



MISSION
MÉTROPOLITAINE
DE PRÉVENTION
DES CONDUITES
À RISQUES

mmpcr.fr



VILLE DE
PARIS

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT



Réduction des risques alcool en centre d'hébergement

Octobre 2020

Partage d'expériences
et de ressources

UN SUPPORT POUR PROMOUVOIR LA RÉDUCTION DES RISQUES ALCOOL (RdRA) EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

Cette troisième édition de la collection « Repères pour l'action * » de la Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques (MMPCR) vise à capitaliser et à mettre en partage la réflexion d'un groupe de professionnel.le.s porteur de pratiques probantes sur les deux territoires de Paris et Seine-Saint-Denis.

En tant que structure ressource en prévention des conduites à risques, la MMPCR s'est interrogée sur l'impact et le développement de la RdRA alors que la RDR est historiquement centrée sur les drogues illicites et la réduction des risques infectieux. En 2017, le constat est posé que l'interdiction de la consommation d'alcool dans les lieux d'hébergement des personnes en situation de grande précarité constitue un frein à leur accueil et contribue à multiplier les ruptures dans les parcours d'insertion. Le « Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion » ainsi que le Contrat Local de Santé de Paris inscrivent la RdRA comme une priorité.

La MMPCR a décidé de mettre en place un groupe de travail interqualifiant « RDR alcool & hébergement » réunissant des professionnel.le.s de centres d'hébergement, du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) 93, d'un accueil de jour et de 2 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Le groupe de réflexion a partagé le constat que de nombreuses personnes, en situation de précarité, se retrouvent exclues de centres d'hébergement qui leur sont pourtant dédiés du fait de leurs consommations d'alcool. Contournant l'interdit, mentionné dans les règlements de fonctionnement, des personnes introduisent néanmoins des canettes ou des bouteilles et en sont réduites à boire en cachette, ce qui est infantilisant et culpabilisant. D'autres boivent massivement avant de réintégrer le centre afin de pouvoir « tenir » la nuit et d'éviter les effets du manque. De leur côté, les équipes se retrouvent en grande difficulté. Elles peinent à faire respecter l'interdit, doivent gérer les débordements et tensions liés aux consommations de certain.e.s résident.e.s et se sentent souvent très démunies pour aborder la question de l'alcool et apporter une réponse adaptée aux usager.e.s.

Après deux ans de mise en commun des expériences, il a été collectivement décidé de réaliser ce document ressource, en coopération avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie 75 (ANPAA) pour capitaliser l'ensemble de cette démarche.

Ce document est destiné aux acteurs des structures d'hébergement qui se questionnent sur l'accompagnement des consommations d'alcool au sein de leur établissement dans une démarche de réduction des risques et des dommages.

- Il propose « 10 repères pour l'action » qui guideront la démarche, de l'identification des préalables, jusqu'à l'évaluation, en passant par les étapes indispensables à sa mise en œuvre.
- Ces repères sont étayés par des expertises.
- Ces repères sont illustrés par les expériences de structures parisiennes et sequano-dyonisiennes du champ de l'hébergement.

Les expériences et les expertises présentées ici ne visent pas à modéliser une pratique mais à contribuer à enrichir les déclinaisons possibles de la mise en œuvre de la réduction des risques liés à l'alcool.

* 2017 : Référentiel formation sur site « Prévention des conduites addictives et à risques » à destination des porteurs de projets locaux.
2018 : Référentiel Jeunes et trafics de drogues « 10 repères pour construire et coordonner une démarche de prévention ».

SOMMAIRE

Quelques définitions p.3

Réduction des Risques Alcool (RdRA) p.4

REPÈRES POUR L'ACTION p.6

APPORTS D'EXPERTISES

1. Point de vue du droit, p.12

2. Point de vue de l'ANPAA, p.15

3. Point de vue autour de la question du déni p.18

4. Point de vue de deux résidents p.22

RETOURS D'EXPÉRIENCES

1. CHS Valgiros - ACLL p.28

2. CHRS Georges Dunand -Emmaüs p.32

3. CHS Jacques Salvator - France Horizon.... p.36

4. SIAO 93 - Interlogement 93..... p.40

5. CHRS La Poterne des Peupliers-CASVP p.43

6. CHU Mouzaïa - Armée du Salut p.48

7. CHU Popincourt - Samu social de Paris ... p.52

8. Espace Charenton - Aurore et Emmaüs ... p.56

ANNEXES / OUTILS p.61

Programme de formation, tableau d'indicateurs et grilles entretiens, extraits de règlements, dépliants...

CHS : Centre d'Hébergement et de Stabilisation
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
SIAO : Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation
CHU: Centre d'Hébergement d'Urgence

QUELQUES DÉFINITIONS

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) en direction des usagers de drogues est inscrite dans la loi (article L3411-8 du code de la santé publique) depuis 2004. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie sont les pivots de son application.

La RdRD reconnaît que la consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, drogues) provoque des dommages sanitaires et sociaux et que l'arrêt de la consommation n'est pas possible pour certaines personnes, à certains moments. Elle reconnaît l'expertise, les capacités de jugement et la responsabilité des usagers.

Concrètement cette approche mobilise des leviers pragmatiques pour améliorer leur qualité de vie et limiter les prises de risques : information, mise à disposition de matériel de consommation, supervision des comportements et gestes de consommation, dépistages précoces.

Loin d'être une politique permissive, la RDRD se fonde sur de solides résultats scientifiques. Elle vise à limiter les conséquences des usages de substances psychoactives, pour l'individu comme pour la société.

CHRS

Les **centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)**, établissements sociaux et médico-sociaux, ont pour mission d'accueillir et d'accompagner « des personnes et des familles qui connaissent de graves difficultés économiques, familiales, de logement, de santé, d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale » (art. L.345-1 du code de l'action sociale et de la famille (CASF)).

CHU / CHS

Les **centres d'hébergement d'urgence et les centres d'hébergement et de stabilisation (CHS)** ont pour mission d'héberger temporairement des personnes sans-abri, en réponse à l'obligation d'hébergement inconditionnel (posée à l'article L. 345-2-2 du CASF), et leur proposent un accompagnement social pour les aider dans leurs démarches d'accès aux droits et dans leur recherche d'un logement ou d'une structure d'insertion adaptée.

CSAPA

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, établissements médico-sociaux s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction (avec ou sans substances) ainsi qu'à leur entourage. Ils assurent des missions : d'accueil, d'information et de prévention, d'évaluation médicale, psychologique et sociale ; de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ; de prise en charge médicale, psychologique et éducatives.

CAARUD

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux usager.e.s de drogues actifs exposés à des risques majeurs de contamination infectieuse et d'overdose. Une attention particulière est portée aux usager.e.s marginalisé.e.s. Ils proposent un accueil inconditionnel et assurent des missions d'information, d'aide à l'hygiène, d'accès aux soins de première nécessité, d'accès aux droits. Ils mettent à disposition du matériel de prévention des infections (matériel stérile d'injection, d'inhalation, sniff, préservatifs...)

LA RdRA EN CENTRE D'HEBERGEMENT SELON LE GROUPE INTERQUALIFIANT*

Les participants au groupe de travail interqualifiant ont dégagé quelques points qu'ils estiment incontournables pour définir leur vision de la réduction des risques alcool (RdRA) en centre d'hébergement.

- L'objectif du projet de RdRA en centre d'hébergement (CHU, CHS, CHRS) est de travailler sur la place de l'alcool dans le collectif. Cette démarche ne se résume pas à une levée de l'interdit de la consommation.
- Ce projet implique l'ensemble du collectif, c'est-à-dire tant les résident.e.s, consommateurs ou non, que les professionnel.le.s. Il a pour but de réduire les risques et dommages à la fois pour les personnes consommatrices d'alcool, pour celles qui ne consomment pas, comme pour les professionnel.le.s.
- L'utilisateur doit être au centre de la prise en charge, et non plus le produit alcool. Autoriser la consommation de l'alcool dans les structures participe à l'amélioration de la qualité de vie des individus.

* Le groupe de travail interqualifiant « Réduction des risques alcool et hébergement » a été initié par la MMPCR en 2017. Depuis, 7 centres d'hébergement, 2 CSAPA, 1 SIAO et 1 accueil de jour y ont participé. Ce groupe a pour vocation de favoriser les échanges de pratiques et la mise en commun de connaissances liées aux problématiques d'alcool en hébergement collectif.

- La mise en place d'une démarche de RdRA au sein d'un centre d'hébergement doit reposer sur le volontariat et ne peut être imposée. Elle doit s'adapter en outre au contexte de chaque établissement. Au centre de la démarche, les usagers doivent pouvoir participer aux réflexions communes.
- La réduction des risques alcool en centre d'hébergement doit s'inscrire dans un projet qui soit à la fois un projet de structure, mais aussi, plus largement, un projet porté par l'association ou l'institution.

10 REPÈRES

POUR L'ACTION « RDR ALCOOL ET HÉBERGEMENT »

Les établissements proposant des hébergements collectifs sont quotidiennement confrontés à la question de la consommation d'alcool. Celle-ci met régulièrement à l'épreuve le collectif, et nécessite des réponses adaptées aux singularités des situations et des demandes des personnes accueillies. Les 10 repères proposés ci-après, issus d'un partage d'expériences, illustrent quelques incontournables pour accompagner la réflexion et la mise en place d'actions.

NOTICE pour la lecture optimale du pdf :

Pour plus d'explications, chaque repère redirige vers les **expériences** ou les **expertises**. Dans les deux cas, vous pouvez accéder à l'extrait correspondant ou atteindre la page concernée. Exemple :

Cliquez ici pour lire l'extrait

+ D'INFOS
P.XX « UNE RÉFLEXION CROISÉE
RÉSIDENT.E.S-PROFESSIONNEL.LE.S »

Cliquez ici pour atteindre la page concernée

1. ADAPTER L'ACTION DE « RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES ALCOOL » AU CONTEXTE SPÉCIFIQUE

Les conditions d'accueil, les interactions entre résidents et aussi avec les professionnels et plus largement l'organisation institutionnelle diffèrent d'une structure à l'autre.

La prise en compte de ces singularités passe par la formalisation d'un diagnostic partagé.

La mise en place d'un diagnostic permet d'identifier les difficultés et les besoins des résident.e.s et des professionnel.le.s ainsi que le contexte spécifique de chaque établissement. Le recueil de l'expression de tous les points de vue, la prise en compte du travail concret des personnels évite l'écueil de projets « hors sol », établis « d'en haut ».

— 1. —
Adapter l'action de « Réduction des risques et des dommages alcool » au contexte spécifique

— 2. —
La compréhension de la logique de la Réduction des risques et des dommages

— 3. —
L'attention apportée à la gestion des espaces et à la mixité des publics

— 4. —
Une démarche concertée et collaborative

— 5. —
Se donner le temps suffisant du changement

— 6. —
Les écrits indispensables à l'accompagnement des changements et à l'évaluation

— 7. —
Soutenir le changement de pratiques des professionnel.le.s par des étayages internes

— 8. —
Renforcer les partenariats pour bénéficier d'étayages externes

— 9. —
Mise en place d'activité avec les résident.e.s

— 10. —
Faire connaître et pérenniser la démarche

Les diagnostics intègrent la réalisation d'entretiens individuels et collectifs. Des rencontres dédiées et /ou dans le cadre des Conseils de la Vie Sociale permettent le recueil des points de vue des résident.e.s

+ D'INFOS
P.45 « DU CÔTÉ DES RÉSIDENT.E.S »

L'analyse des constats guidera les actions à mettre en place.

+ D'INFOS
P.35 « UNE RÉFLEXION CROISÉE RÉSIDENT-PROFESSIONNEL.LE.S »

+ D'INFOS
P.15 « QUEL ACCOMPAGNEMENT DES CENTRES D'HÉBERGEMENT DANS LA MISE EN PLACE DE LA RDRA ? »

2. LA COMPRÉHENSION DE LA LOGIQUE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

Cette étape indispensable, tant pour les professionnel.le.s que pour les personnes hébergées, est généralement accompagnée par un tiers. Toutes les expériences montrent les réticences à l'intégration de cette approche qui va modifier l'interdit des consommations.

+ D'INFOS
P.44 « POUR OU CONTRE »

+ D'INFOS
P.36 « FAIRE TAIRE LES PEURS »

+ D'INFOS
P.38 « NE PAS CHERCHER LA GUÉRISON »

La compréhension de l'approche passe par un travail sur les représentations vis-à-vis des consommations afin de sortir du clivage entre « le bien boire et mal boire » et dépasser les peurs et les préjugés qui justifient le maintien de l'interdit. C'est une étape incontournable pour obtenir l'adhésion et l'implication dans une expérimentation.

+ D'INFOS
P.33 « LEVÉE DE BOUCLIER »

+ D'INFOS
P.19 « FAIRE LE MÉNAGE DANS SA TÊTE »

+ D'INFOS
P.29 « EN QUÊTE DE QUALITÉ »

+ D'INFOS
P.15 « QUELLE EST L'OPTIQUE DE L'INTERVENTION »

+ D'INFOS
P.49 « DES INQUIÉTUDES PARTAGÉES »

+ D'INFOS
P.23 « LE DROIT DE BOIRE... UN SOULAGEMENT »

L'acceptation de la démarche passe par l'acquisition de connaissances sur l'alcool et les addictions via la mise en place de formation par des intervenant.e.s spécialisé.e.s

Il est important que ces temps de formation puissent concerner l'ensemble des professionnel.le.s. De même, cette acquisition et partage de connaissances doit être proposée aux résident.e.s via des sensibilisations ou « ateliers santé ».

+ D'INFOS
P.43 « UNE DÉMARCHÉ ACCOMPAGNÉE »

+ D'INFOS
P.19 « LA PERTE DE CONTRÔLE, UN CRITÈRE CLÉ »

+ D'INFOS
P.20 « UNE SOLUTION AVANT D'ÊTRE UN PROBLÈME »

3. L'ATTENTION APPORTÉE À LA GESTION DES ESPACES ET À LA MIXITÉ DES PUBLICS

La diversité des publics constitue un facteur pouvant limiter les comportements addictifs (par la création de lien, la réduction de l'isolement). Inversement elle est susceptible de créer des risques supplémentaires si elle n'est pas suffisamment pensée (par exemple, la proximité dans les chambres doubles entre des personnes qui boivent ou ne boivent pas et ceux qui sortent de cure).

+ D'INFOS
P.37 « UNE PROMISCUITÉ RISQUÉE »

+ D'INFOS
P.53 « A LA RECHERCHE D'UNE COHABITATION SÉRÈNE »

Une vigilance devra donc être portée à l'organisation des espaces collectifs et des chambres qui représentent à la fois des atouts et des limites pour l'action de RdRA.

+ D'INFOS
P.13 « LE DROIT COMMUN COMME RÈGLE »

+ D'INFOS
P.13 « LES EXIGENCES DU COLLECTIF »

L'engagement de démarche de RdRA interroge la mise en place éventuelle d'un espace collectif dédié pour la consommation. Cette option dépend de chaque fonctionnement d'établissement, de l'adhésion des acteurs et de la capacité des structures à proposer des mesures encadrant les consommations.

+ D'INFOS
P.45 « BOIRE...MAIS OÙ ? »

+ D'INFOS
P.49 « UN CHANGEMENT D'APPROCHE »

+ D'INFOS
P.46 « UN ESPACE DÉDIÉ ET ENCADRÉ »

+ D'INFOS
P.57 « DES MESURES CADRANTES »

REPÈRE 4. UNE DÉMARCHE CONCERTÉE ET COLLABORATIVE

Comme la majorité des démarches de projet, la mise en place d'une démarche de RdRA suppose l'implication de tous les professionnel.le.s et celle des résident.e.s. Dans la philosophie de la promotion de la santé, on ne peut concevoir une telle démarche si les résident.e.s sont considéré.es comme des usagers ou des bénéficiaires. Ils sont des acteurs à part entière du projet.

Pour penser le changement de fonctionnement de la structure, dans une approche collaborative, des établissements initient des groupes de travail réunissant professionnel.le.s et résident.e.s volontaires. Ceci permet de négocier collectivement le cadre de l'expérimentation : durée, espaces concernés, outils de suivi, réécriture du règlement intérieur, etc

+ D'INFOS « MISE EN ŒUVRE D'UNE DÉMARCHE CONCERTÉE ET COLLABORATIVE »
P.65

La réussite repose aussi sur la capacité de l'établissement et de ses équipes à tenir compte d'autres éventuelles modifications d'organisation afin d'éviter la saturation tant des professionnel.le.s que des personnes accueillies. Les changements insuffisamment accompagnés risquent de provoquer des inquiétudes et des démotivations.

+ D'INFOS « TROP DE CHANGEMENTS SIMULTANÉS »
P.52

REPÈRE 5. SE DONNER LE TEMPS SUFFISANT DU CHANGEMENT

L'organisation de la démarche est assujettie à une dynamique dans le temps pour favoriser l'intégration de la nouvelle approche par l'institution, par les professionnel.le.s et par les personnes hébergées.

Il sera utile de reconnaître le caractère évolutif de l'expérimentation pour tester l'approche mesurer sa qualité, ses résultats et envisager sa réversibilité éventuelle (dans les espaces collectifs).

+ D'INFOS « L'ANPAA À LA RESCOUSSE »
P.33

+ D'INFOS « PASSER À LA VITESSE SUPÉRIEURE »
P.46

REPÈRE 6. LES ÉCRITS INDISPENSABLES À L'ACCOMPAGNEMENT DES CHANGEMENTS ET À L'ÉVALUATION

Le plan d'action est à formaliser et à communiquer dès que possible à l'ensemble des acteurs pour officialiser les étapes du changement et de modification de fonctionnement.

Les écrits favorisent une bonne transmission et sont particulièrement adaptés en cas de fort renouvellement d'équipe.

L'élaboration d'un dispositif de mesure d'impact passe par la construction de grilles d'observation, la réalisation d'entretiens avec les personnes hébergées et des professionnel.le.s. Ces supports permettent d'évaluer et de qualifier les avancées la mise en œuvre.

Les écrits institutionnels permettent d'inscrire des règles claires dans un règlement de fonctionnement et un livret d'accueil.

+ D'INFOS « POUR ET AVEC LES RÉSIDENTS.E.S »
P.29

+ D'INFOS « LE DROIT COMMUN COMME RÈGLE »
P.13

+ D'INFOS « PRÉVOIR CLAIREMENT LA SANCTION »
P.14

+ D'INFOS « UNE EFFICACITÉ TESTÉE »
P.34

+ D'INFOS « UN APAISEMENT GLOBAL »
P.30

+ D'INFOS « PASSER A LA VITESSE SUPERIEURE »
P.46

REPÈRE 7. SOUTENIR LE CHANGEMENT DE PRATIQUES DES PROFESSIONNEL.LE.S PAR DES ÉTAYAGES INTERNES

Accompagner les équipes dans la durée, nécessite beaucoup de pédagogie. Lorsque cela est possible la démarche de RdRA est à inclure dans les dispositifs existants d'analyse de pratiques, de réflexion et d'évaluation de l'établissement.

+ D'INFOS « UNE CULTURE DE L'OBSERVATION »
P.38

La présence d'un personnel ayant une formation dans le secteur médical, infirmier et psychologue constitue un atout pour soutenir la démarche.

+ D'INFOS « VERS PLUS DE TOLÉRANCE »
P.51

Des formations complémentaires pourront être utiles (entretien motivationnel, communication non violente, par exemple).

+ D'INFOS « UN PROJET EN STANDBY »
P.47

REPÈRE 8. RENFORCER LES PARTENARIATS POUR BÉNÉFICIER D'ÉTAYAGES EXTERNES

L'inscription dans un réseau spécialisé en addictologie, lorsqu'il est possible, bénéficie à toutes les parties : personnes accueillies, centre d'hébergement et au CAARUD et/ou CSAPA. La mise en place de conventionnement consoliderait les partenariats.

+ D'INFOS « CETTE DÉMARCHE NOUS COUPE DE L'ISOLEMENT »
P.39

La participation à des échanges de pratiques entre structures, et la capitalisation d'expériences contribuent au soutien de la dynamique d'autant que les modèles diffèrent.

+ D'INFOS « UN ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES EST-IL INDISPENSABLE ? »
P.17

REPÈRE 9. MISE EN PLACE D'ACTIVITÉ AVEC LES RÉSIDENT.E.S

Cette perspective évoquée par les professionnel.le.s et des résident.e.s permet de lutter contre l'ennui propice aux consommations et favorise la création de liens socialisant via des activités collectives, d'insertion, de bénévolat.

+ D'INFOS « UN BESOIN DE COMPREHENSION DE PART ET D'AUTRE »
P.25

REPÈRE 10. FAIRE CONNAITRE ET PÉRENNISER LA DÉMARCHE

Réaliser une évaluation de la démarche et la communication de ses résultats contribue à la diffusion de l'approche de la RdRA.

+ D'INFOS « LA RDRA L'AFFAIRE DE TOUS »
P.30

Des initiatives sont à mener dans les formations initiales, continues et colloques de travailleurs sociaux, d'infirmiers et autres professionnel.le.s du secteur social et médico-social afin de disséminer cette approche. Ceci éviterait aux personnes consommatrices d'être prises dans des discours opposant la RdRA à l'abstinence.

+ D'INFOS « RDRA ET SOIN UNE TENSION PRÉJUDICIABLE »
P.31



RdRA APPORTS D'EXPERTISES

- 1. Point de vue du droit, p.12
- 2. Point de vue de l'ANPAA, p.15
- 3. Point de vue autour de la question du déni..... p.18
- 4. Point de vue de deux résidents p.22

INFOS

“ Expertise de Michaël Balandier
Docteur en droit - Audit formation
@ Contact : michael.balandier@gmail.com

■ Point de vue du droit

CONSOMMATION D'ALCOOL, UNE LIBERTÉ A RESPECTER

Peut-on interdire la consommation d'alcool en centre d'hébergement ? Pour le juriste Michaël Balandier, la réponse est « non » sans équivoque. Sollicité pour apporter un éclairage juridique aux participants du groupe de travail interqualifiant, ce docteur en droit public, qui anime un cabinet d'audit et de formation en droit spécialisé dans les secteurs social, médico-social et sanitaire⁽¹⁾, a rappelé la nécessité de penser la question en termes de droit commun et d'agir de façon à ce que les droits fondamentaux ainsi que les choix des usagers soient respectés.

« Les notions “d'aller vers” et de “faire avec”, au cœur de la réduction des risques, sont totalement en accord avec ce que le droit attend de l'action des professionnels à l'endroit des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux », affirme Michaël Balandier, docteur en droit public.

