépendant. La consommation s'offre alors comme substitution. Enfin, d'un point de vue social, leur mode de consommation comme leur mode de vie expriment le rapport de force engagé entre eux et la société et leur permet d'exister comme sujets » (Fierdepied, Sturm et Baubet, 2014 : 23).

Ainsi, même si le lien entre précarité notamment vis à vis du logement et addictions semble bel et bien exister, il est bien difficile de savoir *qui de la poule ou de l'œuf* ? Il faut là encore certainement envisager les choses sous l'angle d'un processus en forme de *cercle vicieux* : **Les conduites addictives sont majorées par l'absence de logement et l'absence de logement majore les consommations.**

La question est donc : **Pourquoi les personnes consommatrices de drogues semblent avoir plus de difficultés à accéder au logement que le reste de la population ?**

Malgré le premier plan quinquennal du logement d'abord, peu de personnes sans solution de logement stable y ont accès directement. Ainsi, la plupart doivent passer par les dispositifs de l'AHJ dont l'accès est coordonné par le SIAO.

Aussi, même si les chiffres sont un peu anciens, l'enquête Sans Domicile 2012 de l'INSEE montre que près de 50% des personnes sans-abri ne souhaitaient pas recourir aux

³ Le second plan (2023-2027) vient de paraître en juin 2023. Il prévoit pour faire face à ce déficit de statistique, la mise en place d'un observatoire du sans-abrisme et une reconduite de l'enquête nationale *Sans Domicile* de l'INSEE

dispositifs d'hébergement. Pourquoi les choses seraient-elles différentes pour les personnes sans-abri consommatrices de drogue ?

De plus, même si les choses sont doucement en train de changer (comme le témoignent les collaborations actives entre la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) et la Fédération Addiction), nombre de structures d'hébergement ont comme prérequis : au mieux l'absence de consommations au sein des établissements, au pire une obligation de démarche d'abstinence les orientant systématiquement vers le sevrage. Ainsi, grand nombre de personnes ne peuvent ou ne souhaitent pas satisfaire à ces demandes (une analyse plus fine de cette problématique sera présentée dans la partie 1.2. via les résultats de l'enquête de besoins). Enfin, quand malgré tout elles sont hébergées via ces dispositifs, du fait de l'interdiction de consommer au sein de l'établissement et afin de ne pas se retrouver en état de manque, les personnes poly consommatrices et dépendantes à l'alcool s'alcoolisent davantage le soir avant de rentrer. Ainsi, elles se retrouvent rapidement en état d'ébriété ce qui occasionne des problèmes de comportement. De plus, elles partent tôt le matin et sont moins présentes en journée, ce qui pose souci pour les accompagner dans leurs démarches.

Le lien entre usage de drogue, précarité et difficulté d'accès au logement étant maintenant posé, je vais montrer en quoi il s'agit bien d'un problème de direction.

1.1.4 Les problèmes de direction posés par les difficultés d'accès au logement des personnes consommatrices de drogues, en situation de précarité, accompagnés par le CAARUD

Cette situation pose de réels problèmes de direction. Tout d'abord au niveau du public accompagné dont la dégradation de l'état général devient préoccupante. D'ailleurs, lors des groupes d'expression des personnes accueillies⁴ que j'anime régulièrement, elles évoquent fréquemment leur souci d'accès à l'hébergement et au logement. **Ainsi, même si nos liens avec les acteurs de l'AHJ et les bailleurs sont existants, ils ne suffisent pas en l'état actuel à répondre aux besoins du public.**

Ensuite au niveau de l'équipe. En effet, avec la cheffe de service, nous observons les difficultés des professionnels **qui ne parviennent plus à remplir leurs missions de RdRD**. Ils se sentent de plus en plus démunis, car ils n'arrivent plus à *accrocher* les personnes. En effet, celles-ci viennent uniquement pour prendre une douche, laver leur linge, manger un peu, se reposer et surtout prendre du matériel de RdRD (essentiellement

⁴ . Il est à noter que le groupe d'expression des personnes accueillies remplace le Conseil de Vie Sociale (CVS) qui ne peut être mis en place au niveau du CAARUD

des pipes à crack). Elles n'ont que très peu de demande pour travailler la RdRD au sens large (risques directement liés à la consommation et risques psycho-sociaux) ce qui est le cœur des missions des travailleurs sociaux et des IDE qui composent l'équipe du CAARUD. Ces derniers ont évoqué à plusieurs reprises et notamment lors des entretiens annuels, **leur manque de compétences et leur manque de solutions sur les questions d'accompagnement à l'accès au logement du public**. Il est également à noter que **les risques psycho-sociaux sont importants pour les professionnels travaillant en CAARUD**. Ils sont notamment exposés au traumatisme dit *vicariant* ou encore appelé fatigue de compassion. Julien Cusin et Catherine Fabre dans un article de la *Revue de gestion des ressources humaines* paru en 2017 rappelle la définition qui en est donnée par Mc Cann et Pearlman à savoir « le fait d'être durablement marqué psychologiquement, du fait de l'expérience douloureuse vécue par d'autres auprès de qui l'on travaille ».

De plus, **la situation du public vis à vis du logement n'est pas sans conséquence financière pour l'établissement**. En effet, l'augmentation de la précarité et des conduites addictives du public ont des effets budgétaires. Les personnes ont moins les moyens de s'acheter à manger et donc ont davantage recours aux collations proposées pendant les temps d'accueil collectif. Elles ont également besoin de davantage de matériel de consommation. Ainsi, entre 2018 et 2022 les budgets alimentation et matériel de RdRD ont augmenté de façon significative respectivement de 36% et 18%. Je précise que le matériel d'inhalation du type pipe à crack est beaucoup plus cher que le matériel d'injection. J'ai d'ailleurs fait une demande de Crédits Non Reconductibles (CNR) l'année dernière pour faire face à cette augmentation.

De surcroît, mes interlocuteurs de la municipalité de Valenciennes et des services de Police m'ont fait part **de problèmes de Sécurité Publique** lorsque les personnes consommatrices passent leur journée à errer et à consommer dans l'espace public.

Il devient donc urgent qu'avec mes homologues de l'AHI nous puissions trouver des solutions pérennes. J'ai d'ores et déjà fait part de mes constats à mon interlocutrice de l'ARS des Hauts de France qui m'a demandé de lui présenter prochainement l'état d'avancement de mes travaux car elle est elle-même préoccupée par la situation.

Ainsi, pour relever ce défi que nous partageons avec les acteurs de l'AHI, il nous faut d'abord nous appuyer sur des données fiables et donc réaliser un diagnostic de besoin tant auprès des personnes concernées qu'auprès de nos partenaires.

1.2 Diagnostic de besoin du public et de besoin des acteurs de l’AHI

1.2.1 Contexte et objectifs

C’est en nous appuyant sur un constat empirique, fondé sur des observations réalisées au sein de notre CAARUD, que le besoin de mener ce travail de recueil a émergé. En effet, nous constatons pour un certain nombre des personnes que nous accompagnons, qu’elles ne parviennent pas à respecter le cadre des institutions qui les hébergent et que très souvent, elles ont le sentiment d’être en échec dans leur parcours (sentiment de refaire toujours le même *circuit*, sans jamais parvenir à s’inscrire dans la durée). Nous observons également un état d’épuisement du fait de cette impossibilité à se stabiliser. Elles ont le sentiment de *risquer de perdre leur place* au sein de ces hébergements, si elles évoquent leur consommation de produits.

Les professionnels des structures de l’AHI, avec lesquels nous collaborons, nous évoquent régulièrement les difficultés qu’ils ont avec ce public notamment du fait de leurs consommations et de leurs comportements.

L’équipe du CAARUD exprime fréquemment qu’à ses yeux la collaboration avec ce secteur n’est pas suffisante et qu’elle a le sentiment de méconnaître ses réalités professionnelles et ses missions.

Forts de ces constats, nous avons décidé de mener, l’équipe du CAARUD, sa cheffe de service et moi-même un travail diagnostique dans le but de réaliser un véritable état des lieux basé sur des données objectivables. Ainsi, en nous appuyant sur ces données, nous pourrions faire des propositions d’actions en adéquation avec les besoins de terrain. Nous souhaitons essentiellement recueillir des données qualitatives car nous avons déjà à notre disposition les données quantitatives.

1.2.2 Méthodologie de l’enquête

Nous avons choisi d’utiliser l’entretien individuel semi-dirigé pour les personnes accompagnées par le CAARUD et les *focus group* pour les acteurs de l’AHI du territoire.

Pourquoi le choix de l’entretien semi-dirigé ?

D’après Jean-Marie De Ketele et Xavier Rogiers, les différentes formes d’entretien ont les caractéristiques suivantes :

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Ainsi au vu de nos objectifs et des caractéristiques du public, l'entretien semi-dirigé apparaissait le plus opportun. En effet, il permet une parole relativement libre, dans un temps raisonnable (les personnes accompagnées par le CAARUD ont le plus souvent des difficultés à *tenir* longtemps assis) et permet néanmoins de cibler des thématiques précises.

Pourquoi le *focus group* ?

Selon Claude GASPARD, « le *focus group* est une méthode d'entretien de recherche utilisée pour mener une étude qualitative. ». Il repose sur l'interrogation simultanée d'un groupe d'environ 6 à 12 personnes. Il a pour objectif « de récolter des informations en faisant émerger diverses opinions grâce aux débats » (GASPARD, 2021).

Afin de gagner en temps et en efficacité, tout en ayant suffisamment de *matière*, ce mode de recueil de données avait donc tout son sens pour la partie concernant les acteurs de l'AHl.

1.2.3 Résultats

Au sein du public du CAARUD, on observe 3 types de personnes en situation d'absence de logement ou en situation instable vis à vis du logement :

- ✓ Les personnes qui se retrouvent brutalement sans abri : sortie d'incarcération, rupture familiale, ...
- ✓ Les personnes confrontées à une situation de rupture prolongée qui *stagnent* dans les dispositifs sociaux sans amélioration de leurs conditions de vie.
- ✓ Les personnes exclues des dispositifs du fait de problèmes de comportement (récents ou anciens).

Nous avons pu interviewer 20 personnes et les données recueillies sont les suivantes :

Parmi les personnes ayant eu recours à l'hébergement social durant l'année, environ **40 % ont eu des recadrages allant de l'avertissement à l'exclusion. 3**

personnes sont exclues définitivement d'au moins une structure, voire du dispositif en entier et 6 personnes ont été exclues d'un CHRS car elles n'étaient pas en mesure de respecter les règles strictes d'abstinence.

Plusieurs personnes ont sollicité des places en CHRS qu'elles se sont vues refuser parce qu'elles parvenaient pas à se présenter à *jeun* (ou à se présenter tout court⁵) à leur rendez-vous de préadmission. Elles ont parfois également été jugées trop instables dans leur consommation et donc potentiellement à risque pour les autres résidents.

La plupart des personnes évoquent une difficulté à répondre aux exigences de fonctionnement des établissements du fait d'une non stabilisation de leurs usages de drogues, de leur rythme et mode de vie. L'exclusion du CHRS, pour raison de consommation, est vécue comme un échec avec le sentiment de *repartir à zéro* puisque certains *repassent* par les dispositifs d'urgence.

D'autres préfèrent s'écarter du dispositif en se faisant héberger par des pairs ou des tiers (entourage, *marchands de sommeil*, hébergement contre des services sexuels, contre des produits, etc.)

On note qu'un nombre non négligeable préfère ne pas solliciter les dispositifs d'hébergement.

Les personnes interviewées évoquent le sentiment d'être parfois incomprises.

Préconisations des personnes interviewées

Pour elles, il est primordial **d'améliorer la qualité de la communication entre les personnes consommatrices et les professionnels**. Elles pensent que cela doit passer par la sensibilisation voire la formation de ces professionnels afin qu'ils aient une meilleure connaissance des réalités des consommateurs (« *on a une mauvaise image d'autant plus si l'on est injecteur* »).

Elles souhaitent que leur capacité à consommer de façon « responsable » soit entendue et reconnue (« *Comme si on allait cacher des seringues sales décapuchonnées partout pour que les agents d'entretien et autres se piquent et qu'ils attrapent des maladies* »).

Elles veulent pouvoir évoquer ou non leurs usages, leurs traitements et ne pas être dans l'obligation de confier celui-ci.

Elles évoquent le droit à la libre adhésion, à ne pas avoir à justifier de leurs consommations (« *du moment que je fais pas chier* »).

Elles souhaitent bénéficier de la confiance et du respect de leur intimité.

⁵ De fait, la vie à la rue et la consommation de drogue perturbent leurs repères spatio-temporels.

Elles veulent avoir le choix de la personne qui les accompagne dans leur démarche socio-éducative sans que cela soit nécessairement un professionnel de la structure d'hébergement.

Elles souhaitent que les horaires d'accueil soient plus souples, avoir la possibilité de « découcher » sans perdre leur place et de recevoir des invités. Elles évoquent, en effet, des horaires peu adaptés à leur vie d'errance (« *en hiver, on est dehors tôt le matin alors que faire à part tourner en rond et picoler ?* », à contrario, « *en été, on n'a pas la possibilité de rentrer plus tard du coup difficile d'avoir le temps de faire la manche, de se procurer le produit et de réussir à rentrer à l'heure* »).

Elles désiraient avoir la possibilité d'expérimenter, de faire leurs preuves en ne passant pas forcément par les dispositifs d'urgence.

Elles souhaitent bénéficier du droit à l'oubli (« *avoir une seconde chance, ne pas être grillé partout à vie si on a fait une bêtise une fois dans un foyer* »).

Concernant les acteurs de l'AHI, 11 structures du territoire se sont impliquées dans la démarche et 51 professionnels ont participé aux focus groups (Cf. annexe II).

Lorsque nous sommes allés à la rencontre des équipes, toutes ont adhéré et bon nombre d'intervenants ont participé activement. La possibilité d'être entendu et d'échanger sur le quotidien a été bien reçue et appréciée.

Au-delà des spécificités inhérentes au fonctionnement de chaque structure, *le profil* des personnes hébergées diffère. Ainsi, certaines font le choix d'avoir *un quota* de personnes présentant des troubles psychiatriques et/ou des conduites addictives et ceci afin de préserver la qualité d'accueil au sein du collectif. Néanmoins, si certaines structures ont effectivement opté pour une politique de *quota* d'autres accueillent majoritairement les personnes les plus dégradées à savoir : Les *grands marginaux*, les personnes présentant des conduites addictives avec parfois des consommations massives, les personnes présentant des comorbidités psychiatriques voire des troubles du comportement (violence, délires, problèmes d'hygiène, ...). Enfin, la diversité du public complexifie parfois l'animation du collectif. Ainsi, à l'extrême, et essentiellement en hébergement d'urgence, les grands marginaux présentant parfois des symptômes de démence alcoolique de type Korsakoff se *retrouvent* avec des jeunes adultes en rupture familiale ou des personnes migrantes qui fuient leur pays d'origine.

On note que chaque structure a *sa liste* de personnes exclues, la plupart du temps pour des faits de violence au sein de la structure ou sur le réseau.

Concernant l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives, les intervenants se sentent peu outillés. Bien souvent la consommation est abordée sous le prisme du cadre en utilisant comme support le règlement de fonctionnement de la

structure. **Le manque de temps et d'outils, l'état plus ou moins conscient de la personne, le déni, les mensonges, l'illégalité des produits stupéfiants, sont vécus par les intervenants comme autant de barrières empêchant d'instaurer un véritable échange autour de cette problématique.**

De plus, au cours de l'accompagnement, les consommations sont abordées lorsqu'il y a suspicion d'usage (ex : état « douteux » en rentrant ou connu comme étant consommateur dans le réseau) ou lorsque l'usage devient problématique (ex : comportements inappropriés vis-à-vis de l'équipe ou des autres hébergés).

Dans le respect du règlement de leur structure, certaines équipes ont fait le choix de fouiller les sacs, l'alcool devant être confié au bureau pour être récupéré le lendemain à la sortie du foyer et ceci afin de limiter les consommations en structure, de limiter le risque d'incitation à la consommation et de préserver la dimension collective de l'accueil.

La consommation intra-muros est une réalité pour chaque structure et ce quel que soit le type d'hébergement. Des fouilles sont organisées régulièrement qu'elles soient annoncées ou imprévisibles de façon à limiter la présence de produits dans la structure.

S'il est demandé, lors de la préadmission, aux personnes hébergées, si elles ont un problème de santé et un traitement médicamenteux, les personnes déclarant un Traitement de Substitution aux Opiacés (Buprénorphine Haut Dosage ou Méthadone) et/ou des benzodiazépines font l'objet d'une attention particulière. Il leur est *fortement* conseillé de confier leur traitement et ordonnance associée qui seront stockés de façon sécurisée et ce afin d'éviter les vols et de favoriser l'observance. **Il est parfois demandé à la personne de prendre son traitement en présence d'un intervenant ceci afin d'éviter le mésusage, le troc voire la revente.** Pour des questions de sécurité et de responsabilité, avoir une prescription de Méthadone peut freiner l'accès à l'hébergement au regard de la dangerosité du produit.

Face à des personnes hébergées ayant une consommation massive et/ou dont les comportements sous l'empire⁶ posent problème, l'accueil reste, bien souvent conditionné au fait que la personne se soigne ou non. Ainsi, la prise en charge pourra être interrompue si la personne n'adhère pas au dispositif de soin. **Certains intervenants évoquent la frustration qu'engendre l'exclusion d'un résident suite à des consommations récurrentes et un refus de soins alors qu'accompagnée par l'équipe, la personne a progressé, redressé sa situation socio administrative, etc.**

Pour bon nombre d'intervenants, inclure une personne consommatrice de produits psychoactif en CHRS est un pari difficile. En effet, l'accompagnement est plus

⁶ Il ne s'agit pas ici d'une erreur de syntaxe. En effet, concernant les produits psycho-actifs, on dit bien sous l'empire et non sous emprise comme il est souvent entendu.

complexe, le résident est difficile à mobiliser que ce soit pour : la participation aux ateliers, la bonne tenue du lieu d'habitation, l'avancée des démarches, l'équilibre financier (ex : utilisation du budget alimentaire pour l'achat de produits, non-paiement/retard de la part à charge, ...). Enfin, la question du retour en structure après une hospitalisation, un sevrage, un séjour de rupture reste problématique : les professionnels constatent qu'il est difficile de maintenir l'abstinence chez la personne, cette dernière reprenant ses « habitudes » et retrouvant son réseau de sociabilité à travers les consommations.

