



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Date du Jury : **12 & 13 septembre 2002**

**LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE AVEC L'ALCOOL
AU SEIN DES CENTRES D'HEBERGEMENT DE PARIS**

Riad BOUHAFS

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements au personnel de la DASS de Paris, notamment le service Administration Générale qui m'a facilité la tâche pour la réalisation de ce travail.

Je remercie tout particulièrement :

- *mes maîtres de stage à la DASS de Paris :*
 - *Madame RAUTURIER, Inspecteur principal et Chef de service Santé publique et populations;*
 - *Madame MOYSE, Médecin inspecteur de santé publique ;*
pour leurs aides précieuses tout au long du stage.

- *Monsieur RIOUFOL, Chef de service Hébergement et lutte contre les exclusions, qui a contribué à la mobilisation des CHRS.*

- *Monsieur LECORPS, enseignant à l'ENSP qui a bien voulu m'encadrer dans l'accomplissement de ce mémoire. Ses conseils ont été d'un atout considérable.*

Ce travail n'aurait pas aboutit sans l'implication des partenaires de terrain à Paris. Je cite notamment les CHRS, les structures de l'alcoologie, les associations d'insertions,... qui m'ont accueilli dans leurs réunions et ont bien voulu répondre à mes différentes interrogations sur le sujet.

Merci à Olivier pour sa touche particulière...

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE	10
1. LA DÉMARCHE AUPRÈS DES CHRS	10
2. LA DÉMARCHE AUPRÈS DES STRUCTURES DE L'ALCOOLOGIE :.....	12
3. LES ACTIONS TRANSVERSALES.....	13
4. LA TENEUR DES ENTRETIENS :.....	14
PREMIERE PARTIE : L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PROBLEME	
ALCOOL DANS LES C.H.R.S . EXEMPLE DE PARIS	15
1. PRESENTATION DE PARIS ET DE SES DISPOSITIFS	15
1.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE PARIS	15
1.1.1 Les caractéristiques de la population parisienne.....	16
a. Le contexte de l'emploi.....	16
b. La précarité.....	17
c. La situation au regard du logement	18
1.2 LES STRUCTURES D'ALCOOLOGIE	19
1.2.1 L'évolution historique.....	19
1.2.2 La situation à Paris.....	21
1.2.3 Mode de prise en charge.....	22
2. LES ADMISSIONS DANS LES C.H.R.S	24
2.1 LES ORIENTATIONS ET MODALITES D'ACCUEIL.....	24
2.2 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	25
2.3 QUI SONT LES PERSONNES HÉBERGÉES DANS LES CHRS ?.....	27
2.4 LE CONSTAT A PARIS	29
2.4.1 Typologie des publics.....	29
2.4.2 La répartition géographique	29
3. ANALYSE DE LA PRISE EN COMPTE DU PROBLEME ALCOOL DANS LES CHRS	31
3.1 LES PROBLEMES DE SANTE RENCONTRES CHEZ LES RESIDENTS DES CHRS :.....	31
3.2 IMPORTANCE DU PROBLEME ALCOOL.....	33

DEUXIEME PARTIE : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE PAR UNE IMPULSION INSTITUTIONNELLE FAVORISANT LES INITIATIVES DE TERRAIN	40
1. RENFORCER LE RÔLE DE L'ÉTAT DANS L'ANIMATION, LA COORDINATION ET L'ÉVALUATION	41
1.1 RENFORCER LES DISPOSITIFS EXISTANTS.....	42
1.1.1 Le secteur ambulatoire de prise en charge alcool.....	42
1.1.2 La prise en charge a l'hôpital.....	43
1.1.3 Impliquer davantage la médecine de ville.....	46
1.2 FAVORISER L'ARTICULATION ENTRE LES DISPOSITIFS OEUVRANT DANS LE DOMAINE DE SANTE – PRECARITE	47
1.2.1 Instaurer des temps de rencontres régulières entre CHRS et structures d'alcoologie.....	47
1.2.2 Instaurer un partenariat avec les acteurs du PDI.....	49
1.2.3 Concrétiser les recommandations du Schéma d'accueil de l'hébergement et de l'insertion à Paris « SAHIP »	50
1.3 REDÉFINIR LE RÔLE DES CHRS EN MATIERE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PERSONNES EN DIFFICULTE AVEC L'ALCOOL.....	51
1.4 ACCOMPAGNER ET EVALUER LA MISE EN PLACE DES ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES.....	53
2. EXPLORER DES PISTES DE REFLEXION AU NIVEAU LOCAL.....	55
2.1 TRAVAILLER DANS LE CADRE DES RESEAUX MEDICO-SOCIAUX LOCAUX..	55
2.2 METTRE EN PLACE DES ACTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE ET D'EDUCATION A LA SANTE.....	58
2.2.1 La démarche :	59
2.2.2 Préparation de l'action :	59
2.2.3 Les risques	62
2.2.4 Les facteurs de réussite :	62
2.3 PRIVILEGIER DES FORMATIONS TRANSVERSALES	63
CONCLUSION.....	66

Liste des sigles utilisés

- AAH Allocation Adulte Handicapé
- ANPA Association Nationale de Prévention contre l'Alcoolisme
- AP-HP Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- API Allocation pour Parent Isolé
- ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation
- CCA Consultation Avancée en Alcoologie
- CCAA Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
- CCAS Centre Communal d'Action Sociale
- CHAA Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
- CHAPSA Centre d'Hébergement d'Accueil des Personnes sans Abri
- CDPA Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
- CEC Contrat Emploi Consolidé
- CES Contrat Emploi Solidarité
- CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CLI Commission Locale d'insertion
- CMU Couverture Maladie Universelle
- CODES Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
- CROSS Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
- DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DASES Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé
- DGS Direction Générale de la Santé
- DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- EMA Equipe Mobile d'Aide
- INSEE Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
- IREMA institut de Recherche et d'Étude sur les maladies Addictives
- IMP Institut Médico-Pédagogique
- MILDT Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
- RMI Revenu Minimum d'Insertion
- SAMU Service d'Aide Médicale Urgente
- SDF Sans Domicile Fixe
- OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- ORS Observatoire Régional de Santé

- PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PDI Programme Départemental d'Insertion
- PRS Programme Régional de Santé
- PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- SAHIP Schéma d'Accueil de l'Hébergement et de l'Insertion à Paris

INTRODUCTION

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) dans son dernier rapport¹, vient de confirmer que même si la société française se focalise encore sur la dangerosité des drogues illicites, le problème majeur de santé publique est posé par le tabac et l'alcool. Au moment où les drogues illicites seraient responsables de quelques centaines de décès par an, l'alcool est à l'origine de 45 000 et le tabac de 60 000 décès annuels.

Des études antérieures montrent que l'alcool est le premier toxique. Il est la 3^{ème} cause de mortalité en France. On recense par ailleurs deux millions à deux millions 500 mille consommateurs à problème, cinq millions de personnes dont la consommation présente un danger.

Mais l'alcool est aussi un élément festif et de convivialité, il est dans un premier temps euphorisant, lève les inhibitions, anti-stress, sédatif, même hypnotique et antidépresseur au départ. Il est le marqueur culturel, le symbole de sociabilité.

Les professeurs Reynaud et Parquet parlent du paradoxe de l'ivresse. Ils rapportent : l'histoire de l'alcool est liée à la perception d'une double possibilité contradictoire : celle d'être la boisson humaine par excellence, bonne pour le corps qu'elle ranime et réchauffe, et pour le cœur qu'elle réjouit, et celle de constituer un grave danger pour le buveur intempérant, qui risque de perdre sa raison, d'être « hors de soi » dans l'ivresse.

Al kohol c'est à l'origine , l'esprit subtil, découvert par les Arabes par la distillation dans l'alambic. Cet esprit subtil a une double connotation à la fois celle de ténèbres et celle de magicien affirme Éric Dupont² Rainault (dans L'alcoologie, les alcooliques et les toxicomanes, les thérapies. Aix-en Provence 1977) disait même que l'alcool est considéré comme un subtil magicien qui transforme l'homme et dans le même temps qui peut l'embrumer.

¹ Rapport « Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002 » OFDT Paris

² « Des médecins et des alcooliques. De la pratique individuelle au discours médical sur l'alcoolisme » Édition La documentation Française . Paris 1982).

Ce boire pathologique, opposé au boire festif, nommé alcoolisme serait un échec du savoir-boire, caractérisé par des troubles du comportement, des pathologies psychologiques et somatiques et un retentissement social négatif. Cette situation est aussi dommageable pour l'entourage du buveur et pour sa société. Elle entraîne des dépenses médico-sociales considérables.

Aussi sa consommation et sa commercialisation ont toujours entraîné des enjeux de santé publique et économique difficilement conciliables.

Les définitions de l'alcoolisme sont nombreuses et reflètent les attitudes sous-jacentes des sociétés confrontées au problème alcool. Les rivalités entre spécialistes ou soignants ont provoqué un morcellement du problème.

La définition de l'alcoolisme dans le dictionnaire Le Littré de 1863 est d'ailleurs à ce sujet exemplaire :

[alcoolisme : terme de médecine. Alcoolisme chronique, maladie caractérisée par une détérioration graduelle de la constitution et par des accidents nerveux ; elle s'observe surtout dans les pays froids où les travaux pénibles exigent l'emploi de boissons alcooliques de la part des ouvriers ; ce qui en conduit beaucoup à abuser de ces boissons !!]³

Fouquet par exemple définit l'alcoolisme comme la perte de la liberté vis à vis de l'alcool. Jellinek précise cette notion en distinguant la perte de la capacité à s'abstenir de l'alcool (même un jour), et la perte de la capacité à contrôler la quantité bue une fois que l'on a commencé à boire.

Cette définition introduit le critère de la dépendance. Ce dernier conduit à exclure du cadre de l'alcoolisme les buveurs excessifs non dépendants.

Depuis quelques années, on ne parle plus d'alcoolisme, mais de syndrome de dépendance alcoolique qui se manifeste par un ensemble de symptômes (médical, psychologique, social) et la perte de la liberté de s'abstenir de l'alcool. Actuellement on parle beaucoup plus d'addictions avec la notion d'être insolvable et la contrainte par le corps.

³ MAISONDIEU Jean « Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité » in Précarisation, risque et santé. Édition INSERM février 2001

L'addiction [terme emprunté à l'anglais médical qui signifie dépendance] à une substance psychoactive est caractérisée par le fait d'en poursuivre la consommation tout en étant conscient des conséquences négatives que celle-ci entraîne dans sa vie privée ou professionnelle.

La dépendance se définit comme étant un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs⁴, d'intensité variable, dans lesquels la consommation d'une ou de plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont le désir compulsif de se procurer souvent, par n'importe quel moyen les substances en cause.

Le Professeur Batel classe l'alcool parmi les produits psychoactifs les plus dangereux en raison de son pouvoir addictogène. La consommation d'alcool est un fait culturel et social. Elle n'est pas forcément liée à des situations économiques, sociales ou familiales données. Même si l'altération de ces facteurs peut provoquer une consommation plus importante.

Les spécialistes distinguent différents comportements face à l'alcool en fonction des catégories de populations. Ainsi certaines études portent sur :

- ✓ La consommation d'alcool chez les jeunes : il s'agit des comportements excessifs et ponctuels des jeunes pendant des soirées ou des fêtes.
- ✓ L'alcoolisme fœtal est souvent abordé puisque la consommation d'alcool chez les femmes est moins tabou qu'auparavant.
- ✓ L'alcoolisme au travail est un problème majeur de santé publique de par l'image que renvoie le monde du travail à l'alcoolique.

De toutes ces situations, l'alcoolisme des personnes en précarité représente la forme la plus complexe et la plus répandue. La précarité est l'aboutissement d'une trajectoire extrême de l'exclusion. Les personnes défavorisées ont souvent traversé des étapes de fragilisation du lien social : perte du travail, rupture familiale, perte de logement,...

⁴ Cognitif : ensemble d'idées, de pensées, d'auto-justifications, qui conduisent à un comportement. Tiré des documents de la MILDT: Drogues : savoir plus - octobre 2000

Depuis la mise en évidence de sa réalité au milieu du siècle dernier et jusqu'à ces dernières décennies , les pouvoirs publics adoptaient une démarche stigmatisante et culpabilisante.

On considérait que la responsabilité du buveur était lourdement engagée dans ce qu'il subissait de souffrance, parce qu'on buvait délibérément trop, c'était lui qui entretenait sa souffrance et qui aggravait la précarité de ses conditions de vie. Avec une assez substantielle mauvaise foi collective, on estimant que ce n'était pas tant cette précarité qui était la cause de ses excès de boisson, que son manque de volonté face à l'alcool.

S'il y a un accord unanime pour considérer que l'alcoolisme entretient des rapports étroits avec la précarité, certains le considèrent plus comme une des causes de cette précarité , d'autres estiment qu'il est plutôt une des conséquences.

Cependant, on peut penser qu'au-delà d'un certain seuil de précarisation et au-delà d'un certain temps d'évolution des conduites d'alcoolisation excessive, les effets de la précarité et les conséquences de l'alcoolisme s'associent inextricablement pour se majorer mutuellement et rendre parfaitement aléatoires aussi bien la guérison de l'alcoolique que sa sortie de la précarité.

Les poids réciproques des facteurs socio-économiques, les habitudes culturelles et les récents phénomènes d'exclusion sont autant d'éléments à prendre en compte dans cette relation mutuelle entre l'alcool et la précarité.

Les auteurs font une distinction entre des situations de pauvreté, de précarité et d'exclusion. La précarité est l'état d'une personne ou d'un groupe disposant de peu de ressources.

Elle se définit par le croisement des indicateurs de type monétaire (salaire, revenus) avec d'autres indicateurs (logement, santé, éducation,...).

La précarité est aussi l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante,

qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassurer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.

On parle aussi de situations de précarité à travers les populations "à risque", le plus souvent répertoriées dans une perspective de prévention, à partir de divers critères qui peuvent être relatifs à:

- ✓ Un événement (naissance prématurée, séparation de couple,...)
- ✓ Un état de santé (handicap, éthyliste,...)
- ✓ Une situation familiale (enfant orphelin, femme seule chef de famille, famille nombreuse,...)
- ✓ Des conditions de vie (habitat insalubre, travail précaire, chômage, indemnité,...)
- ✓ Une appartenance ethnique (immigrés, gens du voyage,...)

L'exclusion est un terme qui désigne une trajectoire autant qu'un état et prend en compte tout un ensemble de circonstances -rupture des liens familiaux, enfances gravement perturbées, perte des repères identitaires, problèmes de santé récurrents,...

Le professeur Maisondieu rappelle que dans l'exclusion sociale, l'exclu n'est pas exclu parce qu'on lui reproche tel ou tel acte, il est exclu parce qu'il est considéré comme en trop. Il vivote au marges de la société dans la situation parfaitement précaire de celui qui ne sait plus où se mettre, faute à la fois de savoir où aller et d'être reconnu par ses pairs comme l'un des leurs.

Le même auteur précise qu'à la différence de l'alcoolique qui ne trouve pas sa place parce qu'il doute de lui, l'exclu ne trouve pas sa place parce qu'il n'y en a pas pour lui, et il se met à douter de lui, ce qui le conduit sans rareté à l'alcoolisme.

Même si les malades mentaux sont plus souvent touchés par l'exclusion que les bien-portants, les exclus ne sont pas des malades mentaux, ce sont des maltraités sociaux. Ils ne souffrent pas de pathologies mentales spécifiques, ils souffrent d'être reniés comme semblables par leurs semblables inclus, qui ne les voient plus comme des pairs puisqu'ils sont exclus... ! Et pour s'en remettre, ils peuvent en venir à boire excessivement.

La honte peut ainsi surgir. Elle est liée au vécu de l'exclusion qui entraîne un vif sentiment de dévalorisation et elle peut conduire à l'alcoolisme.

L'alcool bu excessivement pour supporter le couple précarité-exclusion et ajouter ses propres effets désocialisants et destructeurs sur l'organisme pour renforcer le caractère dramatique de la situation et aboutir à la grande précarité du SDF.