Or, aujourd'hui encore, rappelle-t-il, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), dont les CHRS, sont tributaires de la longue tradition de l'asile, qui comporte une triple dimension de mise à l'abri, de mise à l'écart et de remise en ordre. Y perdure de ce fait une volonté de réformation de la personne, qu'il s'agit en gros de rendre conforme au modèle social dominant. Comme beaucoup d'autres, la relation d'aide est asymétrique, l'aidant étant en surplomb de l'aidé, mais ce lien a cependant en propre de « toujours se jouer sur une vulnérabilité », analyse le juriste.

Dans l'Esprit des Lois (1748), Montesquieu observait que « c'est une expérience éternelle que tout homme qui a du pouvoir est porté à en abuser ».

Aussi, pointe Michaël Balandier, « il y a besoin de limites ». Dans beaucoup d'établissements, « c'est ainsi l'abus de pouvoir, plus ou moins conscientisé, pour faire le bien de l'autre que l'on rencontre », poursuit-il. Un abus qui s'exerce par projection de ses valeurs professionnelles, et parfois personnelles, sur un usager vulnérable. Il appelle dès lors les institutions « à exercer une action proactive pour rendre effectifs les droits des usagers ».

2002, UNE ANNÉE DE RUPTURE

Depuis une vingtaine d'années, on assiste à une montée en puissance du droit comme mode de régulation de la société. Les ESSMS n'échappent pas à cette évolution et la loi du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a constitué, en leur sein, un véritable tournant. « Il ne s'agit pas en fait de nouveaux droits accordés aux usagers car ils existaient dans le code de l'action sociale et des familles [CASF], mais la société admettait jusque-là un certain nombre d'atteintes à ces droits, telles l'interdiction de l'alcool dans les établissements ou la limitation de la liberté d'aller et venir », remarque Michaël Balandier. Aujourd'hui, ces seuils de tolérance se sont écroulés. Ainsi, en 2002, « on redécouvre que, dans la relation d'aide, une dimension juridique préexiste à une dimension fonctionnelle, et c'est l'aidé qui est en surplomb de l'aidant ».

L'utilisateur est en droit d'exiger une prestation adaptée, de qualité. Les ESSMS sont considérés comme des prestataires au service des personnes remplissant certains critères déterminés par la loi, voire sous-réglémentés par des décrets. Ils se doivent donc de proposer et non d'imposer, non de disposer à la place de l'autre. Autrement dit, concernant l'alcool, il est possible « de proposer quelque chose pour réduire la consommation mais si la personne le veut », illustre-t-il. Le cœur de la prise en charge en CHRS n'étant pas d'éviter ou de réduire la consommation d'alcool et autres psychotropes, le consentement de la personne est, en effet, nécessaire et son refus doit être accepté.

En 2002, la Cour européenne des droits de l'Homme a, de son côté, défini par un des arrêts la notion de dignité de la personne humaine en la traduisant par un principe d'autonomie personnelle, au sens de décider pour soi, de faire sa propre norme — notion à distinguer de celle d'indépendance, qui est la capacité à faire soi-même ce que l'on a décidé pour soi. Cela implique le devoir de respecter les choix des personnes même s'ils peuvent être perçus comme les mettant en danger physiquement ou moralement.

LE DROIT COMMUN, COMME RÈGLE LES EXIGENCES DU COLLECTIF

« Les CHRS, et globalement l'ensemble des structures, ne sont pas des lieux d'extraterritorialité, des îlots de non-justiciabilité », rappelle Michaël Balandier, soulignant qu'ils doivent respecter la Constitution (voir encadré p. 14). Or, le principe premier en termes juridiques en France est celui de liberté. Comme le proclame la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, cette notion permet de faire tout ce qui ne nuit pas à autrui.

« La loi peut établir des bornes à la liberté, mais nul ne peut être empêché de faire ce qu'elle n'interdit pas, de la même manière que nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas. On doit donc se demander : “M'est-il interdit de... ?” et non pas “Ai-je le droit de ?” », résume-t-il.

Ainsi, la loi n'interdit-elle en France ni la consommation d'alcool ni celle de tabac. Si la liberté est de principe, elle n'est toutefois « pas absolue : elle doit être conciliée avec d'autres principes de même valeur constitutionnelle et [...] [en particulier, dans les ESSMS] avec les contraintes issues du nécessaire respect de l'ordre public, en distinguant les espaces dans l'institution, entre parties communes et parties privatives », indique Michaël Balandier dans un écrit⁽²⁾.

Contrairement aux parties communes, la chambre de l'utilisateur constitue son domicile, non au sens civil mais pénal du terme. « Il y a un accord unanime de la doctrine pour dire que si la chambre d'hôpital est un domicile, alors la chambre en CHRS l'est aussi », explique le juriste. Or, dans son domicile, on peut fumer, boire à outrance, refuser que l'on y pénètre... « Ainsi, toute disposition dans le règlement de fonctionnement, les contrats de séjour, voire plus insidieusement les notes de service ou le livret d'accueil, visant à y interdire la consommation de tabac ou d'alcool, y compris massivement, est parfaitement illégale », insiste-t-il.

Et même si l'utilisateur s'est engagé à respecter les dispositions du règlement en le signant, cela reste nul et non avenu, les droits fondamentaux étant inaliénables. Aujourd'hui, constate le juriste, la plupart des règlements de fonctionnement des ESSMS contiennent ainsi des illégalités.

Qu'en est-il dans les espaces communs ? Et en particulier, lorsque la chambre est partagée ? Il y a lieu de distinguer là l'usage de tabac, qui pose le problème du tabagisme passif et nécessite de trouver un accord avec l'autre (ne fumer qu'en son absence et aérer, par exemple), et celui d'alcool, pour lequel aucun accord préalable n'est nécessaire sachant qu'il peut être consommé même massivement sans porter atteinte à la sécurité, la tranquillité, la salubrité, la dignité de l'autre.

« Si ce n'est pas le cas, on pourra travailler sur de l'interdit en cherchant à articuler le clinique et le juridique et non en les opposant », remarque Michaël Balandier, tout en rap-

portant que le respect des standards actuels en matière de dignité de la personne voudrait d'ailleurs que chacun dispose seul de sa chambre sauf s'il souhaite la partager.

« La responsabilité des institutions, et derrière elles, des financeurs, est ici mise en jeu. On se doit en effet de proposer des prestations adaptées et respectant la dignité des personnes, comme le mentionne le CASF », estime-t-il.

Selon une même logique, dans les salles communes, le tabac doit être banni et ce sont les conséquences de la consommation d'alcool sur le collectif qui doivent compter. « L'intervention doit partir du comportement de la personne, non de la quantité absorbée, et voir s'il porte atteinte au nécessaire respect de l'ordre public », pointe-t-il. Ainsi, une personne alcoolisée qui piquerait simplement du nez n'aurait pas, par exemple, à être sanctionnée, alors qu'une action s'imposerait si elle se mettait à hurler ou à devenir très agressive (voir encadré p. 14).

« Pour l'alcool, aucune limitation ne peut être envisagée hors des interdictions classiques : ivresse manifeste dans les parties communes, atteinte à l'ordre public y compris même depuis la chambre », résume-t-il.

Des interdictions individuelles sont éventuellement envisageables et peuvent être posées dans le contrat de séjour dans des cas très précis où elles se révèlent vraiment nécessaires. Par exemple, pour éviter les risques d'incendie, dans le cas d'un fumeur qui ne serait pas en capacité suffisante de gérer les risques inhérents à sa consommation, tel un pyromane.

← TOUS LES REPÈRES

← TOUS LES REPÈRES

« Pour les institutions accueillant des personnes âgées, le CASF prévoit en effet désormais un cadre lorsqu'on est amené, au-delà du règlement de fonctionnement, à restreindre leur liberté du fait de leur situation particulière. Il est d'ores et déjà possible de transposer cet encadrement à toutes les institutions car il devrait a priori être généralisé », assure le juriste.

ET LES PROFESSIONNEL. LE.S ?

Du côté des salariés, le règlement intérieur ne peut contenir, selon le Code du travail, des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché. Une obligation de sécurité pèse cependant sur l'employeur vis-à-vis de ses salariés.

Concernant la consommation d'alcool sur le lieu de travail, une conciliation a été trouvée dans une partie du Code du travail dédiée à la restauration et au repos : aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée et elle l'est à condition que son absorption soit compatible avec l'activité exercée (pas en cas de conduite de machines, par exemple).

« Pourtant, dans beaucoup d'institutions, l'interdiction pèse sur tous les salariés quelle que soit la tâche accomplie », relève Michaël Balandier. Il est donc possible d'organiser la consommation avec les usagers. Toutefois, le cadre étant posé dans la section « Restauration et repos » du Code du travail, cela laisserait à penser qu'en dehors de ces temps, la consommation serait interdite. « Quand cela fait partie d'un projet argumentable et cohérent, et toujours dans les limites de pouvoir remplir ses tâches, je pense que cela peut passer devant un juge mais je ne peux m'engager sur ce point », explique le juriste.

Enfin, dans le cadre précis de leur relation professionnelle avec un usager, des salariés : un éducateur, un psychologue, une assistante sociale..., peuvent poser de l'interdit et lui demander de ne pas consommer quand il est en entretien avec eux. « Mais la question est alors de savoir si poser cet interdit est souhaitable, explique le juriste. Car s'il empêche vraiment la personne d'avoir accès à son droit aux soins psychiques, à l'accompagnement éducatif, social..., il ne pourra pas être posé car cela l'empêchera d'accéder à un droit fondamental et il faudra rechercher un mode de conciliation. »

LA PYRAMIDE DES NORMES

Le droit est un ensemble de normes hiérarchisées. Tout en haut se trouve le bloc de constitutionnalité (soit la Constitution et des normes complémentaires telles notamment celles découlant de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789).

Suivent les engagements internationaux (traités), les lois, les actes administratifs (décrets, arrêtés...). La production normative des institutions sociales et médico-sociales (règlements intérieurs ; règlements de fonctionnement, contrats de séjour...) se situe à la base de la pyramide.

← TOUS LES REPÈRES

PRÉVOIR CLAIREMENT LA SANCTION

La question de l'interdiction est liée à celle de la sanction, laquelle est souvent peu travaillée dans nombre d'ESSMS. Mais, prévient Michaël Balandier, « sanctionner n'est pas punir ». La punition renvoie à la figure de la puissance auto-fondée, de la force ; la sanction, à celle de l'autorité. Défendue, la première est une violence institutionnelle. La seconde suppose un travail autour de la notion de responsabilité, soit la capacité de répondre de ses actes, et institue l'autre comme un véritable sujet. « Si on le désubjectivise, cela ouvre la voie à l'emprise : on décide pour lui », analyse-t-il, soulignant la nécessité de penser la sanction.

Le droit de la sanction inclut différentes branches dont le droit pénal et le droit disciplinaire. « Il faut appliquer les principes directeurs du droit pénal lorsqu'on est dans le registre de la sanction », explique le juriste. Parmi eux : la présomption d'innocence, la recherche d'impartialité, l'exercice du contradictoire, la légalité des délits et des peines. Autrement dit, les sanctions doivent être prévues dans tous les règlements de fonctionnement. « Cela doit se faire, poursuit-il, en envisageant notamment des systèmes d'alternatives à la sanction, de surcroît, de manière à pouvoir individualiser au mieux la réponse apportée selon la situation et le lien clinique existant avec la personne. »

1) Michaël Balandier enseigne également à l'IRTS de Franche-Comté et anime des groupes d'analyse juridique de la pratique.

2) In La consommation de substances psychoactives en centre d'hébergement et de réinsertion sociale – Interdit ou liberté ? – Les Cahiers de l'Actif 490/491

INFOS

- Expertise d'Alice Lanquette
- ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)

■ Point de vue de l'ANPAA

ACCEPTER DE CHANGER SON REGARD

Formée en santé publique et en sociologie, Alice Lanquette a travaillé sur divers programmes de réduction des risques (RdR) avant de rejoindre l'ANPAA à Paris en tant qu'animatrice-formatrice. Dans ce cadre, elle a accompagné plusieurs centres d'hébergement dans la mise en place de la RdR alcool, démarche centrée sur les besoins des personnes qu'elle décline en impliquant résident.e.s et professionnel.le.s. Une telle approche suppose, selon elle, de travailler en priorité sur les représentations de ces derniers afin de favoriser un changement de posture et d'améliorer l'accueil des personnes consommatrices d'alcool. Au cœur de la démarche : l'empathie. Entretien.

← TOUS LES REPÈRES

Quel accompagnement des centres d'hébergement dans la mise en place de la réduction des risques alcool ?

De façon générale, notre principe est de nous inscrire dans un continuum « prévention-réduction des risques-soin ». L'idée est d'amener les professionnel.le.s à une meilleure compréhension des personnes dans des problématiques d'addiction et de mettre en œuvre un accompagnement socio-éducatif adapté. Concernant la RdR alcool en centre d'hébergement, nous avons élaboré une méthodologie d'intervention fondée sur la démarche de santé communautaire. Cela passe par l'élaboration d'un diagnostic partagé visant à identifier les difficultés et les besoins à la fois des résident.e.s et des professionnel.le.s. Suit un temps de formation des personnels sur la question de l'alcool. Nous organisons également un temps de travail, de co-construction, mêlant résident.e.s et professionnel.le.s, afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des consommateurs d'alcool. Selon les besoins des professionnel.le.s, la démarche peut se poursuivre sur des temps d'analyse de pratiques et aboutie sur un bilan partagé avec les résident.e.s.

← TOUS LES REPÈRES

Quelle est l'optique de l'intervention ?

Pour réduire les risques associés à la consommation d'alcool, la première étape est de modifier les représentations des résident.e.s et des personnels sur cette pratique et de libérer la parole dans les structures où elle est empêchée. En effet, l'interdit de consommer provoque souvent l'interdit d'en

parler, particulièrement pour les consommateurs. Notre objectif premier n'est pas nécessairement de parvenir à ce que les personnes aillent vers le soin mais de favoriser cette démarche si elles expriment cette volonté. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle des professionnel.le.s du soin, convaincus par les bénéfices de la RdR alcool, se sont associés à cette démarche.

Quelle est la demande initiale des centres d'hébergement qui vous sollicitent ?

Souvent, les structures abordent la question par le biais des problèmes qu'elles rencontrent dans la gestion du collectif et l'accompagnement vers le soin, autrement dit lorsque les équipes ont l'impression d'avoir atteint leurs limites sur ces deux aspects. La réduction des risques alcool est alors davantage perçue comme une solution pour résoudre les difficultés des professionnel.le.s que comme un moyen d'améliorer la situation des personnes. Il arrive rarement qu'on nous dise : « Je ne suis pas sûr que j'accompagne bien X. ou Y. à se sentir mieux vis-à-vis de son addiction » Tout l'enjeu pour l'ANPAA dans l'accompagnement que nous allons mettre en œuvre, c'est de déplacer le curseur et d'introduire les besoins des résident.e.s dans le questionnement sur les pratiques professionnelles et institutionnelles, sans omettre ceux des professionnel.le.s bien sûr, mais en les mettant à leur juste place.

Les professionnel.le.s savent-ils en général ce qu'est la RdR ?

La connaissance de la RdR est très variable suivant les équipes et les professionnel.le.s. De manière générale, je remarque que la RdR est plus facilement appréhendée sous l'angle de la méthode et des outils qu'à travers la philosophie qui la sous-tend. En effet, les professionnel.le.s vont rapidement se projeter dans une stratégie d'intervention qui vise la modification des comportements et la réduction des consommations, très souvent dans une logique bienveillante et altruiste d'auteurs. Mais les objectifs de la réduction des risques ne sont pas subordonnés à ceux de la diminution de la consommation ou de l'abstinence. Ce sont aux consommateurs de faire ces

choix. Notre démarche vise plutôt à donner du « *pouvoir d'agir* » aux résident.e.s afin qu'ils engagent un projet accompagné par les professionnel.le.s leur permettant de faire des choix plus favorables à leur santé. Autrement dit, ne pas faire pour mais avec, et favoriser la participation et la prise de responsabilité des résident.e.s, consommateurs ou non. J'insiste sur cet aspect car ce sont souvent exclusivement les consommateurs qui sont visés par les projets des structures.

Leur projet ne concerne en fait que les personnes identifiées comme posant problème...

En effet, or celles-ci ne représentent qu'une minorité de personnes. Aussi, nous essayons d'élargir le champ d'investigation, d'inviter tous les acteurs à changer leur regard : l'ensemble des personnels, qu'ils soient travailleurs sociaux, agents d'accueil, d'entretien, de restauration, ou sur des postes de direction... Ceci en nous appuyant sur leurs compétences, mais aussi via l'implication des personnes accompagnées, qu'elles boivent ou non, qu'elles se sentent en difficulté ou pas, qu'elles aient des troubles associés ou non à leurs consommations. Souvent, c'est comme s'il existait une frontière séparant les gens qui boivent « *comme tout le monde* » et les personnes alcoolodépendantes, qui sont mal vues et stigmatisées. Soit on appartient au premier groupe, soit on bascule de l'autre côté, il n'y a pas de nuances.

“

Tout l'enjeu pour l'ANPAA dans l'accompagnement que nous allons mettre en œuvre, c'est de déplacer le curseur et d'introduire les besoins des résident.e.s dans le questionnement sur les pratiques professionnelles et institutionnelles, sans omettre ceux des professionnel.le.s bien sûr, mais en les mettant à leur juste place.

”

Qu'est-ce qui ressort globalement des diagnostics ?

Tout d'abord, que l'interdit de la consommation d'alcool majore les risques tant pour les résident.e.s que pour les professionnel.le.s. Les premiers vont boire en cachette ou le faire à l'extérieur de façon plus rapide, plus importante, ce qui les met plus en danger. En rendant la consommation répréhensible, l'interdit peut d'ailleurs en lui-même accroître le malaise des personnes qui vont se sentir fautives. Pour les professionnel.le.s, de fait, il augmente leurs risques d'être en difficulté, en particulier dans la gestion du collectif et notamment la nuit. Les diagnostics attestent aussi que le cadre réglementaire est mal connu, ou pas appliqué de la même façon pour tous. Par ailleurs, l'idée que l'interdit protège est partagée autant par les résident.e.s que par les professionnel.le.s, même lorsque la réalité des consommations, les risques identifiés et les dommages observés au sein des structures viennent dire le contraire. Beaucoup craignent en outre qu'accueillir les consommations va augmenter les incidents dans l'institution. Or, la levée de l'interdit relève très souvent d'un non-événement.

En outre, la violence est souvent associée à l'alcool alors que, dans maintes structures, on constate que si des excès existent bien, ils n'émanent pas toujours des personnes alcoolisées. Des difficultés structurelles ou institutionnelles sont parfois portées au compte de l'alcool. On les attribue au comportement inapproprié de tel ou tel alors qu'elles peuvent provenir de problèmes de communication, de postures dans les équipes, du manque de travail en coopération entre différents types de professionnel.le.s. La violence de certaines personnes sous l'emprise d'alcool découle aussi parfois du regard porté sur elles par l'institution, les professionnel.le.s ou les autres résident.e.s. Leurs représentations peuvent parfois se révéler très dures et erronées sur ce qu'est l'addiction.

Les professionnel.le.s parviennent-ils à évoquer sereinement la question de l'alcool ?

C'est un autre point qui ressort des diagnostics : malgré l'omniprésence de ce produit dans notre société, les professionnel.le.s ressentent rarement légitimes pour en parler. Le sujet est tabou et génère un malaise qui impacte les personnes accompagnées. La vision qu'ils ont de l'alcool empêche ces dernières d'évoquer leurs consommations, ce qui nuit à l'accompagnement qui pourrait être mis en place. Beaucoup de professionnel.le.s nous disent qu'ils aimeraient aborder la question du déni des consommateurs sur leurs usages. Nous essayons alors de les amener à s'interroger sur ce qui pourrait favoriser l'expression des personnes sur leur addiction. La posture, le choix des mots ont leur importance et peuvent favoriser le dialogue. Peut-être pas au moment où le professionnel l'aura choisi mais la personne l'aura entendue et pourra s'en saisir ultérieurement. C'est également cela que l'on cherche à favoriser dans notre démarche de RdRA.

Quels freins rencontrez-vous au sein des structures que vous accompagnez ?

Des difficultés propres à l'institution et à leur environnement : manque de moyens humains et matériels, problèmes de communication interne, de management, turn-over important dans les équipes... peuvent impacter ce travail. Le plus délicat pour nous est de faire concorder les besoins et les attentes des résident.e.s, des professionnel.le.s et de l'institution. Autre difficulté fréquente : accompagner les personnels à faire évoluer leurs représentations et leurs postures dans une approche motivationnelle, sachant que changer sa pratique dépend aussi de l'institution, de son parcours, de son ancienneté. Les structures voudraient parfois aller vite, or cela demande du temps. Le changement de pratiques professionnelles sur la question des addictions impacte de surcroît beaucoup d'autres. Prendre en compte la personne dans sa globalité, telle qu'elle est, avec ses consommations, en usant d'empathie, cela change aussi le regard qu'on porte sur elle en matière d'insertion, de santé, de projets... et oblige à revoir nombre de choses.

Comment réagissent les professionnel.le.s à cette remise en question ?

Ils ont souvent la sensation qu'être dans une démarche de réduction des risques, c'est faire plus alors qu'en réalité, c'est faire différemment. Et même si l'objectif premier est de mieux accompagner les personnes, c'est aussi une manière d'être moins en souffrance en tant que professionnel. À partir du moment où l'on est dans une posture d'accueil, on subit moins et on souffre moins. En étant plus empathique, en considérant que l'autre est autonome et responsable, qu'il est capable de faire des choix appropriés pour lui-même, ce qui est aux fondements de la RdR, on peut être plus efficace. Considérer que la personne est digne de confiance et actrice de sa vie en matière de consommation d'alcool suppose qu'elle l'est aussi pour d'autres aspects de sa vie. Certains professionnel.le.s sont prêts à porter ce nouveau regard sur la personne, d'autres moins. Certaines institutions n'en sont pas là non plus de leur cheminement. Il faut l'entendre aussi et les accompagner en en tenant compte, afin d'éviter que s'installent des résistances.

← TOUS LES REPÈRES

Un accompagnement des structures est-il indispensable ?