En matière d'accompagnement vers le logement, les personnes présentant une addiction doivent être stabilisées pour prétendre intégrer le CHRS. Elles doivent être en mesure de respecter le cadre, la consommation de produits psychoactifs étant interdite au sein des structures. **Certaines personnes stagnent dans les dispositifs d'urgence.** D'autres, expérimentent le CHRS et/ou la Résidence Sociale, ne respectent pas le cadre, sont exclues, retournent en urgence ou à la rue et ne parviennent pas à *évoluer*. Cet état de fait génère des frustrations chez les professionnels. De plus, **ces personnes épuisent les équipes et finissent parfois par devenir indésirables dans la majorité des structures.**

1.2.4 Conclusion du diagnostic de besoin

Ce travail confirme notre constat. **Les personnes les plus précaires accompagnées par le CAARUD éprouvent de réelles difficultés à accéder à un hébergement et d'autant plus à un logement.** Ces difficultés sont en majeure partie liées à la transgression du cadre des établissements de type HU, CHRS, etc. qui les accueillent. Ces transgressions sont le plus souvent en lien avec leur problématique addictive. En effet, **les usagers ne parviennent pas à répondre à l'exigence d'abstinence qui leur est très souvent demandée.** Ainsi, du fait de l'interdiction de consommer au sein de l'établissement et afin de ne pas se retrouver en état de manque, les personnes poly consommatrices et dépendantes à l'alcool s'alcoolisent davantage le soir avant de rentrer. Ainsi, elles se retrouvent rapidement en état d'ébriété ce qui occasionne des problèmes de comportement. De plus, elles partent tôt le matin et sont moins présentes en journée ce qui pose souci pour les accompagner dans leurs démarches.

Les professionnels de l'AHl se sentent démunis et peu outillés concernant ces problématiques. **L'accueil au sein de dispositifs collectifs majorent encore ces difficultés.** Ils apprécient fortement de pouvoir s'appuyer sur les acteurs du soin et ceci d'autant plus lorsque ceux-ci sont présents de façon régulière dans leurs institutions.

Je conclus également de ce diagnostic, que les logiques institutionnelles des acteurs de l'addictologie et des acteurs de l'AHl divergent bien qu'elles doivent parfois

accompagner les mêmes personnes. **Ces différences de logique peuvent conduire à des dissonances mettant à mal les professionnels et le public.** Ainsi, pour faire face à cette problématique et répondre aux enjeux stratégiques et politiques qu'ils induisent, il faut agir à différents niveaux. Il faut le faire de façon concertée et en coopération avec les acteurs de l'AHl. Pour cela, je peux m'inspirer de dispositifs efficaces qui ont fait le pari de l'intelligence collective en France et à l'étranger.

1.3 Dispositifs pertinents, légitimité, enjeux politiques et stratégiques

1.3.1 Des dispositifs pertinents en France et à l'étranger sur lesquels appuyer ma démarche

En réalisant un travail de Benchmarking (en français parangonnage), j'ai découvert des dispositifs à travers le monde et en France qui ont montré leur efficacité. J'entends ici la notion de dispositif au sens où Marc Chavey la définit au sujet des personnes porteuses de handicap à savoir, « l'ensemble des moyens humains et institutionnels mis en synergie sur un territoire donné pour répondre le plus possible en temps réel, aux besoins des personnes » (Charvey, 2011 : 77).

Ainsi, je pourrai par exemple m'appuyer sur des expériences réussies concernant les personnes sans-abris présentant des troubles psychiatriques dont un nombre non négligeable présentent des conduites addictives. Michel Reynaud, Laurent Karila et Henri Aubin, dans leur *Traité d'addictologie* parlent même de pathologie duelle, qu'ils estiment à 50% des cas (Reynaud, Karila et Aubin, 2016). On retiendra ainsi le *Housing First* qui a pris naissance aux États-Unis et dont la déclinaison française est le *Chez-soi d'abord*. Ce programme a été évalué notamment sur le site lillois et ses résultats sont probants puisqu' « **il permet de retrouver une intimité, une dignité, une reconnaissance permettant de prendre soin et de tenter une reconstruction** » (OFDT, 2019 : 66). Il faut souligner que même si l'objectif initial n'est en rien celui-là, 50% des personnes interrogées rapportent une réduction conséquente voire un arrêt des consommations. **Ce programme est basé sur la mise en synergie et la co-construction des différents acteurs (acteurs de l'AHl, de la psychiatrie, de l'addictologie, personnes accompagnées, ...)**. Son cahier des charges oblige même le portage du projet par un groupement de coopération constitué de dispositifs représentatifs de ces champs. **Il permet ainsi d'agir sur l'environnement en modifiant les représentations.**

Aussi, Il est important de rappeler que c'est notamment de ces expériences et du modèle finlandais **basé sur la primauté de l'accès au logement** pour l'accompagnement

des plus démunis que le premier plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022⁷ s'est inspiré.

Par ailleurs, la question des difficultés d'accès au logement des publics en situation de précarité présentant des conduites addictives est telle, qu'elle a conduit la Fédération Addiction et la FAS à coopérer. Ainsi, comme le confirme le guide qu'elles ont coproduit en 2017, *L'accueil inconditionnel au défi des consommations*, de plus en plus de structures de l'AHI autorisent des usages de produit au sein de leurs structures même s'il s'agit essentiellement des consommations d'alcool. **Ces travaux montrent la nécessaire acculturation des acteurs du champs de l'addictologie et de l'AHI permettant un travail de destigmatisation des personnes consommatrices favorisant le développement de leur pouvoir d'agir et leur inscription dans la société.**

Enfin, je pourrais m'inspirer du travail d'associations comme Oppélia qui accueillent dans leurs Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) de la région parisienne des personnes usagères de crack. En effet, **cette expérience montre comment on peut accompagner au sein d'hébergement individuel des personnes consommatrices actives de drogue.**

Ces réponses ont leurs limites et ne peuvent s'appliquer telles quelles sur notre territoire. Elles me confirment cependant que notre projet ne pourra aboutir qu'en travaillant de concert avec les acteurs du Hainaut car chacun de nous ne détient qu'une partie de la réponse et ne pourra trouver de solution sans l'autre. Ainsi, **il faut créer un dispositif permettant d'agir à différents niveaux. Ce dernier devra notamment inclure l'ouverture de places d'hébergement permettant d'accompagner des personnes faisant usage de drogues**

Notre légitimité à développer ce type de solution peut être néanmoins questionnée.

1.3.2 Notre légitimité à développer un dispositif favorisant l'accès au logement des personnes consommatrices de drogues en situation de précarité et notre devoir de coopérer avec les acteurs de l'AHI

Notre association a toute légitimité à développer un dispositif pour favoriser l'accès au logement de ce public. En effet, celui-ci a **de réels besoins** et les personnes accompagnées expriment clairement des demandes à ce sujet.

⁷ Le second s'inscrivant sur ce plan dans la poursuite du premier

De plus, **les politiques publiques qu'elles soient européennes nationales ou régionales nous invitent à nous attaquer à ce problème.** On retiendra notamment :

Au niveau européen

La Commission Européenne dans sa stratégie 2019-2024 a défini 20 principes clés du socle commun européen des droits sociaux. Le principe n°19 concernant le logement et aide aux sans-abris précise que « *des hébergements et des services adéquats doivent être fournis aux sans-abris afin de promouvoir leur inclusion sociale* ». En France, malheureusement aujourd'hui peu d'hébergements sont *adéquats* pour un public sans domicile qui fait usage de drogue.

Au niveau national

En écho, à la stratégie européenne, le premier plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022 (et depuis juin 2023 le second qui s'inscrit dans sa continuité) entend « Développer les solutions de logement adaptées en réponse à des besoins spécifiques » (Priorité 1, axe 3) et « Faciliter la transformation de centre d'hébergement en logement selon les besoins du territoire » (Priorité 1 axe 4). Il s'agit d'un tournant majeur que les opérateurs de l'AHJ sont censés prendre. En effet, cela signe ici la fin de politique dite *en escalier* (passage de la rue au dispositif d'urgence, du dispositif d'urgence en CHRS, du CHRS au logement). Cela signe également la fin du passage obligé par des dispositifs collectifs. Ainsi, pour les publics *sans besoin spécifiques*, l'accès direct au logement devrait être la règle. Cependant, les acteurs de l'AHJ se heurtent à de nombreuses difficultés et notamment un parc de logements sociaux insuffisant. Pour le public à *besoins spécifiques* que sont les personnes accompagnées par le CAARUD, à minima des adaptations des dispositifs existants sont nécessaires mais certainement des solutions nouvelles sont à inventer.

Au niveau local

Le département du Nord dans son Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (2019-2024) propose via son axe 7 d' « Améliorer la mise en œuvre de la politique d'accueil, d'hébergement et d'insertion ; L'offre (...) doit encore évoluer pour répondre à la diversification des besoins (...), grands marginaux, personnes toxicomanes, (...) ». Ici les intentions sont clairement énoncées et donne la route à suivre.

Aussi, l'ARS des Hauts de France via son Programme Régionale d'Accès à la Prévention et aux Soins (2018-2023) pose comme objectif opérationnel d'« amener les personnes en situation de précarité à s'engager dans une démarche de santé ». Cet objectif est au cœur même du projet qui est le nôtre.

Nous pourrions également nous appuyer sur les recommandations de la Cour des comptes qui, en 2020, réaffirmait la nécessité de « faire de l'orientation des personnes sans-domicile vers le logement une priorité effective de l'ensemble des acteurs du « logement d'abord » (...). » et sur celles de l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives qui en 2018 dans sa contribution n°18 répondait à la question suivante : « Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? ; Améliorer l'aller vers et l'accompagnement des personnes ayant des addictions, réduire les ruptures de soin par un accès direct à un logement selon l'approche « Un chez soi d'abord », l'innovation comme levier ».

Par ailleurs, la RdRD ne s'arrête pas à celle des produits mais s'inscrit dans une démarche d'accompagnement plus large. Cela est d'ailleurs clairement défini dans les missions des CAARUD. En effet, la consommation de produits a des conséquences sur l'ensemble des dimensions constitutives d'une personne que ce soit au niveau biologique, psychologique et social. Ainsi les risques s'inscrivent dans l'ensemble de ces dimensions. **Agir sur les risques c'est donc agir sur et avec la personne dans sa globalité.**

La RdRD ne s'arrête pas non plus aux portes des CAARUD. Elle doit diffuser plus largement dans notre société et donc dans l'ensemble des ESMS. Pour preuve l'HAS a publié en fin d'année 2022 des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) sur cette thématique pour les secteurs de l'insertion, du handicap, de la protection de l'enfance et des personnes âgées.

Enfin, **nous sommes les seuls opérateurs ayant cette expertise sur le territoire.** Néanmoins, nous aurons besoin de co-construire avec les acteurs de l'AHI des réponses adaptées car ce sont eux qui ont celle concernant l'accès au logement. **Cette coopération permettra non seulement de mutualiser des compétences mais également des moyens.** Ceci pourra nous permettre de continuer à avoir un regard *bienveillant* de la part des autorités de tarification. Les premiers échanges avec la DDETS, de mes homologues de l'AHI et les miens avec mes interlocutrices de l'ARS me l'ont d'ailleurs confirmé.

Notre légitimité et même notre devoir à développer un dispositif apparaît donc comme une évidence.

Par ailleurs, on le comprend, la difficulté d'accès au logement des personnes consommatrices de drogue, en situation de précarité, augurent des enjeux stratégiques et politiques.

1.3.3 Les enjeux stratégiques et politiques sur le territoire pour la mise en œuvre d'un tel dispositif

Dans cette situation les enjeux sont majeurs, tout d'abord **concernant la santé et la qualité de vie des publics** concernés dont la situation se dégrade avec des risques qui peuvent être létaux.

Ils le sont également **au niveau managérial et RH**. En effet, il y a un véritable risque de perte de sens pour les professionnels qui ne peuvent plus réaliser leurs missions. Ils risquent de se démotiver, de s'épuiser professionnellement et de voir ainsi impacter négativement leur Qualité de Vie et leurs Conditions de Travail (QVCT).

Il existe des enjeux **quant à la pérennité des actions du CAARUD** du fait des conséquences budgétaires de la situation avec une hausse significative des postes de dépenses : alimentation et matériels de RdRD.

Il y a également des enjeux **en lien avec notre environnement**. En cohérence avec les politiques publiques, mon rôle de directrice est également d'aider à la promotion d'une démarche de RdRD qui ne soit pas cantonnée au CAARUD et qui s'inscrive plus largement auprès des acteurs locaux notamment ceux de l'AHl. Ainsi, j'ai également une mission de plaider à développer sur le territoire notamment auprès de la municipalité, des services de police, des bailleurs, etc. En effet, la question de l'acceptabilité est d'importance et passe notamment par une amélioration de la sécurité publique.

Au niveau stratégique et politique sur le territoire, **notre association doit poursuivre son déploiement via des actions innovantes**. Avec ce projet, elle continue d'impulser une dynamique conduisant à des changements d'importance dans la façon de concevoir l'accompagnement de ces publics. **Elle prouve une nouvelle fois à nos autorités de tarification qu'elle sait s'adapter et être force de proposition. Elle montre aussi sa capacité d'ouverture et sa capacité à coopérer avec son environnement.**

1.4 Conclusion du chapitre

Ainsi nous venons de démontrer la nécessité de co-construire avec le secteur de l'AHJ, un dispositif favorisant l'accès au logement des personnes consommatrices de drogues, en situation de précarité accompagnées par notre CAARUD. En effet, notre diagnostic a confirmé un besoin qui va s'inscrire dans la durée. Les liens entre précarité, absence de logement stable et addictions sont confirmés par la littérature et conduit à un cercle vicieux dont il faut aujourd'hui sortir. Des différences de logiques institutionnelles, avec nos partenaires, complexifie encore un peu cette problématique. C'est un réel problème de direction qui nécessite toute mon attention et mon implication. Pour porter ce projet, je pourrai m'appuyer sur des expériences réussies à l'étranger et en France. De plus, notre association via le CAARUD est tout à fait légitime pour proposer de nouvelles réponses qui soient efficaces. Enfin, il existe des enjeux stratégiques et politiques au sein du CAARUD et sur notre territoire dont il convient de tenir compte.

Dès lors, il me faut faire un état des lieux au niveau associatif et au niveau du CAARUD dans la perspective de notre projet futur. Il me faut réaliser également un diagnostic stratégique pour connaître les leviers et les freins quant à cette démarche.

2 ETAT DES LIEUX A L'ENTAME DU PROJET. LA CO-CONSTRUCTION ET L'ACCEPTABILITE SOCIALE : DES ENJEUX ESSENTIELS POUR SA REUSSITE

2.1 L'association et le CAARUD : état des lieux à l'entame du projet

2.1.1 L'association et le contexte territorial

A) Son éthique, ses valeurs et ses orientations politiques

Notre association est une petite association qui œuvre sur le territoire du Hainaut dans les Hauts de France depuis plus de 30 ans. Elle porte un CSAPA et un CAARUD et salarie environ 25 professionnels Elle a été créée à partir des équipes de Santé Mentale des secteurs et inter-secteurs de Psychiatrie de l'arrondissement de Valenciennes. Dès son origine, elle a eu une démarche militante et ses valeurs repose sur un fondement éthique :

« Tout être a le droit au respect et à la dignité »

Elle défend également une éthique de l'intervention dans le libre choix de la personne quant à son accompagnement, la possibilité de l'anonymat et la gratuité pour tous. Elle affirme notamment dans son projet associatif 2021-2026 :

- ✓ **« La reconnaissance des usagers de substances psychoactives en tant que personnes et citoyens** dans les pratiques de soin et de prévention, ainsi que dans les lieux décisionnels les concernant.
- ✓ La conception que les phénomènes de consommation de substances psychoactives ne peuvent être isolés du contexte social, culturel et économique dans lequel ils s'inscrivent.
- ✓ **La coopération, l'échange mais aussi la confrontation⁸ entre les intervenants en addictologie de milieux différents : prévention, santé, justice, champ social, ...**

⁸ Dans son sens premier du terme à savoir, la mise en présence, dans un acte de rapprochement *front contre front*.

Ses orientations politiques :

- ✓ Promouvoir une clinique de l'intervention en addictologie basée sur le modèle tri-varié : approche globale de la personne, médicale, psychologique et sociale, et non sur les seuls produits.
- ✓ Défendre une approche préventive basée sur l'éducation, permettant que s'établissent les limites et les repères encadrant les usages et conduites addictives.
- ✓ **Lutter contre la stigmatisation** des usagers de substances psychoactives et **faire évoluer les représentations de la société sur les addictions.**
- ✓ Participer à la reconnaissance des usagers en tant que personnes citoyennes.
- ✓ **Développer le pouvoir d'agir des usagers et la co-construction** dans tous les projets individuels et/ou collectifs. ».

B) Les bénéficiaires de l'association

Toute personne présentant des conduites addictives et/ou son entourage peut être accompagné par les services et établissements de l'association. **Elle destine également ses interventions notamment en matière d'information, de formation ou de prévention aux professionnels des champs sociaux et médico-sociaux : personnels des CHRS, FJT, Accueil de jour ... à qui elle apporte, soutien, et matière à réflexion dans le champ de l'addictologie.**

Depuis son origine, l'association porte une attention particulière à l'écoute et à l'accompagnement des publics les plus précaires. Ce principe permet de développer un accueil le plus inconditionnel possible des personnes confrontées à une problématique addictive. Le seul cadre du règlement de fonctionnement venant fixer les limites de cet accueil.

Chaque bénéficiaire est pris en charge avec ses attentes, les spécificités de son parcours. De par la nature de son intervention, **l'association prend en compte la parole du bénéficiaire et la valorise.**

C) Le contexte territorial

L'arrondissement de Valenciennes regroupe 82 communes et environ 350 000 habitants. Il est découpé de manière géopolitique en 2 communautés d'agglomération. La population est assez sédentaire et peu mobile. Même si une politique volontariste est menée depuis plusieurs années, l'arrondissement souffre d'une sévère problématique à l'égard des conduites de consommation à risque. Hormis les appartements thérapeutiques de l'association et les ACT d'une autre association peu présente sur le territoire,

l'arrondissement ne dispose pas d'hébergement spécialisé de type Centre Thérapeutique Résidentiel, Communauté thérapeutique ou *sleep'in*⁹.

D) La culture partenariale

Dans une perspective d'accompagnement global de la personne, l'association trouve une assise et un prolongement dans le travail en partenariat et en réseau. **Ce travail implique d'établir des relations partenariales sincères et véritables** où l'échange d'informations est possible, dans le respect des usagers, des personnes représentant les institutions partenaires et des valeurs défendues par l'association. Pour ce faire, c'est la personne accompagnée qui détermine elle-même les limites de ce partage.