En définitive, rappelle le docteur Maisondieu, l'alcoolisme est un facteur de désocialisation qui conduit souvent ceux qui en sont victimes à connaître des conditions de vie précaires du côté de l'exclusion. A l'inverse l'exclusion engendre à la fois des conditions de vie précaires et un vif sentiment de déclassement, qui sont susceptibles de pousser un individu vers l'alcoolisme.

En France, le bon buveur est un personnage intégré et socialement recommandable dès lors qu'il sait à la fois apprécier la boisson et « la tenir » en quantité suffisante pour prouver qu'il « étale » sans faire scandale et qu'il reste un solide travailleur. L'ivrogne est celui qui ne réussit pas ce défi. Voué à la précarité par sa seule inconduite, il est critiqué à ce titre plus qu'en raison des quantités d'alcool souvent importantes qu'il peut absorber et qui, pourtant contribue largement à sa déchéance et sa désocialisation.

Le sentiment de honte est la marque d'une souffrance, qu'il soit clairement ressenti ou masqué par l'indifférence. L'alcool peut être alors utilisé pour atténuer ce trouble tout autant que l'alcoolisme a pu être à l'origine de l'exclusion.

Globalement, la relation entre conditions économiques et consommation d'alcool est complexe. Mais il est important de remarquer que l'évolution de la consommation d'alcool s'est faite alors que les conditions économiques se sont dégradées, et qu'en particulier au cours de ces dernières décennies, le chômage a augmenté en France de manière considérable.

Messieurs Facy et Dally⁵ estiment qu'il est difficile d'envisager de manière temporelle, l'hypothèse de la relation entre chômage et alcoolisme. « En contrepartie, lorsqu'on observe les disparités régionales de la mortalité alcoolique, ce sont les mêmes régions qui présentent des mauvais paramètres économiques, un taux de chômage élevé et une alcoolisation importante » rajoutent-ils.

⁵ Dans « Précarisation, risque et santé . M Joubert, P Chauvin, ..Édition INSERM février 2001.

En effet, la consommation d'alcool ne peut se résumer à la prise du produit et à la recherche de ses effets. Elle s'effectue toujours dans le cadre d'un « scénario » parfois convivial ou à l'inverse, désocialisant. C'est autant le mode d'alcoolisation que la quantité consommée qui conduisent à des conséquences dommageables: séparation, perte d'emploi, perte de domicile sont les trois étapes classiquement rencontrées chez les patients désocialisés.

La précarité sociale et l'alcoolisme se trouvent donc le plus souvent dans une relation d'aggravation mutuelle ou de causalité réciproque.

En France, deux études (11) ont comparé la consommation d'alcool des allocataires du RMI à celle d'autres résidents d'une même structure d'accueil (centre de santé) :

les buveurs de plus de neuf verres de vin par jour étaient deux fois plus nombreux parmi les allocataires du RMI

Les populations exclues, bien que très médiatisées, notamment en hiver sont , d'un point de vue scientifique , extrêmement mal connues pour des raisons de méthodologie, mais aussi pour des raisons de « non intérêt » affirme le docteur Jacques Hassin, directeur scientifique de l'Observatoire du Samu Social et Responsable de la consultation médico-sociale du CHAPSA (centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri) de Nanterre (7).

L'étude conduite par cet Observatoire, dont l'objectif est de dresser un bilan de ces populations désocialisées et d'évaluer, selon un recueil déclaratif leurs conduites addictives a montré que l'alcoolisme est la problématique majeure des exclus bien que le motif premier de consultation ne concerne pas le problème de l'alcool. les résultats insistent sur l'importance de la consommation d'alcool « à la rue ».

L'alcoolique qui s'est exclu à force de boire rejoint l'exclu qui boit parce qu'il a honte d'être exclu et qu'il n'a plus nulle part pour cacher sa honte. Le SDF ne risque plus de perdre l'estime de ses contemporains puisque, à ses yeux, c'est déjà fait.

L'engrenage de l'exclusion est alors enclenché et tout peut basculer très rapidement. Serge Paugam⁶ distingue trois phases dans le processus d'exclusion :

⁶ Serge Paugam, « la dynamique de la disqualification sociale »in Sciences Humaines, n°28, mai 1993, p 16-20

- ✓ d'abord la fragilité : elle suit le déclassement social, par exemple après la perte d'un emploi ; la personne refuse d'entrer dans les réseaux d'assistance car ce serait renoncer à un « vrai statut social »
- ✓ ensuite se manifeste une phase de dépendance à l'égard des acteurs sociaux, et éventuellement sanitaires, pour justifier vis à vis de soi-même l'aide reçue ;
- ✓ enfin, c'est la rupture, à la suite d'une accumulation d'échecs ; la personne peut alors se réfugier dans des conduites addictives pour échapper à la réalité.

Ainsi un certain nombre de personnes en difficulté avec l'alcool sont confrontées à l'exclusion qui se caractérisent par des difficultés à accéder à leurs droits sociaux.

Les acteurs du champ social et en particulier les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) accueillent des personnes qui autrefois n'étaient connues que du champ médical.

Il est alors légitime de rechercher les réponses à apporter à un public doublement stigmatisé (par l'alcool et par la précarité). On peut s'interroger sur l'opportunité d'accueillir des personnes alcooliques dans des CHRS généralistes au risque de les fondre dans la masse des personnes précaires présentant d'autres problématiques, ou bien si au contraire les personnes en souffrance avec l'alcool nécessitent une prise en charge spécifique et un hébergement spécifique au risque de les marginaliser encore plus.

Le choix actuel des pouvoirs publics s'est orienté vers une prise en charge de cette population au sein des structures d'hébergement généralistes, même si les dernières orientations nationales et régionales (PRS alcool Ile de France par exemple) recommandent la mise en place des consultations avancées en alcoologie au sein des CHRS.

Au-delà du choix des modes de prise en charge, une interrogation demeure quant au rôle des CHRS dans la démarche d'accompagnement social et de réinsertion avec une analyse particulière de la dimension santé de cette notion, notamment des ressources dont disposent ces structures pour faire face à ces problématiques.

L'insertion par le travail, par le logement et par la santé sont des composantes interdépendantes. L'action sur ces différentes dimensions fait appel à des compétences diverses et des professionnels variés aussi bien du champ social que du champ médical, qu'il soient institutionnels ou associatifs. La prise en charge se situe au carrefour de ce tissu.

On peut donc se demander si les difficultés que rencontrent les personnes en souffrance avec l'alcool dans leur parcours d'insertion ne tiennent pas à la manière dont fonctionne cette prise en charge globale. Le travail en réseau, le partenariat sont-ils suffisamment développés et s'articulent-ils de façon optimale ?

Il faut s'interroger enfin sur le rôle des services de l'État. Doivent-ils assurer la coordination, l'animation et l'impulsion ou bien se limiter à accompagner financièrement les actions de terrain ?

Ce travail tentera d'apporter des éléments de réponse à l'ensemble de ces questions.

Après un rappel de la méthodologie retenue, il sera question de l'analyse de la prise en charge du problème alcool au sein des CHRS afin de dégager des perspectives d'actions dans ce domaine.

METHODOLOGIE

La prise en charge de l'alcoolisme et le rôle des structures sociales, notamment les CHRS ont fait l'objet d'une large revue de la littérature et de plusieurs publications de textes législatifs. C'est pourquoi une étude du cadre législatif et réglementaire (définitions et missions des CHRS, du dispositif alcool), lois et autres textes relatifs au sujet a été nécessaire pour comprendre le contexte et l'importance de ces dispositifs. Cette analyse est renforcée par l'étude des dispositifs nationaux et locaux :

- ✓ Plan triennal 1999-2002 de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies « MILDT»,
- ✓ Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) (dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions),
- ✓ Programme régional de santé (PRS) alcool – addictions issu de la conférence régionale de santé d'Ile de France,
- ✓ Schéma de l'accueil , de l'hébergement et de l'insertion à Paris (SAHIP) piloté par la DASS.

Sur le terrain, j'ai procédé à la rencontre des acteurs de l'alcoologie d'une part et de ceux des CHRS d'autre part.

1. LA DEMARCHE AUPRES DES CHRS

Paris dispose de 45 CHRS. Afin de recueillir la vision la plus exhaustive possible, deux démarches complémentaires ont été adoptées :

Les entretiens

Des rencontres approfondies avec **6 CHRS** ont eu lieu, notamment à travers des réunions d'équipe avec le personnel de ces structures et la réalisation des entretiens permettant de renseigner une grille par le référent santé ou social du centre. J'ai pu dans certains centres discuter avec les résidents.

Les rencontres des 6 CHRS se sont déroulées de la manière suivante :

- ✓ Entretien individuel avec la directrice (CHRS le Radeau)
- ✓ Entretien avec le directeur adjoint (CHRS Cité Saint Martin)
- ✓ Entretien avec le directeur et le chef de service socio-éducatif (CHRS Étoile du Matin)
- ✓ Entretien avec le chef de service socio-éducatif (CHRS Cité Notre Dame)
- ✓ Participation à la réunion de service (CHRS Emmaüs et Îlot République) en présence de la direction, des travailleurs sociaux, des éducateurs et des accueillants)

J'ai choisi la méthode de l'entretien semi-directif (d'une à deux heures chacun), à travers une grille de questions (voir annexe) parce qu'il relève d'une conception participative allant à la recherche des questions des acteurs. Ce procédé permet d'analyser le sens que les professionnels donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être témoins actifs.

Le choix des 6 CHRS a été motivé par la prise en compte de certains critères :

- Étudier le sujet dans des structures de tailles différentes (Certains centres accueillent une vingtaine de personnes d'autres peuvent accueillir jusqu'à plus de 200 résidents).
- Assurer une représentativité par rapport aux populations accueillies (hommes seuls, hommes et femmes en couples ou non, femmes seules,..)
- Veiller à la répartition géographique : j'ai visité des CHRS implantés dans des arrondissements sociologiquement différents.
- Tenir compte de la motivation et de la disponibilité du personnel des centres (période hivernale ; certains centres font également de l'hébergement d'urgence)

Le questionnaire

Il s'agit de l'envoi d'une fiche de renseignement articulée autour de quatre questions, aux 39 CHRS restants, leur demandant d'effectuer un constat synthétique sur l'importance de la problématique alcool, les difficultés rencontrées et les réponses apportées par la structure elle-même et/ou par les partenaires extérieurs.

23 CHRS sur **39** ont répondu au questionnaire dont deux fiches sont retournées sans être renseignées :

La première parce que leur structure est fermée depuis janvier 2000 pour d'importants travaux d'extension et de modernisation et que tout le personnel a été licencié ;
Le deuxième retour précise que la destinataire n'habite pas l'adresse indiquée.

Même si on pouvait s'attendre à un retour plus important, ce taux de réponse de **59 %** paraît satisfaisant et statistiquement représentatif de l'ensemble des répondants .

Cette mobilisation des intervenants des CHRS confirme l'importance qu'ils accordent à la problématique alcool au sein de leur structure.

J'ai enfin rencontré l'équipe de l'association « La Mie de Pain » qui dispose d'un accueil en hébergement d'urgence, d'un relais social (type boutique solidarité) et d'un espace solidarité insertion.

J'ai souhaité rencontrer cette association pour deux raisons :
car elle est en contact permanent avec les CHRS afin de retrouver une place d'hébergement à la population qu'elle accueille.

et parce qu'elle vient de signer une convention avec l'un des trois CCAA de Paris (CAP 14) pour mettre en place une consultation avancée en alcoologie au sein du relais social.

2. LA DEMARCHE AUPRES DES STRUCTURES DE L'ALCOOLOGIE :

Sur le plan sanitaire, différentes rencontres ont eu lieu avec des structures de prise en charge en alcoologie.

Rencontres avec les structures de soins :

J'ai rencontré des équipes de consultations en alcoologie des hôpitaux parisiens :
Fernand Vidal avec le médecin alcoologue et l'assistante sociale,
La Pitié Salpêtrière avec le médecin alcoologue

A signaler qu'il m'a été plus difficile d'obtenir des entretiens avec les équipes des consultations hospitalières. Ils évoquent souvent leur indisponibilité.

sur le volet médico-social

j'ai pu m'entretenir avec les équipes des 3 CCAA (Aurore, CAP14 et le Marais) composées de médecins, psychologues, infirmiers et assistantes sociales. J'ai été reçu au cours de leurs réunions hebdomadaires de synthèse.

Sur la partie prévention

j'ai rencontré à deux reprises la déléguée départementale du CDPA.

Dans le domaine de l'accompagnement et/ou de l'insertion,

Les mouvements d'anciens buveurs représentent une expérience enrichissante.

Je cite les rencontres avec Alcooliques Anonymes et Vie Libre et un entretien téléphonique avec la Croix d'Or.

3. LES ACTIONS TRANSVERSALES

J'ai pu assister à une journée de formation sur l'alcool et précarité, mise en place par la DASS et animée par le CDPA auprès des intervenants sociaux (dont 3 CHRS). Au cours de cette formation, ont été évoquées des situations vécues d'accueil des personnes en souffrance avec l'alcool.

J'ai également participé à des réunions organisées par la DASS ou par les partenaires de terrain. Ces réunions m'ont permis d'étudier les modes de prise en charge, les difficultés rencontrées et la nature du partenariat.

J'ai par exemple assisté :

- ✓ au PRS alcool – addictions, suivi d'une rencontre avec le coordinateur de ce PRS
- ✓ à la journée organisée par la MILDT sur les drogues en milieu pénitentiaire
- ✓ à une réunion à l'Observatoire régional de Santé (ORS) sur l'analyse des besoins en matière de prise en charge des drogues licites et illicites.

Enfin, au delà de l'appui technique et méthodologique assuré par le docteur Moyses et Madame Rauturier, des entretiens réguliers ont eu lieu avec les cadres et les autres agents de la DASS qui sont en charge de ces dossiers au sein :

du service Santé Publique et Populations

Et le service Lutte Contre les Exclusions et Urgences Sociales, notamment son chef de service Monsieur Rioufol. La tutelle des CHRS fait partie des compétences de ce service.

4. LA TENEUR DES ENTRETIENS :

Pour mieux étudier cette problématique, mes entretiens ont porté sur les points suivants :

- ✓ Les caractéristiques socio-économiques de la population accueillie dans les CHRS
- ✓ La composition du personnel des structures rencontrées
- ✓ Les conditions d'admission
- ✓ Les actions proposées (domaines d'intervention)
- ✓ Les principales difficultés de la population accueillie
- ✓ Les principaux problèmes de santé
- ✓ L'importance du problème alcool
- ✓ Les réponses apportées
 - par les ressources de l'établissement
 - par le contact avec les partenaires extérieurs
- ✓ les résultats obtenus
- ✓ Les difficultés rencontrées dans le cadre de cette prise en charge
 - liées à la structure elle-même
 - liées au partenariat
 - liées à la population
 - liées aux limites institutionnelles
- ✓ Les propositions et les perspectives

PREMIERE PARTIE : L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PROBLEME ALCOOL DANS LES C.H.R.S . EXEMPLE DE PARIS

Le dispositif parisien d'hébergement et de réinsertion sociale offre un nombre important de places et des modes d'hébergement variés. Certains CHRS se sont même spécialisés dans l'accueil de certains types de publics particuliers, comme les sortants de prison, les femmes seules, ou encore les personnes malades mentales.

En matière de prise en charge médicale, une dizaine d'hôpitaux parisiens offre des consultations en alcoologie, mais seuls quelques uns d'entre eux disposent de lits d'hospitalisations. On observe la même situation au sujet des structures ambulatoires (3 CCAA pour un département comme Paris). Même si un 4^{ème} est en cours de création, l'écart entre l'adéquation de l'offre et les besoins de la population reste important.

La prise en charge des personnes en souffrance avec l'alcool au sein des CHRS se trouve directement affectée en raison de la montée en charge des publics précaires et de la carence de l'offre de soins en alcoologie.