Certaines ont les ressources, les compétences pour faire évoluer leur regard et leurs pratiques sans intervention extérieure. L'accompagnement par un tiers aide tout de même souvent à l'évolution des pratiques professionnelles et institutionnelles. Mais il y a également un risque de dépendance des structures vis-à-vis de ce tiers. Or, l'enjeu pour l'ANPAA est d'amener ces équipes vers l'autonomie et

non pas de se substituer à elles. Si les professionnel.le.s ne maintiennent pas leur projet lorsque nous mettons fin à notre accompagnement, c'est que quelque chose a péché. L'échange de pratiques entre structures, la capitalisation des expériences... peuvent également s'avérer très utiles pour les équipes car ils permettent de repérer des difficultés et des leviers potentiels pour maintenir la dynamique et avancer. Je ne sais pas si une structure de taille conséquente, avec beaucoup de professionnel.le.s, peut par elle-même opérer son propre changement.

Quand considérez-vous que la démarche a échoué ?

Lorsque les structures ne parviennent pas à accueillir les personnes au mieux avec leurs consommations. Plusieurs raisons peuvent conduire à cela, qui sont en général d'ordre institutionnel : le manque de portage institutionnel qui peut freiner parfois l'évolution des pratiques, des changements imposés par la direction, des difficultés en interne qui se cristallisent sur la question de l'alcool et génèrent une opposition entre différents corps de métier, le manque de valorisation de certains personnels, le turn-over qui peut nuire à la continuité de la démarche... Quand le projet est porté par la majorité des personnes, que l'approche est expliquée avec pédagogie, quand les gens ont envie d'avancer, de questionner leurs pratiques..., je ne vois aucune raison pour que cela ne fonctionne pas. En tout cas, si l'interdit de la consommation d'alcool a été levé sans changement des pratiques, on échouera à accompagner les personnes au mieux avec leurs consommations. La RdR suppose vraiment de faire un pas de côté par rapport au jugement que l'on peut avoir, de se dire que l'on peut regarder et accompagner autrement.

“

En tout cas, si l'interdit est levé sans changement des pratiques professionnelles, on échouera à accompagner les personnes avec leur consommation

”

(1) L'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) accompagne, chaque année, une trentaine de structures à Paris et dans sa petite couronne en matière de formation, de prévention, de RdR.

INFOS

“ Expertise de Micheline Claudon
Psychologue clinicienne - conseil en alcoologie
et administratrice de la Société Française d'Alcoologie
@ Contact : micheline.claudon@gmail.com

■ La question du déni

FACE AU DENI DE L'ALCOOL, APPRENDRE À CRÉER L'ALLIANCE

Ne pas attendre la demande pour intervenir, changer ses représentations sur « l'alcoolique » afin de permettre l'émergence de la parole, accepter de voir dans le déni un signe positif. Tels sont les conseils que la psychologue clinicienne Micheline Claudon a formulés lors d'un temps d'échange et de formation organisé à la demande du groupe de travail interqualifiant et qui sont le fruit de sa longue expérience au sein du service de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Bichat. Tout en leur donnant des outils pour agir, la psychologue a appelé les travailleurs sociaux à ne pas perdre un temps précieux.

« L'addiction est une maladie de la relation qui se soigne par la relation. Et la relation, c'est le métier des travailleurs sociaux, aussi sont-ils, comme tous les intervenant.e.s de proximité, des interlocuteurs privilégiés en alcoologie », assure Micheline Claudon, psychologue clinicienne. Ayant établi un lien en amont avec les personnes, les travailleurs sociaux, qui connaissent les facteurs de vie favorisant les conduites addictives (séparation, deuil, accident, perte d'emploi, etc.), ont la possibilité d'évoquer très tôt la question des addictions et d'installer un suivi dans la durée.

En effet, « le soin addictologique, c'est avant tout le suivi car c'est ce qui va permettre d'accompagner l'usager à sa juste place », affirme-t-elle. Peu de personnes se tournent d'emblée vers un addictologue, d'autant que subsiste le fantasme que ce dernier exigera forcément un arrêt absolu, définitif et sans appel de la consommation. Les travailleurs sociaux sont donc appelés à « faire le travail », en s'appuyant sur la relation existante.

Malheureusement, « aujourd'hui, les patients arrivent trop tard », déplore la psychologue. En effet, comme il leur a été enseigné, les professionnel.le.s attendent une demande explicite de la part de l'usager, qu'il leur dise : « J'ai un problème avec l'alcool, j'aimerais bien qu'on en parle. Mais ça, ça n'arrivera jamais ! Il faut y renoncer », insiste Micheline Claudon.

Et si cette demande ne peut émerger, c'est parce que la honte ressentie est bien trop grande. Certains comportements sont néanmoins à repérer car ils manifestent une forme d'appel à

l'aide. Ainsi, par exemple, « quelqu'un qui vient vous tourner autour, une bière à la main, pour moi, il veut qu'on lui parle », analyse-t-elle.

Derrière cette demande, implicite, l'usager peut aussi venir tester « le dégoût qu'il suscite ou non avec son alcool qui pue », « s'il fait horreur au professionnel quand il vient lui parler », toutes choses qu'il ne pourra pas non plus formuler directement.

UNE IDENTIFICATION IMPOSSIBLE

Le déni est un mécanisme de défense protecteur. « Il faut se réjouir face à quelqu'un dans le déni, car cela signifie qu'il n'est pas entièrement contaminé par l'alcool. C'est sur cette partie saine que nous allons nous appuyer en réduction des risques [RdR] », explique Micheline Claudon. La personne ne se réduit pas en effet à n'être qu'un(e) alcoolique, c'est aussi un(e) ami(e), un père/une mère, un(e) professionnel(le), un(e) bénévole... C'est sur cette dimension qu'il va falloir faire alliance pour pouvoir échanger et travailler avec elle. Le déni, résume la psychologue, « c'est "je ne peux pas me reconnaître dans cette affreuse image que la société véhicule sur ce qu'est l'alcoolique" ».

“

Le déni est un mécanisme
de défense protecteur...

« je ne peux pas me reconnaître
dans cette affreuse image
que la société véhicule sur
ce qu'est l'alcoolique ».

”

Du côté des hommes, parmi les qualificatifs attribués, on entend : il est faible, sans limites, sale, malsain, dangereux, pas fiable, sans volonté, menteur, tricheur, manipulateur... ; pour les femmes, pire encore, à cela s'ajoute l'idée que, sans retenue, elles ne correspondent pas à l'image convenue de la féminité mais aussi qu'elles sont de mauvaises mères. Comment pourraient-elles dès lors formuler une demande de soins ? N'est jamais évoqué le fait que ce sont des personnes en souffrance. De telles représentations sont peu ou prou partagées par tous, y compris par les usagers eux-mêmes.

← TOUS LES REPÈRES

FAIRE LE MÉNAGE DANS SA TÊTE

En tant que professionnel, la première démarche pour pouvoir aborder le problème de l'alcool et intervenir en RdR est de comprendre que l'on est soi-même parasité par ces images négatives. Ces projections bloquent la parole des travailleurs sociaux qui se demandent de fait comment l'usager réagira s'ils le questionnent sur sa consommation.

« Pour être à l'aise avec le sujet, nous devons tous prendre le temps de faire le point et effectuer un nettoyage de ces représentations, souligne Micheline Claudon. Il faut démontrer aux usagers que nous n'avons pas, comme la majorité des gens, ces horreurs en tête car c'est ce qu'ils pensent ».

Dans ce cas alors peut-être que la personne qui a, par son déni, dit non aux insupportables représentations dira oui à l'accompagnement.

« On ne peut envisager un programme de RdR sans avoir visité ses représentations et, du coup, celles du collectif. Le problème, en réalité, ce sont les professionnel.le.s, pas les usagers », résume-t-elle. Des personnels peuvent cependant se montrer farouchement opposés à l'introduction d'alcool dans une structure et ainsi peu enclins à travailler sur leurs représentations. Pour la psychologue, ces réticences viennent en général du fait qu'ils sont concernés par le sujet : problème personnel ou dans l'entourage avec le produit.

« Dans chaque structure, des gens vont défendre la posture d'arrêt car ils ont souffert de la consommation d'alcool d'un proche et ils diront que la RdR ne marche pas. Il est important de chercher à emporter l'adhésion de toute l'équipe, cependant, on ne pourra pas avancer contre ces personnes, aussi faut-il les laisser s'exprimer et, au besoin, les autoriser à rester en retrait. On pourra leur dire : "Réfléchis, mais nous, on va vers ça et on ira en première ligne sur l'accompagnement des usagers." », conseille-t-elle.

Les intervenant.e.s doivent donc faire l'avance de la parole pour témoigner de leur non-jugement et « éviter à l'usager de devoir faire "l'aveu" de sa consommation », résume-t-elle, assurant que si les professionnel.le.s sont capables d'entamer le sujet avec naturel, de le banaliser, les usagers accepteront d'en parler⁽¹⁾.

DE LA BIENVEILLANCE, PAS DE DOGMATISME

Lorsque la parole semble possible, il convient au départ, plutôt que d'aborder la consommation sous l'angle de la quantité, de se concentrer sur ce qui pose problème à la personne et ce sur quoi elle souhaiterait une intervention. Il faut aussi lui expliciter le contenu de l'alliance thérapeutique, le « je suis avec toi, on va réfléchir ensemble », proposer des objectifs en termes de RdR et se positionner comme un interlocuteur privilégié : « Si tu veux qu'on en parle, je suis à ta disposition » car cela ne se règle pas en une fois.

De même, il faut sortir du dogmatisme. « Des usagers diront : "Super, je vais diminuer de deux verres, je le fais pour toi !" ou demanderont à l'occasion : "T'es contente que je fasse ça ?" », prévient Micheline Claudon. L'addiction étant une maladie qui se soigne par la relation, il faut savoir accepter cela, car c'est une étape. Il faut faire « une greffe de désir » explique-t-elle reprenant une expression de l'addictologue Éric Hispard, puis quand celle-ci a pris, se retirer.

Répondre à l'usager que non, il doit agir pour lui, c'est oublier qu'il est avant tout dépendant affectivement, du regard de l'autre. C'est parce que l'on croit en ses ressources, par ce regard bienveillant qu'on lui prête, qu'il va pouvoir avancer.

« C'est un ajustement compliqué, il faut être sûr de sa posture, mais, à un moment, si la personne en a besoin, il ne faut pas refermer la porte », estime la psychologue.

LA PERTE DE CONTRÔLE, UN CRITÈRE-CLÉ

← TOUS LES REPÈRES

La problématique de l'alcool peut être abordée par quatre biais différents : la maladie, le psychotrope, la sensibilité individuelle, les événements de vie. À chacun de voir ce avec quoi il est le plus à l'aise d'emblée. L'addiction est d'abord une maladie comportementale et il peut y avoir un trouble de l'usage sans complications physiques (atteintes au foie, au pancréas...) — le levier médical n'est d'ailleurs qu'un levier parmi d'autres.

Elle se caractérise par un dysfonctionnement du circuit de la récompense. Le cerveau est comme piraté et le besoin de boire, s'il s'agit d'alcool, prend alors de plus en plus de place. Il importe donc d'expliquer ce mécanisme à la personne pour lui faire comprendre que cela n'a rien à voir avec la volonté, que c'est plus fort qu'elle, et réduire ainsi le sentiment de culpabilité.

La maladie alcoolique se manifeste en fait par une perte de contrôle — c'est un critère central en addictologie parmi les 11 critères repérés (voir encadré page suivante).

Souvent, en effet, les gens disent : « *Moi, je m'arrête quand je veux* » et donc ne s'estiment pas alcooliques alors que, si pouvoir interrompre momentanément sa consommation peut montrer une absence de dépendance physique, cela n'exclut pas le trouble de l'usage de l'alcool. « *L'addiction, c'est un thermostat qui saute, c'est la perte de contrôle, et il va falloir vérifier jusqu'où va cette dernière* », explique Micheline Claudon. Pour ce faire, il convient d'étudier la situation au regard de l'ensemble des critères : voir avec l'utilisateur s'il a l'impression de consommer plus qu'il ne voudrait, s'il déplore des conséquences pénalisantes liées à cette perte de contrôle... Cette approche, novatrice, « peut permettre d'accompagner les gens avant qu'ils ne deviennent dépendants », insiste-t-elle.

UNE SOLUTION AVANT D'ÊTRE UN PROBLÈME

← TOUS LES REPÈRES

La deuxième porte, qui est essentielle, concerne la dimension « *psychotrope* », autrement dit il s'agit d'aborder la question sous l'angle des bénéfices apportés, du « *en quoi ça t'aide* », ce qui efface l'impression de jugement, de rejet.

Si quelqu'un consomme des produits, c'est pour se faire du bien, c'est d'abord une solution avant d'être un problème.

« *Nommer les effets recherchés : anxiolytiques, anesthésiants, désinhibiteurs... permet de créer l'alliance en montrant qu'on comprend que cela a vocation à servir à quelque chose et de travailler sur ces aspects : anxiété, difficulté à dormir, besoin d'oublier...* », constate Micheline Claudon. Quels que soient les dommages observés, il importe de rentrer par cette porte, de vanter les bienfaits du produit. « *L'alliance se crée toujours en allant du bon côté, mais il faut que tout le monde parle le même langage dans l'institution* », poursuit la psychologue. D'ailleurs, plus on évoque les bons effets, plus c'est l'utilisateur qui dit : « *Oui, mais quand même moi aujourd'hui, je suis malade, je m'engueule avec tout le monde, je vomis, je n'arrive pas à me présenter à un rendez-vous...* », constate-t-elle.

Une autre approche touche à l'inégalité devant l'alcool, ce qu'il convient d'expliquer pour renoncer à l'idée du « je bois comme tout le monde » car cela n'existe pas. Certains n'ont en effet aucune tolérance à l'alcool quand d'autres le « *tiennent bien* ». Il y a lieu donc de se recentrer sur la relation qu'entretient la personne avec l'alcool. Comment

cela se passait-il au début ? Y a-t-il eu un besoin peu à peu d'augmenter les doses pour avoir le même effet ? Etc.

CIBLER LA QUALITÉ DE VIE

Les usagers ont parfois besoin de justifier leurs consommations par un événement de vie tragique. Cependant, il ne faut pas trop se fier à ce qui est pointé car c'est souvent pour eux un moyen de sauver un peu d'amour propre, voire de trouver de la compassion.

Par exemple, une femme dira qu'elle boit car son mari est parti il y a trois ans ; dans son dossier cependant, on repèrera qu'elle a fait une cure il y a cinq ans. « *Mais attention, alerte Micheline Claudon, c'est l'aménagement que la personne réalise avec son histoire, on n'est pas dans une recherche d'aveux, il ne faut pas chercher à confronter les faits. Le pourquoi ne nous intéresse pas beaucoup au début ; l'important est de savoir si aujourd'hui la consommation entraîne une souffrance ou pas* ».

Il s'agit d'évaluer comment l'absorption d'alcool impacte la qualité de vie de la personne, de raisonner en termes de balance décisionnelle en estimant les pertes et les bénéfices. De toute façon, rappelle la psychologue, « on ne consomme pas à cause d'un événement de vie. C'est un faisceau de faits, il y a toujours une dimension bio-psycho-sociale ». La perte d'un emploi, par exemple, ne conduit pas forcément à se mettre à boire ou à boire plus ; on le fait si on a déjà eu l'expérience que cela soulage chez soi les tensions, que cela atténue la souffrance.

Les intervenant.e.s de première ligne doivent donc faire l'avance de la parole et de la confiance. « *Ils se doivent de répéter aux usagers que l'alcoolisme est une maladie et non une question de volonté — se dire malade est moins douloureux que de se penser vicieux —, mais aussi qu'il n'y a pas de fatalité, que cela peut se soigner, éventuellement en RdR* », insiste Micheline Claudon. Et signifier enfin que la relation de confiance perdure malgré les recon consommations en cas d'arrêt ou des objectifs pas atteints en RdR.

1) Pour mieux comprendre les addictions et la RdR, consulter le site du Village des addictions : www.addictaide.fr

ONZE CRITÈRES POUR CERNER L'ADDICTION

Dans le cadre du DSM 5, 11 critères ont été définis pour aborder les addictions quel que soit le produit en question.

Ils servent à évaluer si la personne a un trouble lié à l'usage d'une substance légère (existence de 2 à 3 critères), modéré (de 4 à 5) ou sévère (6 et plus). S'approprier cette grille permet de sortir des représentations.

« On entre dans quelque chose d'objectivable à nos yeux et qui donnera la mesure du type d'accompagnement à choisir », pointe Micheline Claudon.

Les critères :

- incapacité à remplir des obligations majeures
- situations dangereuses
- utilisation répétée malgré les problèmes sociaux
- perte de contrôle
- syndrome de sevrage (dépendance physique)
- tolérance (besoin d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets)
- désir persistant ou efforts infructueux pour réduire
- temps passé (à consommer, à y penser, à se remettre des effets)
- abandon des autres activités
- utilisation poursuivie malgré la présence manifeste de conséquences nocives
- craving ou désir puissant et compulsif de consommer

L'ADDICTION, UNE OBSESSION

À l'époque où il buvait, un patient, devenu depuis patient-expert⁽¹⁾, jetait son tire-bouchon tous les soirs, car il n'en pouvait plus de cette vie ; puis, tous les matins... il en rachetait un.

« L'addiction, c'est je veux mais je ne veux pas. C'est un essuie-glace. C'est, à un moment, "je n'en peux plus de consommer tel ou tel produit" et à celui d'après, "ça m'est insupportable de vivre sans" », décrypte Micheline Claudon.

En addictologie, l'ambivalence règne en permanence. Toute addiction occupe petit à petit l'intégralité de l'espace psychique : on ne pense plus qu'à ça.

« *Alors, observe la psychologue, à un moment, on n'en peut plus. Et on en a assez de ne jamais être satisfait de ce qui se passe* ».

Mais, malgré cela, l'envie de boire peut être irrépressible. Certains d'ailleurs en éprouvent un tel besoin qu'ils font le choix de rester dans la rue, de renoncer à la sécurité d'un centre d'hébergement, car ils savent qu'ils ne pourront se passer de consommer. « *L'addiction est une grande souffrance* », résume-t-elle.

1) L'équipe de l'hôpital Bichat a été la première à mettre en place des patients-experts en addictologie.

“
Les intervenant.e.s
de première ligne
doivent donc faire l'avance
de la parole et
de la confiance

”

INFOS

« Expertise de Youri Dordonnat
 Résident du centre d'hébergement de stabilisation Valgiros

■ Deux témoignages de personnes accueillies

DEPUIS QUE L'ALCOOL EST AUTORISÉ, JE BOIS LARGEMENT MOINS. JE SUIS CONTENT DE MOI.

Agé de 49 ans et très tôt devenu addict à l'alcool, Youri Dordonnat réside depuis 2014 au centre d'hébergement de stabilisation Valgiros, de l'association Aux captifs, la libération. Après avoir été confronté à l'interdit de l'alcool dans plusieurs structures, il a vécu le passage de la prohibition à l'autorisation de la consommation à Valgiros. Pour ce résident, il y a vraiment eu un avant et un après. Témoignage.

DIX ANS À LA RUE.

« J'ai commencé à boire au service militaire, j'avais 17 ans. J'étais en cuisine, on travaillait de 8 h à 20 h et, le soir, on sortait en ville boire un coup.

Au début, c'était convivial. Puis, j'ai travaillé dans le bar-tabac-pressé d'un copain dans un petit village. Je m'occupais du bar toute la journée et je n'arrêtais pas de picoler. Après, j'ai enchaîné différents boulots : poseur et menuisier aluminium sur des chantiers à Paris — je buvais de plus en plus et j'ai perdu mon emploi —, serveur-barman-limonadier dans un pub du Nord, vendeur en porte à porte au Mans, maçon dans le Midi... Puis, je suis revenu à Paris où j'ai commencé à être SDF. À la rue, je buvais du rosé en bouteille plastique, j'avais une tête, fallait voir ! Toute boursofflée..., on aurait dit un ballon de foot, en rose ! J'ai à nouveau bougé dans le Midi, à Marseille, à Avignon, où, toujours à la rue, des mecs m'ont tapé dessus...

De retour à Paris, j'ai fait une cure de trois mois au centre Gilbert Raby dans les Yvelines et, pendant ce temps, je n'ai rien bu. Même quand je sortais, j'achetais des jus de fruits. Après la cure, on m'a amené directement à Valgiros, où je dispose de ma propre chambre. J'y ai atterri le 10 juin 2014 après plus de dix années passées à la rue. L'alcool était alors interdit comme dans d'autres centres. »

BOIRE OU DORMIR À L'ABRI.

« À Marseille déjà, dans un centre d'hébergement d'urgence où j'avais été, l'alcool n'était pas autorisé. Rien qu'au portail, si on nous voyait un peu excité, alcoolisé, on ne nous faisait pas

rentrer. Si on était calme mais qu'on voyait à nos yeux qu'on avait bu, selon la personne qui ouvrait le portail, on pouvait rentrer ou non, ça dépendait.

À Avignon, la Ville avait réquisitionné un bâtiment, qui dépendait d'un hôpital psychiatrique, pour héberger la nuit les sans-abri. Après inscription, on venait nous chercher avec un fourgon et, à l'arrivée sur le lieu, on était fouillé. Ils déroulaient même nos sacs de couchage pour voir si on n'y avait pas caché une canette. S'ils en trouvaient, c'était l'exclusion d'office.

Le lendemain, on nous ramenait là où on nous avait pris. Avec un copain, on y est allé une fois, pas deux ! C'était la galère.

À Ermont-Eaubonne aussi, j'ai dormi dans une structure qui fonctionnait un peu comme un centre d'hébergement d'urgence mais on n'était qu'une dizaine. On arrivait le soir, on mangeait ensemble, on avait un matelas et on repartait le lendemain matin. On n'avait pas le droit de boire d'alcool ni la possibilité de sortir, la porte du jardin restant fermée. Il fallait tenir comme ça. »

LES EFFETS DE L'INTERDIT.

« À mon arrivée à Valgiros, ça a été catastrophique. Le jour même où le monsieur d'Hiver solidaire qui me suivait depuis longtemps m'a ramené ici, j'ai recommencé à boire. On a mangé au restaurant, où j'ai bu de l'eau, puis j'ai pris possession de ma chambre et ce monsieur était à peine parti que j'ai été acheter de l'alcool dans un magasin proche. Une dizaine de bières, ça me faisait la journée. Je rentrais des fois dans un état épouvantable. Parfois même, il fallait qu'on me ramène. Après, je m'en prenais à tout le monde. Je n'étais pas violent mais je pouvais être agressif verbalement, insulter tout le monde. Je ne me faisais pas des amis !