Il s'agit donc :

- ✓ Autour de la personne accueillie
 - D'orienter, éventuellement d'accompagner vers les structures et vers institutions de droit commun, **de travailler en coopération** avec elles, en fonction des différentes problématiques.

- ✓ En direction des partenaires
 - D'entretenir, de développer le partenariat (formalisé ou non), d'assurer une fonction de pôle ressource autour des problèmes d'addiction, en s'inscrivant dans différents réseaux sociaux et médico-sociaux.
 - **De s'enrichir du vécu, des idées, de l'expertise, des compétences des partenaires afin de changer les représentations et de favoriser le débat d'idée.**
 - **De travailler à positiver les représentations de chaque acteur du territoire sur les personnes présentant des conduites addictives.**
 - **De donner aux partenaires les moyens de comprendre les buts, les missions, les actions et la gestion de l'association, afin d'envisager un travail collectif et d'optimiser les moyens mis à disposition au service du bénéficiaire.**

⁹ Ces derniers accueillent des personnes usagères de drogues en situation de grande vulnérabilité sociale en consultation pluridisciplinaire et proposent un hébergement d'urgence. Le plus souvent, ils proposent également un accès au matériel de RdRD 24/24

Un travail en synergie avec les autres structures sanitaires de prise en charge en Addictologie permet d'accompagner, d'orienter l'utilisateur selon ses souhaits et ses besoins. Ce travail permet également chez les personnes souffrant de poly-addictions de prendre en charge tous les aspects de leur dépendance, avec la volonté de dépasser l'approche par produits. Concernant cette dimension sanitaire, une convention entre ces structures de la filière de soins en addictologie du Valenciennois et l'association formalise ce partenariat dans une perspective de *mieux travailler ensemble* au service des personnes.

Elle participe à la réflexion collective sur le repérage et la connaissance des besoins et attentes des personnes présentant des conduites addictives. Dans cette optique, elle est adhérente de la Fédération Addiction et membre du Collectif RDR Hauts de France. Elle participe donc aux différents séminaires de réflexion et d'étude régionaux et nationaux. **Ces instances permettent sans cesse d'adapter nos pratiques aux réalités locales et régionales, et d'apporter sens et innovation dans une démarche d'action de proximité.**

E) Son expertise sur la question de l'hébergement et du logement

Au sein du CSAPA, l'association dispose d'un service d'appartements thérapeutiques comportant 6 places dont 1 est réservé au *Cairn*. Ce service accompagne toute personne seule (ou avec maximum 2 enfants) majeure avec ou sans traitement de substitution dont l'objectif est l'abstinence et/ou, la gestion contrôlée d'usage. Son but est de permettre aux personnes d'expérimenter un mode de vie où les produits ne régissent plus le rapport à soi, aux autres et au monde.

Concernant le *Cairn*, cette appellation vient du fait que le parcours d'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives est souvent comparable à un *Cairn* que le petit Larousse définit comme un « monceau de pierres pour marquer les chemins ou pour rappeler un événement important ». En effet, chaque rencontre, chaque démarche avec la personne est comme ce petit tas de pierres posées précautionneusement l'une après l'autre ». L'idée est d'apporter une pierre supplémentaire à ce qui peut apparaître à première vue comme une entité fragile mais qui dans la durée permet de marquer sa route et de s'y repérer. L'objectif principal est d'offrir à des personnes, présentant des problèmes liés à leurs consommations de substances psychoactives, une offre d'hébergement de durée court ou moyen séjour, à haut seuil de tolérance, conçu autour d'un projet souple et individualisé. Cette tolérance existe notamment concernant la question des conduites addictives : il n'y a donc pas de prérequis d'abstinence. Il est donc destiné à des publics pouvant présenter des vulnérabilités d'ordres psychiques, affectifs ou autres. Il s'agit aussi de développer un nouvel outil de travail

comparable à *un couteau suisse* permettant de réellement adapter la prise en charge aux besoins du public en fonction de la spécificité de leur situation.

Ainsi que ce soit via notre service d'Appartement Thérapeutique Relais, mais surtout via l'appartement *Cairn*, nous avons développé une expertise d'accompagnement au sein du lieu de vie des personnes. Nous avons également, en interne, fait l'expérience de la coopération et de la co-construction car le public du *Cairn* est le plus souvent accompagné conjointement par l'équipe du CSAPA et du CAARUD.

2.1.2 Le CAARUD au regard de la mise en place d'un dispositif favorisant l'accès au logement de son public en situation de précarité

A) Le cadre législatif

Notre cadre de référence est le suivant :

- ✓ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

« Art. L. 3411-8 = La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ».

L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

Les articles du **Code de l'Action Sociale et des Familles** :

- ✓ CAARUD – Établissement médico-social : Art. L. 312-1, 9°
- ✓ CAARUD – Autorisation : Art. L.313-1
- ✓ CAARUD – Financement : Art. L.314-3-3 et R. 314-105

L'article du **Code de la Santé Publique** :

- ✓ CAARUD – Missions : Art. R.3121-33-1

Notre démarche s'appuie également sur le Plan Régional de Santé (PRS) Hauts de France (2018-2028) et sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'AHS notamment celles du 7 septembre 2017 relatif à la RdRD dans les CAARUD.

B) Le public et le fonctionnement

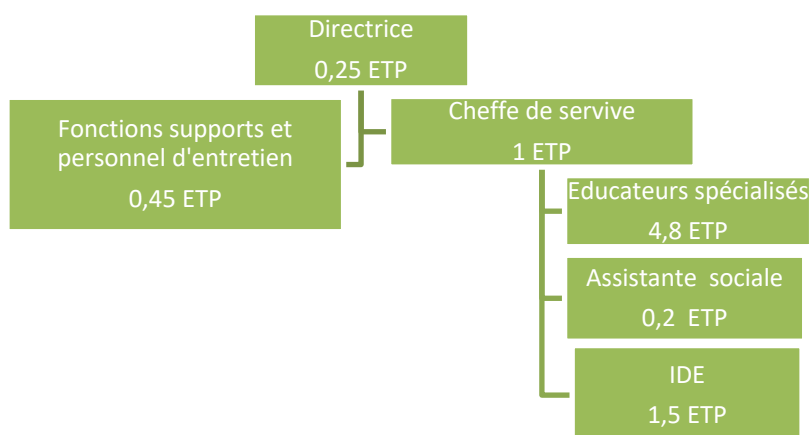
Notre action s'adresse à toute personne consommatrice de substances psychoactives ayant des pratiques à risques infectieux telles que l'injection, l'inhalation, sniff, etc. Lorsque des personnes uniquement usagères d'alcool, de benzodiazépine ou de cannabis, s'adressent à nous, elles sont réorientées vers les dispositifs de soins tels que le CSAPA de l'association ou vers nos partenaires de la filière d'addictologie du Hainaut.

En 2022, le CAARUD a accueilli et est *allé vers* 226 personnes (sans compter les 2500 personnes rencontrées dans le cadre de nos interventions en milieu festif) dont 46 nouvelles personnes. Notre file active n'a jamais été aussi importante et augmente de façon régulière chaque année. 98% des personnes était des hommes. La moyenne d'âge était de 43 ans. **La majorité de notre public est en situation de précarité et près de 11% vit à la rue faute d'être acceptée par les structures de l'AHJ ou parce que les personnes ne souhaitent plus y être hébergées.**

Le CAARUD fonctionne du lundi au vendredi toute l'année hormis les jours fériés et 1 semaine entre Noël et nouvel an. Il accueille les personnes de façon collective tous les jours de 10h à 13h sauf le jeudi qui est réservé aux accompagnements individuels. Le reste du temps est dédié aux actions d'*allers vers* (maraudes, visite à domicile, partenaires, etc.) et aux temps de travail institutionnels (débriefings, réunions, analyse de pratiques ...). Une permanence à destination uniquement des femmes a lieu le jeudi après-midi.

C) La dimension RH, la question budgétaire et les marges de manœuvres.

Il est à noter que les services supports (secrétariat, comptabilité, RH) du CAARUD sont mutualisés avec ceux du CSAPA. Ainsi l'organigramme est le suivant :



La demande d'aide pour des démarches de problématiques en lien avec le logement est une demande récurrente du public du CAARUD. Ces démarches sont le plus souvent

accompagnées par les travailleurs sociaux de l'équipe. Elles peuvent aller de la simple demande d'aide au remplissage de la demande unique de numéro d'allocataire à destination des bailleurs sociaux, en passant par la recherche de logements disponibles sur internet ou encore l'accompagnement au SIAO, etc. Néanmoins, **devant la recrudescence des personnes sans logement stable l'équipe gère surtout les conséquences de la vie à la rue, à savoir, l'accès à la douche, aux machines à laver, au stockage des effets personnels,** De même, les IDE sont en grandes difficultés pour accompagner les démarches de soin des personnes à la rue (ex : difficulté à les joindre, à ce qu'elles puissent être présentes aux consultations médicales programmées, ...)

Aujourd'hui, l'équipe se trouve de plus en plus en situation d'impuissance et ne parvient plus à réaliser ses missions prioritaires. Elle se sent d'autant plus en dissonance qu'elle est formée au Développement du Pouvoir D'agir (DPA) et que l'absence de logement des personnes qu'elle accompagne apparaît comme une entrave à celui-ci.

La situation budgétaire du CAARUD est saine. Ce dernier est en dotation globale Ondam. Néanmoins, **la précarité accrue et la majoration des usages de cocaïne basée a un impact négatif significatif sur le budget alimentation et matériel de RdR.** De plus, nous n'avons pas de ligne budgétaire concernant le déploiement de notre projet. C'est pourquoi, il faudra évaluer nos marges de manœuvre dans notre dialogue de gestion avec les autorités de tarification.

Il est cependant à noter qu'une partie de nos actions d'*aller vers* sous forme de maraude devient aujourd'hui inefficace. En effet, il nous est de plus en plus difficile de trouver les personnes sur leurs lieux de socialisation sur le secteur de Valenciennes. Cette situation est à mettre en lien avec une démarche volontariste de la Police et de la municipalité de ne pas voir se créer un climat d'*insécurité*. Ainsi, les personnes ne se regroupent peu ou plus à l'extérieur. De plus, les personnes que nous voyons à Valenciennes sont souvent celles qui fréquentent le CAARUD et ont donc assez facilement accès à nos services. Ainsi, je peux réaffecter une partie de l'effectif et du temps que celui-ci passait en maraude à création d'un dispositif notamment sous forme d'appartements que nous pourrions co-gérer avec les acteurs de l'AHl.

D) Son environnement

Le CAARUD est reconnu sur le territoire pour son expertise. Nous y sommes d'ailleurs la seule structure de RdR. Nous collaborons de longues dates avec de nombreux partenaires et en particulier ceux du soin et de l'AHl. **La question des problématiques en**

lien avec l'hébergement des personnes faisant usage de drogue illicites et d'alcool est régulièrement au cœur des réunions de la commission urgence du SIAO.

Nous sommes également régulièrement sollicités par les services municipaux pour des difficultés en lien avec des consommations de rue et des problèmes de sécurité publique en lien avec ces consommations.

2.1.3 Diagnostic stratégique

De ma place de directrice, afin de faire face aux différents enjeux précédemment énoncés, il m'est nécessaire de réaliser un diagnostic stratégique que je réalise sous la forme d'un outil d'analyse sociologique : le SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Treats). Une version synthétique est présentée en annexe III.

A l'externe ...

✓ Les menaces

Les personnes précaires usagères de drogue sont le plus souvent stigmatisées. Ainsi, même si nous avons développé des liens avec certains bailleurs, ces liens sont pour l'instant insuffisants et les représentations négatives vis à vis de notre public ne sont pas facilitatrices. Ce problème est majoré par un marché locatif tendu sur le valenciennois (secteur le plus recherché par le public).

De plus, nos partenaires de l'AHF ont le plus souvent des règlements de fonctionnement inadaptés aux personnes usagères de drogue. Leur type d'accueil, basé sur le collectif, potentialise ces difficultés. Aussi, les durées d'accompagnement sur certains dispositifs de l'AHF (tels que les CHRS) ne sont pas forcément en adéquation avec les personnes consommatrices très éloignées de l'accès au logement car vivant l'exclusion de longues dates. Des comportements inappropriés (agressivité ou autre) du public, liés aux consommations d'alcool et de drogues accentuent encore le problème. De plus, leurs équipes ne se sentent pas *outillées* pour accompagner les personnes présentant des conduites addictives.

Nous notons qu'il n'y pas pour l'instant de financement spécifique pour un nouveau projet.

Enfin, les CAARUD évoluent depuis leur création dans un paradoxe législatif puisqu'ils ont pour mission d'accompagner les usages de drogues afin d'en réduire les risques alors que ces mêmes usages sont illicites.

✓ Les opportunités

Comme évoqué dans la partie 1.3.2, nous pouvons nous appuyer sur les politiques publiques notamment que ce soit au niveau local via le PRS ou le PDALHPD, au niveau national via le Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme et européen via le principe n°19 du socle commun des droits sociaux.

Nous sommes les seuls sur le territoire à avoir une expertise en matière de RdRD. Cette expertise est reconnue par nos partenaires et par nos autorités de tarification.

Par ailleurs, notre association jouit d'une bonne réputation. Cet état de fait est à mettre en lien avec le développement d'un travail de réseau et de partenariat avec les acteurs de l'AHl et les bailleurs du territoire même si celui-ci sera à consolider. Ces acteurs font le même constat que nous et apprécient de pouvoir coopérer avec les acteurs de l'addictologie.

De plus, des programmes inspirants ont montré leur efficacité à l'étranger et en France.

Enfin, nous bénéficions d'un regard *bienveillant* de l'ARS notre autorité de tarification et la DDETS s'intéresse de près à notre démarche.

A l'interne ...

✓ Les faiblesses

Les personnes consommatrices concernées par ce problème, le sont de longues dates et elles sont devenues méfiantes vis à vis des acteurs de l'AHl car leurs consommations et/ou leurs comportements les ont régulièrement amenées à être exclues des dispositifs.

Outre leurs conduites addictives, un certain nombre de personnes présente des pathologies associées dont des pathologies psychiatriques. Cela accroît les difficultés quant à leur accès au soin notamment du fait d'une pénurie de médecin psychiatre sur le Hainaut.

De plus, le contexte de l'augmentation des usages de crack sur le territoire accélère la dégradation de leur état et complexifie les accompagnements (fonctionnement dans l'ici et maintenant, difficulté à se projeter, difficulté à tenir les rendez-vous, ...).

Ainsi, l'équipe du CAARUD s'épuise face au manque de solutions. Elle présente un risque élevé d'usure professionnelle et de perte de sens. Elle est exposée à des risques psycho-sociaux et notamment au traumatisme vicariant. Elle se sent d'autant plus démunie qu'elle n'a pas de compétence spécifique concernant l'accompagnement en hébergement.

Par ailleurs, comme évoqué dans la partie 1.1.4, la situation a des conséquences budgétaires négatives.

De plus, bien que nous ayons une réelle dynamique partenariale, nous n'avons pas de projet co-construit avec les opérateurs de l'AHl. Chacun restant uniquement sur ses missions et ses prérogatives.

✓ Les forces

Les CAARUD sont issus d'une culture communautaire : L'implication des personnes concernées s'inscrit d'emblée dans ses principes de fonctionnement.

De plus, l'équipe qui y travaille est stable (peu de turn over), elle a un haut niveau de qualification et elle est très impliquée. Elle a bénéficié d'une formation sur le Développement du Pouvoir d'Agir (DPA) des personnes et des collectifs et participe de façon mensuelle à une analyse de pratique.

Aussi, notre équipe de direction composée de 2 cheffes de service (celle du CSAPA et celle du CAARUD) et de moi-même est une équipe solide qui porte des valeurs communes.

A toutes les strates de notre fonctionnement (l'équipe, la cheffe de service et moi-même) nous avons l'habitude de travailler en collaboration et en coopération avec l'ensemble des acteurs du territoire (sociaux, médicaux, politiques, ...).

Ses principes sont d'ores et déjà inscrits dans le projet d'établissement mais sa réécriture prochaine me donnera l'occasion d'approfondir la question de l'accès au logement. Je pourrai ainsi y associer les personnes accompagnées, l'équipe du CAARUD, la cheffe de service mais également les partenaires de l'AHl avec lesquels nous co-construirons le projet.

Une partie des missions d'*aller vers* sous forme de maraude est aujourd'hui inefficace : le temps et les moyens humains qui y sont consacrés pourront être redéployés vers un nouveau projet.

L'association porte des valeurs humanistes et militantes. L'attention portée aux plus démunis est inscrite dans son projet associatif. Y est défendu également son inscription territoriale et sa volonté de travailler et de coopérer avec ses acteurs.

Elle est également impliquée à différents niveaux au sein de la Fédération Addiction qui encourage ce type de projet. Elle participe régulièrement à des travaux de réflexion au niveau régional et national. Elle est souvent innovante voire pionnière et promeut un management très participatif.

Elle a déjà une expérience dans l'accompagnement au sein d'hébergements via les appartements thérapeutiques portés par le CSAPA.

Enfin, elle jouit d'une bonne santé financière.

Ainsi, a posteriori de cette analyse, on note de nombreuses opportunités et forces sur lesquelles nous pourrions appuyer notre projet. **Néanmoins, je retiens 2 freins qui**

pourraient hypothéquer la réussite de la démarche : la stigmatisation des personnes consommatrices de drogues qui conduit à leur rejet social et le manque de co-construction avec le secteur de l'AHJ. Pour lever ces freins, plusieurs pistes de réflexions s'offrent à moi. Je choisis de m'appuyer plus particulièrement sur 2 concepts qui pourront être mobilisés dans mon plan d'action à savoir : le plaidoyer et la co-construction.

2.2 Comment agir sur l'environnement pour favoriser l'acceptabilité sociale du dispositif ?

2.2.1 La stigmatisation des personnes usagères de drogues : un frein à l'acceptabilité sociale du projet

Afin que notre démarche puisse être couronnée de succès, un travail sur les représentations, que l'environnement (bailleurs, municipalités, partenaires, voisins, ...) se fait des personnes consommatrices de drogues et sur la stigmatisation de celles-ci, est nécessaire.