1. PRESENTATION DE PARIS ET DE SES DISPOSITIFS

1.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE PARIS

Pour analyser la prise en charge du problème alcool dans les CHRS parisiens, il convient de présenter le contexte économique et social, l'offre d'hébergement en CHRS ainsi que l'existant en matière d'alcoologie.

Paris est l'un des huit départements de la région Ile-de-France, situé géographiquement au centre de celle-ci. Comptant une superficie de 105 km carré, Paris est découpé en vingt arrondissements d'inégales dimensions qui se décomptent en partant de la Seine.

Dans le découpage administratif français, Paris constitue une exception. Elle a longtemps bénéficié d'un régime exorbitant justifié par son statut de capitale de la France et par son passé révolutionnaire : en particulier, au XIX^{ème} siècle, les trois glorieuses, la

révolution de 1848, ainsi que la Commune en 1871 ont incité les classes dirigeantes à se méfier de Paris et de ses habitants. Les régimes successifs ont donc appliqué à Paris un statut dérogatoire et ont écarté les parisiens de la gestion de leurs affaires.

Mais, Paris a peu à peu cessé de constituer un risque exceptionnel et s'est alignée sur le droit commun en conservant malgré tout un certain nombre de particularités. La loi du 10 juillet 1964 a créé une collectivité territoriale nouvelle et spécifique, la Ville de Paris, qui exerce à la fois « des compétences de nature communale et départementale » par le biais du Conseil de Paris, mais son président n'avait encore que des pouvoirs assez limités.

La réforme de 1982 va plus loin : la loi « Paris-Lyon-Marseille (dite loi P.L.M) du 31 décembre 1982 prévoit que le conseil municipal et le maire administrent l'ensemble de la ville, celle-ci étant également divisée en arrondissements. Chaque arrondissement est doté d'un conseil d'arrondissement, présidé par le maire d'arrondissement et dans lequel siègent des conseillers municipaux ainsi que des conseillers directement élus au suffrage universel direct.

1.1.1 Les caractéristiques de la population parisienne

Avec 2 125 851 habitants au recensement I.N.S.E.E de 1999, Paris représente 19.4 % de l'ensemble de la population de l'Île de France. Au cours des dernières années, le nombre d'habitants à Paris a diminué régulièrement au profit de la petite et de la grande couronne.

Paris compte la densité la plus forte d'Île-de-France avec 20 240,44 habitants par KM carré contre 911,83 pour la région Île de France et 108 pour la France entière. La tranche d'âge la plus importante de la population parisienne est les 20-39 ans qui représente 36 %. Il y a légèrement plus de femmes que d'hommes (53 % contre 47 %)

a. Le contexte de l'emploi

Au cours de l'année 2000, la baisse du chômage à Paris a atteint 16,4% , ce qui constitue la plus forte baisse de ces dernières années. Par rapport à 1999, il y a eu 18 873 demandeurs d'emploi de moins. En décembre 2000, le nombre de demandeurs d'emploi à Paris est estimé à 96 095 personnes. Le taux de chômage est passé en un an de 11,3 % à 10 %.

Le chômage à Paris qui représente 23,2% du nombre de demandeurs d'emploi franciliens, est caractérisé par un nombre plus important de demandeurs d'emploi de longue durée et une part importante des plus de 50 ans.

b. La précarité

La situation parisienne se caractérise par l'existence de trois groupes particulièrement exposés qui sont les bénéficiaires des minima sociaux, les jeunes en situation de grande précarité et les personnes en grande exclusion (SDF). En 2000, la population bénéficiaire des minima sociaux peut être estimée à près de 110 000 sur Paris, soit près de 5 % de la population parisienne, dont 48 110 bénéficiaires du RMI et 9 938 titulaires de l'AAH.

Cette estimation ne prend pas en compte les personnes qui n'ont aucun droit ouvert à un dispositif de revenu social (jeunes de moins de 25 ans et personnes vivant dans la rue qui n'effectuent plus les démarches nécessaires pour faire valoir leur droit).

Le constat sur les bénéficiaires du RMI est significatif ; plus de $\frac{3}{4}$ des allocataires sont des personnes seules. Les situations d'isolement peuvent être facteur d'exclusion et de dégradation de l'état de santé. Une enquête réalisée « une nuit donnée » par la DRASSIF, fait apparaître que dans la nuit du 8 au 9 mars 2000, 2 244 personnes ont été hébergées dans un centre d'urgences de la capitale. Parmi elles, 19,2 % ont déclaré bénéficier du RMI. L'étude réalisée par la DASS de Paris en janvier 2000 confirme que les personnes SDF percevant le RMI sont majoritairement des hommes (87%), isolés (95%), français à 85% et dont l'âge moyen est de 42,3 ans.

Cette situation fragilise le système social des personnes et provoque un isolement social et familial.

S'il est impossible d'avancer un chiffre précis sur le nombre des exclus, il est raisonnable d'estimer essentiellement à partir des fichiers des diverses consultations médicales qui s'adressent exclusivement à eux, qu'ils sont à Paris entre 10 000 et 15 000 à vivre dans la rue de façon habituelle et installée (4).

D'autres sont capables de trouver les ressources (aides sociales, mobilisations institutionnelles diverses) pour se maintenir au long cours dans ces états fragiles, tout en évitant une irréversible évolution vers le pire. Il s'agit là de personnes vivant une sorte d'instabilité permanente et donc paradoxale puisque, en fin de compte, durable. Ces personnes qui sont souvent abritées dans des foyers et centres d'hébergement, sont probablement deux fois plus nombreux que les clochards eux-mêmes, soit entre 20 000 et 30 000.

c. La situation au regard du logement

Sur l'ensemble de la population parisienne, 44 068 résident dans des structures collectives. 14 535 sont dans les foyers de jeunes travailleurs et 5 274 dans des centres d'hébergement.

Selon l'Observatoire du Samu Social de Paris⁷, le nombre de familles faisant appel au 115 augmente régulièrement depuis quelques années. Les personnes seules ayant contacté le 115 en 2000 représentent 76,5 % des personnes dont 87 % d'hommes et 13 % de femmes. Les familles quant à elles représentent 18 % des personnes qui ont sollicité le 115 en 2000.

L'Observatoire a constaté pour l'année 2000 un rajeunissement de la population qui appelle. Ceci est lié à l'augmentation du nombre d'enfants de moins de 18 ans, mais aussi à l'augmentation du nombre de jeunes de 18 à 24 ans ayant sollicité le dispositif d'urgence.

A Paris, des Équipes Mobiles d'Aide (EMA) du Samu social sillonnent toutes les nuits, les rues de la capitale à la rencontre des sans abri. Le but est de créer du lien avec elles, évaluer leur situation médico-psycho-sociale et leur proposer des solutions d'urgence en terme d'hébergement.

Au cours de l'année 2000, 7 379 personnes ont été rencontrées par les EMA pour 27 574 entretiens (soit une moyenne de 4 rencontres par personne). Ces rencontres ont donné lieu à 6 420 orientations vers des structures d'accueil d'urgence et à 369 personnes vers des

⁷ Données statistiques relatives à la pauvreté –précarité en Ile de France. Préfecture de la région .
Septembre

structures médicalisées. 575 personnes ont refusé d'être hébergées (soit près de 8 % des personnes rencontrées)

1.2 LES STRUCTURES D'ALCOOLOGIE

1.2.1 L'évolution historique

L'évolution de la prise en charge de l'alcoolisme en France a suivi celle des représentations de la société vis à vis des consommateurs de l'alcool.

Jusqu'au siècle dernier, la collectivité stigmatise encore cette population à travers l'élaboration du code des débits de boissons permettant de réprimer l'ivresse publique. La loi du 15 avril 1954 prévoit par exemple le signalement des alcooliques dangereux aux autorités sanitaires. Ce texte ne prévoit aucun dispositif pour le traitement ou la prévention de l'alcoolisme.

Il a fallu attendre 1970 (circulaire du 23 novembre), pour voir les premières consultations d'hygiène alimentaire. Ces structures étaient destinées aux « buveurs excessifs », avec une prise en charge gratuite et anonyme. L'objectif était alors d'intervenir avant que n'apparaisse la dépendance.

La circulaire du 30 juin 1975 a généralisé les consultations d'hygiène alimentaire en leur assignant des missions d'accueil, de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'aide aux buveurs excessifs.

Ce dispositif est complété par la création en 1983 (circulaire du 15 mars) des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA).

Les CHAA sont conçus dans une optique de traitement ambulatoire et leurs missions sont élargies à la prévention, à l'information et à la recherche. L'action de ces centres ne se limite plus aux seuls buveurs excessifs, mais s'étend de plus en plus aux cas lourds d'alcoolodépendants.

Un amendement de la loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, crée les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en remplacement des CHAA.

L'article L.355-1 du code de la santé publique précise que l'ensemble des dépenses médico-sociales de ces structures est à la charge de l'Assurance Maladie.

Ce nouveau dispositif de lutte contre l'alcoolisme est chargé de la prévention, du soin et de l'accompagnement social de tout public présentant une consommation à risque. Cette action doit s'effectuer en liaison avec les autres intervenants sanitaires et sociaux situés en amont et en aval. Ce dispositif a également pour mission d'informer, de sensibiliser et de former tous les publics concernés par une consommation à risque d'alcool.

Cette prise en charge est assurée par deux principaux types de structures. D'une part les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et d'autre part les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA).

Les CDPA représentent les instances départementales de l'association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) et ont en charge les actions de prévention de l'alcoolisme dans le département, en direction de tous les publics (informations, actions de prévention en milieu scolaire, en milieu de travail, en direction des personnes défavorisées,...etc). Ils peuvent également orienter des demandes individuelles vers les structures adaptées.

Les CCAA souvent implantés au cœur des quartiers, sont centrés sur le soin et l'accompagnement social. Ils disposent notamment de personnel soignant et de travailleurs sociaux.

Depuis le 1^{er} janvier 1999, ce dispositif est financé par l'assurance maladie ainsi que par les crédits ouverts au chapitre 47-17 art.20 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, au titre de la prévention.

Les structures du dispositif peuvent être de statut privé ou public. En 1997 les deux tiers des structures sont de types associatifs. Parmi celles-ci l'ANPA est largement majoritaire. Le poids de l'hôpital est prépondérant au sein des structures publiques.

Outre le caractère public ou privé, ces structures peuvent être spécialisés dans les soins (31 structures), soit dans la prévention (45 structures) ou effectuer les deux types de prise en charge de façon à peu près égale (125 structures). Le secteur public est principalement centré sur les soins.

L'activité de ces structures s'exerce de façon décentralisée, dans différents lieux plus facilement accessibles aux usagers, ouverts pour certains de façon permanente ou pour des périodes de temps limitées.

Près de 40 % des salariés dans ce dispositif viennent du milieu sanitaire (médecins, infirmiers,...), 18 % du secteur de la prévention et 16 % du secteur social.

La part du personnel sanitaire a tendance à augmenter avec la mise en place de consultation en alcoologie au sein des centres hospitaliers, préconisée par le plan triennal 1999-2001 de la MILDT. En effet, le rapport des Professeurs Reynaud et Parquet, publié fin 1997 sur l'évaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool a mis en évidence les faiblesses de la prise en charge des patients alcooliques dans les hôpitaux.

1.2.2 La situation a Paris.

Si Paris est très nettement sous dotée en structures ambulatoires an alcoologie (4 CCAA seulement), le dispositif hospitalier parisien présente quant à lui des consultations en alcoologie dans une quinzaine d'hôpitaux. Ces centres hospitaliers n'étant pas sous tutelle de l'ARH, mais de l'AP-HP rattachée directement au ministère, ont peu de liens avec les services de la DASS. Ces consultations sont souvent intégrées dans d'autres services (gastro-entérologie, médecine interne, psychiatrie) et ne constituent pas des services à part entière en alcoologie. Ce constat relativise leur nombre car elle ne fonctionne que par le biais de quelques permanences ou vacations hebdomadaires, tels que les hôpitaux de Saint Antoine, la Pitié Salpêtrière, Bichat et Cochin.

Les principaux centres hospitaliers disposant d'unités d'alcoologie avec des lits d'hospitalisation sont:

- L'hôpital Fernand WIDAL service de médecine interne
- L'hôpital NECKER service d'hépatologie

Les équipes composée de médecins (généralistes, psychiatres ou gastro-entérologues), infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et aides soignants assurent (selon les structures) :

L'accueil et le traitement des intoxications et dépendances liées à l'alcool et aux autres produits psycho-actifs.

La prise en charge hospitalière ou ambulatoire et le suivi à long terme des patients atteints de pathologies somatiques lourdes

Des activités de lien social à travers différents ateliers de groupe (peinture, écriture, dessin, senteurs, diététique,...)

Ces structures disposent de lits d'hospitalisation. Le nombre diffère d'une unité à l'autre, jusqu'à 24 lits à l'hôpital Fernand WIDAL par exemple. Au sein de ce dernier, la file active de l'année 2000 montre près de 500 personnes en hospitalisation et 2000 personnes en consultation.

Les 3 Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie offrent une prise en charge médico-sociale des personnes en souffrance avec l'alcool ou leur entourage.

Deux d'entre eux (le CCAA du Marais dans le 4^{ème} arrondissement et CAP 14 dans le 14^{ème} arrondissement) sont gérés par Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA).

Le troisième (CCAA Ménilmontant) est géré par l'association Aurore, qui gère aussi un CHRS (Étoile du Matin). Les équipes des CCAA sont pluridisciplinaires (médecins alcoologues, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux,...). Ces centres sont loin de couvrir la demande des usagers d'où les importants délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous. La DASS étudie actuellement l'ouverture d'un 4^{ème} CCAA dans le 18^{ème} arrondissement, qui serait géré par le CDPA.

1.2.3 Mode de prise en charge

Les consultations au sein des structures d'alcoologie s'effectuent sur rendez-vous. Il y a très peu de demandes spontanées.

Les consultants sont généralement orientés par : les médecins, les travailleurs sociaux, la famille ou la justice (dans le cadre de l'obligation de soins).

La personne elle-même contacte la structure pour un entretien. Les familles et l'entourage peuvent également appeler. Le Secrétariat évalue la situation et propose un

rendez-vous avec l'un des membres de l'équipe. Le 1^{er} entretien est souvent réalisé par un psychologue, sauf si la personne désire rencontrer un autre professionnel (médecin, infirmière,...)

Chaque CCAA dispose d'un temps de travailleur social.

A coté de ces dispositifs, d'autres structures interviennent dans la prévention de l'alcoolisme, telles que les structures généralistes d'éducation à la santé (CODES) ou des mouvements d'anciens malades qui fournissent un soutien personnel, familial et social.

Ces mouvements d'anciens buveurs occupent une place importante dans l'accompagnement des personnes en amont pour faire émerger la démarche de soins et surtout en aval afin d'éviter les rechutes. Ils offrent une disponibilité très large pour l'écoute et l'accompagnement des malades (y compris les soirs et les week-end). A Paris nous retrouvons les principaux mouvements néphalistes (Vie Libre, Alcooliques anonymes, Croix d'Or et Croix Bleue,...). Certains d'entre eux participent à des programmes départementaux et régionaux sur l'alcool (PRS).

2. LES ADMISSIONS DANS LES C.H.R.S

Créés par la loi n° 46-685 du 13 avril 1946, les C.H.R.S, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale sont des établissements sociaux, publics ou privés, qui relèvent de la loi n° 75-53 du 30 juin 1975. Il s'agit là de la dénomination retenue par la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ; auparavant, on parlait de Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale.

Une autorisation préfectorale est nécessaire à leur création après avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S) ; elle vaut également habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Des conventions passées entre l'établissement et l'État fixent le nombre de places, les catégories de personnes accueillies, les missions , le financement et les procédures d'évaluation (art. 46.1 du décret n° 76). Le financement de l'État intervient sous la forme d'une dotation globale de financement depuis 1985 sur la ligne budgétaire 46-23.