J'en ai eu des avertissements alors ! La plupart d'entre nous, on buvait en cachette, dans les chambres ou au parc à côté. Les gens rentraient complètement bourrés et ensuite cherchaient la bagarre dans les étages ou la cour. Quand je bêchais le jardin, je trouvais des canettes un peu partout. Il y avait un résident qui buvait très vite puis qui vomissait ; on le retrouvait par terre ou

il allait pisser sous le hall d'entrée et ça créait des problèmes. Tout ça, c'est quand l'alcool était interdit. J'ai eu des crises de manque aussi.

À certaines périodes, j'ai voulu arrêter de boire par moi-même. Le médecin m'avait dit de diminuer progressivement et de ne pas me sevrer d'un coup, mais, en bonne tête de mule, je n'ai pas écouté. Une fois, comme j'étais en pleine crise, un membre de l'équipe a envoyé quelqu'un m'acheter de la bière pour me calmer. »

LE DROIT DE BOIRE... UN SOULAGEMENT.

← TOUS LES REPÈRES

« Depuis que l'alcool est autorisé dans le centre, ça va beaucoup mieux. Il n'y a plus de bagarres, plus de violences physiques ou verbales. Et il y a moins de clans qu'avant, moins de rejet. Au début, il a fallu un peu recadrer ceux qui buvaient en cachette et qui, d'un coup, s'en sont donné à cœur joie ; après, ça s'est calmé.

Souvent, quand de nouveaux résident.e.s arrivent, ils ont le réflexe de planquer leurs bouteilles dans leur chambre et de se cacher pour picoler. Ils veulent se faire une réputation de non-consommateurs mais ils finissent par se faire repérer et par boire à table. Il y a beaucoup moins de tensions aujourd'hui et, pour moi, c'est bien plus relaxe. Au début, c'était une expérimentation mais on voit maintenant que ça fonctionne impeccablement. Quand il y a des séjours, d'ailleurs, il est même rappelé par écrit de ne pas oublier nos cigarettes et nos bières.

Depuis l'autorisation, je bois largement moins. Je suis content de moi. Et ça fait du bien au portefeuille ! J'ai pu me payer un lecteur de DVD, du matériel de pêche de haute précision. Mon allocation adulte handicapé ne part plus que dans l'alcool. Aujourd'hui, ma dizaine de bières me fait trois ou quatre jours. Et, quand je vois quelqu'un ivre, ça m'agace. Quand on a changé de miroir, on se dit : « C'est pas possible, j'étais comme ça avant ? »

PLUS DE BIENVEILLANCE.

« Atteint d'une cirrhose, je suis aujourd'hui soigné pour un cancer du foie, que l'on m'a annoncé très brutalement à l'hôpital. J'ai été accompagné par Valgiros pour mes problèmes d'alcool et, à une période, j'allais au centre médico-psychologique, puis ça s'est arrêté. J'ai aussi fait une cure à l'hôpital Fernand-Widal, qui a duré trois mois, et après, on m'a donné un rendez-vous à Cap 14 [1].

J'y suis allé trois ou quatre fois, puis j'ai abdicqué. Ici, on ne me pousse pas spécialement à arrêter, ça ne servirait à rien de toute façon. Beaucoup de personnes me demandent, en

revanche, si j'ai essayé de diminuer. Je leur réponds que je suis content car je n'ai bu que deux ou trois bières et non plus dix. Des fois même, je n'en bois aucune de la journée.

La chimio, ça assomme aussi. D'autres résident.e.s, qui ne boivent pas, viennent me voir quand ils me savent très fatigué après mes séances pour savoir si j'ai besoin de quelque chose. Ils ne disent rien par rapport à l'alcool, il n'y a pas de reproche ni de regard désagréable.

Autoriser l'alcool sur le centre a augmenté la tolérance entre tous. Quand on fait des repas en commun, par exemple, ça se passe très bien. Certains consomment même un peu de vin ou de la bière juste pour nous accompagner, on rigole, c'est très convivial. On ne les incite pas à boire évidemment, et nous, on n'est pas bourrés. Il y a du respect.

Supprimer l'interdit a aussi permis de mettre moins sous tension ceux qui ne boivent pas. »

1) Cap 14 est un Csap (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa).

“

Depuis que l'alcool est autorisé dans le centre, ça va beaucoup mieux. Il n'y a plus de bagarres, plus de violences physiques ou verbales.

Et il y a moins de clans qu'avant, moins de rejet.

”

INFOS

- Expertise de Jean-Michel Fettig
- Résident en Centre d'Hébergement d'Urgence
- Fréquente l'Espace Marcel Olivier- ACLL

PLUS LA PERSONNE SERA DANS L'INTERDIT, PLUS ELLE SE REPLIERA SUR ELLE-MEME

Après quatre années passées à la rue, Jean-Michel Fettig a intégré en 2018 un centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation à Paris, qui comprend 209 places et où l'alcool est interdit. Aujourd'hui, à 53 ans, il a stabilisé sa consommation et fréquente l'Espace Marcel Olivier⁽¹⁾, où il apprécie de pouvoir parler d'alcool sans se sentir jugé. Si, selon lui, l'interdit de consommer peut parfois se révéler protecteur, il est aussi une atteinte à la liberté de chacun et le reflet d'un manque de compréhension. Témoignage.

L'ALCOOL, LA RUE, LA CHUTE.

« Ma dégringolade a débuté à la suite du décès de ma mère. J'ai alors vraiment plongé dans l'alcool. Avant, il m'arrivait de prendre une cuite de temps en temps, mais pas tous les jours. Je vivais chez elle car elle était malade ; cela me permettait aussi d'être hébergé. Je n'ai pas pu conserver ce logement car le loyer était trop élevé pour mon RSA. En 2014, j'ai été expulsé. Je suis venu à Paris et la galère de la rue a commencé. Je buvais alors beaucoup d'alcools forts. Je ne pouvais plus m'en passer.

À la rue, c'est nécessaire pour tenir, et surtout pour dormir. On ne peut jamais faire de vraie nuit, on dort deux heures au mieux. J'ai quand même réussi à un moment à arrêter l'alcool. Une personne avait été retrouvée la gueule dans le caniveau, ça m'avait marqué, je ne voulais pas finir comme ça. J'ai stoppé d'un coup, j'aurais pu y passer. J'ai eu des crises de manque mais il fallait que je me prouve que j'étais capable de m'arrêter. Le problème, c'est de garder la volonté sur la durée. C'est très dur de s'en sortir.

À l'anniversaire d'un ami, j'ai bu une bière et c'est reparti ! Aujourd'hui, je ne bois plus comme un trou. Il m'arrive de consommer 2 ou 3 bières par jour, parfois 6 quand vraiment ça ne va pas, mais j'essaie d'étaler cela. C'est juste pour me sentir bien, pas pour être complètement ivre. »

L'ALCOOL INTERDIT MAIS TOLÉRÉ.

« En 2017, j'ai dit Aux Captifs, la libération que je ne voulais plus passer d'autre hiver dehors. Après un séjour qu'ils avaient organisé à Houlgate et où on avait le droit de consommer de l'alcool mais avec modération — ça m'a bien aidé d'ailleurs car j'ai pu voir que je pouvais boire sans abuser —, j'ai appris que, via le SIAO et Hiver solidaire, j'aurais un abri une semaine plus tard. Quand on m'a annoncé ça, j'ai sauté de joie ! J'ai donc passé l'hiver dans une structure où on était accueilli de 19 h à 8 h. L'alcool y était interdit mais si on avait bu, il n'y avait pas de remarques. J'essayais quand même de ne pas trop picoler la journée pour éviter les conflits. Puis, on m'a trouvé une place au centre d'hébergement, que j'ai intégré à la Saint-Valentin 2018.

“
Tant que ça reste discret, les professionnel.le.s ne disent rien, l'alcool est mal vu mais toléré : ils savent bien qu'ils ne pourront pas empêcher quelqu'un de boire.
”

Dans ce centre, on peut rentrer bourré mais on n'a pas le droit de ramener de l'alcool. Certains le font quand même, ils planquent leurs bouteilles. Les agents d'accueil ne sont pas des gendarmes ! Tout le monde ferme un peu les yeux en fait, mais il ne faut pas se faire prendre avec une canette à la main. Si c'est le cas, on a un avertissement et, si ça se reproduit, la sanction peut être une exclusion temporaire. Certains ont eu cette punition et ont été exclus 3 ou 4 jours. Tant que ça reste discret, les professionnel.le.s ne disent rien, l'alcool est mal vu mais toléré : ils savent bien qu'ils ne pourront pas empêcher quelqu'un de boire. D'ailleurs, plus c'est interdit, plus on a envie de le faire. Moi, j'ai déjà ramené des canettes de bière dans ma chambre que j'ai jetées le lendemain discrètement. Mon colocataire s'en fiche totalement. Il est musulman et ne boit pas ; il est très tolérant et, de mon côté, je veille à rester modéré. Je n'ai, je n'ai jamais vu d'ailleurs de résident.e.s reprocher à quelqu'un d'avoir bu. Il n'y a pas de bagarres non plus. Parfois, il y a des violences verbales, ça va rarement au-delà. Mais il n'y a pas que l'alcool qui rentre... »

UN BESOIN DE COMPRÉHENSION DE PART ET D'AUTRE.

← TOUS LES REPÈRES

« Interdire l'alcool, ce n'est pas forcément un mal. C'est dur, mais bon... Ça peut permettre des fois de réduire sa consommation. Et puis, l'alcool, ça peut être dangereux : quelqu'un peut fumer dans sa chambre, s'endormir sous l'effet de la boisson et provoquer un incendie. En même temps, il faut laisser de la liberté à la personne accueillie, elle a quand même sa vie privée ! Les professionnel.le.s doivent aussi comprendre qu'on a eu une vie difficile et que l'alcool était la seule chose à laquelle on pouvait se raccrocher.

De mon côté, j'ai vécu dans un bidonville quand j'étais gamin, j'ai eu un accident du travail qui a failli me laisser en chaise roulante alors que je ne buvais pas à l'époque, il y a eu le décès de ma mère, la rue... Et puis, plus la personne sera dans l'interdit, plus elle se repliera sur elle-même ; après, c'est beaucoup plus dur de rattraper les choses. Je le sais d'expérience.

Autoriser l'alcool dans les centres peut être une bonne idée mais à condition que ceux qui boivent comprennent que ce n'est pas un lieu de pochtronnage, qu'ils ne sont pas tout seuls dans les lieux. Il faudrait que les professionnel.le.s modèrent ceux qui abusent, les maintiennent dans un état où ils ne ressentent pas de manque mais que ça n'aille pas au-delà.

Pour oublier l'alcool, il faut aussi développer les occupations, faciliter les échanges. Dans les centres d'hébergement, souvent, les gens s'ennuient. »

POUVOIR PARLER, ENFIN.

« Depuis près de deux ans, je viens régulièrement à l'Espace Marcel Olivier, l'EMO. Avant, j'avais du mal à parler de ma consommation. C'était : "Je bois, et alors ? Cela ne regarde que moi, c'est ma santé, pas la leur !".

Un matin, à l'EMO, c'est sorti tout seul. Il y a eu un déclic et ça m'a fait me sentir bien. L'EMO m'a aidé à m'en sortir. J'ai eu la sensation de ne pas être jugé. Dans la rue, je sentais le regard des gens qui jugent avant d'essayer de comprendre pourquoi on boit, de chercher à nous connaître. L'EMO m'a permis d'évoquer mon problème et on ne m'a pas regardé de travers ni empêché de boire. On m'a dit en gros : "Tu peux ramener ta canette mais ne sois pas totalement bourré". Il m'est quand même arrivé une fois d'y venir la gueule complètement en biais. Le regard sur l'alcool est très dur dans notre société et ça peut être très douloureux. »

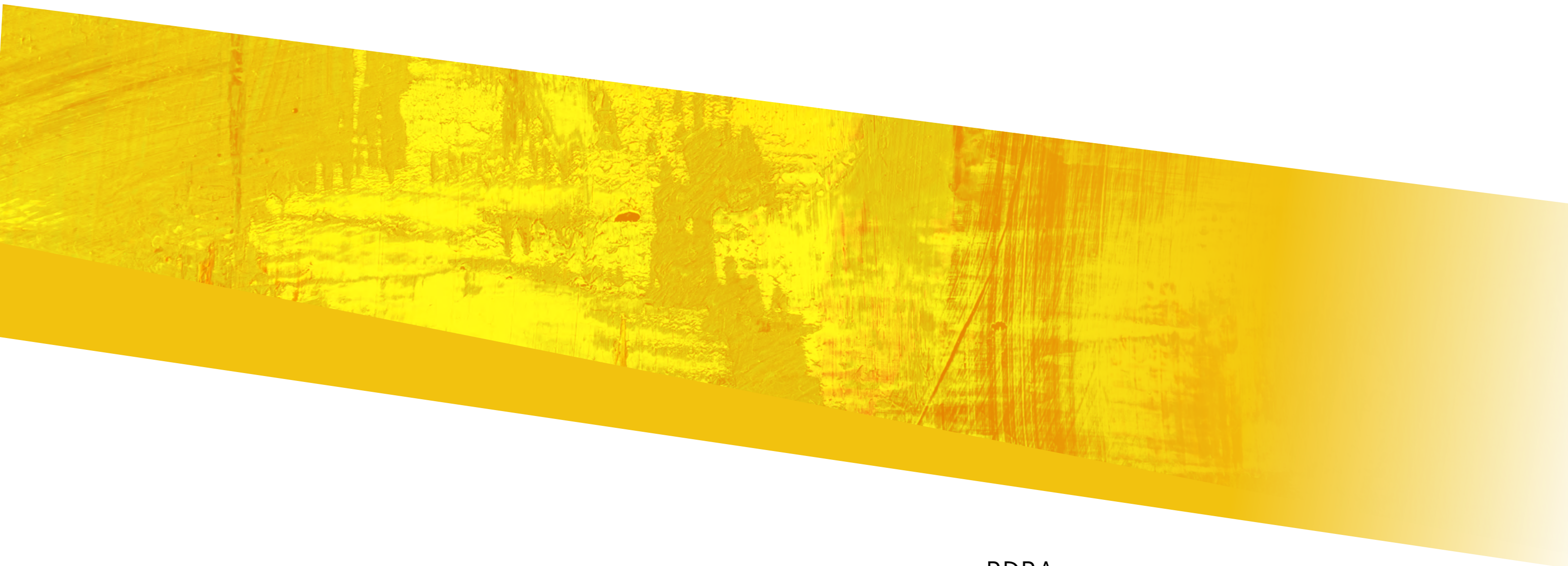
PROJETS D'AVENIR.

« Dans le centre d'hébergement, j'ai l'impression d'être en prison, disons plutôt en semi-liberté, à cause du règlement. J'ai une nouvelle référente sociale et je vais essayer de faire accélérer les choses pour me sortir de là, accéder à un vrai logement, où je pourrai sortir et rentrer quand je veux. La nuit, ils ferment le centre et, entre 1 h et 6 h du matin, plus personne ne répond. On peut sortir mais pas revenir. Du coup, certains s'alcoolisent beaucoup avant de retourner au centre pour ne pas devoir ressortir et passer la nuit dehors.

J'aimerais aussi avoir un logement à moi pour recevoir, dans de bonnes conditions, ma fille que je n'ai pas vue depuis 13 ans. Elle en a 15 aujourd'hui. Elle a été placée mais comme je n'avais pas pu la reconnaître, elle ne porte pas mon nom, et mes recherches ont échoué. Je vais essayer d'entamer de nouvelles démarches avec l'assistante sociale.

Enfin, je veux continuer à raconter mon histoire pour faire comprendre à certaines structures qu'il ne faut pas qu'elles baissent les bras, qu'elles doivent soutenir les personnes qui boivent, ne pas les empêcher de boire mais essayer de les aider à moins consommer. Je veux aussi dire qu'il faut tendre la main aux personnes à la rue, ne pas avoir peur de les accoster. Et même s'il ne s'agit que d'adresser un sourire, on l'apprécie car c'est un échange, on est vu alors comme un être humain, plus comme une grosse merde. »

1) L'Espace Marcel Olivier est un lieu d'accueil, d'entraide et d'accompagnement « des personnes en grande précarité dans leur consommation d'alcool », dépendant de l'association Aux Captifs, la libération.



RDRA RETOURS D'EXPÉRIENCES

1. CH Valgiros.....	p.28
2. CH Georges Dunand.....	p.32
3. CH Jacques Salvator	p.36
4. SIAO 93	p.40
5. CHRS Poterne des Peupliers	p.43
6. CH Mouzaïa	p.48
7. CH Popincourt	p.52
8. Espace Charenton	p.56

- Hébergement de 21 hommes et femmes isolé.e.s en situation de grande exclusion

- 11 bénévoles en colocation.

- Le bâtiment de 4 niveaux dispose de 3 appartements partagés et de 3 studios (couples).

- L'équipe est composée de 3 professionnel.le.s

LA RDRA, UN OUTIL AU SERVICE DU VIVRE ENSEMBLE

Peut-on interdire à quelqu'un de boire ? Comment réagir aux crises de manque d'un résident ? Comment travailler l'abus d'alcool et ses impacts si le sujet est tabou ?...

Taradée par ces questions et dans un souci de bienveillance, l'équipe du centre d'hébergement de stabilisation Valgiros, de l'association « Aux Captifs, la libération », a révisé ses pratiques pour enclencher une démarche de réduction des risques et développer en son sein un véritable accueil avec alcool.

Un pari réussi, avec à la clé un climat plus apaisé bénéfique à tous, un mieux-être des résident.e.s consommateurs d'alcool, un meilleur confort de travail pour les équipes.

« Conformément à la loi, la consommation d'alcool est autorisée dans le CHS : dans les espaces communs et dans les chambres. La consommation dans les espaces communs se fait prioritairement dans une intention de convivialité. »

Tel est ce que stipule, depuis mai 2017, le règlement intérieur du centre d'hébergement de stabilisation Valgiros, de l'association « Aux Captifs, la libération », qui héberge 21 hommes et femmes isolés ou en couple. Avant cette date, celui-ci interdisait strictement la détention d'alcool ainsi que sa consommation en son sein mais aussi... « dans un périmètre d'un kilomètre en dehors du CHS ». Autrement dit, c'est un véritable virage à 180 degrés qu'a pris cette structure parisienne, désormais inscrite dans une démarche de réduction des risques alcool (RdRA), laquelle découle d'une réflexion mûrie.

Au départ, il y eut un constat : empêchées de consommer dans le CHS, des personnes s'alcoolisaient massivement dans la rue, ce qui les mettait en danger, compliquait les relations avec les riverains et pouvait entraîner des tensions, voire des violences, dans le centre ; en outre, l'interdit verrouillait la parole. « La leur, comme la nôtre, pointe Hélène Lamarque, assistante sociale. Il était difficile de proposer un accompa-

gnement adapté, un parcours de soins, puisque l'on ne pouvait pas parler avec les mots justes. Nous étions toujours dans une position de surveillance et eux, du mauvais objet. »

Pour pouvoir mener un travail sur la santé, sur l'estime de soi, il importait donc pour l'équipe d'accepter d'interroger ses pratiques et de les bousculer. « La première démarche pour conduire une RdRA est un changement des représentations », confirme François Brégou, directeur opérationnel en charge du pôle Précarité et exclusion.

Maintes questions pratiques, mais aussi éthiques, se posaient également : peut-on fournir un toit à une personne mais la renvoyer à la rue pour boire alors qu'aucune loi n'interdit de consommer de l'alcool à son domicile ? Pourquoi l'obliger à se cacher alors que, dans les rues, bars et supermarchés regorgent de tentations et que trinquier est aussi une pratique culturelle ? Comment réagir aux crises de manque des personnes dépendantes ? gérer des débordements liés à une suralcoolisation sans avoir à expulser des personnes hyper précaires mais tout en sauvegardant le vivre ensemble ?

LEVER LES FREINS PETIT À PETIT

C'est tout à fait progressivement que l'alcool a été introduit à Valgiros. « On a commencé par les situations les plus urgentes, les personnes consommant massivement, et il nous est arrivé d'acheter de l'alcool pour certaines en prédelirium tremens, afin de calmer les douleurs du manque », témoigne Hélène Lamarque.

Fournir de l'alcool pour un mieux-être mais aussi pour pouvoir en parler a peu à peu amené l'équipe à réfléchir aux modes de consommation et ainsi parfois à proposer à un résident d'aller avec elle boire un verre, hors du cadre habituel : dans un bar ou un restaurant, dans une forme de convivialité.

De même, à l'été 2016, un séjour extérieur a été organisé durant lequel boire était autorisé, et les retours furent positifs. « Certaines personnes ne voulaient pas participer à

des séjours pour ne pas avoir à se cacher. Or, il s'agit d'un outil important car il s'y passe plein de choses. Il fallait pouvoir les faire venir sans qu'elles se sentent jugées mais aussi en faisant en sorte qu'elles fournissent l'effort d'être elles-mêmes au milieu du groupe sans être complètement alcoolisées », souligne l'assistante sociale.

Fin 2016-début 2017, le CHS a commencé à proposer de l'alcool, aux côtés de boissons non alcoolisées, lors de différents événements festifs encadrés par l'équipe sociale : Noël, pot de départ, tables ouvertes (un temps hebdomadaire où une vingtaine de personnes du centre et de l'extérieur déjeunent ensemble). Une soirée avec alcool a ensuite été autorisée sans la présence de l'équipe sociale, cela dans un cadre bien défini. Aucun débordement n'a été à déplorer.

EN QUÊTE DE QUALITÉ

Pour étayer sa démarche et déployer de nouvelles pratiques, l'équipe de Valgiros a rencontré un spécialiste de la RdRA, Matthieu Fieulaine, anthropologue se définissant comme « picologue ». Après un temps de réflexion au sein des Captifs, la libération pour débattre des enjeux de cette approche, une formation a été mise en place à l'hiver 2017, impliquant les travailleurs sociaux mais aussi la dizaine de bénévoles qui vivent au quotidien avec les résident.e.s et facilitent leur resocialisation. À Valgiros, en effet, « le fonctionnement repose sur un principe de colocation solidaire », explique François Brégou. Les résident.e.s eux-mêmes ont été sensibilisés à la démarche et l'ont dans l'ensemble accueillie favorablement. Dans ce cadre, l'équipe a acquis une méthodologie pour savoir parler d'alcool, mener des entretiens adaptés, recourir à certaines grilles d'évaluation, repérer les besoins des personnes...