Ervin Goffman dans son ouvrage traduit de l'anglais en 1975 nous rappelle que ce sont les Grecs qui ont inventé le terme de stigmaté « pour désigner des marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée. Ces marques étaient gravées sur le corps au couteau ou au fer rouge, et proclamaient que celui qui les portait était un esclave, un criminel ou un traître, bref, un individu frappé d'infamie, rituellement impur, et qu'il fallait éviter, surtout dans les lieux publics. (...). De nos jours, le terme s'emploie beaucoup en un sens assez proche du sens littéral originel, mais s'applique plus à la disgrâce elle-même qu'à sa manifestation corporelle ». Ervin Goffman explique que lorsque nous rencontrons une personne nous avons tendance de façon inconsciente à la mettre dans une certaine catégorie et que nous avons vis à vis d'elle des exigences normatives. Nous lui attribuons alors *une identité sociale virtuelle* qui diffère de son *identité sociale réelle*. « Tout le temps que l'inconnu est en notre présence, des signes peuvent se manifester montrant qu'il possède un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie (...) qui, à l'extrême, fait de lui quelqu'un d'intégralement mauvais, ou dangereux, ou sans caractère ». Pour lui, il existe 3 catégories de stigmatés : les monstruosité du corps, les stigmatés tribaux (de race, de nationalité et de religion) et les tares du caractère. Les personnes faisant usage de drogues relèvent de cette troisième catégorie qui aux yeux des autres prend « l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté ». Enfin cet auteur défend l'idée que « par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmaté n'est pas tout à fait humaine » et « qu'afin d'expliquer son

infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmatisme ». (Goffman, 1975 : 11 à 15).

Le gouvernement canadien sur son site en ligne évoque de façon très claire la stigmatisation subie par les personnes consommatrices de drogues. Ainsi, il précise que « La stigmatisation réfère aux attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle. Elle inclut la discrimination, les préjugés, le jugement et les stéréotypes, qui peuvent isoler les personnes qui consomment des drogues ». Il précise également que cette stigmatisation peut « affecter la capacité d'une personne à trouver un logement et un emploi, ce qui affecte sa santé et sa qualité de vie ». Il explique aussi qu'il existe 3 formes de stigmatisation :

- ✓ *L'auto stigmatisation* qui renvoie au fait que la personne finit par intérioriser les messages négatifs ce qui peut entraîner une faible estime d'elle-même et un sentiment de honte. Cela peut l'amener à ne pas chercher de soutien par peur d'être jugée ou discriminée ou à cacher sa consommation de drogue.
- ✓ *La stigmatisation sociale* qui renvoie aux attitudes négatives envers les personnes usagères de drogues et leur entourage. Celle-ci est le plus souvent renforcée par les médias.
- ✓ *La stigmatisation structurelle* qui est celle exercée par les services sociaux et de santé eux-mêmes en refusant par exemple d'accompagner les personnes tant qu'elles ne parviennent pas contrôler leurs usages voire à les arrêter ou encore en ne prenant pas au sérieux leur discours, etc.

Cette année, lors des journées nationales de la Fédération Addiction, Jean-Sébastien fallu, professeur agrégé à l'école de psychoéducation de l'université de Montréal (Canada) et lui-même usager de drogue a eu ces mots très forts qui résonnent toujours en moi : « **la stigmatisation est encore plus toxique que la consommation de drogue** ».

Dès lors comment lutter contre cette stigmatisation des personnes usagères de drogue ? Comment intégrer cette dimension à ma démarche ?

2.2.2 Des outils de communication pour modifier les représentations négatives vis à vis du public

Pour que le dispositif fonctionne et ainsi permettre au public visé d'accéder à un logement, il est essentiel de travailler sur l'acceptabilité sociale du projet. De fait, la communication va être une de ses dimensions majeures. Les difficultés rencontrées, dans plusieurs grandes villes, pour l'ouverture des salles de consommations à moindre risques (aujourd'hui appelées les haltes soins addictions mais également appelées de façon

raccourcie par les média *salles de shoot*) dans plusieurs grandes villes françaises en sont un parfait exemple. Aussi j'envisage 3 options pouvant être mises en œuvre :

1. Des réunions publiques
2. Une campagne médiatique via la presse et les réseaux sociaux
3. Une action de plaidoyer

A titre d'exemple, dans les années 80, les personnes porteuses du SIDA étaient fortement stigmatisées ce qui n'est quasiment plus le cas aujourd'hui. Cette mutation s'est faite grâce au travail de plaidoyer de plusieurs associations.

L'association Sidaction a élaboré de façon pragmatique un guide permettant de *Construire une stratégie de plaidoyer* qui va au-delà de son action de lutte contre le Sida. Ainsi, elle définit le plaidoyer comme une action politique, « un moyen pour la société civile d'influencer les décisions et instances publiques, afin de défendre une cause et d'obtenir un changement de société souhaité. Il s'agit d'un processus continu d'efforts stratégiques conjugués visant à améliorer les politiques, pratiques, idées et valeurs de la société. Il renforce la capacité de décision de la société civile et favorise le développement d'institutions, de politiques et/ou de lois plus responsables et plus justes ».

Il n'est donc pas uniquement *de la communication, une plaidoirie, du lobbying, une campagne* ou encore *de la sensibilisation*. Il permet entre autres, pour l'institution qui le mets en œuvre, *une meilleure visibilité, d'effectuer ses activités de terrain dans de meilleures conditions, de nouer de nouvelles alliances, d'obtenir des soutiens et de renforcer sa base collective*.

Néanmoins, il peut occasionner certains risques dont il faut tenir compte comme son aspect chronophage qui peut avoir un impact sur ses autres activités ou encore le risque d'apparition de certains opposants.

Le guide propose sur 10 principes pour un plaidoyer efficace :

1. « Sélectionner un problème considéré comme injuste par l'organisation.
2. Rassembler des preuves fortes (recherche de haute qualité et expertise solide), capables d'impacter les cibles.
3. Comprendre et être à l'écoute des cibles.
4. Être clair sur ce que l'organisation souhaite obtenir – ne pas céder.
5. Utiliser des tactiques variées, adaptées à la situation.
6. Écouter et impliquer les personnes concernées.
7. Maximiser les opportunités de travailler avec des alliés.
8. Communiquer de manière claire et rapide, mais constante sur le long terme.
9. Chercher des solutions.
10. Maintenir une conduite prudente. » (Sidaction, 2020 :74)

Au vu de la stigmatisation vécue par les personnes accompagnées par le CAARUD, mettre en place une démarche de plaidoyer me paraît donc opportune. Elle permettra, en effet, de **rendre acceptable par l'environnement la mise en œuvre d'un dispositif favorisant l'accès au logement des personnes faisant usage de drogue en situation de précarité accompagnées par le CAARUD.**

2.2.3 Le choix du plaidoyer comme stratégie d'action

Suite à la présentation de la démarche au CA, l'option retenue est le déploiement d'une action de plaidoyer au niveau local. En effet, celle-ci nous paraît plus large et permet d'inclure les 2 autres (campagne de médiatique et réunions publiques).

Ainsi, de ma place de directrice et en collaboration avec le CA, il va me falloir lister les acteurs stratégiques en direction desquels il va être opportun d'intervenir et décider la mise en place d'actions à partir des différents niveaux hiérarchiques de notre organisation (CA, Direction, Chefferie de service, équipe du CAARUD et personnes accompagnées).

Les acteurs ciblés seront notamment :

- ✓ Au niveau municipal : les maires, les conseillers municipaux en charge de la santé, de l'habitat et de la sécurité, les médiateurs santé, les médiateurs de rue, les agents de la propreté urbaines ...
- ✓ Au niveau des bailleurs : les directeurs d'agence et les agents techniques
- ✓ Dans les quartiers où seront implantés les appartements co-gérés : il s'agira surtout d'avoir des actions de médiations avec le voisinage qui veilleront néanmoins à préserver la confidentialité concernant les problématiques addictives des personnes accompagnées
- ✓ Les services de Police : l'ensemble de la chaîne hiérarchique
- ✓ Au niveau des acteurs de l'AHI : les équipes de direction et les professionnels
- ✓ Au niveau des acteurs du soin : le chef de Pôle de psychiatrie, les équipes des CMP, les médecins généralistes et spécialistes, ...

La stratégie déployée reposera sur les 10 principes de plaidoyer énoncés plus haut. Elle visera, outre le travail sur les représentations, la montée en compétences des différents acteurs et pourrait s'appuyer pour cela sur les fondements de la co-construction.

2.3 La coopération, les compétences collectives et la co-construction : des dimensions incontournables du dispositif ?

2.3.1 Les concepts de coopération, de co-construction et de compétences collectives

Pourquoi choisir de coopérer plutôt que de collaborer ? Si on se réfère à l'économiste Eloi Laurent dans son ouvrage, *l'impasse collaborative*, collaborer et coopérer diffèrent de 3 façons :

« 1) la collaboration s'exerce au moyen du seul travail, tandis que la coopération sollicite l'ensemble des capacités et finalités humaines ;

2) la collaboration est à durée déterminée, tandis que la coopération n'a pas d'horizon fini ;

3) la collaboration est une association à objet déterminé, tandis que la coopération est un processus libre de découverte mutuelle ». (Laurent, 2018 : 18). Ainsi pour lui, la collaboration se limite « à l'accomplissement en commun d'une tâche nécessaire » (Laurent, 2018 : 15) alors que la coopération « loin d'être une machine sociale visant l'utilité et l'efficacité, la coopération (...) la forme d'une intelligence collective. (...) elle permet l'ordonnancement et la synthèse du monde existant (l'organisation) tout en faisant émerger l'inattendu et le nouveau (la création). La collaboration peut remplir la première fonction mais pas la seconde » (Laurent, 2018 : 16). Ainsi pour un projet tel que le nôtre, c'est bien d'intelligence collective que nous avons besoin et de créativité car même si nous pouvons nous appuyer sur des expériences existantes, nous allons développer un dispositif novateur que nous allons devoir co-construire.

Pour le sociologue des organisations Michel Foudriat, la co-construction peut être définie comme « un processus par lequel un ensemble d'acteurs différents :

- Expriment et confrontent les points de vue qu'ils ont sur un fonctionnement, organisationnel, sur leur représentation de l'avenir d'un territoire, sur une innovation technique, sur une problématique de connaissance ;
- S'engagent dans un processus d'intercompréhension des points de vue respectifs, et cherchent la convergence entre ceux-ci ;
- Cherchent à trouver un accord sur des traductions de leurs points de vue compatibles entre elles pour arrêter un accord (un compromis) sur un projet matériel (...) ou immatériel (un projet). Concrètement, le processus de co-construction d'un projet aboutit à un document formel qui devient la traduction acceptable acceptée par les différents acteurs parties prenantes » (Foudriat, 2021 : 17 et 18).

Dans le cadre du dispositif, un projet d'appartements co-gérés avec les acteurs de l'AHJ pouvant accueillir des personnes consommatrices de drogue nécessiterait que nous nous appuyions sur ce concept et ses modalités opérationnelles. Il nous faut donc réfléchir aux conditions de sa mise en œuvre et de sa réussite. Pour Michel Foudriat, **5 principes sont incontournables : équivalence, égalité, liberté de parole, reconnaissance mutuelle et meilleur argument comme achèvement des délibérations.** Ce qui est intéressant ici, c'est que ce n'est pas nécessairement un compromis que je qualifie de *mou* qui est recherché mais bien la recherche de la meilleure argumentation. La parole de chacun a la même valeur et chacun a des compétences que l'autre n'a pas. 1 + 1 ne fait donc pas 2 mais bien 3 voire 4 puisqu'à la fois, on prend le meilleur de chacun et que cela conduit également à produire de nouvelles compétences qui sont collectives.

Guy Le Boterf consultant pour de grandes organisations telles que l'UNICEF ou même l'Union Européenne explique que « les exigences d'efficacité collective font que les salariés doivent non seulement être capables de tenir un poste de travail mais également coopérer avec d'autres. **C'est la qualité de la coopération d'un collectif de travail qui fait la performance collective** » (Le Boterf, 2018 : 9). Ainsi, il définit les compétences collectives en termes de relation de coopération. Il s'agit pour lui de « la capacité d'un collectif de travail à atteindre un objectif commun et résultant de la qualité du tissu des relations de coopération mises en œuvre par les acteurs de ce collectif pour l'atteindre » (Le Boterf, 2018 : 35).

2.3.2 La co-construction : un outil à la fois managérial et partenarial

A) La co-construction au sein de l'équipe du CAARUD

Au sein des structures que je dirige et notamment au CAARUD, c'est tous les jours que nous co-construisons. En effet, nous avons de nombreux espaces institutionnels qui le favorisent que ce soit au sein du CSE, des réunions de services, des journées thématiques, ...

Dans son ouvrage *la co-construction : une alternative managériale*, Michel Foudriat nous explique qu'il existe des conditions facilitatrices à la co-construction. Ainsi, il s'agit de l'indépendance de l'espace dialogique ; l'autonomie de l'intervenant ; l'engagements des acteurs dirigeants ; l'organisation spatiale de l'espace dialogique ; la composition des espaces dialogiques ; la préparation des acteurs à la logique d'un processus co-constructiviste. Louisa Yousfi dans son *Abécédaire de la complexité* nous précise que *la dialogique* selon Edgard Morin exprime « la relation complexe, c'est-à-dire complémentaire, concurrente de deux logiques » ainsi « la dialogique tient à ce que les logiques ne

fusionnent pas mais demeurent distinctes dans leur interaction complémentaire ». (Yousfi, 2013). Dans le contexte de la co-construction ces espaces dialogiques sont plus particulièrement des espaces de délibération.

Concernant le CAARUD, **la difficulté réside dans le fait que la co-construction se vit en interne mais pas ou peu avec nos partenaires de l'AHJ**. C'est donc bien cet axe de travail qu'avec la cheffe de service et l'équipe, il va nous falloir développer.

B) Les prérequis à la co-construction avec les acteurs de l'AHJ

Pour co-construire avec les acteurs de l'AHJ, il va d'abord nous falloir faire face à certaines difficultés voire à certains écueils. Michel Foudriat relève des difficultés au niveau du travail d'élaboration des contenus et au niveau des attitudes et des interactions des acteurs.

Pour les premières, il évoque :

- ✓ *La diversité des points de vue exprimés non représentative* : certains acteurs participent faiblement alors que parfois un petit nombre participe de façon majoritaire. Il faut donc être attentif à répartir de façon équitable les interventions des uns et des autres.
- ✓ *Une minoration de l'expression de points de vue au profit de récits descriptifs et informatifs* : Souvent par prudence, par peur du jugement ou du conflit, les acteurs relatent une situation de façon descriptive mais ne donnent pas leur point de vue sur cette situation.
- ✓ *L'absence de fil rouge dans les interventions des acteurs : l'éparpillement des réflexions* : Cet éparpillement peut subvenir notamment quand l'objectif de départ n'est pas clairement énoncé ou en l'absence de facilitateur. Il peut également intervenir lorsque les interventions sont trop brèves ou du fait d'un trop grand nombre de réflexions de natures différentes.
- ✓ *Une surabondance, sur une même problématique, de réflexions et de propositions impossibles à traiter*
- ✓ *La récurrence des débats* : le fait que les mêmes réflexions ou controverses se répètent au sein d'une même séquence ou d'une séquence à l'autre peut entraîner du découragement voire une désaffection des acteurs surtout chez ceux qui y assistent de façon passive.
- ✓ *Une tendance à un développement de réflexions abstraites, générales, philosophiques ou idéologiques* ce qui peut conduire à un sentiment d'impuissance et d'insatisfaction.

- ✓ *L'usage de termes flous, ambigus, insuffisamment explicites* risquant ainsi des incompréhensions réciproques et des malentendus
- ✓ *Une absence de progression du processus* c'est à dire *l'envahissement par des répétitions trop fréquentes* : dans cette situation l'action du facilitateur est donc primordiale.
- ✓ *Des échanges d'idées peu pertinentes, peu créatives* qui risquent d'enliser le processus.

Concernant les difficultés liées aux attitudes et aux interactions des acteurs, Michel Foudriat relate les suivantes :

- ✓ *L'absence de (ou la faible) participation de certains acteurs au processus* par un manque de connaissance ou encore par un déficit de compétences sociolinguistiques. Ces différents facteurs peuvent conduire à l'auto-exclusion des débats.
- ✓ *Une majorité d'interventions faites par un très petit nombre d'acteurs participants*
- ✓ *Une disproportion dans les durées des interventions*, certains ayant tendance à monopoliser la parole.
- ✓ *Une absence de respects, de considération pour la parole de l'autre* : ainsi l'absence de régulation peut conduire à la stigmatisation de la parole de certains. Dans notre cas, par exemple, celles des personnes usagères de drogue.
- ✓ *La difficulté d'affronter les rapports de pouvoir, les controverses et les conflits*
- ✓ *Les jeux de compétition* : à la différence du cas de figure précédent certains peuvent rentrer dans une compétition afin de chercher à imposer leur propre point de vue.
- ✓ *Le renforcement, chez certains acteurs, de la croyance dans le bien-fondé de leurs points de vue*
- ✓ *L'emprise des émotions et l'absence de distance dans les interactions* : cela peut se traduire notamment par des réactions agressives ou au contraire de la sidération empêchant momentanément toute activité cognitive
- ✓ *Le positionnement ambigu des acteurs dirigeants* : Les observations montrent que les acteurs dirigeants (malgré un discours qui peut être contraire) cherchent « à conserver pour eux seuls la mainmise sur le processus décisionnel final faisant du processus une consultation ou une concertation » (Foudriat, 2021 : 69) et non plus une co-construction.

Dans le cadre des actions à entreprendre, il me faudra donc tenir compte de ces différentes difficultés qui pourraient venir entraver la démarche.

2.3.3 Co-construire avec les personnes accompagnées ou comment s'appuyer sur le savoir expérientiel

La RdRD et les CAARUD sont nés sous l'impulsion de groupes de santé communautaires comme Actup, AIDES ou encore ASUD (Autosupport des Usagers de Drogues). Aussi, au sein de notre CAARUD l'implication des personnes accompagnées est primordiale. Il s'agit de nous appuyer sur leur savoir expérientiel.

Dans son article *Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ?*, Ève Gardien cite Thomasina Borkman qui définissait le savoir expérientiel comme « une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par raisonnement discursif, observation ou réflexions sur des informations fournies par d'autres » (Gardien, 2017 : 32) Pour exemple, dans le but de toucher un public qui ne venait pas dans notre structure, nous nous sommes appuyés sur l'expertise des personnes qui fréquentent régulièrement notre structure. Nous avons ainsi créé des binômes : Personnes accompagnées / Professionnels du CAARUD afin d'effectuer des maraudes sur nos territoires d'intervention.