2.1 LES ORIENTATIONS ET MODALITES D'ACCUEIL

La mission principale des CHRS consiste à accueillir des personnes majeures ou des familles admises à l'aide sociale de l'État qui connaissent de graves difficultés économiques, familiales, de logement, de santé, ou d'insertion pour les aider à retrouver leur autonomie sociale (article 185 du code de la Famille et de l'Aide Sociale).

Les admissions sont prononcées par la commission d'admission du centre, sous le contrôle de l'État, pour une durée de six mois. L'hébergement peut être renouvelé, une à deux fois, sur proposition de l'établissement et par décision de la DDASS (article 46.4 du décret n° 76.526 du 15 juin 1976). Les durées de séjours peuvent également être plus courtes, notamment pour répondre à des situations d'urgence (article 46 du décret 76-526 du 15 juin 1976).

Les CHRS prennent des formes diverses dans l'espace : la forme traditionnelle reste le foyer. Mais à l'heure actuelle, les centres, dans un souci d'humanisation et pour faciliter le travail d'accompagnement social, s'orientent vers des structures de taille plus réduites et

mettent en place des logements en appartements autonomes, ou en hôtels meublés. On parle alors de CHRS « éclatés ».

Le CHRS peut demander une participation financière à la personne hébergée, qui peut aller jusqu'à 30 % des revenus de la personne (décret 76-526 du 15 juin 1976).

En général, le montant de cette participation est librement défini par le centre au vu des ressources financières du résident. Ainsi lorsqu'il ne dispose d'aucun revenu, le CHRS ne demande aucune participation.

Les CHRS admettent exceptionnellement les demandes spontanées des personnes.

L'équipe étudie dans un premier temps le rapport social, organise par la suite un entretien d'admission avec le demandeur.

Les intervenants du centre d'hébergement organisent une concertation afin de décider des suites à donner à la demande de l'utilisateur.

Après une période d'observation (allant de quelques jours à 3 semaines selon les CHRS) afin de vérifier si la structure semble adaptée à la situation de la personne, un référent est alors désigné afin d'élaborer un projet socio-éducatif.

2.2 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

l'accompagnement socio-éducatif débute avec la définition du projet d'insertion du résident. Le référent social effectue un état des lieux de la situation de la personne vis-à-vis de ses droits sociaux, de sa couverture médicale (sécurité sociale et CMU), sa situation sociale et professionnelle.

En fonction de ces éléments, le projet d'insertion sera ainsi défini. Il stipulera les démarches à effectuer par le résident. Le non respect de ces démarches peut remettre en question son hébergement au CHRS.

Les CHRS accueillent donc des personnes (seules ou en couples, avec ou sans enfants) en démarche d'insertion de 18 à 65 ans, certains publics présentent des difficultés et des problématiques plus spécifiques comme les femmes victimes de violences conjugales, les personnes atteintes par le VIH, les sortants de prison ou encore les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Par conséquent, les CHRS doivent non seulement héberger et nourrir ces personnes, mais surtout les accompagner dans leur démarche d'insertion. L'équipe socio-éducative du centre, généralement composée d'éducateurs, d'assistants sociaux et de psychologues, aide la personne à formuler sa demande et à définir un projet d'insertion en fonction de ses capacités et de ses objectifs. L'équipe soutient la personne dans ses démarches tout au long de son parcours d'insertion.

Les projets d'insertion définis dans le cadre du CHRS s'articulent principalement autour de deux axes : d'une part il s'agit d'aider la personne à faire valoir ses droits s'ils ne sont pas déjà ouverts (ouverture des droits à la sécurité sociale, demande d'Allocation Adulte Handicapé (AAH), de l'Allocation au Parent Isolé (API),...d'autre part il s'agit de mettre en place un projet de sortie du centre, soit en préparant un parcours d'insertion professionnelle, soit en essayant d'accéder à un logement autonome ou encore à effectuer des démarches de soins.

Le décret du 3 juillet 2001 précise que « les CHRS peuvent organiser des actions ayant pour objet l'adaptation à la vie active par l'apprentissage ou le réapprentissage des règles nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle ».

Ces actions s'adressent à des personnes qui ne sont pas en mesure d'effectuer un travail régulier en raison d'un cumul de difficultés, notamment sociales, professionnelles ou liées à leur état de santé.

Si, au départ, l'accueil d'une personne en CHRS ne semble pas être assortie de l'obligation juridique de présenter un projet d'insertion, la circulaire du 14 mai 1991 rend cette obligation implicite : « l'hébergement de longue durée doit conduire à l'autonomie et ne pas être une rupture supplémentaire ou un temps d'attente s'ajoutant aux autres. Les durées de séjour doivent faire l'objet d'une négociation, voir d'un contrat, avec les intéressés selon les rythmes propres à chacun. La prolongation de la prise en charge doit être liée à une analyse de l'état d'un projet d'insertion ».

De plus, cette même circulaire réaffirme que les CHRS sont un outil d'insertion en lien avec les autres partenaires de terrain pour aboutir à une reconquête de l'autonomie de l'utilisateur.

Le respect du règlement intérieur fait également partie du projet socio-éducatif et du respect de la vie en collectivité. Ainsi, La consommation **d'alcool** et des autres produits

psychoactifs (sauf le tabac) est interdite dans les CHRS. L'incidence de ce règlement sur le comportement réel des résidents vis-à-vis de l'alcool, sera traitée dans le chapitre suivant.

Au delà du suivi individualisé effectué par le référent socio-éducatif, certains CHRS proposent des activités collectives de socialisation : des ateliers de peinture, d'arthérapie, des sorties,...

2.3 QUI SONT LES PERSONNES HEBERGEES DANS LES CHRS ?

Les résidents des CHRS sont des personnes déjà suivies par les dispositifs d'aide sociale (bénéficiaires du RMI, de l'AAH, de l'API,...) qui de par leurs difficultés ont perdu leur logement.

La population accueillie est très hétérogène , Le décret n° 2001-576 du 3 juillet 2001 rappelle que «la décision d'accueillir, à sa demande, une personne ou une famille est prononcée par le responsable du CHRS désigné à l'administration. La décision tient compte de la capacité du centre, des catégories de personnes qu'il est habilité à recevoir ainsi que des activités d'insertion qu'il est habilité à mettre en œuvre».

La population des CHRS parisiens est très diversifiée à l'image des structures elles-mêmes.

Leur profil socio-économique ne diffère pas de la population reçue habituellement par les centres d'hébergement.

Les résidents sont majoritairement titulaires des minima sociaux, notamment le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation adulte handicapé (AAH) ou encore l'allocation pour parent isolé (API).

Les CHRS accueillent aussi des travailleurs précaires, en contrat emploi solidarité (CES), contrat emploi consolidé (CEC) ou encore des salariés en contrat à durée déterminée.

D'autres personnes arrivent dans certains CHRS sans aucune ressource. C'est le cas des jeunes de 18 à 25 ans ou des étrangers en attente de régularisation administrative (un

seul CHRS a clairement évoqué la possibilité d'accueil de cette dernière catégorie de la population). L'obtention de ces droits fait partie du projet global de l'individu.

2.4 LE CONSTAT A PARIS

Le dispositif parisien d'hébergement et de réinsertion sociale se caractérise par l'importance du nombre de places et par la diversité des hébergements proposés (hébergement collectif, éclaté, hôtels, appartements individuels,...) pour tenter de répondre aux besoins des différents publics de la façon la plus adaptée.

En 2001, 2 648 places (dont 30 dites « sinistrées » ; attribuées en cas de sinistre à Paris) sont financées par la DASS de Paris pour 46 CHRS. La capacité de places installées varie de 4 à 215. Ces structures sont regroupées par la répartition qui est faite selon la situation familiale (hommes seuls, femmes seules, hommes et femmes en couple ou non, avec ou sans enfants, femmes avec ou sans enfants. Plus d'un tiers (1034) des places sont destinées aux hommes seuls réparties sur 12 centres tandis que 430 places sont destinées aux femmes seules avec enfants réparties sur 5 centres.

7 CHRS sont dits « polyvalents » dans la mesure où ceux-ci peuvent accueillir tout type de population à hauteur de 413 places.

2.4.1 Typologie des publics

On dénombre 8 CHRS (pour une capacité de 228 places) hébergeant en tout ou partie des personnes ayant un passé judiciaire (sortant de prison, en attente de jugement ou sous main de justice). Trois centres reçoivent exclusivement une population en difficulté psychique ou sortant d'établissement psychiatrique et dites « stabilisées ». On totalise également 5 centres destinés à une population très jeune en difficulté et/ou en errance. Enfin un seul établissement accueille une population dite « d'un certain âge », 40 à 65 ans et en grande précarité.

2.4.2 La répartition géographique

La répartition géographique des centres est très inégale. Toutefois, l'implantation des structures quant à la densité n'est pas totalement représentative du nombre de places

installées. Ainsi, si 8 centres sont implantés dans le 20^{ème} arrondissement, quartier où la concentration est la plus élevée, seules 265 places y sont disponibles, dans la mesure où les structures sont de petite taille. En revanche, le 13^{ème} arrondissement qui offre une capacité de 820 places dans 7 CHRS regroupe en partie les plus grosses structures. Globalement, c'est l'Est et le Nord parisien qui sont les plus dotés. Il faut souligner enfin qu'il n'existe aucune structure dans le centre de la Capitale (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, et 8^{ème} arrondissements)

S'il n'existe pas de CHRS spécialisé dans l'accueil des personnes en difficulté avec l'alcool, c'est parce que le problème alcool est transversal et présent chez tous les publics et dans la majorité des CHRS. Les structures et l'ensemble des acteurs en alcoologie à Paris devraient permettre de bâtir avec les CHRS un projet global de réinsertion. Il faudra d'abord analyser l'adéquation entre l'offre existante et l'importance de la problématique sur une ville particulière comme Paris.

L'analyse globale fait ressortir que le recours au CHRS peut être lié aux motifs suivants :

- ✓ Un tiers des recours est lié aux ruptures familiales et sociales
- ✓ Un tiers est lié aux problèmes financiers
- ✓ Un dernier tiers est lié à un état de chronicité dans l'isolement, les échecs et dans les problèmes de santé.

Reste à savoir comment les acteurs des CHRS affrontent cette situation. Quelle est selon eux l'ampleur des problématiques de santé et plus particulièrement de l'alcoolisme ?

Quelles sont enfin les réponses apportées par les CHRS eux-mêmes et par les partenaires extérieurs ?

3. ANALYSE DE LA PRISE EN COMPTE DU PROBLEME ALCOOL DANS LES CHRS

3.1 LES PROBLEMES DE SANTE RENCONTRES CHEZ LES RESIDENTS DES CHRS :

Même s'il n'y a pas de maladies spécifiques liées à la précarité, la situation de précarité expose les personnes à des difficultés de santé plus importantes que dans la population générale.

Le rapport du Credoc de 1995 (2) établit que les populations démunies se caractérisent par un plus mauvais état de santé que la population générale.

De point de vue descriptif, les troubles dentaires, visuels et auditifs, la réapparition de la tuberculose et la prégnance de l'alcoolisme sont au premier plan. Certaines personnes en situation de grande exclusion développent en outre des pathologies dermatologiques graves.

Il faut aussi souligner l'importance des conduites de toxicomanies (alcool, tabac, drogues illicites) et l'augmentation d'une souffrance psychosociale se traduisant par des troubles de la santé mentale. L'ensemble de ces difficultés aggrave les problèmes d'insertion sociale.

Force est de constater que la montée du chômage et de la précarité rend plus malade.

L'exclusion et la marginalité de longue date provoquent chez eux une absence de demande et l'abandon des démarches. La santé n'est pas leur priorité. « donnez-moi du travail et je serai en bonne santé » disait un bénéficiaire du RMI résidant dans un CHRS à son assistante sociale. Ils ne se soignent que dans l'urgence. La démarche vers la structure de soins représente pour eux un parcours du combattant.

Cependant, il faut distinguer l'accès aux soins, l'accessibilité aux soins et l'acceptabilité des soins :

- L'accès aux soins ou la prise en charge des troubles se font de plus en plus tardivement.
- Ces populations attendent de vivre des situations critiques pour se tourner vers les soins.
- Beaucoup font appel aux services des urgences d'un hôpital et non pas aux médecins généralistes de proximité.
- Le recours aux soins s'inscrit dans un ensemble de difficultés multiples (logement, insertion, chômage, conditions de vie,...)
- Ce comportement général, témoigne de l'éloignement: géographique, culturel, des pratiques professionnelles, des services de droits communs et de ceux qui en ont le plus besoin.

L'analyse des contacts effectués avec les CHRS parisiens montre l'existence, majoritairement des difficultés de santé suivantes :

- ✓ Troubles psychiatriques ou psychologiques
- ✓ Alcoolisme et autres toxicomanies
- ✓ SIDA, hépatite C
- ✓ Hygiène de vie : affections bucco-dentaires, mauvaise alimentation
- ✓ Problèmes pulmonaires, dermatologiques et gynécologiques.

Ces situations sont souvent aggravées par:

- ✓ La marginalité de longue date
- ✓ Les facteurs culturels
- ✓ Les difficultés à établir (ou à rétablir) une relation
- ✓ Les problèmes psychologiques et affectifs
- ✓ L'absence de demande
- ✓ Les troubles de la personnalité

En raison de l'absence d'hébergement, des situations de précarité ou de la non prise en compte sur les lieux d'hébergement de la dimension santé, les personnes :

- ✓ ne formulent aucune demande ;
- ✓ n'accèdent pas aux soins ;
- ✓ ne peuvent donner priorité aux soins ;
- ✓ ne peuvent bénéficier d'une continuité de soins.

Les principales causes sont également liées à l'attractivité de Paris en termes de structures de soins mais aussi pour l'espoir de « s'en sortir et changer de vie à Paris » par l'obtention du travail par rapport à la province ou l'étranger.

Les conséquences de ces situations sur l'état de santé sont néfastes : morbidité et mortalité accrues, état de chronicisation et consommation de produits psycho-actifs (alcool, drogues illicites,...) évoquées dans le rapport de la DASS de Paris dans le cadre du PRAPS de l'année 2000.

La consommation de l'alcool est citée dans la grande majorité des CHRS. Les conséquences de cette problématique dépassent le champ médical et renvoient à la représentation sociale qu'ont les intervenants et les usagers eux-mêmes de cette consommation.

Par conséquent, même si les modalités d'intervention diffèrent (les structures d'alcoologie interviennent sur un versant médical ou médico-social, les CHRS préparent en concertation avec le résident son projet de réinsertion sociale) les deux volets concourent vers un projet global de réinsertion de la personne.

Les textes prévoient et reconnaissent donc cette nécessaire articulation entre les CHRS et les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge médico-sociale des personnes hébergées.

Reste à savoir quelles sont les réponses apportées sur les questions de l'alcool, comment s'organise la mise en œuvre des missions des CHRS sur le terrain et comment se traduit cette articulation entre professionnels de l'alcoologie et structures d'hébergement.

3.2 IMPORTANCE DU PROBLEME ALCOOL

Les personnes accueillies en CHRS, peuvent donc avoir un passé avec l'alcool, soit que les structures d'alcoologie les orientent directement vers un CHRS à la sortie d'un suivi médical, soit qu'elles aient connu une période d'errance entre deux prises en charge. D'autres personnes accueillies en CHRS souffrent toujours du problème alcool, non identifié

ou dénié par la personne elle-même mais qui nécessite pourtant une prise en charge médico-sociale.

L'étude nationale, menée par l'ANPA (11) auprès des consultants des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) en 1996 et 1997 a permis d'étudier le lien entre alcool et précarité. Elle montre que parmi les 29 557 consultants des CHAA en 1996 et 1997, 564 (2 %) sont SDF. Ce nombre est certainement sous-estimé, du fait des conditions d'enquête, à partir de lieux fixes peu ou diversement fréquentés par les sujets en situation d'exclusion (12,18). Par ailleurs, la catégorie « SDF » est une notion qui a évolué, compte-tenu des possibilités actuelles plus grandes (mais insuffisantes) d'hébergement des usagers bénéficiaires d'allocations.