« La RdRA n'est pas une question de quantité mais de qualité. De qualité de vie. Il y a donc un basculement à faire, qui met du temps », observe Hélène Lamarque. Il s'agit de partir du principe que la personne est experte de sa consommation. « On n'est pas là pour dire ce qui est bien ou mal pour elle en termes de quantité de boisson. Chacun est singulier dans son rapport à l'alcool et le seul capable de repérer sa zone de confort en fonction de sa particularité et du moment de sa vie », estime François Brégou. La RdRA, qui vise le bien-être de la personne, est au service de l'insertion comme de la santé, et, insiste-t-il, « ne tourne pas le dos au monde médical ». L'approche va en fait bien au-delà de la problématique de la boisson. « Elle aborde l'individu dans sa globalité. L'alcool est une des composantes de la vie de la personne, il faut en tenir compte pour avancer avec elle », poursuit-il. Il s'agit donc de partir de sa demande et de cheminer à son rythme.

← TOUS LES REPÈRES

POUR ET AVEC LES RÉSIDENT.E.S

Au printemps 2017, soucieux d'approfondir sa démarche de RdRA, le centre Valgiros a décidé de lever l'interdiction de détenir et de consommer de l'alcool dans l'ensemble de l'établissement. « Lors d'un conseil de la vie sociale [CVS], nous avons présenté l'accueil avec alcool à tous les résident.e.s. La mise à jour du règlement intérieur a été réalisée en coconstruction avec eux », précise Hélène Lamarque. Effectuer ce travail en commun a permis de s'accorder sur un cadre précis, sécurisant les équipes et les résident.e.s, dans l'optique de favoriser le vivre ensemble dans le respect des uns des autres. Il a ainsi, par exemple, été établi que les personnes buvant ne devaient pas faire l'objet de réactions discriminatoires mais aussi qu'elles mêmes devaient respecter leurs colocataires et veiller à être en capacité de participer activement aux réunions d'étage ou aux CVS.

Ces évolutions ont permis de renforcer les actions de RdRA déjà mises en place et de creuser davantage la question de l'alcool dans les entretiens : pour comprendre sa fonction, les raisons qui poussent le résident à boire, les représentations en jeu, les effets recherchés, pour interroger les modes de consommation, la place que ce produit occupe dans la vie de la personne, dans ses journées, pour évoquer les risques et dommages qui peuvent en découler mais aussi les bénéfices qui en sont tirés, ou encore pour explorer les émotions ressenties (honte, culpabilité...).

« Aux Captifs, on essaie vraiment d'interroger ce qu'est la personne. Ce n'est pas juste : "Je vais t'insérer et te soigner", c'est également : "Je vais te montrer la beauté de ton être". Lors de certains entretiens, des résident.e.s se sont rendu compte que leur alcoolisation touchait profondément à quelque chose d'eux-mêmes, ont mesuré combien cela pouvait être un esclavage. On ne peut se limiter à des faits, des consommations, il y a pour moi derrière une dimension existentielle », insiste l'assistante sociale.

“
La RdRA n'est pas une question de quantité mais de qualité. De qualité de vie. Il y a donc un basculement à faire, qui met du temps

”

UN APAISEMENT GLOBAL

← TOUS LES REPÈRES

Un premier bilan de l'accueil avec alcool a été dressé lors de l'été 2018 avec les bénévoles et les résident.e.s au moyen d'un questionnaire et d'un groupe de parole. Expression plus libre, moindre infantilisation, diminution du stress, amélioration de la qualité de vie (démarches facilitées, réduction des souffrances liées au manque...), baisse des consommations autour du CHS, des violences physiques et des réclamations des voisins sont parmi les avancées repérées. « Les bénévoles qui, eux, sont présents presque 24 heures sur 24, ont noté un apaisement très clair au sein du collectif, au niveau de la vie dans les étages », confirme Véronique Lévêque, directrice de Valgiros. Certains résident.e.s jusque-là rétifs à évoquer leurs consommations se sont ouverts et le repérage de certains comportements a été facilité, permettant un premier pas vers l'échange. L'image des travailleurs sociaux a aussi un peu été démystifiée. « On a partagé des moments de convivialité autour d'un verre. Outre montrer que l'on peut boire pour le plaisir sans être dans l'ultradépendance, cela a permis de casser un peu la relation inégalitaire existant entre travailleur social et usager. Certains ont même parfois voulu nous payer des pots ce que nous avons accepté. Expérimenter cela apporte un plus à la relation d'aide », estime Hélène Lamarque.

La RdRA se décline désormais au sens large : conseiller, en cas d'alcoolisation, de penser à s'hydrater, de ne pas se déplacer seul s'il y a un risque de chute, savoir qui prévenir le week-end en cas de manque... « Tout cela crée du lien social, de l'attention, de la confiance », explique-t-elle, soulignant qu'il devient aussi de ce fait bien plus aisé de reprendre avec les résident.e.s un éventuel épisode d'alcoolisation ou de violence.

« Se sentant dans un lieu sécurisant et bienveillant, les personnes régulent aussi plus facilement leurs consommations. Elles disent en effet que, lorsqu'elles boivent dans la rue, elles s'alcoolisent beaucoup plus que dans un endroit tranquille où elles peuvent prendre leur temps et où elles ne se sentent pas jugées », complète François Brégou.

Pour l'équipe, le fait d'être une petite structure contribue également à faciliter la confiance nécessaire entre les résident.e.s et leurs interlocuteurs sociaux. « Cela permet de travailler à partir de petites choses très concrètes du quotidien ce qui serait sans doute difficile dans un centre de 400 personnes où les interactions sont plus réduites », observe Hélène Lamarque.

N'OUBLIER PERSONNE

À Valgiros où chaque personne dispose d'une chambre individuelle — tous les autres espaces sont collectifs : sanitaires, cuisine... —, environ un tiers des résident.e.s entretiennent avec l'alcool un lien à interroger. Cela pose la question de la cohabitation avec ceux qui ne boivent pas, ou plus, ou qui cherchent à réduire leurs consommations.

« Certains boivent beaucoup et on reste, malgré tout, assez impuissants face à cela. Je me demande parfois si l'on porte une attention suffisante aux gens ne buvant pas ou tentant d'être abstinent. Cela me semble un peu la limite de l'accueil proposé aujourd'hui », analyse Véronique Lévêque, qui ne voudrait pas que la RdRA perturbe ceux dans une démarche d'arrêt.

Mélanger ces deux publics ne coule pas toujours de source et un équilibre est à trouver. « Il y a en effet une réflexion-régulation à mener pour accorder la même attention et la même sécurité aux uns et aux autres », reconnaît Hélène Lamarque. L'équipe observe cependant que d'anciens buveurs disent apprécier de pouvoir partager leur expérience ; et que, « si la parole circule bien, le groupe se révèle un très bon outil pour le vivre ensemble.

Souvent, quand j'ai expliqué en réunion d'étage que quelqu'un était en difficulté, cela a suscité de la bienveillance de la part des autres, soucieux de prendre soin du plus fragile à un moment donné », témoigne l'assistante sociale.

LA RDRA, L'AFFAIRE DE TOUS

← TOUS LES REPÈRES

La petite équipe de Valgiros, qui compte, outre la directrice, deux travailleurs sociaux aimerait aujourd'hui pouvoir bénéficier d'un temps de psychologue addictologue. « Il s'agirait pour ce professionnel d'effectuer les premiers entretiens, de faciliter la prise de conscience des personnes et la verbalisation de leur consommation et de leur ouvrir les portes du droit commun », précise François Brégou, pour qui la RdRA ne doit pas être que l'affaire d'un psychologue ou d'un référent.

« C'est une tâche qui revient à toute l'équipe, chacun dans son rôle bien sûr, sinon on se retrouve dans des contradictions permanentes », prévient-il.

Autre enjeu important : renforcer les liens avec des professionnel.le.s et des structures de santé, somatiques ou psychiques, mais aussi de l'addictologie, les sensibiliser à la démarche de RdRA déployée, à l'importance de faire évoluer ses représentations, aux difficultés spécifiques des publics reçus.

« Par exemple, des personnes sont tellement alcoolisées que les produits anesthésiants ne font plus effet. Il faut trouver un dentiste acceptant de faire une prise en charge particulière et sachant établir la bonne prescription », illustre Hélène Lamarque.

De vraies approches partenariales donnant-donnant doivent aussi être développées. « Si on n'embarque pas avec nous les secteurs de la santé et du médico-social dans cette démarche de RdRA, encore balbutiante, si on ne forme pas les futurs travailleurs sociaux, j'ai peur que tout cela ne soit qu'un coup d'épée dans l'eau », redoute François Brégou.

D'autres acteurs de proximité et institutions : police, mairie, comités de quartier... doivent aussi être sensibilisés. « Il y a une dimension de plaidoyer à faire dans la RdRA, qui est essentielle, estime-t-il. Nous devons nous en faire les porte-parole car nous avons une certaine légitimité pour cela. »

Contact : CHS Valgiros - 01 53 58 58 92

ENTRE DEUX CULTURES

L'intégration dans une structure proposant un accueil avec alcool n'est pas sans décontenancer parfois les résident.e.s eux-mêmes. En effet, les nouveaux venus qui n'ont pas participé à la mise en place de la démarche de RdRA à Valgiros ont des fois du mal à y croire. « Partout où ils sont allés, ils ont été confrontés à l'interdiction de la consommation. Ici, ils sont étonnés d'avoir les mêmes droits que tout le monde », pointe Geoffroy Pellerin, éducateur spécialisé en poste au CHS depuis fin 2018.

« Lorsqu'on leur dit que, nous, nous ne jugeons pas leurs consommations, ils n'arrivent pas à en être vraiment sûrs et restent un peu dans l'expectative », confirme Hélène Lamarque. Certains des plus anciens ont, quant à eux, encore le réflexe de sortir du CHS lorsqu'ils souhaitent s'alcooliser. Mais d'autres peuvent aussi préférer ne pas boire dans le centre et s'accorder des sorties où ils abuseront un peu de l'alcool comme beaucoup de gens.

« En fait, ici, chacun trouve sa place par rapport à ses modes de consommation et l'alcool ne me semble pas un problème dans le collectif », se réjouit le jeune éducateur, qui a de suite apprécié la démarche, après une expérience en accueil de jour où les usagers n'avaient pas le droit de boire, ce qui se révélait difficile à gérer.

« Cela change notre positionnement en tant que professionnel.le.s. Je suis de plus en plus attentif au comportement des personnes : pourquoi une telle ne va pas boire avec les autres, pourquoi telle autre continue à se cacher... c'est très intéressant », poursuit-il.

“

Se sentant dans un lieu sécurisant et bienveillant, les personnes régulent aussi plus facilement leurs consommations. Elles disent en effet que, lorsqu'elles boivent dans la rue, elles s'alcoolisent beaucoup plus que dans un endroit tranquille où elles peuvent prendre leur temps et où elles ne se sentent pas jugées

”

← TOUS LES REPÈRES

RDRA ET SOIN, UNE TENSION PRÉJUDICIALE

La spécificité de l'accueil avec alcool développé à Valgiros peut également parfois perturber certains résident.e.s qui, à l'extérieur, se retrouvent confrontés à un autre discours.

« Cela peut se révéler vraiment problématique. Nous devons en tenir compte dans notre manière de déployer la RdRA », affirme François Brégou.

Ainsi, un résident qui devenait très agressif vis-à-vis de ses colocataires du fait de consommations sur le mode du binge drinking a-t-il voulu entamer un sevrage que l'équipe a accompagné mais qu'il n'a pas réussi à mener à bien. Comme il mettait trop en danger le collectif, son hébergement a dû prendre fin. Il était en fait tiraillé entre deux approches.

« Son médecin, qui ne voyait que le côté très néfaste de l'alcool et pour qui hors du soin, point de salut, le poussait à faire une cure et, ici, il entendait des propos moins dans le jugement sur la question de l'alcool. Il était écartelé entre les deux. Il faut laisser du temps à la personne pour qu'elle puisse vraiment se déterminer sur ses choix », analyse François Brégou, pour qui les professionnel.le.s de santé en général « ont beaucoup de mal à appréhender la réalité des personnes qui vivent ou ont vécu à la rue, en particulier leur relation au temps et à l'espace ».

- L'établissement héberge 44 hommes et 10 femmes isolé.e.s en hébergement collectif.
- L'établissement comprend 35 chambres dont 15 individuelles
- Le centre accueille des personnes en situation d'exclusion et présentant des problèmes de santé divers.
- L'équipe est composée de 11 professionnel.le.s.

MOINS D'INTERDIT, MOINS DE SOUFFRANCE POUR TOUS

Depuis 2018, les résident.e.s du centre d'hébergement et de réinsertion sociale Georges Dunand de l'association Emmaüs Solidarité peuvent consommer de l'alcool dans leur chambre. La levée de l'interdit, qui a suscité au départ de fortes réticences dans l'équipe comme chez les hébergés, a été accompagnée très en amont par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

Aujourd'hui, les tensions au sein du centre liées aux excès d'alcool ont disparu. Une réflexion est désormais lancée pour améliorer l'accompagnement des personnes addictives dans une logique de réduction des risques.

« À Emmaüs, je n'aurais jamais pu imaginer qu'un jour, on puisse dire que l'alcool était autorisé ! Tous les règlements de fonctionnement interdisaient clairement l'introduction et la consommation de ce produit dans les locaux. On ne parlait d'ailleurs même pas d'alcool, c'était un sujet tabou », s'étonne encore Souleymane Ba, chef de service au centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Georges Dunand, qui accueille 54 hommes et femmes isolés.

C'est dans le cadre d'une expérimentation menée grâce au partenariat noué entre l'association Emmaüs Solidarité et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) que les résident.e.s ont obtenu le droit de boire dans leur chambre, ce qui a amélioré l'ambiance au sein du centre, le quotidien des professionnel.le.s ainsi que la santé des personnes addictives.

Mais le basculement ne s'est pas fait en un jour : plus de deux années ont été nécessaires à la mise en place de ce projet.

C'est en effet en septembre 2015 que la réflexion a débuté au sein de ce CHRS qui a pour spécificité de recevoir en priorité des personnes déjà inscrites dans une démarche de soins du fait d'une pathologie chronique. « La Mission santé d'Emmaüs nous a contactés, avec d'autres centres, pour nous expliquer que l'Anpaa voulait savoir si nous estimions l'interdit efficace

ou pas et si nous serions prêts à réfléchir à un projet visant à accompagner les personnes à mieux gérer leurs consommations », se souvient le chef de service.

UNE SITUATION TENDUE

À l'époque, l'interdit de l'alcool engendrait une série de difficultés. Empêcher les personnes de boire dans le centre avait d'abord pour conséquence de les exposer à une surconsommation car, ne pouvant introduire leurs bouteilles ou leurs canettes dans le CHRS, elles les finissaient rapidement avant d'entrer ou s'alcoolisaient massivement dans les bars alentour. « Nous ne contrôlions pas leurs sacs mais, à l'occasion de rondes le soir, lorsque nous constatons que certains consommaient dans leur chambre, nous confisquons les bouteilles et ne les rendons que le lendemain », précise Souleymane Ba.

En particulier, quatre personnes s'alcoolisaient massivement et posaient problème. Elles revenaient le soir complètement éméchées et perturbaient l'équipe.

« C'était un vrai cauchemar. Il y avait des violences, des bagarres, des cris, on s'en prenait plein la tête toute la nuit et on n'avait aucune solution. C'était invivable, j'en ai vraiment souffert », témoigne David Du Bois, auxiliaire socio-éducatif (ASE) qui travaillait alors de nuit.

Ensuite, dans la crainte d'être pris en faute, les hébergés qui avaient réussi à cacher leurs canettes buvaient rapidement puis les jetaient dans les toilettes ou les douches. La femme de ménage se plaignait de devoir les ramasser et descendre sans arrêt des sacs qui en étaient remplis. De même, bouteilles et canettes étaient abandonnées à proximité du centre, créant des problèmes de voisinage.

Enfin, la nuit, l'interdit obligeait certains à quitter la structure, fermée de 1 h à 5 h, pour aller boire à l'extérieur ; ou d'autres à se réveiller très tôt dans le même but, car ils étaient en manque.

LEVÉE DE BOUCLIER

← TOUS LES REPÈRES

Estimant intéressant de creuser l'idée d'aménager l'interdit, le responsable du CHRS a décidé de sonder son équipe, puis les résident.e.s eux-mêmes. Des résistances se sont de suite manifestées. « Lorsque j'ai commencé à dire en réunion d'équipe qu'en lien avec l'Anpaa, nous nous questionnions sur une possible levée de l'interdit, des collègues ont cru à une boutade ! En fait, je m'y suis très mal pris, je n'ai pas perçu toutes les implications que cela pouvait avoir. J'ai évoqué le principe d'accorder la liberté de boire ici, voire de dédier un local à cet effet, mais sans parler d'aider les personnes à mieux consommer. Cela a créé une onde de choc », reconnaît Souleymane Ba.

Certains ont réagi en disant que le CHRS allait se transformer en bar, d'autres que cela entraînerait sa fermeture... Même David Du Bois, qui a ensuite porté le projet, était des plus réticents. « Pour moi, que ce soit dans le milieu des SDF ou en dehors, l'alcool génère des violences. J'imaginai que cela allait augmenter les conflits, le nombre de personnes à gérer », justifie-t-il.

Concernant l'avis des hébergés, c'est dans le cadre d'un conseil de vie sociale (CVS) réservé à cette question que le sujet a été évoqué. « J'ai expliqué les constats dressés, les pistes envisageables... et demandé ce qu'ils en pensaient. On m'a rétorqué : « Vous allez inciter les gens à boire. », « Au lieu de leur dire de se soigner, vous les confortez dans leur addiction. », « Vous les encouragez à ne pas s'en sortir... »

J'ai eu beau dire qu'il s'agissait au contraire de les aider à mieux consommer, à ne pas le faire en cachette..., c'était très mal perçu », se rappelle Souleymane Ba.

Des personnes sont même venues le voir ensuite dans son bureau pour l'informer que si l'interdit était levé, quelle que soit la formule, ils quitteraient le centre. Des hébergés, en particulier de confession musulmane pour qui l'alcool est un interdit religieux, se sont même « montrés froissés », témoigne-t-il. « Comme tout cela manquait de précision, je comprends ces réactions. J'ai calmé les esprits, expliqué que rien n'était décidé, que la direction n'avait rien validé, et qu'il s'agissait de réfléchir à comment concilier consommation d'alcool et hébergement. À cela, on m'a répondu de continuer à sanctionner les gens buvant et perturbant le centre, et à les éloigner si nécessaire... », poursuit-il.

L'ANPAA À LA RESCOURSE

← TOUS LES REPÈRES

Devant la méfiance exprimée et soucieux de ne rien imposer, le chef de service a exposé ses doutes à l'Anpaa. « Les résistances qui se sont fait jour ne les ont pas étonnés, l'idée étant en soi novatrice, et ils ont accepté de venir expliquer la démarche. L'Anpaa a rappelé que rien n'était figé, que peut-être même ce projet n'aurait pas lieu.

“

Estimant intéressant de creuser l'idée d'aménager l'interdit, le responsable du CHRS a décidé de sonder son équipe, puis les résident.e.s eux-mêmes

”

Repartant des constats, elle a insisté sur le fait qu'il s'agissait de coconstruire une réponse ensemble, ce qui a beaucoup rassuré », remarque Souleymane Ba.

À partir de novembre 2015, un diagnostic partagé a été réalisé (voir encadré p.xx). Des entretiens individuels menés par un binôme de l'Anpaa ont eu lieu avec tous les salariés, permettant à chacun de s'exprimer librement et de formuler ce qu'ils n'auraient pas osé dire autrement, de poser les questions qui pouvaient les tarauder.

De même, l'Anpaa a rencontré les hébergés lors d'un CVS, au cours duquel elle a rappelé la volonté d'aider les personnes addictives, de réduire les risques pour tout le monde en limitant les débordements grâce à un cadre bien défini, et les a encouragés à participer à la construction du projet. Des entretiens individuels ont également été organisés avec les résident.e.s qui le souhaitaient. « L'Anpaa a d'ailleurs à cette occasion constaté qu'au delà des six personnes très bruyantes repérées, bien d'autres buvaient dans leur coin sans que quiconque le sache », relate Souleymane Ba.

Pour accompagner les professionnel.le.s dans leur réflexion et les familiariser avec la problématique de l'alcool, l'Anpaa a organisé quatre journées de formation en 2016. « On a parlé des addictions en général, des publics, des produits, des mécanismes à l'œuvre, de l'absence de traitements en matière d'alcool... On a aussi pu évoquer notre façon de voir, nos ressentis personnels... », commente David Du Bois, qui insiste sur le fait que la vie privée, les propres vécus d'un professionnel avec l'alcool, ont nécessairement des répercussions sur le terrain.

À cela se sont ajoutés plusieurs ateliers mis en place par l'Anpaa, par exemple sur l'alcool et le goût, qui réunissant des salariés et des hébergés, ont servi d'amorce à maintes discussions. L'ensemble de la démarche a permis de faire évoluer les représentations et de lever maints obstacles au bon déroulement du projet.

UNE EFFICACITÉ TESTÉE

← TOUS LES REPÈRES

La levée de l'interdit dans les espaces privés s'est effectuée dans un cadre précis visant à en évaluer le bien-fondé.

Durant tout le mois de novembre 2017, les hébergés ont ainsi été autorisés à boire dans leurs chambres. L'Anpaa a confectionné des grilles d'observation qu'elle a distribuées à tous les salariés : travailleurs sociaux, ASE, femme de ménage... pour qu'ils effectuent leur propre constat. « Dès qu'ils relevaient un acte en lien avec la consommation d'alcool, ils devaient le marquer », détaille Souleymane Ba.

L'interdit a ensuite été remis pendant tout le mois de décembre avec la même obligation pour les professionnel.le.s. La comparaison entre les grilles des deux périodes a pointé que les incidents étaient plus rares lorsque l'interdit était levé.

Pour poursuivre l'expérimentation, ce dernier a alors été supprimé durant trois mois, de janvier à fin mars 2018.

« Pas un seul incident n'a été signalé sur le cahier de liaison et, lors de la réunion que nous avons organisée, tout le monde a été unanime à reconnaître la viabilité du projet », affirme le chef de service.

Un avenant au règlement de fonctionnement du centre a alors été rédigé de façon à autoriser la consommation d'alcool de façon encadrée à partir du 1^{er} janvier 2018.

Depuis, les hébergés peuvent introduire de l'alcool dans le CHRS et le consommer dans leur chambre. Aucune boisson n'est cependant admise, même à l'occasion d'événements festifs, dans les parties communes, réfectoire ou autre, « afin de ne pas risquer que des abus nuisent au projet, certaines réticences demeurant toujours chez quelques membres de l'équipe », précise-t-il.