Concernant le dispositif, il s'agit d'utiliser le savoir expérientiel des personnes concernées accompagnées par le CAARUD. Pour commencer, il me faut, tenir compte des préconisations et des pistes d'actions proposées via le diagnostic de besoin (Cf. 1.2.3) dans le plan d'action qui sera le mien. Pour rappel, elles souhaitent :

- ✓ L'amélioration de la qualité de la communication entre usagers et professionnels de l'AHI.
- ✓ La sensibilisation voire la formation des professionnels afin qu'ils aient une meilleure connaissance des réalités des consommateurs.
- ✓ Que leur capacité à consommer de façon « responsable » soit entendue et reconnue.
- ✓ Avoir le choix d'évoquer ou non leurs usages, leurs traitements et ne pas être dans l'obligation de confier celui-ci
- ✓ Avoir le droit à la libre adhésion et ne pas avoir à justifier de leurs consommations
- ✓ Bénéficier de la confiance et du respect de leur intimité
- ✓ Avoir le choix de la personne qui les accompagne dans leur démarche socio-éducative sans que cela soit nécessairement un professionnel de la structure d'hébergement.
- ✓ Avoir des horaires d'accueil plus souples, avoir la possibilité de « découcher » sans perdre leur place et de recevoir des invités.

- ✓ Avoir la possibilité d'expérimenter, de *faire leurs preuves* en ne passant pas forcément par les dispositifs d'urgence.
- ✓ Bénéficier *du droit à l'oubli*.

2.4 Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, j'ai pu montrer, à l'aide notamment d'un diagnostic stratégique, les forces, les opportunités mais aussi les faiblesses et les menaces de notre projet. J'ai repéré notamment 2 freins qui pouvaient l'hypothéquer à savoir : la stigmatisation vécue par les personnes consommatrices de drogues particulièrement celles en situation de précarité et le manque de coopération avec le secteur de l'AHI. J'ai donc décidé, en appui sur les auteurs, d'intégrer à la mise en place du dispositif favorisant l'accès au logement, les concepts de co-construction et de plaidoyer. Ils seront au cœur de ma démarche.

Ainsi dans cette troisième partie, je vais tout d'abord définir mon plan d'action, expliciter sa mise en œuvre pour enfin traiter de mon plan de communication et de l'évaluation du projet.

3 LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

3.1 Définition du plan d'action

3.1.1 Objectifs stratégiques, opérationnels et axes majeurs du dispositif

En lien avec les enjeux et risques énoncés (cf. 1.3.3), voici une description synthétique de mes objectifs stratégiques et opérationnels :

	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels
Au niveau des personnes accompagnées	Via l'accès au logement, améliorer la qualité de vie des personnes (santé, social, ...)	Réduire les risques en lien avec les pratiques de consommations Éviter le recours tardif au soin Améliorer la gestion du quotidien (administratif, gestion de budget, ...) Diminuer les risques judiciaires
Au niveau des professionnels	Améliorer la QVCT des professionnels Diminuer les risques psycho-sociaux	Eviter les situations d'impasse des accompagnements Diminuer les missions de services pour favoriser les missions de RdR Favoriser la montée en compétence

	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels
Au niveau de l'association et du CAARUD	<p>Être en cohérence avec notre démarche militante de lutte contre la stigmatisation des personnes usagères de drogue</p> <p>Favoriser le déploiement des actions de l'association sur le territoire</p> <p>Favoriser l'innovation sociale</p> <p>Donner une image positive auprès des partenaires et notamment des financeurs</p> <p>Assurer la pérennité du CAARUD</p> <p>Favoriser l'inscription des personnes consommatrices dans l'espace public</p> <p>Contribuer à améliorer la sécurité publique</p>	<p>Développer des coopérations avec le secteur de l'AHJ et notamment des hébergements co-gérés</p> <p>Faire monter en compétence les opérateurs de l'environnement du CAARUD sur la question de la RdR</p> <p>Favoriser l'accès des personnes accompagnées aux structures d'hébergement du territoire</p> <p>En agissant sur la diminution des consommations, diminuer les coûts concernant le matériel de RdR</p> <p>Obtenir un financement pour le nouveau dispositif</p> <p>Développer une action de plaidoyer</p> <p>Favoriser l'acceptabilité sociale du projet</p> <p>Diminuer les consommations dans l'espace public</p>

Ainsi, le dispositif s'appuiera sur 4 axes majeurs :

Axe 1 : Le développement d'appartements co-gérés avec la Croix-Rouge

Axe 2 : Le double enjeu de la montée en compétences de l'équipe du CAARUD et des acteurs du territoire

Axe 3 : L'accompagnement à la mise en place de la RdR appliquée à l'alcool au sein des hébergements de 2 opérateurs de l'AHI

Axe 4 : La mise en place d'une permanence du SIAO au sein du CAARUD et de permanences du CAARUD dans les accueils de jour de Valenciennes

3.1.2 Les moyens humains et financiers

Axe 1

Comme évoqué dans la partie 2.1.2, une partie de notre action d'action d'*aller vers* sous forme de maraude est, de fait, aujourd'hui inefficace. Ainsi, le binôme formé par une éducatrice spécialisée et une IDE pourrait être redéployé pour le dispositif notamment les appartements co-gérés du moins pour sa phase d'expérimentation.

En effet, du fait de l'absence de ligne budgétaire dédiée pour ce projet au CAARUD mais via des crédits accordés par la DEETS à nos partenaires de la Croix-Rouge, nous faisons le choix d'une ouverture progressive de 5 appartements co-gérés en 2 ans : 2 la première année et 3 la seconde. Nous avons convenu avec nos financeurs une phase d'expérimentation de 3 ans afin d'évaluer la pertinence de la démarche.

L'action sera coordonnée par la cheffe de service en co-gestion avec le chef de service de la Croix-Rouge.

Axe 2

Comme il sera développé dans la partie 3.2.2., la sensibilisation des acteurs du territoire sera réalisée lui aussi par un binôme composé d'une IDE et d'un ES.

Axe 3

La cheffe de service sera mobilisée plus particulièrement pour cet axe. Elle co-construira avec ses homologues de l'AHI et les personnes accompagnées, un programme

d'accompagnement à la mise en place de la réduction des risques appliquée à l'alcool au sein de 2 CHRS du territoire.

Axe 4

2 éducatrices spécialisées seront dédiées pour les permanences au sein des 3 accueils de jours de Valenciennes.

NB : les actions de plaidoyer portées par l'équipe du CAARUD seront coordonnées par une Éducatrice Spécialisée qui en a l'expérience.

Les axes les 2, 3 et 4 n'ont pas directement d'impact budgétaire hormis les sommes mobilisées pour le plan de formation.

3.1.3 DUERP et projet de service : les nécessaires ajustements

A) DUERP

Sur le site du service public des entreprises, il est précisé que « le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est obligatoire dans toutes les entreprises dès l'embauche du 1^{er} salarié. L'employeur consigne dans ce document le résultat de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité auxquels peuvent être exposés les salariés. L'évaluation des risques professionnels est de la responsabilité de l'employeur et s'inscrit dans le cadre de son obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés. Cette évaluation respecte les principes généraux de prévention ».

Comme évoqué à plusieurs reprises, les risques psycho-sociaux sont particulièrement importants pour l'équipe du CAARUD du fait de la spécificité de ses missions et du public qu'elle accompagne. Aussi en tant que directrice, je suis notamment attentive à évaluer ces risques et à mettre œuvre les réponses que j'estime nécessaires. Dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif de nouveaux risques apparaissent notamment en lien avec l'accompagnement à domicile au long cours et dans le cadre des actions de plaidoyer. Je serai donc vigilante à cette évaluation en mobilisant la cheffe de service, l'équipe et le CSE. **Les professionnels bénéficient déjà de différents temps de débriefing, de réunions de service, d'analyse de pratique, d'échange de pratique, etc. Je mettrai donc davantage l'accent sur la formation.** Ainsi le DUERP sera amendé en ce sens (Cf. Annexe IV).

B) Le projet de service

Le projet de service du CAARUD devant être actualisé en 2023, le dispositif pourra y être intégré. Il s'agit bien ici d'une actualisation et non pas de son élaboration. La méthodologie employée sera donc adaptée en conséquence. L'HAS dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles précise que l'« actualisation consiste à :

- Intégrer dans les éléments descriptifs les évolutions constatées (par exemple, dans les modes d'organisation, etc.) ;
- Revoir les projections et les objectifs d'amélioration (le plan d'actions) en fonction des contraintes et des opportunités qui se présentent, des évolutions constatées dans les tableaux de bord. »

Ainsi elle prendra la forme d'une simple mise à jour des données et du plan d'action.

Les principaux objectifs seront :

- ✓ **Vérifier sa cohérence avec l'évaluation via le référentiel HAS prévue en juin 2023**
- ✓ **Vérifier auprès des personnes accompagnées l'adéquation entre leurs besoins et les prestations proposées par le CAARUD dans le cadre des missions fixées par décret.**
- ✓ **Vérifier si de nouveaux besoins émergent et comment éventuellement y répondre**
- ✓ **De mettre à jour les fiches actions**
- ✓ **De créer les fiches actions en lien avec le nouveau dispositif**

Cette révision sera pilotée par un groupe composé de personnes accompagnées, de bénévoles pairs, de salariés, de membre du CSE, de membres du CA, de partenaires, de la cheffe de service et de moi-même.

3.1.4 Les actions managériales dans le cadre de la GEPP

Apparue, suite aux Ordonnances dites *Macron 2017*, la Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (anciennement nommée Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences) est uniquement obligatoire pour les *entreprises* de plus de 300 salariés. Elle reste cependant un outil qui peut être utilisé et pertinent pour une structure comme le CAARUD. Le ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion (via son site internet précise clairement la définition de la GPEC (et non celle de la GEPP). Je m'appuierai donc sur celle-ci : La GPEC « est une méthode pour adapter – à court et moyen termes – les

emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues de la stratégie des entreprises et des modifications de leurs environnements économique, technologique, social et juridique. La GPEC est une démarche de gestion prospective des ressources humaines qui permet d'accompagner le changement. ».

Dans le cadre de la GEPP du CAARUD, le plan de développement des compétences que j'ai proposé et qui a été validé par le CSE est le suivant :

Le binôme de professionnels en charge de réaliser les actions de sensibilisation auprès des acteurs du territoire bénéficiera de la formation mise en place par la Fédération Addiction et la FAS. Au terme de cette formation, le binôme sera en mesure :

- ✓ **De sensibiliser les professionnels de l'AHJ aux problématiques addictives**
- ✓ **De les outiller pour qu'ils puissent accompagnées au mieux les personnes accueillies au sein de leurs structures**
- ✓ **De faire émerger des pistes d'actions de prévention et d'accompagnement, en coopération avec le secteur spécialisé en addictologie.**

Dans le cadre de la mise en place, des appartements co-gérés, le binôme IDE/ES bénéficiera des stages croisés avec l'équipes des appartements thérapeutiques du CSAPA. Ces stages auront pour but, de le faire monter en compétence sur la question de l'accompagnement à domicile. Il suivra également la formation organisée par le Pole REssources recherche Formations en Action Sociale (PREFAS) Hauts de France, et financée par la DEETS : *Le logement d'abord vu par tous ses acteurs* dont les objectifs sont les suivants :

- **« s'approprier la connaissance des dispositifs logement et de ses acteurs**
- **développer la connaissance des publics concernés et accompagner l'accès et le maintien dans le logement**
- **soutenir la mise en réseau et l'interconnaissance des acteurs sur le territoire d'intervention**
- **favoriser dans les postures et pratiques professionnelles, la mise en œuvre de l'aller vers, de l'accès au droit et du développement du pouvoir d'agir des personnes. »** Le programme est présenté en annexe V.

Pour rappel (Cf. 1.1.1.), les CAARUD ont dans leurs missions la spécificité de développer « des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues ». Dans le cadre, de la démarche de plaidoyer pour la mise en œuvre du dispositif, cette mission revêt un caractère prioritaire. Il convient donc de former l'ensemble de l'équipe à la médiation sociale. Pour développer ses formations, l'association France Médiation s'appuie sur la

définition suivante de la médiation sociale : « La médiation sociale est définie comme un processus de création et de réparation du lien social et de règlement de conflits de la vie quotidienne dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou régler des conflits qui les oppose ». **L'équipe bénéficiera donc d'un programme adapté à ses besoins et co-construit avec la Mission Régionale d'Appui (MRA) Hauts de France qui dépend de France Médiation.**

3.1.5 Les actions organisationnelles

L'impact organisationnel de la mise en place du dispositif intervient à différents niveaux. Ainsi, il convient de modifier les plannings afin d'y intégrer les différents temps de formation précédemment évoqués. De plus, il faut coordonner avec les intervenants de la Croix-Rouge, les temps d'intervention à domicile et les temps de réunion. Il faut également programmer les sensibilisations des acteurs du territoire et enfin intégrer les permanences chez les partenaires. J'ai demandé à la cheffe de service du CAARUD de me faire des propositions en ce sens et je lui ai également demandé de s'organiser avec la cheffe de service du CSAPA pour la programmation des stages croisés. Il a été convenu en réunion de direction que les interventions et différentes réunions auraient lieu dans la mesure du possible l'après-midi hormis pour les stages croisés qui se dérouleront en journée et les permanences chez les partenaires qui auront le lieu les mercredi matin.

Voici donc un planning type :

SEMAINE N° DU AU					
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	ACCUEIL	ACCUEIL	ACCUEIL	ACCUEIL	ACCUEIL
	ES 1	ES 2	ES 1	ES 2	ES 1
	ES 2	ES 4	ES 4	ES 4	ES 2
	IDE 1	IDE 2	ES 5	IDE 2	IDE 1
	AVESNOIS	AVESNOIS	AUTRE	AUTRE	AUTRE
	ES 3 + ES 4	IDE 1 et ES 5	IDE 1 et médecin : permanence médicale	IDE 1 et ES 1 : DEMO	Permanence SIAO
	AUTRE Permanence AS ES 5 : Admin	AUTRE Permanence AS ES 1 et ES 3 = admin	ES 2 et ES 3 : permanence Accueils de jour	ES 5 : Travail sur action de plaidoyer	ES 5 : Travail sur action de plaidoyer ES 3 et ES 4 : Diagnostic Denain
APRES MIDI	MARAUDE	MARAUDE	ES 2 et IDE 1 : Admin RDV/ VAD pour les autres	MARAUDE	REUNION D'EQUIPE (ou analyse de pratique)
	ES 2 et ES 5	ES 1 et ES 4		ES 5 et ES 2	
	AVESNOIS	AVESNOIS		SENSI	
	ES 3 et ES 4	IDE 1 et ES 5		ES 1 et IDE 1	
	AUTRE ES 1 et IDE 1 : DEMO	AUTRE ES 2 et IDE 2 : AT co- géré, ES 3 : Diagnostic Denain		AUTRE ES 4 et IDE 2 : Permanence femme + Admin	

Légende

AS : Assistant Social ; ES : Éducateur Spécialisé ; IDE : Infirmier Diplômé d'État
Admin : Temps administratifs (écrits professionnels, etc.) ; AT co-géré : Appartements co-gérés avec la Croix-Rouge ; DEMO : DELivrance de Matériel en Officine ; SENSI : Sensibilisation des acteurs du territoire ; Diagnostic Denain ; diagnostic de besoin sur le territoire du Denais ; RDV/ VAD : Rendez-Vous extérieurs / VAD : Visite à Domicile

Le présent plan d'action ayant été validé par le CA de l'association puis présenté en CSE, je peux désormais conduire sa mise en œuvre.

3.2 Sa mise en œuvre

3.2.1 AXE 1 : Le développement d'appartements co-gérés avec le pôle hébergement de la Croix-Rouge

- A) La Croix-Rouge : Un choix de partenaire de l'AHJ pour le développement des appartements co-gérés qui apparaît comme une évidence

Depuis de nombreuses années, un partenariat étroit s'est développé avec la Croix Rouge. En effet, cette dernière est déjà très sensibilisée à la question des addictions car elle porte un Dispositif D'Accompagnement Après Sevrage (DAAS). Au sein de celui-ci intervenait une psychologue mise à disposition par notre CSAPA afin de mener un groupe de paroles auprès des résidents et de venir en aide à l'équipe dans sa réflexion clinique. Au bout de quelques années, il a été décidé par l'équipe de la Croix Rouge de se centrer uniquement sur les personnes présentant une problématique alcool. L'association s'est alors retirée de ce projet (l'Intersecteur d'Alcoologie du Hainaut étant déjà présente sur la structure), tout en conservant des liens de proximité facilitant ainsi l'accès au soin des personnes poly consommatrices.

De plus, nous portons avec la Croix-Rouge des valeurs communes et notamment celles déclinées dans son projet associatif : Humanité, Impartialité, Neutralité, Indépendance, Volontariat, Unité et Universalité.

Aussi la Croix Rouge « porte une attention particulière à ceux qui n'ont plus de solution » ce à quoi nous souscrivons également. Le choix de coopérer avec elle pour ce projet nous apparaît comme une évidence.

B) Les objectifs et le public visés par les appartements co-gérés

Les objectifs

- ✓ Favoriser l'amélioration de la qualité de vie en permettant la satisfaction des besoins primaires (ex : sécurité, alimentation, etc.).
- ✓ Travailler sur la gestion des risques liés aux consommations afin que celles-ci ne soient pas un frein au projet de vie de la personne notamment l'accès à un logement sécurisé, confortable et s'inscrivant dans la durée.

Le public

Il s'agit d'accueillir des personnes en situation de précarité accompagnées par le CAARUD, ne disposant pas d'un logement stable et digne et pour qui l'accompagnement dans les dispositifs classiques d'hébergement est problématique (ex : personnes en difficulté avec le collectif, personne dont les consommations sont incompatibles avec un accompagnement dans le droit commun, etc.).

C) Le co pilotage par les équipes de direction de la Croix-Rouge et du CAARUD

Dans un premier temps, il sera primordial avec nos homologues de la Croix-Rouge de **nous accorder sur les fondamentaux** de notre projet afin de définir une feuille de route claire pour nos équipes. Après avoir signé une convention partenariale, il nous faudra donc mener un travail de co-construction via un comité de pilotage (COPIL). Celui-ci sera composé des 2 équipes de Direction (Directeur et chef de service du CHRS de la Croix-Rouge de Valenciennes et Cheffe de service du CAARUD et moi-même). Ce COPIL aura également pour mission d'œuvrer auprès des bailleurs sociaux afin de favoriser la captation de logements. Il faudra également travailler à la possibilité de mise en œuvre de baux glissants pour un accès plus rapide au logement. Pour que ce COPIL soit efficient, il devra s'inscrire dans la durée avec une rythmicité des rencontres mensuelles dans un premier temps.