Les consultations médicales du CHAPSA de Nanterre (4) sur une cohorte de 77 patients interrogés (67 hommes et 10 femmes) déclarent :

34 % vivaient à la rue depuis une période allant de 1 à 5 ans. 25 % depuis 5 à 10 ans.

Les deux principales raisons évoquées pour expliquer leur passage à la rue étaient la rupture conjugale ou familiale (39 %) et le chômage (29 %).

73 % indiquent la mendicité comme source unique de revenu.

27 % signalaient un alcoolisme paternel et 11 % parlaient d'un d'alcoolisme des deux parents.

83 % annonçaient une consommation moyenne journalière de 2,7 litres de vin (ou équivalent). Les mesure pratiquées à l'éthylomètre permettaient d'estimer le chiffre réel de la consommation d'alcool moyenne journalière entre 4 et 5 litres de vin (ou équivalent).

Par ailleurs, l'enquête menée par la mairie de Paris rapportée dans Les cahiers de Chaligny⁸, le problème alcool est important chez les sans-abri les plus marginaux mais ne touche pas et de loin la majeure partie d'entre eux.

L'alcool montre des variations très nette selon le sexe (les hommes sont les plus touchés), l'âge (les plus jeunes consomment des drogues illicites et les moins jeunes consomment l'alcool) et le lieu de vie des personnes. La consommation d'alcool est

⁸ *Étude* sur les sans-abri à Paris. Dans « *Les cahiers de Chaligny* » Édition la DASES de Paris, janvier 1998.

également liée à la marginalisation mais reste rare en hébergement de long terme, probablement du fait d'une sélection, ils reviennent plus fréquemment en hébergement provisoire et plus encore chez les plus marginalisés.

Au cours de mes entretiens, j'ai choisi de retenir la notion du « problème alcool », et non pas alcoolisme ou alcoolo-dépendance, afin de permettre aux professionnels interrogés de donner leur propre délimitation du sujet. A partir de quel seuil, la question de la consommation d'alcool devient problématique ?

La majorité des CHRS interrogés (**24 sur 27**) déclare aborder avec l'usager la question de la consommation de l'alcool au moment de l'admission. Si la plupart d'entre eux orientent la personne vers un projet de soins et/ ou un accompagnement social, 7 CHRS déclarent refuser l'admission des personnes qui se présentent avec un problème d'alcool.

La consommation d'alcool constitue dans ce cas un critère de non admission.

Les CHRS argumentent leur décision par le souci de respecter le règlement intérieur qui interdit la consommation de boissons alcoolisées. D'autres centres limitent le nombre de personnes en souffrance avec l'alcool afin de « ne pas déstabiliser les autres résidents ».

Il n'y a pas de règles précises et générales, mais la majorité des CHRS ne souhaitent pas accueillir plus de 5 % de résidents " alcooliques"

Deux tiers des CHRS n'accueillent cette population que si elle a déjà entamé (ou accepté) les soins . En cas de refus ou de non respect du projet d'insertion et de soins, la personne est priée de quitter le CHRS. L'alcool dans cette 2^{ème} situation est un critère d'exclusion.

L'alcool et les autres produits psychoactifs :

6 CHRS évoquent l'existence de la polyconsommation, notamment chez les jeunes.

Ce constat rejoint les dernières données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) dans son dernier rapport⁹ qui précise que la polyconsommation

⁹ Rapport « Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002 » OFDT Paris

répétée chez les adultes (alcool, tabac et /ou cannabis) concerne plus de 15 % de la population âgée de 18 à 44 ans.

Chez les jeunes, la polyconsommation est encore plus fréquente en raison du niveau plus élevé de la consommation de cannabis.

Le rapport précise enfin que plus de la moitié des usagers de drogues ayant recours au système de soins sont des polyconsommateurs dépendants.

L'alcool et les catégories des publics :

Les femmes de 18 à 25 ans sont moins touchées par le problème alcool. À l'inverse les hommes seuls de 40 à 60 ans représentent la population la plus touchée.

Le public accueilli :

D'une manière générale, les CHRS distinguent 2 types de publics touchés par le problème alcool :

Les alcoolo-dépendants, souvent très marginalisés (SDF)

Les travailleurs précaires qui gèrent (cachent) encore leur consommation

Les chiffres donnés par les CHRS montrent que la consommation problématique d'alcool concerne une proportion importante des résidents :

De 6 % (le taux le plus faible) à 40 % (le taux le plus élevé), avec une majorité des CHRS qui évoque la présence du problème **chez près de 30 % de la population.**

Ce constat ne concerne que les situations repérées par les intervenants des CHRS ou exprimées par les personnes elles-mêmes. Il faudra rajouter les cas des personnes alcooliques qui 'gèrent' encore leur consommation et/ou qui restent dans le déni total.

Les structures d'alcoologie hospitalières ou ambulatoires (CCAA) accueillent de leur côté un public de plus en plus précaire.

En effet, le rapport d'activité 2000 du CCAA du Marais (4^{ème} arrondissement) montre une file active de 500 personnes, avec près de la moitié des nouveaux patients.

Le taux de personnes présentant une précarité liée au travail est d'environ 30 % des consultants, celle liée au logement 29 % tandis que les grands précaires (SDF) constituent 20 % de la population qui consulte au CCAA.

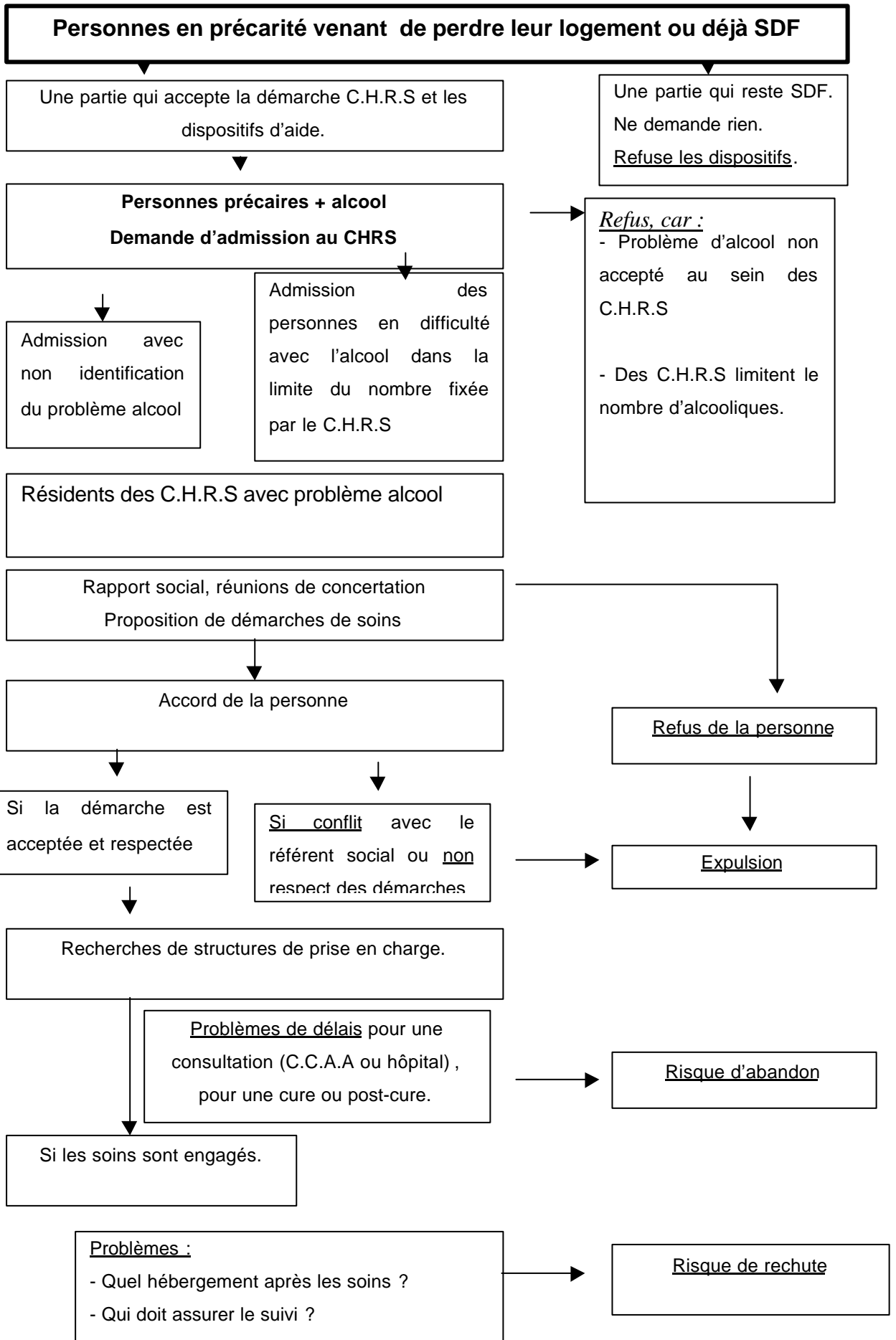
Les chiffres du CCAA de Ménilmontant rejoignent ce constat : 48 % des consultants ont des difficultés professionnelles, 27 % des difficultés liées au logement et 13 % de grands précaires.

Le docteur Hispard de la consultation d'alcoologie de l'hôpital Fernand Widal estime la proportion de personnes précaires dans son service à 25 % avec 10 à 15 % de marginaux et sans abris. Il déclare par ailleurs que les personnes précaires prennent trois fois plus de temps (en consultation et suivi) que les personnes sans difficulté sociale.

Les CHRS et les acteurs de l'alcoologie ont donc en commun un public précaire et alcoolisé qui présente plusieurs difficultés sociales, économiques, et familiales :

- ✓ Absence de droits sociaux à l'admission (RMI, sécurité sociale, CMU,...)
- ✓ Les fins de mois sont financièrement difficiles.
- ✓ Carence, voire absence de lien familial
- ✓ Faible estime de soi, sentiment de dévalorisation.
- ✓ Démobilisation par rapport à l'insertion professionnelle.

Le schéma suivant montre le processus d'admission aux CHRS des personnes présentant un problème d'alcool et les différentes trajectoires parcourues en fonction du comportement de l'individu d'une part et des réponses des structures de prise en charge d'autre part.



Cette situation, montre que les CHRS sont confrontés à l'accueil et au suivi des populations de plus en plus spécifiques, cumulant des difficultés sociales, médicales et psychologiques.

Les intervenants de ces structures ne développent pas de réponses spécifiques pour la prise en charge de l'alcoolisme. Ils intègrent cet élément dans le cadre d'un accompagnement socio-éducatif global.

Les travailleurs sociaux établissent d'abord une relation de confiance avec le résident avant d'aborder la question de l'alcool. Si l'usager accepte la démarche, le référent social sollicite les professionnels de l'alcoologie afin de travailler la prise en charge des soins.

Cette prise en charge ne peut pas se faire par un seul intervenant. Il faudrait un partenariat étroit entre l'ensemble des professionnels qui interviennent sur les résidents.

La consommation d'alcool est très présente au sein des CHRS. Cet élément peut être un critère de non admission voire d'exclusion par certaines structures d'hébergement qui ne peuvent pas aborder la question avec leur résidents. D'autres CHRS tentent d'amorcer un accompagnement social englobant une démarche de soins. C'est un parcours du combattant qui démarre pour l'usager et pour son référent social. L'ensemble des acteurs du dispositif s'accordent à dire qu'il y a un véritable décalage entre la demande et l'offre d'hébergement.

La question des moyens n'explique pas tout. Le manque de coordination entre les structures (sociales et médicales), les pratiques professionnelles constatées sur le terrain et la nature des relations qu'ont ces établissements avec les financeurs peuvent également influencer les modes de prise en charge.

Il sera intéressant de voir si le personnel de ces structures est préparé en interne pour mieux gérer ces difficultés et voir aussi le travail accompli avec les partenaires extérieurs notamment de l'alcoologie afin de favoriser une prise en charge globale de ces personnes.

Le rôle de l'État sera également analysé afin de mieux comprendre sa position de financeur et de coordonnateur des dispositifs d'hébergement et de soins.

DEUXIEME PARTIE : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE PAR UNE IMPULSION INSTITUTIONNELLE FAVORISANT LES INITIATIVES DE TERRAIN

L'analyse des modes de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool demandant l'admission dans les CHRS montre certains dysfonctionnements liés à plusieurs facteurs :

La méconnaissance par les intervenants des CHRS de l'abord du problème alcool.

Un partenariat ponctuel voire faible avec les structures d'alcoologie.

La représentation qu'ont les personnels des CHRS de la place du problème alcool dans l'accompagnement socio-éducatif des résidents.

Par ailleurs, la densité du tissu institutionnel et associatif parisien se caractérise par un manque de lisibilité ne favorisant pas un réel travail en réseau

L'objectif de ce travail est de réfléchir au-delà des moyens (qui restent une donnée essentielle) à une amélioration de l'existant et à l'exploration de nouvelles perspectives en terme de l'harmonisation des dispositifs et des modifications des pratiques, notamment au niveau local.

1. RENFORCER LE ROLE DE L'ETAT DANS L'ANIMATION, LA COORDINATION ET L'EVALUATION

Selon l'article L.355-1 de la loi du 25 juillet 1985, l'État organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme. D'autre part, les établissements médico-sociaux (tels que les CCAA) et sociaux (tels que les CHRS) sont sous la tutelle de l'État. Il revient à ce dernier et ses représentants au niveau départemental et régional de s'assurer du bon service rendu à l'utilisateur par différents types d'interventions (travail de lien, d'animation, de financement et d'évaluation)

Plusieurs rapports sont publiés sur le suivi des malades alcooliques dans les structures de soins hospitalières ou ambulatoires. D'autres traitent de la question de l'hébergement, mais il n'y a pas d'étude précise à Paris sur la prise en charge des usagers en difficulté avec l'alcool se présentant aux CHRS.

A Paris, chez les personnes en grande précarité, la consommation d'alcool est très fréquente, en grande quantité : selon une étude de l'observatoire du SAMU social, 75,5% des personnes interrogées lors d'une consultation médicale déclarent consommer de l'alcool, jusqu'à 12 litres de vin ou 22 canettes de bière par jour.

Certaines études ont tenté d'approcher le champ de l'alcool dans les milieux précaires. Ainsi l'enquête du mouvement VIE LIBRE menée en région parisienne sur les sans abri, montre combien précarité et alcool sont étroitement liés : l'un et l'autre s'alimentent et se confortent. 266 sans abri ont été interrogés. La majorité d'entre eux sont des hommes célibataires âgés d'une quarantaine d'années. Pour la plupart, ils sont à la rue depuis plus d'un an. Ils y sont parce qu'ils ont perdu leur emploi et leur logement. Plus de trois quarts de la population interrogée consomment en moyenne quatre litres par jour. Plus de la moitié d'entre eux souhaitent arrêter de boire. Pour cela ils pensent avoir besoin d'une aide extérieure.

Par ailleurs, des entretiens avec des professionnels de santé ont été réalisés au cours de cette enquête. Les résultats mettent en évidence une carence des dispositifs de soins actuels, manifestement inadaptés aux profils des sans abri. L'étude révèle aussi le

manque de coordination entre les différentes structures sociales, médico-sociales et sanitaires et la faiblesse voire l'absence des actions de prévention et d'information.

Dans cette évolution dramatique, une ligne de partage semble pouvoir être tracée entre les exclus ayant encore un domicile, aussi misérable soit-il, et les SDF. La perte du logement marque en effet, une étape décisive, celle qui fait passer de la précarité à la grande exclusion.

Cette distinction recoupe aussi celle qu'on peut faire entre les exclus qui sont encore capables de faire une demande d'aide en allant vers les dispositifs médico-sociaux et qui tentent à dénier leur alcoolisme, et ceux qui, démunis de tout et ne s'intéressent plus à rien, ne sont plus capables de la moindre demande en dehors d'une mendicité brouillonne afin d'obtenir l'alcool qui leur permet de supporter leur situation tout en en l'entretenant.