RETOUR AU CALME

Autoriser les personnes à boire dans leur chambre leur a permis de ne plus s'alcooliser massivement avant de rentrer dans la structure, et donc de pouvoir boire sans précipitation, sans pression, et de les responsabiliser.

« On leur a dit qu'il était devenu inutile de se cacher et donc de jeter les canettes n'importe où. Tous ont accepté de jouer le jeu et les progrès ont été notables. Désormais, ils les glissent dans un sac et les descendent dans le local à poubelles, au grand soulagement de la femme de ménage », précise Souleymane Ba.

De jour comme de nuit, les tensions ont largement diminué. « Si tout n'est pas toujours sous contrôle, il n'y a plus cette

guerre permanente entre salarié et personne alcoolique. On a réussi à maîtriser l'agressivité existante due à l'alcool, c'est pour moi l'essentiel. Quant aux préjugés, ils se sont atténués », se réjouit David Du Bois.

Les petits conflits qui persistent entre hébergés sont désormais rarement liés à l'alcool mais découlent de la vie en collectif, cela même dans les 19 chambres doubles — les 16 autres sont individuelles. « Les retours que j'ai, ce n'est plus : "Il me fait ch...", mais : "Attention, David, untel ne sort jamais de sa chambre..." ». Aujourd'hui, au contraire, les hébergés sont plus bienveillants envers les autres », observe l'auxiliaire socio-éducatif.

UN PREMIER PAS VERS LE SOIN

L'alcool devenant moins tabou et la personne alcoolisée étant moins stigmatisée, la communication est aussi beaucoup plus fluide, la parole plus libre.

« Avant, le SDF qui entrait dans la structure était déjà dans une tension puisqu'il savait qu'il devait passer l'interdit, qu'il serait jugé », analyse l'ASE. Ce dernier constate d'ailleurs qu'un des résident.e.s, très addict à l'alcool, et « qui veut s'en sortir » n'hésite pas à dire quand il se sent « cassé et qu'il a besoin de dormir ».

« Il ne peut pas arrêter d'un coup ; là, il sait qu'il peut prendre son temps. J'ai déjà vu des changements chez lui : il boit moins, il a rajeuni. L'absence de jugement ôte beaucoup de culpabilité, de honte aussi, et la personne ne se sent pas condamnée parce qu'elle a replongé », poursuit-il.

Autre avancée majeure liée à une meilleure tolérance : trois personnes ont fait part aux travailleurs sociaux de leur envie d'être accompagnées vers le soin.

« Cela a été pour nous une victoire extraordinaire car elles étaient dans le déni total de leur problème d'alcool », s'enflamme Souleymane Ba.

Toutes trois ont effectué une cure. Si elles ont ensuite reconsumé de l'alcool, cela pointe une limite du projet mais n'entache pas sa réussite.

En effet, souligne-t-il, « les médecins nous ont rassurés en nous expliquant que la rechute fait partie des soins. Les personnes nous ont confié qu'après avoir résisté, elles étaient en fait retombées dans les mêmes travers car, après leur cure, elles s'étaient retrouvées dans le même contexte qu'avant. Nous réfléchissons donc maintenant avec l'Anpaa et Emmaüs à la manière d'envisager un retour ailleurs. »

DÉVELOPPER L'ÉCOUTE

Aujourd'hui, si une partie de l'équipe semble se satisfaire du projet tel qu'il est, une autre émet l'envie de lui donner une suite en lien avec l'Anpaa, via éventuellement des ateliers, de groupes de parole autour de la question de l'alcool, des addictions... La forme n'a pas encore été précisément établie.

« Il faudrait pouvoir aller plus loin dans l'accompagnement. Qu'il y ait moins de conflits, que les gens soient plus calmes, ne suffit pas, il faudrait réussir à creuser un peu plus, à davantage travailler la question avec les personnes, engager la conversation avec elles sur cette problématique au-delà de la question des tensions », estime Souleymane Ba.

De son côté, David Du Bois se dit « ravi » que le projet puisse se poursuivre. « Il nous permet d'évoluer tant au niveau professionnel que personnel et humain. En tant que travailleur social, on ne peut qu'adhérer à ce projet pour amortir la souffrance des gens, comme la nôtre. La seule arme dont on dispose face à l'alcool, c'est l'écoute », pointe-t-il.

L'ASE souhaiterait d'ailleurs que l'équipe dispose de nouveaux outils et, en particulier, de la présence d'un psychologue au sein de la structure. « Beaucoup de gens sont suivis par des psys à l'extérieur et ratent leurs rendez-vous car ils ont bu la veille ou arrivent saouls et ne peuvent alors être reçus. S'il y avait eu un peu plus d'écoute avant, elles n'auraient peut-être pas autant bu. On ne sait pas, il faudrait tester », suggère-t-il.

L'expérience mise en place étant en tout cas reconnue, le centre commence à faire des émules au sein d'Emmaüs. Ainsi, deux CHRS parisiens de l'association : Goncourt (ex-CHRS Louvel-Tessier) et Lancry, s'intéressent au projet et réfléchissent à une éventuelle transférabilité en leur sein.

UNE ANGOISSE PARTAGÉE

Les représentations qu'ont les individus sur l'alcool et sur les personnes en difficulté avec ce produit se révèlent influencer les pratiques à l'œuvre. Le rapport de l'Anpaa pointe ainsi que celles des professionnel.le.s sont globalement très négatives. Si les résident.e.s estiment que la première raison qui incite à boire est l'ennui ; pour les personnels du CHRS s'y ajoutent aussi l'isolement et la dévalorisation.

De l'avis des hébergés comme des professionnel.le.s, les personnes posant problème au quotidien au collectif sont avant tout celles en difficulté avec l'alcool. Il leur est reproché de créer diverses nuisances : bruit, dégâts matériels..., d'adopter des comportements agressifs ou violents et de générer un mauvais climat au sein du centre. Si les situations très problématiques se révèlent plutôt rares, elles ternissent néanmoins l'ambiance voire, selon certains personnels, sont susceptibles de conduire à l'explosion.

C'est surtout la nuit que la situation est tendue et, en particulier, lors du retour des hébergés dans le centre. Un stress éprouvé de part et d'autre. En effet, résume le rapport de l'Anpaa, « l'angoisse ressentie par les résident.e.s rencontrés au moment de l'entrée dans la structure le soir ou la nuit est partagée par les professionnel.le.s ».

Contacts :
missionsante@emmaus.asso.fr
01 77 37 63 18

← TOUS LES REPÈRES

UNE RÉFLEXION CROISÉE RÉSIDENT.E.S-PROFESSIONNEL.LE.S

Dans le cadre du diagnostic partagé, 18 résident.e.s et 9 professionnel.le.s se sont entretenus individuellement avec l'Anpaa entre novembre 2015 et février 2016. Selon son rapport, deux modes de consommation d'alcool ont été repérés : à l'extérieur avant de rentrer dans le centre, mais loin des regards, ou en cachette dans les chambres.

La plupart des résident.e.s interrogé.e.s, qui ont fait part d'un sentiment de bien-être dans la structure, ont estimé que l'interdiction de consommer dans le CHRS était une bonne chose. Le règlement semblait jouer un rôle sécurisant tant pour les personnes sans difficulté avec l'alcool que pour les autres.

Lorsque de l'alcool était retrouvé dans les chambres, les pratiques des professionnel.le.s différaient cependant, allant de la confiscation au laisser-faire. Dans le premier cas, les modalités de restitution n'étaient pas clairement établies.

En matière de sanction, le flou régnait également.

En particulier, si le règlement intérieur prévoyait que la fin du séjour pouvait être notamment justifiée par une consommation d'alcool ou un état d'ivresse dans le centre, son application restait aléatoire. Les modalités d'accompagnement vers le soin sont apparues en outre peu travaillées.

Des professionnel.le.s ont enfin souligné leur difficulté à aider les personnes concernées à sortir du déni, celle à adopter une stratégie commune à l'équipe ou encore à créer du lien avec le soin.

- L'établissement comprend 76 places en semi-collectif composé de 32 studettes réparties sur deux bâtiments.

- Accueil de tout type de public : des personnes isolées, des couples sans enfants, des couples avec enfants, des familles monoparentales.

- Les personnes isolées cohabitent à deux par studette.

- L'équipe est composée de 9 professionnel.le.s

TOLERER L'ALCOOL POUR MIEUX ACCOMPAGNER

Depuis cinq ans, le centre de stabilisation Jacques Salvator à Aubervilliers participe à une expérimentation initiée par le SIAO 93 et des Csapa de la Seine-Saint-Denis. Celle-ci vise à procurer un hébergement à des personnes à la rue suivies en Csapa pour une addiction à l'alcool, afin qu'elles mènent à bien leur démarche de soins, mais aussi à aider l'équipe à s'inscrire dans une logique de réduction des risques avec ses publics en difficulté avec ce produit.

L'initiative a conduit à lever l'interdit de la consommation d'alcool dans les studettes des résident.e.s et, libérant la parole sur ce sujet, permet de leur offrir un accompagnement adapté.

« L'alcool, dans notre établissement, c'était tabou, on n'en parlait pas avec les résident.e.s. On faisait la chasse à la bouteille, mais on restait dans le non-dit ! », se souvient Florence Giancattarina, ex-directrice du centre de stabilisation Jacques Salvator sis à Aubervilliers, une structure de France Horizon dont elle est désormais directrice régionale adjointe. La consommation d'alcool était ainsi strictement interdite et les bouteilles étaient parfois confisquées.

Fin 2014, alors que le centre était délocalisé pour travaux à Saint-Denis dans des bâtiments à forte dimension collective, le SIAO 93 lui a proposé de participer à une expérimentation impliquant des Csapa (centres de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie) du département. L'offre fut accueillie avec enthousiasme par la direction et certains professionnel.le.s, ravis de cette possibilité de collaboration innovante entre secteurs de l'insertion et de l'addiction.

« Les Csapa avaient besoin de lieux d'hébergement capables d'accueillir certains de leurs usagers sans domicile et en difficulté avec l'alcool afin de donner toutes ses chances de réussite à leur démarche de soins ; et nous, du soutien de professionnel.le.s du corps médical pour travailler sur la problématique de la consommation avec certains résident.e.s alors que nous étions dans la sanction-répression », explique Florence Giancattarina.

Ce rapprochement, poursuit-elle, a « engendré un questionnement sur notre positionnement, en particulier dans la perspective du retour à Aubervilliers qui allait se faire dans du semi-collectif ». Décision a ainsi été prise de ne plus sanc-

tionner la consommation dans les chambres — des studettes à Aubervilliers —, mais de maintenir toutefois l'interdit dans les autres espaces collectifs (café social, cour, salle des visites...) y compris lors d'événements festifs.

« Au fil des situations, on s'était rendu compte que notre règlement intérieur n'avait plus de sens. Comment aborder cette problématique si l'interdit empêche d'en parler ? comment appréhender la personne dans sa globalité si on nie son alcoolisme ? », interroge Hafsia Khalbous, cheffe de service.

FAIRE TAIRE LES PEURS

← TOUS LES REPÈRES

Près de trois mois de réunions hebdomadaires ont été nécessaires pour formuler ce nouveau principe dans le règlement intérieur. À l'annonce de la levée de l'interdit, beaucoup de craintes se sont en effet exprimées : « Ils vont massivement s'alcooliser », « il va y avoir des violences », « ça va être ingérable »...

L'entrée dans l'expérimentation avait déjà en soi soulevé quelques inquiétudes, l'équipe redoutant qu'on lui « envoie des alcooliques », bien qu'elle en accueillait déjà parmi ses résident.e.s.

« Il a fallu réussir à dépasser ces peurs et préjugés. Dans la formation des travailleurs sociaux, la question de l'alcoolisme, de la réduction des risques, n'est pas abordée, aussi les professionnel.le.s arrivent avec les stéréotypes classiques sur "l'alcoolique" », confie Hafsia Khalbous.

Désormais, en matière d'alcool, seul un comportement inadapté ayant un impact sur l'établissement est sanctionné. Concrètement, une personne rentrant en état d'ébriété à 2 heures du matin, qui peine à monter les escaliers mais va se coucher tranquillement, ou buvant à l'excès dans sa studette, n'aura droit à aucune remontrance ; ce n'est que si elle se met à hurler, à insulter tout le monde, à vouloir se battre... qu'elle sera sanctionnée.

La levée de l'interdit a d'ailleurs permis de supprimer certains comportements inadaptés qui avaient lieu auparavant : notamment, des résident.e.s s'alcoolisaient massivement devant le centre avant d'y rentrer, par

« précaution », sachant qu'ensuite ils ne pourraient plus boire ni garder leur bouteille.

À LA RECHERCHE DE CONSENSUS

Aujourd'hui, si la parole s'est libérée et que la rencontre avec des équipes d'addictologie a permis de faire évoluer les représentations sur le phénomène addictif, des résistances persistent cependant parfois chez certains professionnel.le.s.

Tous, en effet, ne se sentent pas encore assez armés pour travailler la question de l'alcool. « Pour l'être, il faut s'informer, accepter de bousculer ses pratiques », analyse Hafsia Khalbous, qui s'acharne à lever les freins.

En outre, l'alcoolisme peut renvoyer un professionnel à son propre vécu.

La quête de consensus suppose de s'accorder sur jusqu'où il est possible d'aller : dans l'accompagnement, dans la sanction, dans la restitution des événements à la personne quand celle-ci semble avoir oublié ses éventuels comportements extrêmes sous l'emprise de l'alcool, sachant que le déni se révèle un réflexe de protection.

En l'absence de cadre clair, certaines situations ont ainsi pu donner lieu à des réponses inadaptées engendrant des réactions plus ou moins virulentes. Ce fut notamment le cas avec une résidente qui, lorsqu'elle consommait, se mettait en danger : elle disait avoir subi par le passé des agressions pouvant aller jusqu'au viol. Elle avait donc demandé qu'on l'empêche de sortir quand son état était ainsi altéré.

Résultat : son référent et un résident allaient la récupérer à l'extérieur pour répondre à sa demande d'aide et réduire les risques. « On a apporté là une réponse immédiate sans réflexion suffisante, de peur qu'il lui arrive quelque chose et de s'en sentir responsable. Après coup, on a réanalysé la situation. On ne peut pas interdire à quelqu'un de sortir. Et il a fallu évacuer ce sentiment de culpabilité », pointe la directrice régionale adjointe.

La prise en charge de cette personne a d'ailleurs dû être arrêtée par la suite car son comportement global mettait le collectif en danger : l'équipe éducative comme les résident.e.s. « On doit toujours chercher un équilibre. Quelque 10 % des personnes accueillies — on est monté jusqu'à 20 % — sont dans des consommations l'alcool, de shit, voire des deux, et cela se cumule parfois à des problématiques psychiatriques. Il peut suffire d'une seule personne pour faire exploser le collectif. Il faut être très vigilant et montrer aux autres résident.e.s qu'on les protège aussi », assure-t-elle.

UNE PROMISCUITÉ RISQUÉE

← TOUS LES REPÈRES

La levée de l'interdit dans les chambres pose la question de la cohabitation en leur sein, même si une grande tolérance, pour ne pas dire un soutien, entre résident.e.s, semble de

mise. Les studettes sont en effet prévues pour accueillir une famille, avec ou sans enfants, ou deux hommes ou femmes isolés. Si ce partage ne va déjà pas de soi, il peut poser un vrai problème lorsqu'il s'agit de faire vivre ensemble un résident consommant de l'alcool de façon problématique avec un autre ne buvant pas.

« On fait porter à quelqu'un qui a déjà ses propres difficultés quelque chose de très lourd », souligne Hafsia Khalbous. Certains refusent d'ailleurs ce mélange.

La cohabitation entre deux personnes buvant peut ne pas se révéler plus simple. « On se dit que le jour où l'une commence à réduire les risques, cela va être compliqué », remarque Florence Giancattarina.

Autre cas de figure interrogeant l'équipe : le partage d'une chambre entre une personne buvant et une devenue abstinente. Actuellement, une studette est habitée, à leur demande, par un consommateur très actif et un ancien consommateur. L'expérience se révèle plutôt bénéfique, au moins pour ce dernier de par l'effet-miroir.

« Il nous dit que, témoin du comportement de son compagnon de chambre, il voit à quel point il ne veut plus redevenir comme ça. C'était quand même une sacrée prise de risque ! », reconnaît-elle.

Dans l'ensemble, rares semblent les violences au sein du centre et le fait que la structure ne compte que 76 places et fonctionne en semi-collectif y est pour beaucoup. Autre effet temporisateur : la présence d'enfants.

« Cela limite largement les comportements à risques car leur présence crée du lien, réduit l'isolement, l'ennui », observe Hafsia Khalbous, qui pointe également le bon ratio de professionnel.le.s, au nombre de huit.

SUSCITER L'ENVIE

Baliser une admission avec un Csapa s'est révélé très vite un apport considérable.

« Lorsque la personne est dans une réelle démarche de soins, cela change tout », assure Hafsia Khalbous. Elle sait alors qu'elle a un problème avec l'alcool et qu'elle est hébergée justement pour le mettre au travail.

La prise en charge devient de ce fait bien plus simple. Mais l'équipe se retrouve aussi confrontée à des résident.e.s qui n'ont pas pris conscience de leur problème, alors qu'elle constate son fort impact sur leur santé, leur vie affective, familiale, professionnelle. Cela exige souvent du temps pour le leur faire comprendre. « On ne veut rien brusquer et on part toujours de la demande de la personne », explique la cheffe de service.

Il s'agit de chercher à susciter chez elle l'envie de se préoccuper de sa santé via divers échanges, des prétextes, par exemple en évoquant l'argent dépensé.

« On souhaite aujourd'hui donner une place à l'alcool comme on le fait pour d'autres sujets et on sait maintenant poser la question aux nouveaux arrivants (vous consommez ? comment ?, etc.), les faire parler de leur rapport à ce produit, sans gêne. On aborde cela systématiquement car on peut proposer une rencontre avec un médecin d'un Csapa, les orienter s'ils le souhaitent vers un bilan de santé, vers le centre médico-social, où le médecin généraliste est de plus addictologue », résume-t-elle, pointant combien les résident.e.s sont éloignés des soins. La personne s'en saisit ou non à ce moment là mais elle sait qu'elle est dans un endroit où elle peut en parler.

« Les résident.e.s nous disent d'ailleurs qu'ici, ils ont enfin pu être eux-mêmes, qu'ils se sentent acceptés dans toute leur dimension, n'ont plus besoin de se cacher et que l'alcool n'est plus un marqueur », poursuit-elle.

← TOUS LES REPÈRES

NE PAS CHERCHER « LA GUÉRISON »

La notion même de réduction des risques (RdR) est travaillée et l'équipe commence à mieux comprendre que certains devront peut-être vivre avec leur pathologie.

« Il pouvait parfois y avoir une forme de déception d'avoir soutenu des gens puis de les revoir consommer, comme si on avait fait ça pour rien », relate Hafsia Khalbous.

Aujourd'hui, la responsable essaie de transmettre l'idée que l'arrêt peut ne pas être l'objectif et que ce dernier peut être « juste » de diminuer la place de l'alcool dans la vie de la personne, ses impacts négatifs. De l'avis des résident.e.s, l'ennui se révèle un gros facteur de « rechute », l'équipe a donc là un rôle à jouer.

« Dans l'insertion, on peut être utile en permettant à la personne de trouver une occupation, un travail, une activité bénévole, un accueil de jour... et de ne pas se résumer à être un malade alcoolique », estime-t-elle.

Il s'agit d'ouvrir des perspectives, d'être plus en soutien à certaines périodes telles les fêtes de fin d'année où le sentiment d'isolement est démultiplié. Il s'agit aussi pour l'équipe de comprendre combien ces gens ont pu être abimés du fait de leur vécu et d'accepter l'idée qu'elle intervient sur une trajectoire de vie, que la personne pour suivre son cheminement ailleurs et que chaque amélioration, si minime paraît-elle, est importante.

Pour autoriser une meilleure perception de la notion de RdR, une journée de formation a été organisée en 2018 avec deux professionnel.le.s de Caarud (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues).

« Il nous ont présenté les produits, leurs effets, les types de consommation, la démarche elle-même et comment créer du lien avec un public n'arrivant pas à engager quelque chose. Cela nous a ouvert à une nouvelle culture », se réjouit Hafsia Khalbous.

Aujourd'hui, garder les papiers ou le portable d'une personne qui a peur de les perdre quand elle consomme, la laisser boire dans un espace protégé plutôt que dehors où elle risque de se bagarrer, de se blesser... sont considérés comme de la RdR par l'équipe. « Nous devons encore avancer, mais il faut du temps pour bien assimiler cette démarche, se l'approprier, être dans le non-jugement et transformer sa pratique », insiste-t-elle.

« Nous voulons vraiment convaincre que l'arrêt de l'alcool n'est pas la condition sine qua non à la poursuite d'un projet car certains travailleurs sociaux restent persuadés que tant que la personne n'aura pas réglé ça, ils ne pourront pas travailler le reste. Il faut cesser de penser que ce n'est pas possible ! Sur la question du logement, par exemple, en quoi le fait de consommer serait-il un frein ? », interroge Florence Giancatarina.

UNE CULTURE DE L'OBSERVATION

Lors des réunions de synthèse, la situation des personnes est évoquée sans se polariser sur ce qui ne va pas, de manière à pointer ce qui avance et à s'appuyer sur leurs forces.

La RdR se décline au cas par cas, éventuellement en lien avec un Csapa. Cela peut se manifester en prenant des nouvelles d'un résident pendant sa cure, voire en l'y accompagnant pour faire baisser les appréhensions, en lui garantissant sa place à sa sortie en accord avec le SIAO, en le valorisant à son retour. Cela suppose aussi « un travail clinique car il faut observer, recueillir des informations auprès du veilleur de nuit, s'intéresser à des détails car un événement même minime peut avoir un impact sur la santé », affirme Hafsia Khalbous.

En particulier, avec les quelques jeunes dans des parcours de rue et d'alcool accueillis, une observation poussée est nécessaire. « C'est très compliqué avec eux de repérer les problématiques, car ils sont souvent passés par l'aide sociale à l'enfance, aussi ils ont l'habitude des travailleurs sociaux et savent adopter un discours de façade », assure-t-elle.

La présence à temps plein d'une psychologue au sein de l'équipe (voir encadré) facilite aussi grandement le travail.

« C'est une vraie chance mais ce n'est pas un luxe ! Grâce à son expertise, elle peut parler au corps médical et soutenir les travailleurs sociaux, leur expliquer la conduite à tenir face à certaines situations », explique la cheffe de service. Les professionnel.le.s bénéficient aussi de groupes d'analyse des pratiques une fois par mois pour se pencher sur leurs ressentis, leurs positionnements et leurs réactions.