D) Les outils de loi 2002-2 comme supports à la création d'une équipe commune de professionnels impliquant les personnes concernées

Dans la cadre de ce projet, l'idée est bien que les professionnels de la Croix-Rouge et celle du CAARUD fassent équipe commune. Une équipe de 4 professionnels (2 éducateurs spécialisés du CHRS de la Croix-Rouge, 1 éducateur spécialisé et 1 IDE du CAARUD) apparaît être nécessaire pour faire face au période d'absence afin qu'il y ait toujours au moins un binôme CHRS/ CAARUD.

Les chefs de service des 2 structures devront donc dans un premier temps travailler à l'acculturation des 2 équipes via une dynamique co-construite s'appuyant sur les travaux de Michel Foudriat (notamment ses 5 principes incontournables pour une co-construction réussie : équivalence, égalité, liberté de parole, reconnaissance mutuelle et meilleur argument comme achèvement des délibérations).

Ils pourront également s'appuyer sur les outils de la loi 2002-2 en œuvrant à la création du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour, du projet individuel, du livret d'accueil et du questionnaire d'évaluation. Les personnes accompagnées devront également être associées à la démarche. Ces différents outils devront être validés par le COPIL de direction.

E) Organisation de l'action

Il conviendra de définir le rythme des co-interventions et les modalités communes de l'accompagnement en s'appuyant sur l'expertise de chacun des membres de l'équipe. Des réunions de coordination entre professionnels et des réunions de synthèse régulières avec les personnes accompagnées au sein des appartements seront également à prévoir.

3.2.2 AXE 2 : La sensibilisation à la RdRD des acteurs du territoire et la montée en compétence de l'équipe du CAARUD sur l'accès au logement : un double enjeu

Des actions de sensibilisations sur la question de la RdRD seront proposées et co-construites avec les différents acteurs du territoire.

Les sessions de sensibilisation devront permettre aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques et de passer à l'action pour les faire évoluer. Pour cela, ces sessions comporteront des aspects théoriques (Risque, usages, facteurs de dépendance, philosophie et pratique de la RdRD, dispositifs d'addictologie, ...) et des réflexions pratiques sur ce qui pourrait être mis en place dans les établissements des participants.

Par ailleurs, des stages croisés entre équipe du CAARUD et acteurs de l'AHI seront proposés. Ils auront pour objectifs :

- ✓ **D'améliorer le fonctionnement des services en réseau (comme le sont le CAARUD et le secteur de l'AHI)**
- ✓ **D'améliorer la compréhension des rôles de chacun pour assurer une continuité optimale dans le parcours d'accès au logement des personnes**
- ✓ **De faire monter en compétences l'ensemble des professionnels**

3.2.3 AXE 3 : l'accompagnement à la mise en place de la RdR appliquée à l'alcool au sein des hébergements de 2 opérateurs de l'AHJ

Matthieu Fieulaine, un des pères fondateurs de la RdR appliquée à l'alcool en France m'a envoyé, il y a quelques années, un document en reprenant les principes. Ainsi, il y explique que la RdR alcool vise les mêmes principes que celles pour les autres drogues. Il précise « Cette démarche se veut être une approche pragmatique, alternative et complémentaire au dogme abstinenciel en vigueur. Vu l'importance des fonctions et du rôle remplis par l'usage, travailler sur la perspective d'un arrêt total, comme l'envisage l'alcoologie classique, génère chez beaucoup d'usager des freins et des anxiétés majeures : refus d'une soumission à une autorité contrôlante, crainte et les expériences vécues de l'échec, rupture du soin lorsque le sevrage n'est pas envisageable, logiques de désinsertion et de désocialisation accrues, accroissement des dommages induits, perte de confiance dans ses compétences, perspective d'un deuil inabordable, sentiment (ou la réalité) qu'il n'y a pas dépendance mais seulement abus et donc capacité de gestion, perception des usages d'alcool vécus comme indispensable (social, identitaire, contextuel) etc. ».

Les principes de la RdR appliquée à l'alcool :

- « Accepter qu'une personne consomme, quels que soient les méfaits induits et l'éventuel degré de dépendance, s'il y a trop grande souffrance ou impossibilité pour elle à arrêter ou même tout simplement choix de continuer à boire. Il est préférable de travailler à la diminution des méfaits plutôt que de voir sortir du soin des personnes en échec.
- Recréer et redéfinir le lien qui se tisse entre usagers et intervenants. C'est prendre l'usager tel qu'il est, là où il se trouve dans son parcours de vie et d'usages. C'est repenser les modalités de la rencontre (accueillir inconditionnellement, aller vers) et les modalités d'accompagnement. Repenser le positionnement du soignant. Sortir de la *toute-puissance* de l'aidant et définir les objectifs atteignables conjointement avec l'usager.
- Définir la Réduction des Risques c'est d'abord définir les risques. La notion de risque en alcoologie est absente du discours social, profane et savant, sur les usages d'alcool qui ne reconnaît que l'usage *sain* ou *la dépendance (tout ou rien)*.
- La RdR alcool ne doit pas limiter son intervention à la seule catégorie *usages à risques* ou *nocifs*, cette catégorisation devenant obsolète puisqu'il s'agit d'intervenir sur les conséquences néfastes d'un usage, qu'il y ait ou non dépendance. Elle s'étend à tous les niveaux de consommation. Il faut mettre donc en place un continuum d'intervention qui va de la prévention au soin, de l'usage simple à la dépendance.

- La RdR Alcool doit s'attacher aux conséquences bio-psycho-sociales des conduites d'alcoolisation et réduire les dommages induits en sollicitant toutes les ressources possibles.
- La RdR Alcool intervient d'abord en vue de modifier les modalités d'usages dans l'optique d'une amélioration de la situation. Qu'il s'agisse des niveaux quantitatifs de consommation, des modes d'administration/absorption (aspects qualitatifs) ou des contextes d'usages.
- La RdR Alcool envisage l'histoire de l'utilisateur comme une carrière. Sortant du modèle *Maladie* qui prévaut dans la compréhension et l'intervention autour des pratiques de consommation. Il s'agit d'aider l'utilisateur à mieux gérer cette carrière et à moins la subir dans le respect de ses aspirations et de ses moyens. ».

C'est sur ces principes que depuis 2022, nous accompagnons au sein du CAARUD, les consommations d'alcool de notre public dans une visée de réduction des risques. Je ne développerai pas ici le constat, ni le plan d'action qui ont conduit à sa mise en œuvre mais vous trouverez en annexe VI, un document réalisé par un des éducateurs spécialisés du CAARUD pour faire la présentation de notre démarche lors d'une des commissions thématiques de la SIAO.

De façon pragmatique, les consommations d'alcool sont autorisées mais soumises à 3 règles assez simples :

- ✓ Consommation dans un verre.
- ✓ Pas de partage d'alcool.
- ✓ Les personnes consomment dans des lieux dédiés (pas de consommation dans les sanitaires et à l'infirmerie).

C'est donc fort de cette expertise que **nous allons accompagner 2 CHRS du territoire dans la mise en œuvre de la RdR appliquée à l'alcool**. La temporalité et le programme d'intervention seront décidés et co-construits avec les personnes accompagnées et les équipes des 2 CHRS. Ils ne peuvent donc pas être développés ici.

3.2.4 AXE 4 : La mise en place d'une permanence du SIAO au sein du CAARUD et de permanences du CAARUD au sein des accueils de jours de Valenciennes

Une convention sera passée avec le SIAO afin qu'un membre de leur équipe puisse, dans le cadre de leur démarche d'*aller vers*, tenir une permanence au sein du CAARUD tous les vendredis. L'objectif est de **favoriser le lien entre le SIAO et les personnes sans chez-soi accompagnées par le CAARUD**. Il s'agit de leur faciliter l'accès aux structures d'hébergement. Cela participe également à lutter contre la stigmatisation dont ils font l'objet. Pour le public du CAARUD, cela permettra d'accélérer les démarches et parfois de bénéficier d'une médiation via l'équipe des professionnels du CAARUD.

Parallèlement, des conventions vont également être signées avec les 3 accueils de jour du territoire (dont vous trouverez un exemple en annexe VII). En effet, suite au diagnostic réalisé auprès des professionnels qui y travaillent, leurs directeurs m'ont sollicitée afin que le CAARUD puisse intervenir auprès des équipes et du public.

Nous avons donc décidé de mettre en place des permanences de façon bimensuelle le mercredi matin afin de toucher un public qui ne vient pas forcément au CAARUD. Il s'agit également **d'entretenir notre réseau partenarial afin notamment de faciliter l'accompagnement de nos publics communs**. Il s'agit par exemple d'éviter les doublons et de favoriser une continuité quand, suite à des problèmes de comportement, des personnes sont exclues de façon temporaire d'une des structures.

3.2.5 La programmation et la planification comme tentative de gestion des temporalités

La réussite de la mise en œuvre du dispositif passe par une planification respectueuse des temporalités de chacun. De plus, il est nécessaire, pour en assurer le suivi, de réaliser une programmation des tâches que je propose sous la forme d'un diagramme de Gantt que vous trouverez dans la page ci-après.

Pour des raisons de simplification de lecture, celui-ci s'arrête en janvier 2024, néanmoins il est bien évident que le dispositif s'inscrit, quant à lui, dans la durée.



3.3 Plan de communication et évaluation

3.3.1 Un plan de communication interne et externe à la hauteur de nos ambitions

Mon plan de communication tient en 3 mots : **convaincre, rassurer, fédérer**.

En effet, il s'agit d'abord de convaincre que ce soit en interne ou en externe du bien-fondé de la démarche. Pour cela le diagnostic de besoin réalisé sera un véritable atout.

De plus, les changements sont toujours sources de légitimes inquiétudes voire de résistances. Là encore, une pédagogie et une stratégie adaptée sont essentielles afin de rassurer les équipes et les partenaires.

Enfin, l'ensemble de la démarche étant basé sur la co-construction, fédérer apparaît donc plus que nécessaire.

Afin d'atteindre ces 3 objectifs, je vais m'appuyer sur une communication interne et externe à court, moyen et long terme :

A) A court terme

Dans le premier mois : communication du plan d'action auprès du CA, de l'équipe de direction et des équipes

B) A moyen terme

Au cours du premier semestre : communication sur la démarche auprès des financeurs, des personnes accompagnées du CAARUD et auprès de mes homologues de l'AHJ.

C) A long terme

Dès mars 2023 : communication sur le dispositif et sa mise en œuvre à destination des autres acteurs du territoire. Pour rappel et comme évoqué dans la partie 2.2.3.

- ✓ Au niveau municipal : les maires, les conseillers municipaux en charge de la santé, de l'habitat et de la sécurité, les médiateurs santé, les médiateurs de rue, les agents de la propreté urbaines ...

- ✓ Au niveau des bailleurs : les directeurs d'agence et les agents techniques
- ✓ Dans les quartiers où seront implantés les appartements co-gérés : il s'agira surtout d'avoir des actions de médiation avec le voisinage qui veilleront néanmoins à préserver la confidentialité concernant les problématiques addictives des personnes accompagnées
- ✓ Les services de Police : l'ensemble de la chaîne hiérarchique
- ✓ Au niveau des acteurs du soin : le chef de Pôle de psychiatrie, les équipes des CMP, les médecins généralistes et spécialistes, ...

D) Les moyens utilisés

En interne :

La communication se fera via les instances institutionnelles dédiées à savoir, les réunions des conseils d'administration, de direction, du CSE, de service, du groupe d'expression des personnes accompagnées du CAARUD, etc.

En externe :

Il s'agit essentiellement de m'appuyer sur la démarche de plaidoyer évoquée dans la partie 2.2.2.

La communication en direction de l'ARS sera menée dans un premier temps via une réunion réalisée dans le cadre de notre dialogue de gestion. Elle sera étayée notamment par le diagnostic de besoins réalisé auprès des personnes accompagnées par le CAARUD et des acteurs de l'AHJ. Néanmoins, je communiquerai avec eux sur la mise en œuvre du dispositif tout au long de son avancée. Mon homologue de la Croix-Rouge fera de même avec ses interlocuteurs de la DEETS.

Concernant les autres acteurs du territoire, l'accent sera mis sur les instances de communication classiques à savoir : l'assemblée générale de l'association, les réunions du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD), les commissions du SIAO, les conseils de quartiers,

La communication s'appuiera également sur des articles via la presse locale, sur notre site internet et sur les réseaux sociaux de type LinkedIn ou notre compte Facebook.

Enfin, en novembre 2023, un temps fort sera dédié à la question des *Lieux de vie et des addictions* lors de notre journée associative. Celle-ci est organisée de façon bisannuelle

en direction d'environ 300 professionnels et personnes concernées du territoire Hauts de France. Un préprogramme est présenté en annexe VIII.

3.3.2 L'évaluation du dispositif en lien avec le référentiel HAS

Afin de ne pas multiplier les outils et par souci de cohérence, j'intégrerai ma démarche à l'évaluation globale du CAARUD via le référentiel HAS¹⁰ que chaque établissement doit désormais mettre en œuvre. Pour rappel, cette démarche répond à 3 enjeux :

- **« permettre à la personne d'être actrice de son parcours ;**
- **renforcer la dynamique qualité au sein des établissements et services ;**
- **promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels. »**

Et s'appuie sur 4 valeurs fondamentales :

- **« le pouvoir d'agir de la personne ;**
- **le respect des droits fondamentaux ;**
- **l'approche inclusive des accompagnements ;**
- **la réflexion éthique des professionnels »**

Elle se déclinera auprès des personnes accompagnées, de l'équipe, des partenaires, de la dirigeance et de la gouvernance : à savoir selon le référentiel, *l'accompagné traceur, le traceur ciblé et l'audit système.*

Elle permettra d'évaluer si les objectifs du plan d'action ont été atteints.

¹⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

3.3.3 Indicateurs et suivi

Pour une faciliter la lecture de la démarche d'évaluation, celle-ci est présentée sous la forme de tableau

	Objectifs stratégiques	Indicateurs	Outils	Fréquence
Au niveau des personnes accompagnées	Via l'accès au logement, améliorer la qualité de vie des usagers (santé, social, ...)	Nombre d'appartements co-gérés ouverts et occupés	Rapports d'activité (RA)	Annuelle
		Pourcentage d'accès à un logement autonome et aux dispositifs de l'AHI		
		Niveau d'appréciation de la qualité de vie	Questionnaire de satisfaction	Annuelle
			Comptes rendus des groupes d'expression	Trimestrielle
	Présence des outils de la loi 2002-2 co-construits		Dès l'ouverture des AT co-gérés et mise à jour annuelle	
Au niveau des professionnels	Améliorer la QVCT des professionnels	Niveau de satisfaction quant à la QVCT (sécurisation des pratiques professionnelles, sentiments d'être compétents, d'être soutenus, ...)	Entretiens professionnels Comptes rendus des réunions institutionnelles	Bisannuelle Mensuelle
	Diminuer les risques psycho-sociaux	Nombre d'arrêts maladie en lien avec les situations de stress au travail Nombre de professionnels formés	Bilan social DUERP	Anuelle

<p>Au niveau de l'association et du CAARUD</p>	<p>Être en cohérence avec notre démarche militante de lutte contre la stigmatisation des usagers de drogue</p> <p>Favoriser le déploiement des actions de l'association sur le territoire</p> <p>Favoriser l'innovation sociale</p> <p>Donner une image positive auprès des partenaires et notamment des financeurs</p> <p>Favoriser l'inscription des usagers de drogue dans l'espace public</p>	<p>Nombre de permanences chez les partenaires</p> <p>Nombre de permanences du SIAO au CAARUD</p> <p>Nombre de sensibilisation auprès de acteurs du territoire</p> <p>Nombre de réunions partenariales</p> <p>Mise en place effective de la RdR alcool chez les 2 partenaires de l'AHl</p> <p>Nombre d'actions de plaidoyer</p>	<p>RA et AG</p> <p>Articles de presse, posts sur les réseaux sociaux, questionnaire de satisfaction de la journée de l'association, etc</p>	<p>Annuelle</p>
	<p>Assurer la pérennité du CAARUD</p>	<p>Diminution des coûts du matériel de RDR</p> <p>Obtention d'un budget dédié pour le fonctionnement des appartements co-gérés</p>	<p>Bilans comptables</p> <p>Compte-rendu des réunions de dialogue de gestion avec l'ARS</p>	<p>Anuelle</p>
	<p>Contribuer à améliorer la sécurité publique</p>	<p>Diminution du nombre d'interpellation pour usage de drogue dans l'espace public</p>	<p>Statistiques des services de Police</p>	<p>Annuelle</p>

Conclusion

A l'heure de l'écriture de cette conclusion, un premier bilan peut être réalisé concernant notre démarche. Bien qu'il ne soit jamais aisé de s'adapter aux temporalités de chacun, nous sommes parvenus à respecter les délais que nous nous étions fixés.

Ainsi, les 2 premiers appartements co-gérés sont aujourd'hui opérationnels et fonctionnels. De nombreuses sessions de sensibilisation des acteurs du territoire ont déjà eu lieu. Les permanences chez nos partenaires sont effectives ainsi que celle du SIAO au sein du CAARUD. Néanmoins, c'est bien l'inscription de ce dispositif dans la durée qui nous permettra d'en voir les retombées. Il est d'ailleurs à noter que nous avons été sollicités dans le cadre d'un podcast réalisé par la Fédération Addiction et la FAS pour promouvoir ce type de démarche au niveau national.

Néanmoins, il faudra aussi poursuivre les ouvertures d'appartements co-gérés pour répondre réellement aux besoins des usagers et du territoire. Ce déploiement, s'il obtient les financements nécessaires, pourra être réalisé à la fois en diversifiant les partenariats via d'autres opérateurs que la Croix-Rouge mais également en ouvrant plus largement la démarche sur le territoire Avesnois. Un diagnostic de besoin est d'ailleurs en cours de réalisation sur ce dernier.