Afin de mieux étudier cette question, les pouvoirs publics peuvent effectuer une analyse très fine de la population des CHRS concernée par cette problématique. Ces études peuvent être menées par des organismes spécialisés tels que l'IREMA, le CODES, le CDPA.

Ces études devraient affiner la typologie des publics concernés par le problème alcool. Ceci permettra de mieux cibler les actions en fonction des besoins identifiés.

1.1 RENFORCER LES DISPOSITIFS EXISTANTS

1.1.1 Le secteur ambulatoire de prise en charge alcool

L'insuffisance des moyens alloués à la prise en charge alcool a été évoquée par l'ensemble des professionnels rencontrés, qu'il s'agit de ceux de l'alcoologie eux-mêmes, des CHRS ou encore des agents de l'État. Ainsi par exemple, il n'existe à Paris aucun appartement thérapeutique, aucun lit de suite, aucun « sleep-in » pour des personnes ayant une problématique alcool. Il y a en France 850 lits de suite...

Faute de temps et de moyens, les professionnels ne peuvent assurer à la fois le quotidien (consultations) et le travail en réseau. Ce qui ne les incite pas à se faire connaître auprès des CHRS, car les délais d'attente sont déjà trop longs.

Certains alcoologues précisent que les personnes en difficulté sociale prennent trois fois plus de temps que les autres. Les financeurs doivent prendre en compte cette dimension du temps qu'il faut consacrer à un usager précaire et en souffrance avec l'alcool.

Il faut néanmoins souligner l'amélioration sensible des moyens attribués ces deux dernières années, notamment la modification du statut des CCAA et la perspective des consultations avancées en alcoologie au sein des centres d'hébergement encouragées et financées par les pouvoirs publics.

Le passage du statut des CCAA en institutions médico-sociales permet un financement plus stable de l'Assurance maladie par une dotation globale de financement. Ainsi le budget des 5 CCAA parisiens avoisine les 750 000 euros avec des disparités au sein même des CCAA. Cette enveloppe reste modeste au regard des conséquences médicales, sociales et financières qu'engendre cette problématique.

Madame Laurent, Inspecteur à la DASS de Paris chargée de la tutelle des CCAA précise que ces derniers n'expriment aucune demande d'augmentation budgétaire. L'augmentation des moyens financiers doit être justifiée par des indicateurs d'activité. Or, il semblerait que les équipes des CCAA n'adressent pas leur rapport d'activité aux financeurs. Les intervenants des CCAA peuvent saisir l'opportunité de ce mode de financement afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et d'offrir aux usagers des rendez-vous dans les meilleurs délais. Ils doivent en contre-partie effectuer un suivi de leur activité par des évaluations quantitatives et qualitatives qu'ils adresseront à la DASS et à l'Assurance maladie.

1.1.2 La prise en charge a l'hôpital

La circulaire du 28 mars 1978 préconisait –sans ouverture de lits- « la création d'unités d'accueil et de soins pour les malades éthyliques, et la cooptation au sein du corps médical hospitalier d'un référent alcool chargé d'assurer la coordination interdisciplinaire pour la traitement global des sujets présentant des affections d'origine alcoolique »¹⁰

¹⁰ Rousseau Giral A.C et al. Rapport d'audit du dispositif français de lutte contre l'alcoolisme, IGAS, cité par les professeurs Reynaud et Parquet 1998 ,

L'application de cette circulaire a été limitée : peu d'unités se sont spécialisées en alcoologie et la coordination inter-service fait figure d'exception précise le rapport de la MILDT. L'absence de planification de la répartition de ces unités et la fragilité de ces structures, qui n'ont aucune inscription administrative est soulignée.

L'alcoologie de liaison a été relancée par une circulaire en date du 10 septembre 1996, qui prévoyait la création d'une équipe par région. La faiblesse des crédits accordés n'a permis la création que de 16 équipes. Il en existe une vingtaine fin 1998.

En ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation d'alcoologie (encore dénommés centres de post-cure), le rapport Reynaud et Parquet répertorie 25 centres, à gestion essentiellement associative pour un total de 807 lits. Ces structures auraient une capacité d'accueil de 8000 malades par an. D'où les délais d'attente de plusieurs mois.

Ces différents rapports ont conduit les pouvoirs publics à revoir la politique de prévention alcool dans un cadre global privilégiant une démarche sur les comportements et non pas sur les produits. La traduction de cette volonté sur le terrain s'est concrétisée par l'orientation vers une politique globale de prévention des addictions et vers la création au sein des hôpitaux d'Unités d'addictologie.

La loi du 29 juillet 1998 insère un 7° à l'article L711-3 du code de la santé publique selon lequel le service public hospitalier concourt « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux ».

L'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes, ou qui lui sont signalées, quelle que soit l'origine de ce signalement.

D'après le rapport des Professeurs Reynaud et Parquet, le diagnostic d'alcoolisation excessive dans les hôpitaux n'est fait que dans la moitié des cas, l'orientation vers les structures spécialisées (CCAA) est proportionnellement très faible.

Or, le constat parisien montre que de nombreuses personnes en difficulté avec l'alcool souffrent également de problèmes psychologiques voire psychiatriques. Le rôle que doit jouer la psychiatrie dans ce domaine n'est pas clairement défini.

On peut notamment rappeler la dimension sociale de la mission des secteurs de psychiatrie qui doit induire un travail en partenariat continu avec les acteurs de l'alcoologie et ceux des CHRS, pour la prise en charge des populations en souffrance avec l'alcool qui induit souvent une fragilité psychologique.

A Paris, les structures d'alcoologie évoquent le faible rôle joué par la psychiatrie dans l'accueil et l'hospitalisation des malades alcooliques. L'approche globale devrait être favorisée afin de ne pas renvoyer le patient d'un service à un autre

Ce rapport précise enfin que dans la plupart des hôpitaux, la prise en charge des malades alcooliques n'est pas organisée de manière cohérente.

L'objectif des équipes hospitalières de liaison recommandées par les pouvoirs publics est de faciliter le repérage et la prise en charge du problème « alcool » chez les personnes hospitalisées. Le dispositif repose sur une équipe pluridisciplinaire (soignants, psychologues, assistants sociaux,...) intégrée à l'hôpital qui assure une triple mission : information et sensibilisation de l'ensemble du personnel soignant, traitement personnalisé des patients durant l'hospitalisation et liaison avec les structures extrahospitalières (médicales et sociales) pour la mise en place de suivi.

Le ministère rappelle que cette mesure expérimentale n'est mise en œuvre que dans un nombre limité de régions, dans lesquelles des projets d'établissements ont été agréés par la DHOS (ex-direction des hôpitaux). Sa mise en place rapide dans un plus grand nombre d'établissements est souhaitable précise le secrétariat d'État à la santé (14).

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions renforce également le rôle de l'hôpital dans sa mission sociale d'accès aux soins des plus démunis. La mise en place des PASS, permanences d'accès aux soins de santé au sein des hôpitaux devrait permettre l'accueil et l'orientation des personnes alcooliques pour une meilleure prise en charge dans les services de droit commun.

Le rapport de mission PASS¹¹ précise que ces consultations devraient intégrer de nouvelles pratiques médicales incluant le dépistage et l'orientation de problèmes d'addictions aux médicaments, aux produits illicites et à l'alcool.

¹¹ Rapport mission PASS Tome 1 Jacques LEBAS Coordonnateur de la mission, mai 2000

La DASS de Paris a recensé 11 PASS au sein des hôpitaux parisiens. La PASS de l'hôpital de Bichat serait intégré dans un projet global de création d'une unité d'addictologie. Cette initiative pourrait favoriser le rapprochement avec les acteurs de l'alcoolologie.

1.1.3 Impliquer davantage la médecine de ville

La médecine de ville souffre des mêmes carences dans la prise en charge.

Une étude¹² datant du début des années 1990 a montré qu'environ 18 % des patients adultes venus consulter en médecine générale présentaient un risque ou une pathologie liée à l'alcoolisme.

Le même rapport de Reynaud et Parquet fait état dans ce secteur, des mêmes insuffisances que celles rencontrées dans les hôpitaux : difficulté à diagnostiquer l'abus d'alcool, difficulté à prendre en charge les dépendants, carence dans la formation en alcoolologie, difficulté à travailler en réseau avec les partenaires sanitaires et sociaux.

La prise en charge du malade dépendant de l'alcool se fait beaucoup plus souvent aujourd'hui en relation avec une structure. En 1998/1999, un quart des généralistes traite cette pathologie seul. Il y a une baisse significative du nombre moyen de patients pris en charge pour un problème d'alcool. En 1993/1994, environ 2,3 % des actes étaient consacrés à cette démarche contre 1,6 % aujourd'hui. Très peu de médecins utilisent des questionnaires préétablis concernant le thème de l'alcool. L'alcoolisme est un domaine de santé où les praticiens se sentent très peu efficaces.

Une plus forte implication des médecins de ville pourrait désengorger les consultations hospitalières et celles des CCAA et raccourcir ainsi les délais d'attente. Cette médecine de proximité favorise aussi l'instauration d'une relation de suivi et de confiance avec le médecin traitant qui fera le lien avec les structures spécialisées.

Afin d'encourager les médecins généralistes à cette perspective, il est indispensable de les sensibiliser sur l'importance de cet enjeu de santé publique à travers :

- ✓ des informations régulières sur ce thème par le biais du Conseil de l'Ordre des médecins (bulletin mensuel, réunions,...)

¹² Enquête ENGAM. Huas D et al . Prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. La revue du praticien- Médecine générale 1993 ; 7 (203) 39-40

- ✓ l'organisation de formations continues
- ✓ la participation à des réseaux de proximité qui passe par une prise en compte de leurs contraintes organisationnelles et financières.

1.2 FAVORISER L'ARTICULATION ENTRE LES DISPOSITIFS OEUVRANT DANS LE DOMAINE DE SANTE – PRECARITE

La multiplication des dispositifs (PRAPS, PDI, PRS, SAHIP,...) et la nature de leurs relations font ressortir un certains nombre de constats :

La densité du partenariat à Paris, provoque un manque de lisibilité et de cohérence

Le contexte parisien est caractérisé par un travail cloisonné

Les réseaux restent faibles, informels et fonctionnent de manière discontinue. La thématique alcool dans ces réseaux, n'est que très peu abordée.

Les médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés et sensibilisés aux questions de la prise en charge alcool

Certains intervenants évoquent des problèmes de cohérence dans les pratiques professionnelles.

Les professionnels de l'alcoologie ne mettent pas en avant (en valeur) leur travail par comparaison avec les intervenants en toxicomanie illicite

L'ensemble de ces dispositifs ont pourtant en commun un public précaire, concerné par le problème alcool. Des articulations sont nécessaires afin d'améliorer cette prise en charge :

1.2.1 Instaurer des temps de rencontres régulières entre CHRS et structures d'alcoologie

Le partenariat entre les CHRS et les acteurs de l'alcoologie existe, mais il reste assez ponctuel et tributaire des personnes qui l'instaurent. Chaque structure d'alcoologie développe un partenariat fort avec un ou plusieurs CHRS à travers des contacts téléphoniques, des orientations des usagers ou des réunions d'information ponctuelles.

Le CHRS « le Palais du peuple » dispose par exemple d'un contact privilégié avec le CCAA Ménilmontant.

Les CHRS « Travail et Vie » et « ATOL 75 » travaillent essentiellement avec le CCAA du Marais.

Les CHRS « Armée du salut » et « Les peupliers » développent un partenariat avec la consultation alcoologie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière

Plusieurs CHRS travaillent avec la consultation alcoologie de l'hôpital Fernand Widal. L'implication des alcoologues dans le champ de la précarité tient également à la vocation des personnes. Le Docteur Hispard de l'hôpital Fernand Widal développe des relations de travail avec les acteurs sociaux à travers des interventions ponctuelles, des formations et la définition de projets de soins avec une dimension sociale.

Les personnels des CHRS peuvent avoir des contacts téléphoniques avec les alcoologues, mais ils ont peu d'occasions de rencontres.

Au-delà de ce partenariat ponctuel, il sera intéressant d'instaurer des temps de rencontres conviviales et régulières entre les intervenants des CHRS et les professionnels de l'alcoologie. Ni une formation, ni une information ponctuelle, ces temps de rencontres peuvent se dérouler sous forme d'une journée porte-ouverte entre le champ médical et le champ social. L'objectif serait de :

Mieux connaître les domaines d'intervention et les limites de chacun.

Favoriser les échanges dans un cadre convivial.

Un alcoologue évoque « Le paradoxe des CHRS : ils refusent un alcoolodépendant même s'il a entamé les soins et ils acceptent le Rmiste qui dépense son revenu dans l'alcool en cachette »

Ces moments d'échange pourraient favoriser les contacts et la constitution des réseaux, après avoir visualisé l'interlocuteur. Ils peuvent être aussi des occasions de clarification du rôle de chacun.

Ces rencontres n'ont de sens que si elles sont renouvelées dans le temps, évaluées pour améliorer les suivantes et valorisées par les partenaires.

Ces temps d'échanges peuvent être complétés par des réunions de synthèse sur des études de cas afin d'évoquer des situations particulières nécessitant une prise en charge globale. Il est parfois nécessaire de déclencher une réunion de synthèse entre le référent du CHRS, le représentant du CCAA et des autres intervenants qui suivent l'usager. La définition et la réussite d'un projet global de prise en charge en dépendent.

1.2.2 Instauration d'un partenariat avec les acteurs du PDI

Les personnes en difficultés avec l'alcool sont des usagers qui fréquentent plusieurs services de droits communs. Ils sont souvent en relation avec les dispositifs d'aide sociale (les chiffres des CHRS montrent une proportion importante des bénéficiaires du RMI). De par leur situation de précarité, ils sollicitent plusieurs structures de prise en charge médicale et sociale. Une meilleure articulation entre les différents dispositifs pourrait favoriser cette notion de prise en charge globale.

Sur le terrain, les réponses sont diversifiées et parfois cloisonnées. Les acteurs du RMI élaborent un PDI qui aboutit aux mêmes conclusions, à savoir la présence de la problématique alcool chez les bénéficiaires du RMI, sachant que cette population est aussi résidente des CHRS. Le bilan du 12^{ème} PDI 2001 évoque des carences importantes en matière d'accès au logement et de suivi sanitaire et psychologique des allocataires parisiens du RMI. Les réponses apportées par les acteurs du RMI restent insuffisantes voire absentes sur la prise en charge alcool. Le 11^{ème} PDI a par exemple financé des actions d'accompagnement social dans 5 centres de substitution. Aucune action sur l'alcool n'a été financée par ces crédits.

La Chambre régionale des comptes en octobre 2000 souligne une sous-consommation des crédits départementaux d'insertion (une dizaine de millions d'euros reportés de 2000 à 2001)

Le PDI peut constituer une véritable occasion de réalisation d'un état des lieux et de définition des perspectives. La santé est une des composantes des démarches d'insertion. Il sera intéressant de favoriser un rapprochement entre acteurs du PDI, ceux des CHRS et ceux de l'alcoologie. Des actions expérimentales peuvent démarrer dans ce cadre avant de les pérenniser.

Actuellement, les Commissions locales d'insertion (CLI), instance de validation du contrat d'insertion RMI sont composées des représentants de la DASS, des services sociaux du département, de la ville, de la CAF, de l'ANPE et des associations d'insertions.

L'idée d'associer les intervenants des CHRS et ceux de l'alcoologie à ces CLI pourrait favoriser une discussion sur un projet global d'insertion d'un bénéficiaire du RMI,

résidant un CHRS et présentant des problèmes d'alcool (situation retrouvée dans un tiers des cas).

1.2.3 Concrétiser les recommandations du Schéma d'accueil de l'hébergement et de l'insertion à Paris « SAHIP »

Le SAHIP, piloté par la DASS et en lien avec les partenaires de terrain a mis en évidence une montée en charge de la grande précarité sociale des publics sollicitant un hébergement à Paris. Des groupes de travail ont été instaurés afin de dégager des pistes de réflexions thématiques. L'équipe qui a travaillé sur la souffrance psychologique préconise un rapprochement avec la psychiatrie de secteur et la prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool.