UN BESOIN DE PARTAGE ET D'ENGAGEMENT

Cinq ans d'expérimentation ont démontré que les publics en difficulté avec l'alcool n'étaient pas plus difficiles à accompagner que ceux ayant d'autres problématiques.

« Il suffit d'avoir travaillé cette question, qui est taboue dans notre société même si l'alcool est présent partout, et acquis une méthodologie, d'être ouvert à ça, d'avoir un collectif qui le permet, des moyens suffisants et une bonne cohésion d'équipe », résume Hafsia Khalbous.

Une belle qualité de partenariat est également essentielle. « On a vu parfois, par exemple, que l'alcool masquait une pathologie psychique ou psychiatrique qui n'avait pas été diagnostiquée... On a besoin d'être à plusieurs, de dévoiler nos actions, de partager nos perceptions, d'être à

« Cette démarche nous coupe de l'isolement et se révèle très facilitatrice »

Entretien avec Cindy Hamon, psychologue à temps plein au centre de stabilisation Jacques Salvator

De quelle manière intervenez-vous dans le centre concernant la problématique de l'alcool ?

Mon travail comporte deux axes : l'un auprès des résident.e.s, l'autre auprès des équipes. N'étant pas une spécialiste de la question de l'alcool, je cherche à diriger les personnes vers des spécialistes, en particulier du Csapa d'Aubervilliers tout proche ; si un usager rencontre des difficultés à consulter un intervenant extérieur, je l'accompagne au mieux. Parfois aussi, ces personnes sont suivies par le médecin addictologue d'un Csapa mais préfèrent, puisqu'une relation thérapeutique s'est déjà nouée, me consulter plutôt que le psychologue du Csapa. Nous travaillons alors en lien étroit. Les personnes qui boivent souffrent souvent de troubles psychiques ou psychiatriques et ce double suivi est important. Au-delà des patients, mon rôle est d'apporter un regard clinique et un éclairage en matière de réduction des risques alcool à l'équipe. Étant présente au quotidien, je connais bien les situations des résident.e.s. Aussi, si les éducateurs ne sont pas à l'aise pour aborder certains sujets tels la maladie ou l'alcool, nous effectuons ensemble les entretiens. Ils peuvent aussi m'appeler pour les aider à gérer une situation de crise.

Comment fonctionne le partenariat avec les Csapa ?

Tous les deux mois, nous nous rencontrons pour faire le point sur les situations des personnes hébergées et évoquer nos questionnements sur la réduction des risques, la cohabitation dans les chambres, etc. Les cinq Csapa impliqués dans

l'écoute des autres. Le médecin ne peut pas faire sans nous et inversement », poursuit-elle.

Aussi, afin d'avancer le mieux possible, la structure souhaiterait désormais établir des conventions pour officialiser vraiment la démarche mise en œuvre et que différentes institutions s'engagent.

« L'expérimentation SIAO-Csapa ne peut pas durer dix ans, il faut un véritable dispositif, que d'autres structures d'hébergement jouent le jeu et que ça ne se résume pas à l'engagement de certains professionnel.le.s avec pour conséquence que, lorsqu'ils quittent leur structure, tout est à recommencer », insiste Florence Giancatarina, prête à conventionner cinq places.

« Il s'agit d'impliquer vraiment tous les acteurs à tous les niveaux de l'accompagnement de la personne, depuis le soin jusque sa sortie du dispositif. »

Contact : fgiancatarina@france-horizon.fr

← TOUS LES REPÈRES

l'expérimentation sont présents ainsi que le représentant du SIAO 93, voire des professionnel.le.s de Caarud ou de la psychiatrie. Nous organisons aussi des synthèses, à notre demande ou à celle du résident, avec les professionnel.le.s concernés de son Csapa afin d'échanger sur sa situation et d'envisager des solutions face à des problématiques présentes. Cette démarche nous coupe de l'isolement et se révèle très facilitatrice. Par exemple, pour un monsieur en grande souffrance que je prenais en charge et qui avait accepté une hospitalisation, nous avons pu obtenir en deux jours une place grâce au médecin addictologue du Csapa. Cela a permis une extrême réactivité et une grande pertinence de l'accompagnement. Le partenariat étroit entre les centres d'hébergement et les Csapa est également essentiel pour ces derniers car ils ne souhaitent pas proposer de cure aux personnes tant qu'elles n'ont pas d'hébergement fixe, considérant les risques de rechute trop grands.

Quel bilan dressez-vous de cette expérimentation et de la démarche de RdRA mise en place ?

Aujourd'hui, nous apprécions tellement ce travail partenarial que nous n'avons plus d'appréhension à intégrer quelqu'un ayant des addictions. Le soutien des Csapa a permis aussi d'atténuer le ressenti de frustration, l'incompréhension, que peuvent ressentir les équipes face à ce public qui ne s'inscrit pas forcément dans un arrêt des consommations et les met à mal. Ces échanges permettent de prendre du recul. Nous devons encore approfondir nos connaissances en matière de RdRA, faire avancer nos pratiques et nous remettre en question, mais il est clair que la levée de l'interdit a permis une prise d'alcool plus modérée, moins massive, des résident.e.s et a autorisé l'ouverture du dialogue sur la consommation, ce qui a facilité notre accompagnement auprès des usagers.

INFOS

“ Expertise de Eric Lemercier

☞ Chargé de mission, Siao 93-Interlogement 93

INSUFFLER DE NOUVELLES DYNAMIQUES ET REMETTRE L'USAGER AU CENTRE

Constatant que l'absence de coordination entre les acteurs accompagnant les personnes sans domicile et dans des problématiques addictives nuisait à la bonne prise en charge de ces dernières, le service intégré de l'accueil et de l'orientation de la Seine-Saint-Denis (SIAO 93) a cherché à faire évoluer le regard porté sur elles et, de fait, certaines pratiques. Au cœur de la démarche : privilégier le travail en réseau et favoriser l'émergence de partenariats. L'expérimentation mise en place a été récompensée par un trophée Direction[s]. Entretien avec **Éric Lemercier**, chargé de mission au SIAO 93.

Pourquoi le SIAO 93 s'est-il intéressé à la question des addictions, en particulier à l'alcool ?

Le SIAO a vocation à recenser l'ensemble des places d'hébergement du secteur AHL [accueil-hébergement-insertion] à l'échelle départementale ainsi que les besoins en la matière pour mettre en relation l'offre et la demande. Dans ce cadre, nous avons constaté que les problématiques de santé étaient mal prises en compte par certains acteurs du champ social alors qu'elles affectent particulièrement nos publics. Ne pas s'intéresser à ces questions, c'est donc passer à côté de l'accompagnement.

Les personnes parmi les plus fragiles : celles ayant de fortes addictions, des comorbidités psychiatriques... sont souvent mal, voire pas, prises en charge. Elle le sont en tout cas sur des durées beaucoup plus courtes que les autres car elles subissent des exclusions du fait de problèmes de comportement.

Ce constat, bien réel même s'il n'est pas totalement généralisable, est à mettre en lien avec les moyens financiers, donc humains, attribués aux structures d'hébergement par l'État, dans un contexte de restriction budgétaire.

En effet, alors que les politiques mises en place sont censées apporter de l'aide aux gens les plus éloignés de l'insertion, aux plus exclus, les dispositifs rencontrent des difficultés qui les poussent à les rejeter, c'est paradoxal. De par sa vision large du territoire et du secteur, le SIAO nous semblait avoir un rôle à jouer.

Face à ce constat, quel a été l'esprit de la démarche du SIAO 93 ?

Notre objectif a été d'insuffler de nouvelles dynamiques, de redistribuer les cartes de l'accompagnement en favorisant l'émergence de partenariats entre les différents acteurs et en remettant davantage la personne au centre, comme le prévoit la loi de 2002-2 [rénovant l'action sociale et médico-sociale]. Il s'agit ainsi de mieux répondre aux besoins des publics en matière de santé et, de fait, d'addictions, mais aussi de capitaliser les bonnes pratiques afin de les diffuser et de favoriser la construction d'un socle d'une culture commune à l'ensemble des intervenant.e.s.

L'idée est d'inverser la logique à l'œuvre et de passer à une analyse transversale des situations, de définir collectivement l'accompagnement à mettre en place, de créer de la solidarité entre les acteurs pour pouvoir ajuster au fil de l'eau la prestation globale offerte aux personnes et, par conséquent, d'améliorer la qualité et l'efficacité de nos interventions. De manière sous-jacente, il s'agit également de rappeler aux structures que l'accompagnement de personnes souffrant d'addiction vers des solutions positives reste possible en mobilisant les bons outils.

Comment êtes-vous passé concrètement à l'action ?

En Seine-Saint-Denis, les acteurs de l'addictologie se sont regroupés au sein d'un réseau : l'Observatoire de l'addictologie, qui, recevant en partie les mêmes publics que nous, partageait nos constats et avait envie de trouver des solutions. Nos convergences étant bien plus fortes que nos divergences, nous avons décidé d'œuvrer ensemble. De là est née l'idée de lancer en 2014 une expérimentation impliquant cinq Csapa ainsi qu'un centre d'hébergement volontaires [le CHS Jacques Salva-tor à Aubervilliers, voir article p. 36], ce dernier réservant cinq places en son sein pour favoriser le soin de patients de Csapa sans domicile. Afin de nous connaître pour nous reconnaître et de nous reconnaître pour travailler ensemble dans la confiance, un rendez-vous bimestriel a été mis en place.

Les premières réunions ont ainsi donné lieu à divers échanges théoriques sur le fonctionnement des dispositifs, l'idée étant qu'une fois les situations prises en charge, puissent se développer des articulations entre les différents acteurs, que ceux-ci soient en lien direct entre eux pour ajuster ensemble les suivis et collaborer dans la durée.

Quel bilan tirez-vous de cette expérimentation ?

Elle a donné lieu à de beaux succès, tel le cas de cet homme suivi en Csapa, qui vivait depuis deux ans dans sa voiture, et qui a pu être orienté vers le centre d'hébergement et stabilisé. Une fois sa consommation gérée, il a pu intégrer une résidence sociale. Sans cet étayage, il serait assurément encore dans son véhicule. Nous avons aussi constaté que, malgré leurs compétences, les professionnel.le.s des Csapa ont une vision séquencée des personnes car ils ne les rencontrent que lors de rendez-vous alors que l'équipe du centre d'hébergement les voit au quotidien et dans la durée.

Certains excès ou débordements passés jusque-là inaperçus ont ainsi pu être repérés, ce qui a permis de réajuster au mieux l'offre d'accompagnement des Csapa. Le CHS Jacques Salva-tor, qui reçoit aussi de son côté des personnes en proie à des addictions, a également tiré profit de cette expérimentation car il peut désormais se tourner sans difficulté, en cas de besoin, vers les Csapa avec lesquels il a noué des liens au cours de l'expérimentation. Il a ainsi développé sa compétence à travailler en réseau.

Au sein du CHS Jacques Salva-tor, quelles évolutions avez-vous constatées en matière de RdRA ?

Grâce à l'expérimentation, ce centre d'hébergement a pu réinterroger son règlement de fonctionnement en bénéficiant d'un étayage fort, ce qui a abouti à autoriser la consommation d'alcool dans les espaces privatifs des résident.e.s. C'est une belle réussite au niveau de la réduction des risques alcool. Cela a permis de questionner les pratiques des travailleurs sociaux, de faire évoluer leur regard sur les addictions, de développer une approche plus globale des personnes, qui ne les résume pas à des symptômes.

Nous avons aussi pu remarquer que quelques usagers sont devenus des vecteurs de cette réduction des risques auprès d'autres résident.e.s du centre.

L'expérimentation a-t-elle eu un impact sur certaines pratiques du SIAO ?

Notre volonté était de nous inspirer du dispositif innovant Housing First et d'échapper à la logique de la prise en charge en escalier qui veut que la personne passe d'abord par un CHU, ensuite par un CHRS, puis, si tout va bien, par une pension de famille, etc.

Nous avons vu là que certaines situations pourraient basculer directement en résidence sociale ou en maison-relais si un maillage était bien établi en amont et que l'accompagnement se poursuivait avec une bonne articulation des divers acteurs médico-psycho-sociaux. Ce que nous avons fait.

Le SIAO a pour avantage d'avoir accès à l'ensemble des dispositifs. De fait, il a une vision globale et peut faire valoir la notion de parcours. De parcours de vie, pas uniquement de soin.

Quelles limites, quels freins, l'expérimentation a-t-elle rencontrés ?

À mon sens, la dimension bilatérale du partenariat n'a pas fonctionné à plein. Nous nous sommes donné pour mission d'insuffler de nouvelles pratiques mais il est difficile en tant que SIAO de pousser une structure à faire remonter les situations pour lesquelles elle est en difficulté. Parfois les accompagnements sont bloqués et l'intervention d'un tiers peut être bénéfique mais encore faut-il en avoir conscience. L'un des rôles du SIAO est de permettre ce regard croisé sur ces situations. Nous sommes en gros garant de la démarche mais nous ne pouvons pas être trop intrusif.

Une autre limite, valable pour tous les organismes engagés, c'est la rotation des professionnel.le.s en leur sein. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles nous travaillons à la rédaction d'un écrit de capitalisation car si le projet ne dépend que de quelques professionnel.le.s, il ne peut être viable. Le départ de certains intervenant.e.s s'est ainsi parfois soldé par la moindre implication d'une structure. Il est donc également important de favoriser le conventionnement.

À cela s'ajoute le fait que, dans le secteur de l'AHL et en particulier dans les dispositifs se rapprochant de la rue, le quotidien est assez complexe à gérer. Cela rend difficile pour les acteurs concernés de s'ouvrir à l'extérieur même s'ils ont conscience de l'intérêt que cela a.

Nous nous confrontons enfin à l'inertie institutionnelle. Certes, les moyens manquent mais on peut néanmoins faire bouger des choses juste en les repensant et en bousculant un peu nos pratiques...

Quel est l'avenir de cette expérimentation ?

La difficulté du moment, c'est justement l'étape d'après. Avant toute perspective d'extension potentielle, nous voulons rendre compte de la démarche entamée par un écrit, analyser les situations, évaluer ce qui a fonctionné ou non en vue d'accroître la qualité des prestations offertes, pointer ce que cela a permis comme réflexions, comme interrogations.

Le cœur de ce dispositif, c'est la nécessité de travailler en réseau, en partenariat, d'améliorer la compétence commune des intervenant.e.s sur la prise en charge des problématiques

addictives. Face aux publics concernés, si l'on reste seul, c'est voué à l'échec, c'est très net. Ces compétences sont cependant aussi exploitables pour gérer d'autres problématiques, notamment les troubles psychiatriques, si l'on raisonne en termes de compétences transférables.

D'autres centres d'hébergement seraient-ils prêts à s'inscrire dans cette démarche ?

Certains semblent s'y intéresser, mais il faut aussi veiller à ne pas installer de filières. En quatre ans, nous avons accompagné une cinquantaine de situations seulement — sur quelque 5 000 à 7 000 qui nous sont adressées tous les ans. Pourquoi si peu ? Parce que cela déroge à la logique du SIAO en instaurant un traitement plus équitable qu'égalitaire. C'est paradoxal car c'est à la fois une limite et la valeur ajoutée de cette approche. Pour que cela fonctionne, il faut en effet se concentrer davantage sur les situations complexes qui ont été repérées par des acteurs engagés, mais cela est aussi gênant car qu'en est-il alors de celles qui, dans notre file active, ne l'ont pas été ? C'est un point délicat. Il faut en outre pouvoir justifier notre action auprès des différents financeurs, et les pousser à dépasser les logiques de lignes budgétaires.

- 1) Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- 2) Un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) et deux autres Csapa ont depuis rejoint les participants de ce groupe de travail, sans que la présence de ces acteurs s'inscrivent dans la durée.

Contact : siao93@siao93.net

- L'établissement fait partie du Pole Rosa Luxemburg qui compte 4 centres d'hébergement.
- Le CHRS de la Poterne des Peupliers comprend 155 places composé de 30 chambres individuelles, 17 pour couples et 43 doubles.
- Les personnes accueillies sont des hommes et femmes isolées ou en couple situation de précarité
- L'équipe est composée de 49 professionnel.le.s.

VERS UNE EXPERIMENTATION AMBITIEUSE

Depuis deux ans, le CHRS La Poterne des peupliers réfléchit à la mise en place d'un projet visant à lever l'interdit de la consommation d'alcool dans certains de ses espaces et à mieux accompagner les résident.e.s concernés par cette problématique. Des formations ont été dispensées, des groupes de travail impliquant professionnel.le.s et résident.e.s organisés, et une « salle de consommation à moindre risque » pourrait être expérimentée. Mais des résistances se sont fait jour et la démarche de réduction des risques alcool, souvent mal comprise, nécessite encore des efforts de pédagogie. Mis en veille le temps de renforcer les équipes et d'aplanir certaines difficultés, ce projet innovant devrait néanmoins bientôt prendre corps.

Au CHRS La Poterne des peupliers, il est interdit de consommer de l'alcool dans la structure mais aussi d'en introduire. Pourtant, certains résident.e.s boivent dans leur chambre au su de tous, sans encourir aucune sanction dans les faits.

Et s'il arrive que des professionnel.le.s retiennent des bouteilles ou des canettes, souvent mal cachées par les résident.e.s, le temps de leur présence sur place, ils en retrouvent aussi en grand nombre dans le bâtiment voire à ses pieds, jetées par les fenêtres. Autant dire que le règlement de fonctionnement est souvent mis à mal par les uns ou les autres. « Nous sommes en difficulté face à cette problématique de l'alcool. Nous ne rappelons vraiment le cadre que s'il y a des problèmes de comportement liés à ce produit. Certaines personnes en sont d'ailleurs très dépendantes et les empêcher de boire pourrait se révéler dangereux », constate Marie-Maure Pouget, cadre socio-éducatif dans cet établissement public, qui dépend du centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP) et accueille 155 hommes ou femmes majeurs.

Agressivité, disputes et autres incidents liés à l'alcool sont souvent au rendez-vous, ce qui peut obliger l'équipe à recourir à la police en cas de violences ou aux pompiers en cas de malaise. « Avec ce public en grande difficulté, l'alcool n'est pas la seule source des conflits que nous avons à gérer, mais devoir rappeler l'interdit en génère », relève Sacha Gousseff, responsable des agents d'accueil du pôle Rosa Luxemburg, auquel appartient la Poterne des peupliers.

Aujourd'hui, la gestion de l'alcool et de son interdit comme la réponse apportée aux personnes en état d'ivresse dépendent de la sensibilité de chacun. « C'est au cas par cas, on ne suit pas de trame », remarque Marion Zermati, éducatrice spécialisée. « Lorsqu'une personne est éméchée, énervée, si elle ne met pas les autres ou soi-même en danger, on n'insiste pas pour ne pas envenimer la situation. On remplit une fiche de signalement et l'incident sera repris avec la personne une fois à jeun par son référent », explique Pierre Grandhomme, éducateur spécialisé.

Certains essaient toutefois d'aller plus loin, même avec les plus alcoolisés en tentant de leur offrir, comme le précise Marion Zermati, « l'oreille qu'ils recherchent alors que leur discours est peu cohérent », une boisson chaude ou encore un fauteuil dans leur bureau pour qu'ils se posent et désaoulent un peu avant de regagner leur chambre. « Cela leur permet de se calmer alors qu'ils peuvent se montrer parfois très agressifs et évite qu'ils fassent un coma éthylique dans leur lit », poursuit-elle.

Les éducateurs référents peuvent ensuite tenter d'amener petit à petit le résident vers le soin. « Nous essayons de les orienter vers des Csapa mais nous sommes face à un public qui refuse beaucoup le soin », commente-t-elle. L'infirmière à temps plein du centre est d'ailleurs très peu sollicitée à ce sujet.

← TOUS LES REPÈRES

UNE DÉMARCHÉ ACCOMPAGNÉE

C'est après avoir assisté, il y a deux ans, à un colloque organisé par la Fédération des acteurs de la solidarité où étaient présentés des projets mis en place notamment par l'Anpaa dans certains établissements que La Poterne des peupliers, soucieuse d'améliorer la situation tant pour ses professionnel.le.s que pour ses résident.e.s, a choisi de réfléchir aux moyens de s'engager dans une démarche de réduction des risques (RdR) alcool.

Dans cette perspective, désireuses de mieux accompagner les hébergés concernés, deux éducatrices, dont Marion Zermati, ont demandé à se former via un DU d'addictologie.

Sollicitée par le CHRS, l'Anpaa a, grâce à un financement de la MMPCR, d'abord réalisé un diagnostic sur place durant le premier semestre 2018, sans omettre d'interroger les résident.e.s.

Celui-ci a souligné combien la question de l'alcool était présente — des consommations de cannabis et de crack ont aussi été repérées —, que le sujet questionnait l'ensemble des professionnel.le.s, que les réponses apportées n'étaient pas les mieux adaptées et que fort était le souhait de voir la situation évoluer. Du côté des résident.e.s, il a relevé que l'interdit ne les protégeait pas de leur addiction, le besoin de consommer étant plus fort que la règle à respecter.

Toutes les équipes (travailleurs sociaux, agents d'accueil, personnels de la cuisine, de l'entretien, du secrétariat, direction...) ont ensuite bénéficié de deux journées de formation sur le thème : « *Accompagner les personnes avec des conduites addictives* » dispensées par l'Anpaa.

L'association a également animé des « *ateliers santé* » à l'intention des résident.e.s pour évoquer, de façon indirecte, la question de l'alcool et des addictions et les sensibiliser à la RdR. Des groupes de travail ont alors été mis en place, mêlant professionnel.le.s et résident.e.s, afin de travailler ensemble l'éventualité d'une levée de l'interdit de l'absorption d'alcool dans le CHRS et la forme à lui donner.

Enfin, le diagnostic a aussi mis en avant l'intérêt d'instaurer un groupe d'analyse des pratiques à destination des équipes de terrain, ce qui a été fait en 2019, mais sans grand succès.

POUR OU CONTRE

← TOUS LES REPÈRES

Autoriser la consommation d'alcool ne fait pas l'unanimité dans le CHRS. « *Certains professionnel.le.s se sont révélés plutôt partants pour réfléchir à la manière de tenter cela, mais d'autres, un noyau assez important, ont plutôt manifesté une opposition totale avec, à l'inverse, une demande de plus de fermeté de la part de la direction* », témoigne Marie-Laure Pouget.

Certains y sont favorables parce que l'interdiction entraîne des alcoolisations massives à l'extérieur avec toutes les conséquences qui en découlent pour les personnes et la collectivité, des résident.e.s vidant rapidement leur bouteille avant de rentrer dans le centre ; parfois même, elle empêche certains d'y retourner.