Par ailleurs, ce dispositif ne répond pas aux besoins d'une catégorie de personnes accompagnées par le CAARUD, à savoir : celles qui présentant des pathologies psychiatriques. Le dispositif *un chez soi d'abord* présenté succinctement dans ce travail pourrait y répondre. De plus, le second plan quinquennal du logement d'abord (2023-2027) stipule que « **le développement du dispositif (...) dans les villes moyennes et les zones rurales constitue un objectif majeur pour assurer une meilleure couverture territoriale et mieux répondre aux besoins des personnes** ». Il précise également « **qu'il apportera une réponse concrète aux situations de personnes en très grandes exclusion** (long parcours de rue, problématiques psychiques sévères, addictions) tout en prenant en compte les caractéristiques du territoire » (DIHAL, 2023 : 23).

Un chez soi d'abord nécessite la création d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) rassemblant les champs de la psychiatrie, de l'AHI et de l'addictologie. Le travail de coconstruction réalisé avec les opérateurs de l'AHI du territoire pourrait en être les prémices. Il m'appartiendra donc d'œuvrer à la création de ce GCSMS en parvenant à convaincre mes homologues de la psychiatrie de s'associer à nous dans le cadre de ce nouveau projet.

Un proverbe chinois dit *Quand le vent du changement se lève, certains construisent des murs et d'autres des moulins à vent*, j'espère que le travail ici engagé sera donc un moulin à vent.

Bibliographie

Articles de périodiques et de revues

Castel, R (2012). Libertés individuelles et solidarités. *Psychotropes*, 18, p. 45-53.

Chavey, M. (2011). Le secteur médico-social en faveur des personnes handicapées : une profonde évolution en marche. *Vie Sociale et traitement*, 4, n°112, p. 73-79.

Cusin, J., Fabre C. (2017). Proposition d'un modèle conceptuel du traumatisme vicariant appliqué à la gestion des ressources humaines : le cas des conseillers en accompagnement vers l'emploi. *Revue de gestion des ressources humaines*, 2, n°104, p. 3-22.

Fierdepied, S., Sturm, G. et Baubet, T. (2014). Mode relationnel, addictions et précarité sociale. *Psychotropes*, 20, n°4, p. 47-69.

Gardien, E. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*, 4, n°20, p. 31-44.

Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques, (2013). L'hébergement des personnes sans domicile en 2012. *Première*, n°1455, p. 1-4.

Jauffret-Roustide, M. (2017). Les sciences sociales au service de la santé publique : comprendre les addictions. *Questions de santé publique*, n° 31, 2017-03, p 1-8.

Sotto, R. (2002). Addiction et exclusion sociale ...ou vice et versa. *Le courrier des addictions*, 4, p. 165-167.

Tsemberis, S. (2010). Housing First, The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. *Européan Journal of Homelessness*, 5, n°2, p. 235-240.

Vidal-Naquet, P. A. (2005). Le paradoxe de l'urgence sociale. *Revue Projet*, n°284, 2005-1, p. 10-17.

Zaouche-Gaudron, C. et Sanchou, P. (2005). Précarités. *EMPAN*, n°60, 2005-4, p 10-13.

Ouvrages

Association Americaine de Psychiatrie. (2015). *DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*. Elsevier Masson. p. 601-673.

Eloi, L. (2018). *L'impasse collaborative : pour une véritable économie de la coopération*, Paris. Les liens qui libèrent. 192p.

De Ketele, J.-M. et Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines* (3^e éd), Paris. De Boeck Université. p.172.

Foudriat, M. (2019). *La co-construction : une alternative managériale*, (2^{ème} éd). Rennes. Presses de l'EHESP. 228p.

Foudriat, M. (2021). *La co-construction en actes*, (1^{ère} éd), Paris. ESF éditeur. 204p.

Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences collectives : coopérer efficacement dans les entreprises, les organisations et les réseaux de professionnels*, Paris. Eyrolles. 210p.

Morel, A. et Couteron, J.-P. (2008). *Les conduites addictives : Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod. 336p.

Morel, A. et Couteron, J.-P. (2019). *Aide mémoire en Addictologie*, (3^{ème} éd), Paris. Dunod. 701p.

Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J. et al. (2016). *Traité d'addictologie*, (2^{ème} éd), Paris. LAVOISIER. p. 928.

Ressources numériques

Association Addictions France. (2021). La loi de 70 sur les stupéfiants, 50 ans de répression (ou pas). *Décryptages*, n°43.

<https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2020/12/Decryptages-N-43-loi-70-stupefiants.pdf>. [Consulté le 4 février 2023].

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et Médicaux-sociaux. (2017). *La Réduction des risques et des dommages dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf [Consulté le 6 novembre 2021].

Agence Nationale pour les Solidarités Actives. (2016). *Les contributions n°18 : Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes.*

https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2023-03/Ansa_Contribution18_SanteHebergement_juin2016.pdf [Consulté le 7 décembre 2021].

Agence Régionale de Santé Hauts de France. (2022). *Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du hainaut.*

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/102600/download?inline> [Consulté le 1 mars 23].

Bonaldi, C. et al. (2019). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.*

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15.pdf. [Consulté le 25 février 2023].

Collectif des morts de la rue. (2020) *Mortalité des personnes sans domicile.*

http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/RESUME_RAPPORT_2020_EN_2021-2.pdf
[Consulté le 9 novembre 2021].

Commission européenne. *Socle européen des droits sociaux.*

<https://op.europa.eu/fr/publication-detail/-/publication/ce37482a-d0ca-11e7-a7df-01aa75ed71a1> [Consulté le 25 février 2023].

Commission européenne. *Plateforme européenne de lutte contre le sans-abrisme.*

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1550&langId=fr> [Consulté le 25 février 2023].

Conseil National des Luttres contre la pauvreté et l'Exclusion – Direction de la Recherche des Etude, de L'Evaluation et des Statistiques. (2021). *Trajectoires et parcours des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. Actes du séminaire de recherche comité scientifique CNLE-DREES.*

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/Seminaire%20CNLE-DREES-BAT.pdf>. [Consulté le 17 novembre 2021]

Coppel, A. (2016). *La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives, Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'Audition Publique des 7 et 8 avril 2016*.

https://issuu.com/olivierpoulain/docs/ffa-2016_audition-rdr-livret-anne-coppel-rdr-
[Consulté le 14 mai 2023].

Délégation Interministerielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement. (2019). *Dispositif ACT "Un chez-soi d'abord": Cahier des charges national*.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2020/07/ccnational_act_un_chez-soi_dabord_2019_avec_modele100_et_55.pdf
[Consulté le 3 janvier 2022].

Fédération des Acteurs de la Solidarité Hauts de France et Fédération Addiction. (2017). *L'accueil inconditionnel au défi des consommations. Synthèse et Perspectives*.

<https://www.aurore.asso.fr/documents/569>. [Consulté le 3 janvier 2022].

Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale Ile de France. (2016). *Droits et obligations des personnes hébergées. Cadre juridique, enjeux, préconisations et témoignages d'expériences*.

<https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2023/02/droits-et-obligations-des-personnes-hebergees-VF-web.pdf>. [Consulté le 3 janvier 2022].

Fondation Abbé Pierre. (2023). *28ème rapport sur l'état du mal logement en France*.

https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-04/REML2023_WEB_DEF.pdf
[Consulté le 7 mars 2023].

Haut Comité pour le Logement des Personnes Defavorisées. (2018). *5 conditions à la mise en oeuvre du "logement d'abord"*.

https://www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_conditions_ne_cessaires_Id_hclpd_web.pdf
f [Consulté le 19 décembre 2021].

Haute Autorité de Santé. (2022). *Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Recommandation de bonne pratique*.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218478/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rdrd-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms [Consulté le 3 février 2023].

Haute Autorité de Santé. (2010). *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf [Consulté le 15 juillet 2023].

Institut National de la Santé Et de La Recherche Médicale, Observatoire du Samu Social de Paris. (2010). *SAMENTA, La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement en Ile de France*.

<https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-sementa-2010.pdf>. [Consulté le 15 décembre 2021].

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (2006). *L'enquête sans-domicile 2001. Insee Méthodes n°116*.

<https://www.insee.fr/fr/information/2579262>. [Consulté le 11 novembre 2021].

Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risque et L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. (2020). *Réduction des risques alcool en centre d'hébergement*.

https://drive.google.com/file/d/1UIsWRHVMarV_b8kEQJW2INCZih-J5kKa/view?pli=1
[Consulté le 31 octobre 2021].

Observatoire Français des Drogues et Tendances Addictives. (2019). *Les addictions dans le programme Un chez soi d'abord. Enquête APROCHES*.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpz9.pdf>. [Consulté le 5 octobre 2021].

Observatoire Français des Drogues et Tendances Addictives. (2023). *Rapports. La cocaïne : un marché en essor. Evolution et tendance en France (2000-2022)*.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxco2d3.pdf>. [Consulté le 2 avril 2023].

Observatoire Français des Drogues et Tendances Addictives. (2022). *Tendances récentes et nouvelles drogues Lille*.

https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/syntheseTREND2021_Lille.pdf. [Consulté le 18 mars 2022].

Pole ressources REcherche Formations en Action Sociale Hauts De France, Coordination Mobile d'Accueil et D'Orientation. (2020). *Accompagnement dans l'accès et le maintien dans le logement : des politiques publiques aux pratiques professionnelles*.
<https://irtshdf.fr/wp-content/uploads/2021/07/Etude-PREFAS-Logement-dabord-2020.pdf>.
[Consulté le 30 septembre 2021].

Sidaction. (2020). *Construire une stratégie de plaidoyer. De l'analyse au suivi-évaluation*.
https://www.sidaction.org/sites/default/files/guide_plaidoyer.pdf [Consulté le 27 juin 2023].

Plans, lois, articles et décrets

Agence Régionale de Santé Hauts de France. (2018). *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (2018-2023)*.

Agence Régionale de Santé Hauts de France. (2018). *Programme Régional de Santé*.

Code de l'Action Sociale et des familles. CAARUD – Établissement médico-social : Art. L. 312-1, 9° ; Autorisation : Art. L.313-1 ; Financement : Art. L.314-3-3 et R. 314-105

Code de la Santé Publique. CAARUD-Missions art.R 321-33-1 ; Art. L. 3411-8 modifié la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Art 41

Code Pénal. Art 122-4 relatif aux causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité

Code du travail . Sous section 4 : Gestion des emplois et des parcours professionnels. Art L2242-20 Modifié par la loi n°2021-1104 du 22 août 2021- art.40

Cour des comptes. Référé du 20 Octobre 2020 concernant la politique en faveur du « *logement d'abord* ».

Délégation Interministerielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement. (2023). Deuxième plan quinquennal pour le logement d'abord (2023-2027) : Agir, prévenir, construire, pour lutter contre le sans abrisme.

Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Journal officiel de la République française du 3 janvier 1971.

Préfet du Nord. Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) 2019-2021.

Premier ministre, Ministère de la cohésion des territoires. Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022.

Articles de presse en ligne et sites internet

France Médiation.

<https://www.francemediation.fr> [Consulté le 14 juillet 2023].

Gouvernement du Canada.

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html> [consulté le 17 juin 2023].

Harm Reduction International. *hri.global*.

https://www.hri.global/files/2021/05/05/What_is_Harm_Reduction_French_HRI.pdf.

[Consulté le 25 février 2023].

La Croix Rouge Française.

https://assets.ctfassets.net/ksb78y40v1oe/7yYFZUR2wkMUcNPJzWNk7Q/195f491ea48b96bd97ef3858ed08ffeb/Projet_associatif_Croix-Rouge_fran_aise.pdf. [Consulté le 20 juillet 2023].

L'express.

[page expirée] https://www.lexpress.fr/actualite/monde/europe/sans-abri-le-miracle-finlandais_2053128.html. [Consulté 31 janvier 2022].

Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion.

<https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/accompagnement-des-mutations-economiques/appui-aux-mutations-economiques/article/gestion-previsionnelle-de-l-emploi-et-des-competences-gpec> [Consulté le 15 juillet 2023].

Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives.
<https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages>
[Consulté le 25 février 2023].

Scribbr.

<https://www.scribbr.fr/methodologie/focus-group/> [Consulté le 18 mai 23].

Site officiel d'information administrative pour les entreprises

[https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F35360#:~:text=administrative%20\(Première%20ministre\)-.Le%20document%20unique%20d%27évaluation%20des%20risques%20professionnels%20\(DUERP\),peuvent%20être%20exposés%20les%20salariés.](https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F35360#:~:text=administrative%20(Première%20ministre)-.Le%20document%20unique%20d%27évaluation%20des%20risques%20professionnels%20(DUERP),peuvent%20être%20exposés%20les%20salariés.) [Consulté le 15/07/2023]

Yousfi, L. (2013). Abécédaire de la complexité. *Sciences Humaines*, Hors-série, n°18,
https://www.scienceshumaines.com/abecedaire-de-la-complexite_fr_30612.html#.
[Consulté le 08/06/2023].

Documents internes à l'association

Addictovigilance, Centre de Marseille. (2016), (2021). *Enquête OPPIDUM. Données du CAARUD*.

Diagnostic hébergement 2020. *L'hébergement des personnes présentant des conduites addictives: Un lieu de transition, un lieu de soin, un lieu de vie ? Etat des lieux et diagnostic de besoins*.

Document réalisé par Matthieu Fieulaine. *La réduction des risques alcool : Une autre façon d'accompagner les personnes*

Rapports d'activité du CAARUD de 2016 à 2022

Liste des annexes

- Annexe I : Matériel de RdR disponible au CAARUD et via le programme DEMO
- Annexe II : Répartition des structures de l'AHJ dans le cadre du diagnostic de besoin
- Annexe III : SWOT synthétique
- Annexe IV : Exemple de fiche du DUERP
- Annexe V : Programme formation *le logement d'abord vu par tous ses acteurs*
- Annexe VI : Présentation de la mise en place de la RdR alcool au sein du CAARUD
- Annexe VII : Exemple de convention Accueil de jour
- Annexe VIII : Préprogramme de la journée de l'association

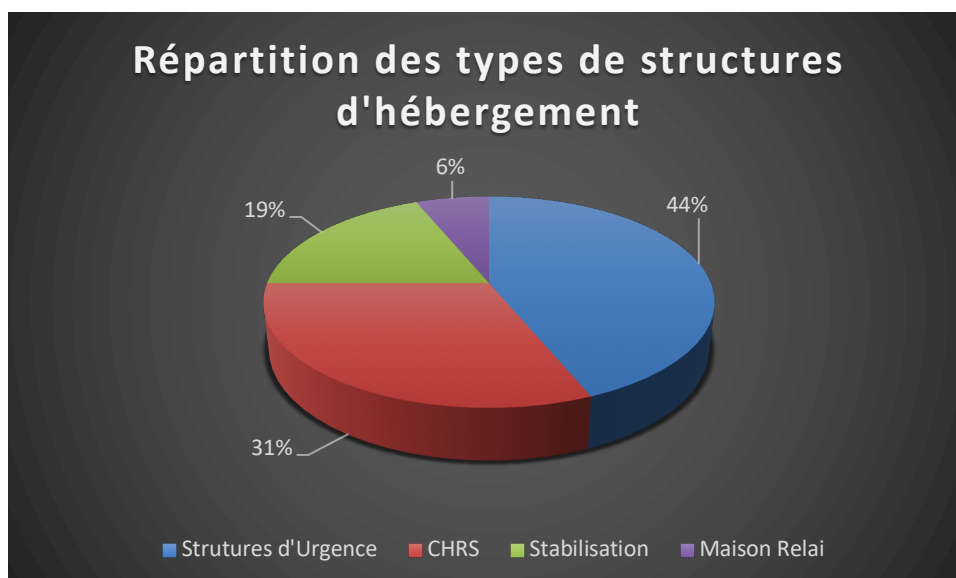
Annexe I

PROGRAMME DEMO
Distribution et Échange de Matériel en Officine

 <p>Injection - Acide ascorbique</p>	 <p>Injection - Lingette alcool</p>	 <p>Injection - Eau stérile</p>	 <p>Injection - Container</p>
 <p>Injection - Sterifit</p>	 <p>Injection - Seringues NeverShare (couleurs)</p>	 <p>Injection - Seringues Terpan (x10)</p>	 <p>Injection - Seringues BD (x10)</p>
 <p>Injection - Sterimix</p>	 <p>Injection - Stericup</p>	 <p>Injection - Maxicup</p>	 <p>Injection - crème cicatrisante (post injection)</p>
 <p>Sniff - Serum physiologique + Rouletapaille</p>	 <p>Fumette - Kit base (pipe)</p>	 <p>Fumette - alu non traité (x50)</p>	

Annexe II

- ✓ **11 structures** issues de 8 associations ont participé à l'enquête
- ✓ 5 sont situées à Valenciennes, 2 à la Sentinelle, 2 à Denain, 1 à Raismes, 1 à Marly 1 à Saint-Amand les Eaux (NB : une structure peut être implantée sur plusieurs villes)
- ✓ **51 personnes ont été interviewées** (soit une moyenne de 4,25 personnes par structure avec une amplitude de 2 à 7 personnes par structure)
- ✓ 7 structures sont des structures d'Urgences, 5 sont de types CHRS, 3 relèvent de la Stabilisation et 1 est une Maison Relais labellisée « Résidence accueil » (NB : une structure peut relever des différentes catégories)