Il ressort des différents entretiens réalisés et de l'analyse des documents de travail de la DASS (notamment le SAHIP) que les CHRS reçoivent chaque jour une profusion de demandes de prise en charge formulées par les travailleurs sociaux de Paris ou de banlieue, sans qu'une priorisation ou des principes d'attribution particuliers aient été définis dans le cadre d'une concertation globale. En fonction de la qualité du rapport social transmis, du profil de la personne (un ou plusieurs entretiens préalables) et de la spécialisation du CHRS, telle candidature sera retenue et telle autre sera rejetée. Certains CHRS expliquent même qu'ils limitent le nombre de personnes présentant des problèmes d'alcool afin de ne pas créer de troubles dans le centre.

Ce mode de fonctionnement qui offre l'avantage aux CHRS de disposer d'un grand nombre de candidatures à examiner pour chaque place offerte ne permet pas d'organiser une liste d'attente destinée à favoriser les candidats les plus anciens ou prioritaires en raison de leur difficultés sociales ou de santé.

Si le SAHIP a été l'occasion d'un échange très large entre la DASS et les partenaires de terrain, il faut souligner des carences de communication entre les services de la DASS de Paris. Les agents du service santé publique et populations qui gèrent le thème alcool ne sont que très peu sollicités. De même que le service hébergement qui est très peu informé des formations alcool mises en place pour les travailleurs sociaux de terrain.

Il faudra envisager des échanges plus intenses et une transversalité entre les services.

1.3 REDÉFINIR LE RÔLE DES CHRS EN MATIÈRE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PERSONNES EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL

Les CHRS établissent leurs propres règles d'admission ou de non admission des personnes alcooliques, sans coordination avec les autres centres d'hébergement, ni même avec les services de la DASS.

Sur la prise en compte des difficultés des personnes sans domicile fixe, la circulaire n° 9508 du 21 mars 1995 précise le rôle des CHRS, notamment en matière d'élection de domicile : « différentes dispositions doivent être mises en œuvre en faveur des personnes sans résidence stable en particulier des mesures nécessaires pour que leur soit proposé systématiquement un réseau approprié d'organismes agréés pour recevoir l'élection de domicile et les demandes d'aide médicale. Les CHRS doivent être impérativement, dans le cadre de leur convention, associés à cette action »

La même circulaire précise que les CHRS doivent mener une action en vue de pourvoir d'une manière générale aux besoins des personnes accueillies, notamment dans le domaine de la santé.

Le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 prévoit ainsi que les CHRS peuvent accueillir « les personnes sans logement sortant d'établissements hospitaliers, d'établissements de cure ou de centres de rééducation ».

Cette possibilité est confirmée par les textes ultérieurs relatifs aux CHRS : la loi n° 754-955 du 19 novembre 1974 stipule que toute personne ayant besoin d'un soutien matériel et psychologique, voir le cas échéant d'une action éducative temporaire peut être accueillie en CHRS.

Le décret n° 76-526 du 15 juin 1976 élargit la population accueillie à « toute personne sans domicile et sans ressources » ce qui peut concerner évidemment les personnes en grande difficulté avec l'alcool.

Les CHRS doivent clarifier leur rôle dans la prise en compte des problématiques santé dans le cadre de l'accompagnement social.

Pour de nombreuses personnes en grande exclusion, l'alcool est souvent perçu comme un « médicament » : beaucoup disent ne pouvoir faire la manche, ne pouvoir supporter le regard de l'autre, sans avoir consommé. C'est pourquoi toute tentative de réinsertion doit prendre en compte ce rapport avec l'alcool.

Dans un journal écrit par des patients suivis au sein du service alcoologie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (décembre 2001), on peut lire : « *Monsieur X se réveille ; il est un peu perdu. Cela fait longtemps maintenant qu'il ne retrouve pas au matin un environnement familial qui permet de se préparer doucement à la journée. Il dort dans un lit au CHRS. Certes, il ne se plaint pas, mais la vie n'est pas facile. Il envisage le jour à venir, les heures à combler. Il a des choses à faire pourtant, des démarches à suivre mais sans bien savoir par quel bout commencer. Alors il pense à une bouteille, si fort qu'il la sent toute proche, à portée de lèvres. Il sait que lorsque la moitié du contenu sera dans son estomac, il aura chaud et ne tremblera plus. Même les angoisses et les doutes auront fui. Et pourtant, tout au fond de lui, une petite voix murmure : « ce n'est pas la solution. Il faudrait en parler, demander de l'aide. Mais j'ai peur qu'on m'expulse »*

Même si la décision d'accueillir, à sa demande, une personne ou une famille est prononcée par le responsable du CHRS (décret du 3 juillet 2001), ce même texte dans son article 6 précise que « chaque trimestre le CHRS transmet au préfet la liste des personnes accueillies, entrées et sorties pendant cette période, ainsi qu'une information relative au nombre de personnes qui ont fait l'objet d'une décision de refus d'accueil, aux catégories auxquelles elles appartiennent et aux motifs de ce refus.

Les services de l'État devraient renforcer la coordination avec les CHRS afin de garantir une bonne gestion du dispositif d'accueil et d'orientation de ce public.

Le seul motif d'une situation d'alcoolisme ne doit pas inciter les CHRS à refuser ou à expulser des personnes. Même si l'argument d'une volonté de maintenir un équilibre au sein de la structure peut être évoqué, il faudra envisager une articulation entre les différents CHRS entre eux d'une part et avec l'État d'autre part afin d'éviter l'enfoncement des plus précaires dans la précarité.

Si un CHRS n'est plus en mesure d'accueillir d'autres personnes en souffrance avec l'alcool, il devrait proposer une orientation vers un autre centre. Le rôle de la DDASS dans ce cas serait de veiller à mieux répartir les publics au sein des CHRS en fonction des ressources internes des structures d'accueil.

1.4 ACCOMPAGNER ET EVALUER LA MISE EN PLACE DES ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES

La circulaire du 21 mars 1995 rappelle que Les établissements publics de santé ainsi que les établissements privés participant au service public de santé peuvent être associés à la prise en charge alcool au sein des CHRS. Des conventions pourront être signées pour organiser des consultations avancées des établissements précités dans les CHRS.

Une priorité devra être donnée aux demandes de subventions destinées :

- A des places d'hébergement pour soins dans les centres d'hébergement d'urgence , pour des personnes malades, à la rue, mais ne nécessitant pas une hospitalisation,
- A la mise en place de permanences médico-sociales,
- A des actions de promotion de la santé (bilans de santé, actions de sensibilisation-éducation, formation des professionnels et bénévoles intervenant dans l'accueil et l'accompagnement social).

L'analyse des questionnaires et des entretiens réalisés à Paris montrent que les CHRS privilégient un travail de lien social afin d'amener leurs résidents alcooliques vers une orientation externe. Ils sont majoritairement réticents à l'idée de mettre en place une consultation avancée en alcoologie « CAA » au sein de leurs locaux, par crainte :

D'identifier le CHRS comme la structure qui reçoit 'les alcooliques.

De dériver vers l'obligation thérapeutique.

De brusquer ceux qui ne sont pas encore dans l'acceptation de la démarche.

De maintenir les résidents à l'écart des circuits de droit commun.

Il apparaît nécessaire de communiquer avec les CHRS sur le bien fondé des CAA afin de lever ces craintes.

La mise en place des Consultations avancées en alcoologie au sein des CHRS constitue une réponse de prise en charge de proximité. Ces consultations sont assurées par les CCAA et fonctionnent dans un seul CHRS parisien et dans un centre d'hébergement d'urgence. La DASS étudie actuellement la création d'une autre consultation au sein d'un autre centre d'hébergement.

Cette action initialement financée sur des crédits alcool de la DGS, bénéficie maintenant d'un financement plus stable de l'Assurance Maladie versé au CCAA.

Le principe de fonctionnement de ces consultations repose sur la présence médico-sociale d'un ou de plusieurs intervenants d'un CCAA au sein d'un CHRS afin d'accueillir et de prendre en charge des résidents présentant des problèmes d'alcool. Même si un suivi peut être envisagé au sein de cette consultation, l'objectif est d'amener la personne vers les circuits communs de prise en charge.

Les mouvements d'anciens buveurs dans ce dispositif sont très peu sollicités par les CHRS.

Enfin dans un but d'information et de meilleure coordination entre les acteurs de terrain, des assises départementales alcool ont lieu en 1999 à Paris, et des assises régionales en 2001.

De nouvelles assises auront lieu en fin d'année 2002. Ces actions sont l'occasion de rencontres entre les intervenants de différents milieux, sanitaires, sociaux, institutionnels et associatifs ou bénévoles. Il est question dans ces assises d'élaboration d'un état des lieux sur la problématique, les actions mises en places, les difficultés et les perspectives.

La consultation alcool et le suivi alcool impliquent beaucoup de relationnel. Il faut du temps, du personnel et des places pour garantir une meilleure prise en charge.

Le partenariat implique aussi une meilleure circulation de l'information entre ces structures et les financeurs. Les pouvoirs publics coordonnent les politiques de prévention des drogues en relation avec les acteurs de terrain.

Même si ce partenariat avec l'État semble satisfaisant, les structures de terrain souhaitent avoir davantage de temps de rencontres avec ses représentants, d'une part et

s'appuyer sur des financements plus stables afin de garantir un fonctionnement adéquat et un travail dans la durée, d'autre part.

Par ailleurs, ce travail nécessite une évaluation pertinente et adaptée à la spécificité de ce champ. En effet, il y a des éléments non quantifiables. La démarche pour l'utilisateur reste volontaire et personnelle. Le professionnel est là pour conseiller et accompagner.

2. EXPLORER DES PISTES DE REFLEXIONS AU NIVEAU LOCAL

Si les services de l'État ont un rôle à jouer dans l'amélioration de l'existant par le biais d'une meilleure coordination des dispositifs et des acteurs, les professionnels de terrain doivent de leur côté travailler sur des réflexions innovantes, afin d'améliorer les relations et les pratiques quotidiennes.

2.1 TRAVAILLER DANS LE CADRE DES RESEAUX MEDICO-SOCIAUX LOCAUX

La mise en place progressive de réseaux de soins, en relation avec les dispositifs sociaux, est un axe prioritaire de la lutte contre l'alcoolisme. Il s'agit d'associer les structures spécialisées et l'ensemble des dispositifs généraux pour augmenter l'efficacité de la prise en charge et en particulier de permettre des prises en charge précoces.

Sur le terrain, ce réseau prend différentes formes. Du réseau informel entre deux voire plusieurs structures au réseau identifié qui fonctionne de manière régulière.

Parce que le réseau est d'abord communication:

une communication ne s'établit qu'autour d'un intérêt commun.

une communication ne se valorise que s'il y a compréhension.

une communication ne se maintient que s'il y a crédibilité réciproque.

Un réseau est une forme de travail qui permet de faire face à des problèmes complexes dépassant le champ de compétences d'un seul acteur. Il intéresse plusieurs acteurs de par sa finalité et il dépend de la dynamique des acteurs qui le composent.

Cette pratique se développe de plus en plus. Il y a plus de 1000 réseaux de santé recensés en France. Plus de 6000 professionnels y travaillent .

Nous pouvons distinguer des réseaux spécialisés dans un facteur de risque ou une pathologie, des réseaux travaillant par tranche d'âge (réseau santé jeunes), mais le plus souvent, il s'agit de réseaux généralistes de proximité, médico-sociaux dont les points communs sont le territoire (petit et identifié par une culture locale spécifique) et la santé des populations en difficulté.

Certains réseaux sont une impulsion institutionnelle, d'autres relèvent d'une initiative de terrain.

Ainsi à Paris, des réseaux de santé ont été créés dans le cadre de la prise en charge du VIH, incluant progressivement la toxicomanie. Des réseaux comme Rive gauche, Paris Nord ou Bastille ont pour objectifs d'améliorer la prise en charge globale des personnes atteintes par le VIH, de favoriser la communication entre les professionnels du secteur sanitaire et social et enfin de promouvoir des actions de prévention des conduites à risque (toxicomanie, sexualité,...).

Ces réseaux prennent un statut associatif, gérés par un médecin, souvent hospitalier avec l'appui d'un animateur et/ou une secrétaire. Ils sont le plus souvent composés de médecins et autres personnels soignants. Les budgets sont assurés par l'État.

Les actions de ces réseaux, n'englobent que très rarement la thématique alcool.

Il faudra d'une part élargir les activités de ces réseaux vers la prise en charge alcool et étendre la participation aux autres acteurs notamment du champ social d'autre part. L'évaluation de la mise en place des réseaux au cours des dix dernières années par le groupe IMAGE de l'ENSP à la demande du ministère de l'emploi et de la solidarité confirme l'importance de la notion de réseau médico-social local par rapport aux réseaux thématiques.

L'existence des réseaux par pathologie risquerait de créer un cloisonnement entre les professionnels. Le médecin de ville est dans ce cas sollicité par plusieurs réseaux, de par sa vocation de généraliste. Il faudra donc travailler au sein d'un réseau local généraliste qui aborde l'ensemble des questions de santé et précarité.

La notion de proximité est également importante pour une meilleure efficacité. On peut envisager le découpage de Paris en plusieurs zones en tenant en compte de l'accessibilité par les transports. Dans chaque zone géographique travailleront les partenaires suivants :

- ✓ un CCAA
- ✓ les CHRS du territoire géographique concerné
- ✓ les services sociaux de terrain (du département et des communes)
- ✓ les associations d'insertion
- ✓ les mouvements d'anciens buveurs
- ✓ l'hôpital
- ✓ les médecins généralistes

La DASS devrait maintenir une présence régulière au sein de ces réseaux afin de recueillir la parole du terrain et d'en tenir compte dans la définition des besoins.

Ces activités nécessitent une impulsion institutionnelle, une légitimation des services et une volonté des acteurs de terrain.

En effet , un réseau ne se décrète pas. Il se crée quand plusieurs acteurs ressentent en même temps le même besoin. Le plus souvent autour de situations concrètes qui nécessitent obligatoirement une articulation. L'initiative peut venir d'un ou plusieurs professionnels de terrain afin d'établir un état des lieux, , améliorer la communication entre les partenaires et sortir de l'isolement "professionnel" par des échanges de pratiques.

La circulaire n° 577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale fait référence à la mise en place d'une collaboration entre le secteur médical et le secteur social : « le fort pourcentage de personnes accueillies dans les CHRS au sortir d'établissements de soins rend indispensable une collaboration étroite avec les acteurs du système de santé.

Cette concertation a pour objet de développer l'information et la sensibilisation des CHRS, avec l'objectif de mettre en œuvre de véritables prises en charge conjointes, à la fois médicales et sociales en particulier en ce qui concerne l'alcoolisme, les troubles psychiques, la toxicomanie, le sida ».

Les différents acteurs doivent donc se coordonner et travailler en partenariat afin de développer une prise en charge globale de la personne. Cette tendance est renforcée par les récents textes relatifs au travail en réseau.

Les circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et DGS n° 88 du 1 décembre 1994 relatives au travail en réseau soulignent l'importance de développer une prise en charge globale de la personne: « il s'agit à partir de structures existantes de mettre en réseau les professionnels des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics démunis nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires, sociaux et préventifs ».

La nécessité de travailler en réseau pour développer une approche globale et mettre en place une prise en charge efficace est confirmée par l'Ordonnance n° 96-345 du 14 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins, titre III chapitre premier filières et réseau de soins. En effet , il s'agit de promouvoir par ce biais « des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge ».