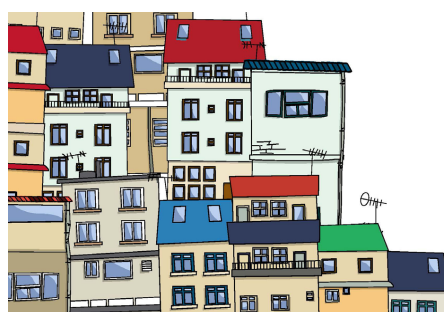
Annexe III

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La culture communautaire du CAARUD et l'implication des personnes accompagnées ✓ Une équipe stable (peu de turn over), impliquée avec un haut niveau de qualification qui a suivi une formation sur le DPA et qui bénéficie d'une analyse de pratique. ✓ Une équipe de direction solide qui porte des valeurs communes ✓ Une politique institutionnelle favorisant la collaboration et la coopération avec l'ensemble des acteurs du territoires (sociaux, médicaux, politiques, ...) ✓ Une inscription de ces principes dans le projet d'établissement ✓ Sa réécriture prochaine qui permettra d'intégrer le nouveau dispositif et d'y associer les personnes accompagnées, la cheffe de service, l'équipe du CAARUD et les partenaires ✓ Une partie des missions <i>d'aller vers</i> (maraudes) aujourd'hui inefficace et dont les moyens humains pourront être redéployés vers un nouveau projet. ✓ Une association qui porte des valeurs humanistes et militantes ✓ Une attention portée vers les plus démunis, une inscription territoriale et une volonté de coopération avec ses acteurs inscrites dans son projet associatif ✓ Une implication fédérative régionale et nationale ✓ Une association innovante voire pionnière qui promeut un management très participatif ✓ Une expérience de l'hébergement via les appartements thérapeutiques du CSAPA ✓ Une bonne santé financière 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des usagers concernés par le problème d'accès au logement devenus méfiants vis à vis des acteurs de l'AHl ✓ Une partie du public présentant des pathologies associées dont des pathologies psychiatriques ✓ Un contexte d'augmentation des usages de crack qui complexifie leur accompagnement ✓ Une équipe du CAARUD qui s'épuise, qui présente un risque élevé d'usure professionnelle et de perte de sens et qui est exposées aux risques psychosociaux (traumatisme vicariant) ✓ Un manque de compétence concernant l'accompagnement en hébergement ✓ Des conséquences budgétaires négatives ✓ Un manque d'expertise associative sur la question de l'hébergement social et du logement ✓ Manque de projet co-construit avec le secteur de l'AHl
Externe	<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Des politiques publiques favorables ✓ Seul acteur du territoire à avoir une expertise en RdRD ✓ Une expertise reconnue par nos partenaires et par nos autorités de tarification ✓ Une bonne réputation de l'association ✓ Un réseau et un partenariat avec les acteurs de l'AHl déjà existant ✓ Des acteurs de l'AHl qui font le même constat ✓ Des acteurs de l'AHl qui apprécient de pouvoir coopérer avec les acteurs de l'addictologie ✓ L'existence de programmes efficaces et inspirants à l'étranger et en France ✓ Un regard <i>bienveillant</i> de l'ARS (notre autorité de tarification) et de la DDETS 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La stigmatisation des usagers de drogues ✓ Des liens insuffisants avec les bailleurs ✓ Un marché locatif tendu sur le valenciennois ✓ Des règlements de fonctionnement, des accueils collectifs et des durées d'accompagnement des structures de l'AHl (HU, CHRS, ...) inadaptés aux usagers de drogues ✓ Des comportements inappropriés (violence ou autre) du public qui majorent les difficultés d'accompagnement au sein de ce type de structures ✓ Une absence de financement fléché pour ce projet ✓ Le paradoxe législatif au sein duquel évoluent les CAARUD

Annexe IV

FICHE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS							
UNITE DE TRAVAIL N°7 : CAARUD			Date de l'évaluation :				
MISE A JOUR :							
Identification des risques		Moyens de prévention et de protection existants	cotation des risques				
Modalité(s) d'exposition du (des) opérateur(s) au(x) danger(s). Situations dangereuses	Risques considérés	Description	Probabilité	Gravité	Maîtrise du Risque	Risque	
Agression Physique et/ou verbale	Risques corporels et/ou psychologique	* Éviter une personne seule dans l'établissement * Consigne de sécurité * Supervision pour échanges collectifs	2	50	0,50	50	Règle de base : une personne ne reste pas seule - les entretiens difficiles sont réalisés au RDC - Supervision 1 fois par mois
Déplacements professionnels	Risques corporels et matériels	* Obligation d'une assurance * Notation dans une agenda accessible dans le bureau des appartements	2	50	0,75	75	Agenda en place - assurance contractuel et obligatoire
Contacts public	Risques infectieux	* Lingettes * gel désinfectant * utilisation Vaisselle jetable	4	50	1,00	200	Formation du personnel par l'infirmière à prévoir - Matériel nécessaire acheté
Accidents domestiques	Risques corporels	* Respect des règles d'hygiène * Conformité des installations	3	20	0,25	15	En place
Stress	Risques psycho-sociaux	* Pauses * Congés trimestriels * Conditions de travail * Réunions d'équipe et supervision	3	50	0,25	38	Tout est en place - Refection du bâtiment (salles et bureaux) en 2012
Le travail en position peut être à l'origine de troubles musculo-squelettiques (ergonomie du poste)	Risque de lombalgie	- repose pieds, - Fauteuil ergonomique	4	20	0,25	20	Acquisition de matériel effectué
Peu d'éclairage naturel. Travail effectué sous éclairage artificiel	Risque lié à l'ambiance lumineuse	Eclairage d'appoint	4	10	0,25	10	Prévoir un éclairage d'appoint
Travail sur écran pouvant générer de la fatigue visuelle	Risque lié au travail sur écran	- Ecran plat, - Alternance avec d'autres tâches	4	20	0,25	20	Pas de fiche de poste Pas de formation au poste

Annexe V




**PRÉFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

FORMATION

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités (DREETS)

PREFAS
Hauts-de-France

Plus Ressources
Plus Emplois
Plus Solidarité
CmaO
LE GRAND OUVRIER

Le logement d'abord vu par tous ses acteurs

➔ Modalités de formation

Session de 3 journées de formation,
1 jour de 7 heures par mois sur 3 mois.
15 à 20 participants par session.

➔ Public et prérequis

Tous publics, pluri acteurs généralistes ou spécialisés,
professionnels, pairs aidants ou bénévoles, mobilisés sur les
questions globales de l'accompagnement social,
du logement, de la santé, de l'insertion sociale et
professionnelle.

Aucun prérequis n'est nécessaire.

Objectifs

- s'approprier la connaissance des dispositifs logement et de ses acteurs
- développer la connaissance des publics concernés et accompagner l'accès et le maintien dans le logement
- soutenir la mise en réseau et l'interconnaissance des acteurs sur le territoire d'intervention
- favoriser dans les postures et pratiques professionnelles, la mise en œuvre de l'aller vers », de l'accès au droit et du développement du pouvoir d'agir des personnes.

➔ Supports et activité pédagogiques

Alternance entre brainstormings, apports théoriques. Interactions avec les stagiaires sur les retours d'expériences pour des mises en lien avec la théorie- Echanges de pratiques- élaboration de supports collaboratifs - mise à disposition de documents supports

➔ Modalités d'évaluation

Quizz Evaluation des connaissances.
Attestation de validation de compétences à l'issue de la formation

Le Logement d'abord vu par tous ses acteurs - PREFAS Hauts-de-France 2022

Annexe VI

Consommation d'alcool au sein du CAARUD

Constats : Comme dans les structures de l'AHJ, nous nous sommes interrogés sur le phénomène de *binge drinking*¹¹ auquel s'adonnaient nos usagers avant et pendant leur passage au sein du CAARUD. En effet ces derniers consommaient rapidement leur boisson avant d'intégrer la structure et ensuite sortaient régulièrement afin de consommer tout aussi vite. Cela pouvait entraîner une alcoolisation rapide et massive et donc des difficultés pour les usagers et le personnel sur l'accueil.

De plus nous étions souvent confrontés à des consommations d'alcool plus ou moins cachés au sein des locaux (toilettes, jardin, ...) ce qui mettait l'équipe dans un rôle de *gendarme* car le règlement intérieur ne l'y autorisait pas.

Problématique : Comment limiter ce phénomène de *Binge drinking* pour le public de notre structure ?

Nous avons donc amorcé, en 2019, un travail de réflexion en équipe sur la consommation d'alcool au sein des locaux du CAARUD. Une partie de l'équipe y était favorable, cependant d'autres professionnels ne se sentaient pas en mesure de le gérer. Il était donc important de travailler sur les représentations de l'équipe et de trouver un consensus pour une éventuelle mise en place.

Réflexion :

Durant l'année 2020, nous avons poursuivi nos réflexions en nous appuyant sur les publications et expériences menées au sein d'autres structures et nous avons enfin trouver un consensus pour tenter une phase d'expérimentation.

Mise en application :

L'adhésion de l'équipe à cette expérimentation étant acquise, il fallait obtenir celle des principaux concernés.

3 groupes d'expression ont été organisés pour discuter de ce projet avec les personnes et obtenir leur ressenti. Leur réaction fut d'abord une levée de bouclier. Nous en avons été surpris, d'autant plus que les opposants les plus revendicatifs étaient les personnes ayant des problèmes avec leur consommation d'alcool.

L'équipe a fait énormément de pédagogie et nous avons aussi fait évoluer notre posture. En effet, nous avons choisi dans un premier temps de ne plus demander aux personnes qui consommaient dans la structure de sortir quand elles étaient prises sur le fait. L'équipe demandait juste de cesser la consommation.

De plus, les personnes accompagnées ont été sensible à la question des difficultés rencontrées par les professionnels. Elles ont progressivement commencé à infléchir leur position et nous avons pu mettre en place l'expérimentation en avril 2022.

¹¹ Binge drinking : beuverie express ou hyper alcoolisation rapide est un mode de consommation excessif de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés.

En équipe et avec les personnes accompagnées, nous avons réfléchi à l'élaboration d'un règlement spécifique pour la consommation d'alcool au sein de la structure. Celui-ci tient en quelques lignes :

- ✓ Consommation dans un verre.
- ✓ Pas de partage d'alcool.
- ✓ Les personnes consomment dans des lieux dédiés (pas de consommation dans les sanitaires et à l'infirmerie)

Pour le reste nous nous sommes appuyés sur le règlement de la structure. Si une personne ne respecte pas le cadre elle est sanctionnée. Concrètement même si les gens boivent, ils doivent respecter le règlement en place et avoir un comportement adapté.

Bilan :

Un an quasiment après les débuts de cette mise en place, nous constatons que :

- Les personnes consomment moins vite et en moins grande quantité.
- Les personnes ne consomment plus sur la voie publique.
- Nous sommes moins confrontés à des alcoolisations massives.
- Les consommations étant rendues publique, nous avons pu discuter de cela avec des usagers qui étaient régulièrement dans le déni.
- L'équipe ne s'essouffle plus à faire la *chasse* à la consommation.

En conclusion nous pouvons dire que cette action innovante répond aux difficultés de notre public. Certains usagers s'interrogent d'ailleurs sur le fait que nous sommes la seule structure à proposer la RdR alcool et voudrait la voir s'étendre aux structures de l'AHJ (accueils de, jours, CHRS, et.).

Je terminerai par cette citation : « Nous ne pouvons contrôler les actes ni les pensées des personnes que nous côtoyons. Ainsi, il vaut mieux accepter les autres comme ils sont, plutôt que de vouloir les changer et même les « sauver ». Si vous laissez les autres être eux-mêmes, grâce à votre confiance, ils répondront davantage à vos attentes. » ~ Nicolas Sarrasin.

CONVENTION DE PARTENARIAT

Fondation Abbé Pierre – Boutique Solidarité

Favoriser les liens avec les partenaires et les personnes accueillies afin de faciliter l'accès aux soins

Entre

D'une part :

L'association

Représentée par

Et

D'autre part :

La Fondation Abbé Pierre – Boutique Solidarité

Représentée par son responsable

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

1. Préambule

Dans le cadre de son activité visant à apporter un soutien aux personnes mineures et majeures confrontées aux addictions avec ou sans produit, l'association propose un accompagnement global de la personne et de son entourage à travers différentes modalités et supports. Depuis plusieurs années elle développe les actions d' « aller vers » par le biais de maraudes ou de consultations délocalisées. C'est en ce sens qu'une intervention sur certains lieux d'accueil collectif sur le territoire nous semble indispensable. Cette convention partenariale s'inscrit dans cette stratégie.

2. Objectif de la présente convention

L'enjeu de cette convention est de permettre d'entrer en contact avec des personnes ayant des conduites addictives, accueillies au sein de la Boutique Solidarité et également de renforcer un partenariat avec ses professionnels et de les sensibiliser sur les questions d'addictions.

3. Engagement des parties

La Fondation Abbé Pierre – Boutique Solidarité autorise la présence régulière de professionnels de l'association [] les mercredis en semaine impaires de 10h à 11h30, lors de l'accueil collectif au sein de ses locaux.

Cette présence est entendue comme un moyen facilitateur d'entrer en contact avec le public ciblé mais également comme un soutien aux professionnels dans leurs missions d'accompagnement de ce public.

L'association [] s'engage à respecter le règlement intérieur de la structure d'accueil et à informer les personnes concernées de l'éventuelle annulation d'un de leur passage.

Les professionnels du [] sont garants de la confidentialité du contenu des échanges avec les usagers.

4. Responsabilité / assurance

Les professionnels du [] intervenant relèvent de la responsabilité civile de leur structure d'appartenance en ce qui concerne les accidents du travail et/ou de trajet et demeurent régis par les dispositions de leur statut ou de leur convention collective, en ce qui concerne la maladie professionnelle.

5. Date d'effet – Durée – Résiliation

La présente convention prend effet à compter de la date de signature. Elle est conclue pour une durée de 1 an renouvelable tacitement.

Elle peut être dénoncée, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve d'un préavis de 3 mois.

Elle peut également être résiliée de plein droit, par l'une ou l'autre des parties, pour non-respect des engagements pris dans le cadre de cet accord.

Fait à [] en 2 exemplaires

Préprogramme de la journée de l'Association X

Addiction et lieu de vie : Y-a-t-il péril en la demeure ? 23 Novembre 2023

8h30-9h : **Accueil**

9h-9h30 : **Introduction**

09h30- 10H15 : *lère plénière*

« HABITER » : De la métaphysique à la psychanalyse appliquée en passant par l'anthropologie

Bernard RIGAUD, auteur de *Henri MALDINEY, la capacité d'exister* et de *Penser l'addiction, au risque du rien*, docteur de l'EHESS, Président de l'association Henri MALDINEY, Vice-Président du fonds de dotation Entreprendre pour Aider, administrateur de la SFPE-AT et de l'École Française de Daseinsanalyse, essayiste et peintre.

Modérateur : A préciser

10h-10h15 : **échanges avec la salle**

PAUSE 10h15-10h30

10h30 - 12h30 : *lère table ronde*

Un lieu de vie : une condition nécessaire et suffisante ?

✓ Association VISA- Hauts de France

Comment accompagner la mise en place de la RdR alcool dans et hors les murs d'un CHRS ? Quels impacts sur les pratiques professionnelles ?

Céline DIEVART, Cheffe de service du CHRS Revivre et Marie PLUVINAGE, Cheffe de service du CHRS Hors les Murs

✓ Trait d'Union – Villeneuve la Garenne, association Oppélia

Accueillir et soutenir des personnes usagères de crack au sein d'ACT: faire évoluer nos pratiques pour s'adapter à une évolution de public.

Pierre CHAPPARD, Chef de Service, Ségolène MOUSSEIGT, Éducatrice Spécialisée

✓ Chez soi d'abord – Lille

Le « Chez-soi d'abord » a pour objet de permettre à des personnes majeures, avec un parcours d'errance et atteintes d'une pathologies mentale sévère, d'accéder sans délai à un logement en sous-location et de s'y maintenir. Une partie non négligeable des locataires est concernée de près ou de loin par les addictions. Comment alors faire avec elles ? Quelle est la plus-value de la pair-aidance ?

Une éducatrice et une pair-aidante (identité à préciser)

Modérateur : ARS (identité à préciser)
12h00-12h15 : **échanges avec la salle**

PAUSE 12h30-14h00

14h-16h : 2^{nde} *table ronde*

Regards croisés européens

✓ *ITHAQUE, Dispositif de soin avec hébergement de Strasbourg (France)*

L'association porte depuis 2 ans un dispositif expérimental de soin avec hébergement, adossé à la *salle de consommation à moindre risque de Strasbourg (Argos)*, pour accompagner et soutenir les personnes consommatrices dans leurs projets de soins naissants, tout en prenant en compte leurs consommations.

Jean SUSS, Chef de service

✓ *TRANSIT, ABSL de Bruxelles (Belgique)*

TRANSIT accueil et héberge des personnes usagères de drogues via différents dispositifs. Le contexte bruxellois de l'aide aux personnes, y compris en ce qui concerne le public ayant des conduites addictives, est à saturation totale depuis des années. Une collaboration est ainsi mise en place avec les acteurs du territoire

Kris MEURANT, Directeur opérationnel, pôle psychosocial, hébergement et projet prison.

✓ *Association CRESCER (Portugal)*

Quel impact sur l'accompagnement de personnes consommatrices de drogues au logement, d'une politique de décriminalisation des consommations : l'exemple portugais.

Coordinatrice (Identité à préciser)

Modératrice : Catherine DELORME, Directrice du Trait d'Union, Association Oppélia, Vice-présidente de la Fédération Addiction

15h45-16h00 : **échanges avec la salle**

PAUSE 16h00-16h15

16h15-16h45 : 2^{nde} *plénière*

Institutions : quelles évolutions ?

Présentation du CAIRN & des appartements cogérés avec la Croix-Rouge par les modérateurs

Accompagner, aider et sanctionner : gérer les usages de psychotropes en CHRS. Cette présentation vise à exposer les enjeux relatifs à la gestion des usages de psychotropes en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des personnes qui y sont accueillies, par les professionnels qui y travaillent.

Vianney SCHLEGEL, Maître de conférences en sociologie à l'Université de Lille, chercheur au CERAPS.

Modérateurs : Sandrine DOBBELAERE, association X & Alexis LEFRANC Directeur Croix Rouge

16h30-16h45 : échanges avec la salle

16h45-17h00 : clôture de la journée

DOBBELAERE	Sandrine	Septembre 2023
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Hauts de France</p>		
<p>Co-construire avec le secteur de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI), un dispositif favorisant l'accès au logement des personnes consommatrices de drogues, en situation de précarité, accompagnées par un CAARUD.</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Les sociétés sans drogue n'existent pas. Pourtant si l'on se réfère aux travaux de Robert Castel parmi les publics en situation de précarité, les personnes faisant usage de drogues sont certainement (avec les publics migrants et parfois elles cumulent) celles qui subissent le plus l'exclusion.</p> <p>Directrice d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), je constate depuis plusieurs années, une hausse significative du nombre de personnes fréquentant ma structure ayant d'importantes difficultés pour accéder à un hébergement et d'autant plus à un logement. Cette situation contribue encore un peu plus à leur précarisation et à leur stigmatisation. Ainsi, un véritable cercle vicieux se met en place : l'absence de logement majore les consommations de drogues et les conséquences délétères des consommations complexifient leur accès au logement. Cette problématique conduit les professionnels du CAARUD à des situations d'impasses et les empêchent de mener à bien leurs missions.</p> <p>Dans un contexte national de majoration des usages de crack en France, cet état de fait m'amène à poser la question suivante : comment favoriser l'accès au logement des personnes consommatrices de drogues, en situation de précarité, accompagnées par le CAARUD ? Quelle stratégie de direction mettre en œuvre pour y parvenir ? C'est bien ici tout l'enjeu de ce mémoire.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Personne consommatrice de drogue, précarité, logement, CAARUD, AHI, co-construction, plaidoyer</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		