2.2 METTRE EN PLACE DES ACTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE ET D'EDUCATION A LA SANTE

Les investigations réalisées à Paris ont mis en évidence des difficultés de prise en charge liées à la population elle-même. Les professionnels rencontrés évoquent notamment que :

- ✓ Nombreux sont ceux qui prennent un rendez-vous, mais qui ne viennent pas ;
- ✓ Beaucoup d'abandon, de perdus de vue à l'issue du premier entretien ;
- ✓ Des chutes et rechutes se multiplient dans le cadre de la prise en charge ambulatoire ou hospitalière ;
- ✓ Le sentiment de honte et de culpabilité qui prédomine chez ce public ;
- ✓ Des personnes suivies depuis longtemps, mais sans grands résultats.
- ✓ Le déni sur la consommation alcool ;
- ✓ L'alcool n'est pas leur problème prioritaire.
- ✓ Le refus d'intégrer les centres d'hébergement afin de garder leur « liberté »
- ✓ L'absence de demande et une perte de confiance dans les dispositifs d'aide ;

- ✓ La multiplication des violences et agressions envers les professionnels et entre eux ;

L'une des réponses à ces difficultés pourrait consister à la mise en place d'actions de santé communautaire et participative élaborée avec les publics eux-mêmes.

La population des CHRS souffrant de problèmes d'alcool a besoin de l'instauration d'une relation de confiance qui passe pas la prise en compte de leurs besoins réels.

Sur le terrain, les CHRS parisiens privilégient la mise en place d'actions de sensibilisation ponctuelles sur l'alcool au sein de leur centres. Ces actions sont assurées par des intervenants externes (médecins alcoologues, psychologues, infirmiers,...). Elles peuvent prendre la forme d'exposition, débat ou projection vidéo.

En complément à ces actions, la démarche participative doit atteindre les objectifs suivants :

- ✓ Rompre l'isolement et créer ainsi du lien social
- ✓ Favoriser l'autonomie et la revalorisation de l'image de soi
- ✓ Rapprocher l'utilisateur des structures de soins.

2.2.1 La démarche :

De manière concrète, les services de l'Etat pourraient financer sur des crédits précarité, alcool ou éducation pour la santé, un ou plusieurs animateurs afin de mener ces actions

de santé communautaire au sein des CHRS. Ces animateurs peuvent être rattachés au Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES) . Plusieurs étapes sont nécessaires :

2.2.2 Préparation de l'action :

Définition du projet entre la DASS, l'animateur (CODES) et les CHRS

Elargissement de l'information auprès des autres partenaires de terrain ;

Définition du budget de l'action qui peut être menée à titre expérimental au sein d'un CHRS

Elaboration de la procédure de l'évaluation tout au long de l'action.

L'animateur doit être formé aux techniques d'animation en éducation à la santé et aux questions liées à l'alcool.

Mise en place des réunions préparatoires :

Les financeurs devraient organiser des réunions préparatoires avec les intervenants des CHRS afin de les associer à la démarche. D'autres réunions sont à prévoir avec les résidents afin de leur exposer le projet et de leur demander une adhésion volontaire.

Constitution du groupe :

Le groupe doit être composé d'une dizaine de personnes afin de favoriser une dynamique de groupe et privilégier une expression collective.

Démarrage de l'action :

Cet atelier santé doit partir des besoins des résidents avant l'abord des questions alcool. Le rôle de l'animateur est d'accompagner le groupe dans cette démarche participative.

Il s'agit d'actions collectives d'éducation à la santé ayant pour but de rendre les usagers « acteurs de leur santé » afin d'améliorer celle-ci. Cette démarche prend du temps car les personnes n'ont, à prime abord, pas de demande à ce sujet.

Sachant que les usagers viennent en général pour des attentes précises (soins, droits,..) et ne souhaitent pas forcément s'engager dans de telles actions collectives.

Il faut dans ce cas mener une réflexion pour trouver comment aborder ce public et le motiver:

Les associations d'habitants (maisons de quartiers, associations de femmes du quartier, de locataires, culturelles) peuvent jouer un rôle dans la sensibilisation du public.

Le professionnel doit aller au devant de la population: soit directement sur ses lieux de vie, soit par l'intermédiaire de personnes relais issues de cette population

D'une manière générale, une démarche individuelle d'écoute, de mise en confiance , d'orientation et de restauration des droits est un préalable indispensable à l'inscription dans une démarche collective participative.

Une clarification des objectifs de cette démarche est également essentielle

Il faudra se demander comment composer les groupes: mélanges d'âges, de sexe, de culture,...

Le personnel des CHRS sera d'un atout important dans la sensibilisation, la définition et la composition des groupes.

2.2.3 Les risques

Que l'animateur ne soit pas en mesure d'apporter au moins partiellement les réponses au groupe, pendant l'action:

Pour cela, il doit bien connaître l'environnement local (l'existant, les manques, les logiques institutionnelles, les moyens de financements...).

Il faut aussi aller jusqu'au bout de la démarche engagée.

Que la participation soit considérée comme la solution miracle à tout problème de santé identifié. Cette démarche a ses limites.

La participation ne doit pas être utilisée comme un moyen d'imposer en douceur des normes de conduite par les professionnels "control social"

Il y a besoin de prendre du temps pour faire émerger la demande

2.2.4 Les facteurs de réussite :

Prendre en compte l'écart qui existe entre les représentations des professionnels et la réalité des problèmes de santé tels qu'ils sont vécus par la population.

Insister sur l'analyse des problèmes de santé : besoins/demande, exprimé/ressenti, expression collective, l'absence de demande, le repli.

Favoriser la communication.

Prendre en compte la globalité des problèmes.

Tenir compte de la particularité des publics en précarité: habitudes de vie, langage, détresse, agressivité.

Inscrire ces actions dans la durée.

Ce travail d'éducation à la santé peut amener la personne à reconnaître ses difficultés et à engager par sa propre volonté une démarche de soins. Il faut donc privilégier le premier contact.

Le Professeur Lazarus rappelle : « lorsqu'on rencontre pour la première fois une personne alcoolique, il est primordial de ne pas rater ce moment, car s'il ne se passe pas quelque chose c'est rare de pouvoir continuer ».

Entre le patient et le soignant (au sens large y compris le référent social), il y a l'alcool, c'est un tiers non négligeable. Il faut éviter le jugement moral, toute médication excessive, ne pas penser que l'on va pouvoir sauver cette personne, car en plus, elle ne parle pas. Le patient montre, il faut transformer cette non demande en rencontre.

Le fait d'être vu est très important pour une personne alcoolique, avec suffisamment de bienveillance et d'empathie. c'est à ce moment là que se déterminera le projet du patient. Il effectuera un bilan de santé, psychiatrique et social pour le situer dans son histoire personnelle. C'est un parcours du combattant.

2.3 PRIVILEGIER DES FORMATIONS TRANSVERSALES

Les investigations de terrain ont mis en évidence la méconnaissance des intervenants des CHRS de l'abord des questions alcool. Ils sont avant tout des travailleurs sociaux, peu préparés aux traitements des difficultés de santé.

Afin de développer leurs compétences en matière de l'abord des personnes alcooliques, certains intervenants des CHRS participent à des formations mises en place par des organismes spécialisés tels que le CDPA et l'IREMA (institut de recherches et d'étude sur les maladies addictives). Ces formations sont coordonnées et financées par les services de l'État dans le cadre du PRAPS et du PRS alcool.

Le CDPA a par exemple animé une formation alcool et précarité, financée dans le cadre du PRAPS, auprès d'une quinzaine d'intervenants sociaux dont 3 représentants des CHRS.

D'autres actions plus ponctuelles sont assurées auprès des centres d'hébergement à la demande de ces derniers.

Le service de psychiatrie de l'hôpital Saint Anne anime des réunions mensuelles autour des questions alcool et précarité. Certains CHRS participent à ce groupe qui a pour objectif d'échanger, de s'informer et de se former dans une perspective de travail en réseau.

Dans le cadre du PRS alcool (qui s'étend vers les addictions à la suite de la dernière conférence régionale de santé), l'IREMA assure une formation intitulée : « Accompagnement spécifique des personnes alcooliques en situation de grande précarité ». Parmi les intervenants sociaux un seul CHRS participe à ce stage.

L'étude menée par l'association « Formation et développement ¹³ » montre que les besoins des CHRS parisiens en matière de formation sont de deux niveaux :

L'abord de la personne alcoolique : connaître, repérer, parler la question de l'alcoolisme et gérer l'agressivité.

L'accompagnement de la personne alcoolique :

Approfondir la connaissance de l'alcoolisme et de ses conséquences, notamment en matière de déficiences cognitives.

Avoir une attitude relationnelle appropriée : entrer en communication, engager une relation constructive et respectueuse (place et rôle de l'intervenant)

Le personnel n'est pas formé pour l'abord de la problématique (y compris les médecins)

Des carences de coordination entre différents partenaires.

Paradoxalement, les intervenants sociaux des CHRS participent très peu aux formations mises en place sur la thématique alcool. Au-delà du manque de temps évoqué, les professionnels des CHRS semblent peu sensibilisés à l'idée de participer à ces formations.

Plus d'un tiers des CHRS interrogés n'exprime pas de demande de formation sur l'abord et la relation d'aide avec les usagers alcooliques. Ils préfèrent traiter la problématique par une orientation à l'extérieur. C'est la crainte de se voir attribuer le rôle de référent alcool qui incite les intervenants à refuser ces formations.

¹³ PRS alcool Ile de France, prévention du risque alcool : besoins et offre de formation. Rapport final novembre 1999- juin 2000. Association FORMATION & DEVELOPPEMENT Paris.

Il faudra renforcer les compétences de l'ensemble des CHRS en matière d'alcoologie, les sensibiliser sur l'intérêt d'une telle démarche et lever certaines craintes.

Les services de l'État, dans le cadre du conventionnement des CHRS, doivent tenir compte de cette dimension médico-sociale des compétences du personnel des CHRS. L'efficacité de ces formations reposerait sur des actions transversales associant une représentation plus large des professionnels de terrain : travailleurs sociaux, soignants, bénévoles et institutionnels. Au-delà de l'acquisition des compétences, ces formations favorisent les échanges de pratiques et la constitution des réseaux locaux.

CONCLUSION

La montée en charge de la précarité accentue les problèmes de santé des publics en difficulté sociale. Chez de nombreuses personnes, l'alcoolisme se retrouve dans une relation d'aggravation réciproque avec l'exclusion.

Les CHRS sont de plus en plus confrontés à ces populations doublement stigmatisées. Ces structures d'hébergement tentent de répondre par des actions ponctuelles ou par le partenariat extérieur. De par leur mode de fonctionnement, elle restent libres d'accepter ou non la demande des usagers.

La faiblesse des moyens alloués pour la lutte contre l'alcoolisme d'une part et les pratiques professionnelles des acteurs de terrain très peu centrées sur le travail en réseau d'autre part mettent en évidence des carences dans la prise en charge globale des résidents des CHRS en souffrance avec l'alcool.

Il faudra tendre vers une culture de réseau et de partenariat par des échanges de pratiques entre les acteurs du social et ceux du médical.

Les CHRS doivent occuper une place centrale dans l'accueil de ces personnes en intégrant les dimensions santé dans leur parcours d'insertion socio-professionnelle .

Il faudra aussi renforcer les structures d'alcoologie hospitalières et ambulatoires et leur donner les moyens de s'ouvrir vers l'extérieur, notamment sur les CHRS et le monde associatif.

Les services de l'État ont un rôle à jouer dans la mise en place de ces perspectives par un meilleur financement, une coordination efficace et une évaluation pertinente des actions.

Un regard particulier devra être retenu afin de prendre en compte la spécificité de certains publics touchés par le problème alcool, notamment les jeunes, les femmes isolées et les personnes les plus marginalisées (Sans Domicile Fixe).

Bibliographie

O U V R A G E S

1. ARENES Jacques, Philippe Guilbert et François Baudier « Baromètre santé médecins généralistes 98/99 » Éditions CFES
2. CREDOC. In M.O Gilles « Les spécificités des enquêtes quantitatives auprès des populations marginalisées » CREDOC, cahier de recherche n° 68, avril 1995
3. DABIT Daniel, DUCROT Séverine « Alcool et sans abris » une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne. Revue alcoologie Tome 21 – 1999
4. DECLERC Patrick « Les naufragés » avec les clochards de Paris. Éditions Terre Humaine Plon 2001
5. Dossiers de Chaligny. « 12^{ème} Programme Départemental d'Insertion 2001 » DASES mairie de Paris.
6. FACY. F, DALLY. S et RABAUD. M « Alcoolisme et précarité » in Précarisation, risque et santé. JOUBERT M ? CHAUVIN P, FACY F et RINGA V. Édition INSERM février 2001
7. HASSIN Jacques « Alcool et exclusion : l'alcoolisme facteur de désinsertion sociale ? » Recherche & alcoologie lettre d'information de l'IREB n° 17 juillet 1999
8. HUAS D et al.. « Prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste » Enquête ENGAM, La revue du praticien- Médecine générale 1993 ; 7 (203) 39-40
9. KARSZ Saül, Autès Michel, Castel Robert, et al « L'exclusion définir pour en finir » collections Pratiques sociales. Éditions DUNOD, mai 2000

10. KOPP Pierre et Fenoglio Philippe « le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France » OFDT – Étude n° 22 Septembre 2000
11. LAMBERT Gérard, AUBIN Jean-Henri et BARRUCAND Dominique « Évaluation de la précarité sociale en alcoologie » Revue Alcoologie Tome 21 – 1999
12. LAZARUS Antoine. Cité dans le Schéma de l'accueil de l'hébergement et de l'insertion de Paris 2000-2005.
13. MAISONDIEU Jean « Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité » in Précarisation, risque et santé. JOUBERT M ? CHAUVIN P, FACY F et RINGA V. Édition INSERM février 2001
14. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'État à la santé. Guide pratique en santé précarité à l'épreuve de terrain. Décembre 1997.
15. OFDT, Observatoire Français des Drogues et toxicomanies « Drogues et toxicomanies » indicateurs et tendances. Éditions 1999 et 2002
16. PAUGAM Serge « La dynamique de la déqualification sociale » in Sciences Humaines, n°28, mai 1993, p 16-20
17. Préfecture de la région Données statistiques relatives à la pauvreté –précarité en Ile de France.. Septembre 2001
18. Rapport sur « l'organisation de la veille sociale à Paris ». DASS de Paris Août 2001
19. RELIQUET Louis-Michel, GUERY Danièle et al « Revenu minimum d'insertion et conduites d'alcoolisation » Expérience du service alcoologie de l'OCHS de Loire-Atlantique. Revue Alcoologie Tome 17 – 1995
20. Reynaud Michel et Parquet Philippe Jean « les personnes en difficultés avec l'alcool » Rapport de mission publié en 1998. Édition Comité Français d'Éducation pour la Santé, Paris 1998.
21. Schéma de l'accueil de l'hébergement et de l'insertion de Paris SAHIP 2000-2005. Rapports finaux des groupes de réflexion. Novembre 2000-avril 2001

22. TOURNE Yvette «tiré de l'intervention faite au cours de la cession de formation « promotion de la santé publique » organisée le 15 janvier 1998 par la FNARS Ile de France.

23. TRYDMAN Nathalie, Martineau Hélène « La drogues, où en sommes nous ? »
La Documentation Française, Paris 1998

24. WRESINSKI J « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » Paris, journal officiel, 1997

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

25. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

26. Loi n° 46-685 du 13 avril 1946, portant création des centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S)

27. Décret n° 2001-576 du 3 juillet 2001 relatif aux conditions de fonctionnement et de financement des C.H.R.S

28. Décret n° 92-590 du 29 juin 1992, relatif centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST) avec ou sans hébergement.

29. Circulaire n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

30. Circulaire N° DHOS/02/DGS/SD6B/2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives (non paru au journal officiel)

31. Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

Annexes

Liste des annexes : (annexes non publiées)

- Schéma du lien alcool et précarité
- Grille d'entretiens avec les acteurs de l'alcoologie
- Courrier et fiche de renseignements adressés aux CHRS parisiens
- Les structures de lutte contre les exclusions
- Les structures de lutte contre les exclusions en hébergement d'urgence
- Dispositif d'hébergement d'urgence. été 2001
- Dispositif d'hébergement d'urgence. hiver 2001
- Les structures d'alcoologie de paris