C'est notamment le point de vue de l'infirmière, Caroline Pacitto. « *Je préfère qu'ils puissent boire ici sereinement, en sécurité, plutôt que dans la rue où ils risquent des accidents, se font agresser, brûler, voler, quand ils ont bu. La rue est devenue très violente pour les gens fragiles et, si je ne nie pas*

qu'ils peuvent avoir des comportements agressifs, pour moi, ce sont d'abord des personnes vulnérables », assure-t-elle.

Lever l'interdit s'impose aussi, de l'avis de maints professionnel.le.s, comme le seul moyen de libérer la parole. « *L'interdit limite fortement les échanges autour des consommations ce qui ne permet pas d'accompagner les personnes comme il le faudrait. Il induit par ailleurs une situation inéquitable car on ne dit rien à celles qui n'ont pas de problèmes de comportement et aux autres, si* », analyse Marie-Laure Pouget.

Difficile en effet de réduire les risques pris si l'interdit rend le sujet tabou. « *On ne peut pas de ce fait aller très loin dans l'application de la RdR en termes de consommation d'alcool.*

En tant qu'éducatrice, je dois faire respecter le cadre actuel et donc continuer à porter l'interdiction même si c'est paradoxal », déplore Marion Zermati. Pour d'autres professionnel.le.s, au contraire, lever l'interdit ne peut qu'accroître l'insécurité dans le CHRS car cela inciterait à la consommation et entraînerait une montée des débordements et autres violences.

Parmi eux, une partie des éducateurs, dont Pierre Grandhomme qui ne croit pas à une baisse des consommations et estime que « *cela ajoute du risque pour les personnes comme pour le collectif à qui il faut assurer une sécurité dans l'établissement* ». De même, la quasi-totalité des agents d'accueil, qui sont en première ligne, ou encore les personnels de la restauration émettent de profondes réticences.

L'opposition entre les professionnel.le.s défendant le projet de RdR alcool et ceux qui y sont défavorables a créé un clivage au sein de l'institution et beaucoup de tensions.

Les personnels socio-éducatifs, « *s'ils ne sont pas tous forcément pour, voire, pour un ou deux, ont émis de vrais doutes, se sont révélés en tout cas ouverts à la réflexion* », résume Marie-Laure Pouget, cadre socio-éducatif. Les agents d'accueil se montrent en revanche massivement opposés à la levée de l'interdit. Seuls deux ou trois — sur une quinzaine — ont accepté de participer au groupe de travail, pour donner leur avis.

Présente 24 heures sur 24 et à une place centrale, l'équipe est confrontée régulièrement aux problèmes d'addiction, qui concerneraient selon elle une large majorité des publics reçus. « *Ils doivent gérer des conflits dus à l'alcoolisation des résident.e.s, faire face aux urgences tels des comas... Autoriser la consommation est pour eux une source d'angoisse car ils ont l'impression qu'ils vont être assaillis de nouveaux problèmes. Ils n'entendent pas du tout que la démarche vise à les réduire* », explique Sacha Gousseff, leur responsable.

Lorsqu'on les interroge directement, les agents d'accueil se

montrent très virulents, soulignant combien ils sont déjà malmenés par certains résident.e.s qui leur manquent de respect, les injurient, les agressent, quand ils ne vomissent pas devant eux ou ne tombent pas en syncope.

En outre, « *pour certains, c'est la question de leur responsabilité qui est en jeu : si on n'interdit pas l'alcool, les personnes vont continuer à boire et mourir. Ils se disent qu'on va tuer des gens* », explique Marie-Laure Pouget.

DU CÔTÉ DES RÉSIDENT.E.S

← TOUS LES REPÈRES

Dans plusieurs conseils de la vie sociale où la question de l'alcool a été abordée, des résident.e.s ont manifesté leur opposition au projet.

« *Contre toute attente, beaucoup d'entre eux se sont exprimés contre cette autorisation* », s'étonne ainsi Sacha Gousseff.

Toutefois, et malgré des difficultés à les mobiliser, certains ont accepté de participer au groupe de travail pour y donner au moins leur avis, voire témoigner de leurs expériences : leur arrêt des consommations, leur vécu dans d'autres CHRS où elles sont autorisées...

Les réticences se révèlent parfois liées à un passé traumatique. Ainsi, une des personnes ayant réagi le plus vivement est une femme qui ne boit pas mais a été victime durant dix ans d'un mari alcoolique et violent.

Autre cas de figure : un homme qui, buvant massivement mais plutôt hors du centre, craint que la levée de l'interdit ne le contienne plus et fasse sauter ses propres limites.

Des personnes sevrées ont également « *très peur de devoir gérer l'alcoolisation des autres, que ce soit la porte ouverte à tous les abus, de ne plus être en sécurité, ce que nous devons savoir prendre en compte* », estime la responsable des agents d'accueil. Certains, opposés mais cependant ouverts à la discussion, ont réfléchi de façon pragmatique aux modalités et limites qu'ils souhaitaient voir mises en place.

BOIRE... MAIS OÙ ?

← TOUS LES REPÈRES

Aujourd'hui, la forme que pourrait prendre l'autorisation de la consommation continue à être débattue. « *Nous réfléchissons toujours au cadre à donner : accepte-t-on l'alcool dans les chambres ? dans certains lieux collectifs ?* », relate Marie-Laure Pouget. « *Comment protéger les résident.e.s tout en faisant de la RdR et sans stigmatiser ceux qui boivent ?* », résume Sacha Gousseff. Maintenir l'interdiction dans les chambres semble difficile. « *On le voit actuellement. On ne peut pas passer notre temps à vérifier ce qu'il en est et, de toute façon, on n'a pas le droit d'y entrer comme on veut* », rappelle-t-elle.

Cependant, le CHRS comprenant essentiellement des chambres doubles — une trentaine sont individuelles —, se pose la question de la cohabitation entre les hébergés. « *Il ne faut pas oublier les personnes qui ne consomment pas, ne pas nuire à leur tranquillité* », insiste Pierre Grandhomme. En particulier, le partage d'une chambre entre un résident sortant de cure et un autre autorisé à boire pourrait se révéler problématique. « *Aujourd'hui, ceux qui reviennent après une cure peinent déjà à maintenir leur abstinence ou la diminution de leurs consommations. Si leur voisin a le droit de boire, ça va être très compliqué. Et on ne peut pas leur garantir l'accès à une chambre individuelle* », complète Marion Zermati.

La cohabitation pose déjà souvent problème et des changements de chambre se font fréquemment pour mésentente entre les personnes. « *La consommation n'est pas la seule problématique en cause mais, en effet, il faudra une vigilance particulière si on l'autorise dans les chambres et pouvoir réagir quand des personnes sont vraiment en difficulté* », pointe Marie-Laure Pouget.

Concernant les espaces communs, la possibilité de boire dans le réfectoire — les résident.e.s ne peuvent pas cuisiner dans leur chambre — a été étudiée. Si elle permettrait de raccrocher davantage la consommation à un temps de convivialité, elle risquerait en revanche, outre mélanger à nouveau des publics dans des besoins différents, de générer divers incidents. « *Aujourd'hui déjà, de nombreux conflits éclatent au moment de la restauration du fait qu'il y a beaucoup de monde, que certains ont un lien difficile à la nourriture...* », constate Sacha Gousseff.

“
Créer un lieu où les personnes pourraient venir consommer tout en étant accompagnées par des professionnel.le.s sur place... la formule reste toutefois à définir
”

← TOUS LES REPÈRES

UN ESPACE DÉDIÉ ET ENCADRÉ

Une autre piste est en fait sérieusement évoquée : créer un lieu où les personnes pourraient venir consommer tout en étant accompagnées par des professionnel.le.s sur place. Si le principe séduit en ce qu'il permettrait de développer la notion de plaisir, de convivialité, d'éviter aux résident.e.s de se cacher, mais aussi de favoriser les échanges autour des consommations, la formule reste toutefois à définir.

Faudrait-il l'ouvrir à certaines heures ? tous les jours ? quelques soirs seulement ? en permanence ? quelle dose d'accompagnement proposer et sous quelle forme ? Pour Marion Zermati, favorable à l'ouverture 24 heures sur 24 d'un tel espace, il conviendrait qu'il ne s'agisse pas seulement d'une « salle de consommation à moindre risque » mais aussi d'occupation avec des activités proposées, tels des jeux de société. « La première étape serait de rendre agréables ces moments et ne pas les réduire juste à un besoin vital. Il serait important qu'il y ait une fontaine à eau, des verres pour inciter les résident.e.s à ne pas boire à la bouteille. La présence d'un petit réfrigérateur leur permettrait de rafraîchir leurs canettes et de décaler ainsi un peu le moment de leur consommation, de réapprendre à boire autrement », détaille l'éducatrice, qui porte le projet.

Des résident.e.s participant.e.s au groupe de travail ont en outre demandé que cette salle soit ouverte sur l'extérieur afin de permettre aux fumeurs de rester à proximité, l'alcool appelant souvent le tabac. Si l'objectif est de travailler la RdR et le soin, il ne s'agirait pas non plus de mobiliser des équipes en permanence. « Il faut du passage de professionnel.le.s, un peu d'animation, mais les usagers ne doivent pas avoir l'impression qu'on surveille leurs consommations. Il ne faudrait pas leur prendre la tête tout le temps ! », insiste-t-elle.

L'ouverture d'un tel espace pourrait se faire en complémentarité avec l'autorisation de consommer dans les chambres. Une solution qui aurait notamment les faveurs de l'infirmière. « J'ai peur de la stigmatisation. Tout le monde n'a pas forcément envie de boire devant des professionnel.le.s ou d'autres résident.e.s. Certains peuvent préférer le faire chez eux tranquillement. En permettant les deux formules, on évite aussi que, pour ne pas avoir à affronter le regard des autres, certains n'aient d'autre solution que d'aller boire dehors et ne renforcent ainsi encore leur mauvaise image d'eux-mêmes », analyse Caroline Pacitto.

UNE DEMANDE D'ÉTAYAGE

Mais pour rendre possible ce déploiement de la RdR, certains estiment nécessaire la présence permanente de personnels spécialisés. C'est le cas de Pierre Grandhomme qui pourrait en effet ne pas être opposé au projet s'il était prévu une unité médicale pour l'encadrer et avec qui l'équipe pourrait travailler en lien.

« Nous ne sommes pas des professionnel.le.s de l'accompagnement médical. Il faut un dispositif adapté. C'est déjà difficile aujourd'hui alors que l'alcool n'est pas autorisé... On a des cas de plus en plus lourds à gérer, avec des troubles psychiatriques, des gens tombant dans des comas éthyliques... Il faut penser aux risques d'épuisement des professionnel.le.s de terrain », souligne-t-il.

La Poterne des peupliers applique en effet vraiment, selon Sacha Gousseff, le principe d'inconditionnalité contrairement à certains CHRS. « Dès qu'une place est libre, on ne refuse personne, aussi recevons-nous un public très précaire et particulièrement difficile, avec des problèmes psys... La question de l'alcool vient donc se greffer là-dessus », confirme-t-elle. L'éducateur évoque de surcroît le fait que c'est la nuit que les personnes s'alcoolisent le plus, avec la montée du stress, des angoisses, alors qu'aucun éducateur n'est présent et que les agents d'accueil ne sont que deux.

← TOUS LES REPÈRES

PASSER À LA VITESSE SUPÉRIEURE

Tout un travail de pédagogie semble devoir encore être mené afin de lever les craintes qui s'expriment ça et là. « On a beau expliquer que l'interdit ne protège pas, elles demeurent. Il faut en tenir compte, continuer à faire évoluer les représentations... mais, à un moment, il va falloir franchir le cap de lever l'interdit. C'est bien de prendre le temps mais si on le prend trop, ça laisse la place à beaucoup de fantasmes », analyse Marie-Laure Pouget. Un avis partagé par Sacha Gousseff, pour qui « dans nos métiers, il faut expérimenter sinon on tourne en rond. À nous, en tant que cadres, d'accompagner les équipes dans cette expérimentation, de les rassurer, de faire tomber les peurs liées au changement. »

Face aux résident.e.s aussi, il importe d'avancer. « Dans les groupes de travail, on est bloqués sur le "je suis pour" ou le "je suis contre" et, en gros, on patauge. Ce n'est pas du tout rassurant pour ce public de constater que ce n'est pas clair pour nous, qu'on en parle mais que rien n'est mis en place. Je suis pour la participation des résident.e.s mais maintenant, à la sortie des réunions, je les sens perdus », observe la responsable des agents d'accueil.

Il revient donc aujourd'hui, selon elle, à l'institution de « créer un cadre sécurisant et ensuite de consulter les résident.e.s sur les aménagements qu'ils souhaiteraient voir apportés ».

Pour lancer l'expérimentation, une grille d'observation devra être établie en groupe de travail avec l'Anpaa. Sur un temps délimité, une série d'items serait recensée : nombre de canettes retrouvées dans la structure, de signalements en lien avec l'alcool effectués... L'opération serait alors réitérée en levant l'interdit, mais sans modifier de suite le règlement de fonctionnement. « Selon les résultats, on poursuit ou pas, on ajuste ou pas », résume Marie-Laure Pouget. « En cas d'accroissement important des incidents, on arrêtera. J'explique bien aux agents d'accueil qu'il s'agit d'essayer et non de les mettre en difficulté. Certains pensent que la direction tente de calmer le jeu en utilisant le terme d'expérimentation mais que les dés sont déjà jetés alors que c'est faux », regrette Sacha Gousseff.

UN PROJET EN STANDBY

← TOUS LES REPÈRES

D'ici à la fin de l'année 2019 ou au début de 2020, le projet « qui est vraiment porté par la direction », affirme Marie-Laure Pouget, devrait concrètement être lancé. L'équipe socio-éducative, qui était en sous-effectif du fait de plusieurs départs (congé maternité, évolutions de carrière...) et notamment de personnes assez impliquées, vient d'être renforcée et les fiches de poste des nouveaux arrivants mentionnent la mise en place de ce projet comme faisant partie de leurs missions en lien avec le reste de l'équipe.

En attendant qu'ils prennent leurs marques, le projet est un peu mis en veille. « Un projet institutionnel de cette ampleur suppose d'avoir une équipe au complet et solide », analyse Marion Zermati.

Pour permettre aux professionnel.le.s d'accompagner les résident.e.s en matière de RdR et de soins, de travailler en lien plus étroit avec les Csapa, les agents directement impliqués devront continuer à se former, par exemple à l'entretien motivationnel. « Il ne s'agit pas juste de lever l'interdit mais de développer l'accompagnement individuel sur ces questions et, pour ce faire, de doter les professionnels des outils adaptés », explique Marie-Laure Pouget.

Un point également essentiel pour Caroline Pacitto. « Il faut vraiment insister sur la formation continue car sinon, en matière d'addictions, on peut mettre le résident comme soi-même, en difficulté, remarque l'infirmière. Les professionnel.le.s peuvent avoir vécu des expériences liées à l'alcool à titre personnel ou dans leur entourage et cela peut avoir des résonances. La formation, c'est ce qui peut permettre d'avoir le recul nécessaire et d'être aidant ».

En 2020, l'expérimentation se poursuit avec : une levée de l'interdit de consommer dans les chambres en janvier, la mise en place de grilles d'observation et d'entretiens auprès des professionnels.

Le projet global est dénommé Accompagnement des Résidents Consommateurs d'Alcool dans l'Établissement (ARCADE).

Contact : marie-laure.pouget@paris.fr

“ Il ne s'agit pas juste de lever l'interdit mais de développer l'accompagnement individuel sur ces questions et, pour ce faire, de doter les professionnel.le.s des outils adaptés ”

- L'établissement comprend 120 places en hébergement collectif composé de 120 studios individuels.
- Le centre accueille 80 hommes et 40 femmes isolés et en couple, en situation de précarité.
- L'équipe est composée de 27 professionnels.e.s, dont 4 travailleurs sociaux, 2 auxiliaires de vie sociale et une psychologue.

CAP SUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUES

Le CHU Mouzaïa, de la Fondation de l'Armée du Salut, projette de lever l'interdit de la consommation d'alcool en son sein afin de se mettre en conformité avec la loi et de pouvoir mieux accompagner les personnes accueillies. Après avoir entamé une réflexion sur le sujet et acquis des connaissances sur les addictions, l'équipe entend profiter de son déménagement pour faire évoluer son règlement et ses pratiques, les résident.e.s devant être désormais logé.e.s dans des chambres individuelles. Afin de susciter l'adhésion de tous les personnels, de faire évoluer les représentations et de s'inscrire dans une logique de réduction des risques, le CHU mise sur la formation continue et une aide extérieure.

« Notre accueil étant inconditionnel, nous n'effectuons pas d'entretien d'admission. Les personnes arrivent donc comme elles sont, avec éventuellement des addictions à l'alcool. Pour autant, celui-ci est interdit dans l'établissement. Elles peuvent donc être là mais sans leurs symptômes... », résume Sara Garcia Diaz, psychologue au centre d'hébergement d'urgence (CHU) Mouzaïa, de la Fondation de l'Armée du Salut.

Ce paradoxe est l'une des raisons ayant motivé cette structure — qui, malgré son statut et ses financements de CHU, fonctionne comme un centre de stabilisation — à entamer, il y a un peu plus de deux ans, une réflexion visant à réinterroger son mode d'accueil et à envisager à terme l'assouplissement de son règlement. « Nous nous étions rendu compte que la question de l'alcool était très souvent présente dans nos suivis, qu'il y ait ou non des débordements, et qu'elle n'était pas assez travaillée », complète-t-elle.

Sur le collectif et la marche du centre, l'addiction à l'alcool d'une dizaine de personnes, parmi les 120 hommes et femmes majeurs hébergés, pose en effet problème par période. Cependant, « elles sont au moins une trentaine à avoir des consommations susceptibles de les mettre en difficulté dans leur vie à un moment ou un autre », remarque Rachel Cohen, cheffe de service.

Les équipes s'interrogeaient en outre quant au positionnement à adopter dans diverses situations : lors de séjours à l'extérieur du centre, par exemple, peut-on ou non autoriser les personnes à consommer ? comment réagir lorsque des

résident.e.s se retrouvent en manque, en particulier le soir ou le week-end ? « Il arrivait que l'équipe doive appeler le 15 et que le Samu recommande de donner une bière à la personne pour pallier l'état de manque en attendant l'arrivée des secours. On s'adaptait aux situations un peu au cas par cas et on voulait aller vers quelque chose de plus construit », se souvient Sara Garcia Diaz.

Malgré la fermeté du règlement, certaines pratiques avaient tout de même déjà un peu changé. Ainsi, « si la consommation reste interdite à l'intérieur, aujourd'hui, on ne fouille plus les personnes et on ne leur demande rien », explique Rachel Cohen. Aux débuts du centre, en effet, il y a environ sept ans, des agents de sécurité — et non d'accueil alors — exigeaient des résident.e.s qu'ils ouvrent leurs sacs. Maintenant, c'est juste lorsque l'un d'eux arrive avec une bouteille ou une canette visible que les agents d'accueil lui proposent de la garder et de la lui restituer lorsqu'il ressortira, afin de ne pas l'obliger à la finir avant d'entrer. « Dans les faits, nuance la cheffe de service, c'est quand même souvent ce qui se passe quand les gens ne peuvent pas entrer avec leur alcool... ».

ACQUÉRIR DES SAVOIRS D'ABORD

Pour réfléchir à la problématique de l'alcool sur le CHU, l'équipe a misé sur la formation. « Nous voulions mener un projet qui amène surtout de la réflexion, des échanges, sur la question des consommations », explique Sara Garcia Diaz. Des professionnels.e.s ont ainsi suivi des formations dispensées par l'Anpa, participé à des colloques, au forum alcool et exclusion... Des rencontres ont aussi été organisées avec le Csapa Charonne dans l'idée de mettre en place un travail avec des professionnels.e.s du soin impliquant tous les métiers du CHU. Outre développer les savoirs sur les addictions et les modes d'accompagnement, « l'idée de cette formation était de travailler sur les représentations, les postures, et, en particulier, avec les agents d'accueil ou les veilleurs de nuit, confrontés à cette problématique de façon plus frontale », précise la psychologue. Le Csapa Charonne a présenté au CHU un plan de formation en 2018 tenant compte des attentes de l'équipe, et une demande de financement a été effectuée auprès de la Ville de Paris.

Mais la réponse tardant à venir, le projet a été mis en standby.

Pour autant, grâce à la réflexion menée ces dernières années, « de petites évolutions ont déjà eu lieu dans la manière de faire avec les résident.e.s », assure Rachel Cohen. La perspective d'un déménagement prochain du CHU a conforté la démarche. « Nous voulions effectuer ce travail de sensibilisation avant d'avoir à modifier le règlement de fonctionnement », souligne la psychologue « Il nous est apparu que ce déménagement serait le bon moment pour changer les pratiques », complète la cheffe de service.

“
Nous voulions mener
un projet qui amène
surtout de la réflexion,
des échanges, sur la ques-
tion des consommations
”

← TOUS LES REPÈRES

UN CHANGEMENT D'APPROCHE

Prévu en février 2019, puis retardé, le déménagement n'a pu s'effectuer que fin juillet. Jusque là, la plupart des résident.e.s vivaient dans des chambres doubles sans grande intimité, partageaient des sanitaires avec 19 autres personnes et mangeaient dans un réfectoire collectif. Durant le temps des travaux de rénovation du centre, qui permettront ensuite à chacun d'intégrer une chambre individuelle avec salle de bains et cuisine privatives, les résident.e.s occupent les studettes individuelles d'un bâtiment voisin.

Quelques uns se retrouvent cependant en colocation et, s'ils disposent d'une chambre personnelle, ils partagent une cuisine et des sanitaires avec un ou deux résident.e.s. Le CHU a décidé de se laisser quelques mois pour peaufiner son installation dans ses nouveaux locaux provisoires, leur l'organisation bousculant nombre de fonctionnements, et de n'entamer qu'après la réflexion sur son règlement intérieur. Réflexion qui concernera d'ailleurs sans doute d'abord d'autres sujets que l'alcool. « La question des visites intéresse davantage l'ensemble des résident.e.s ; et, pour se donner toutes les chances de réussite, il importe de toute manière de creuser plus avant les représentations, de former l'équipe complète », explique Rachel Cohen. Mettre en place la

réduction des risques (RdR) alcool suppose en effet d'impliquer au-delà des travailleurs sociaux ou de la psychologue, tous les acteurs du quotidien : auxiliaires de vie, agents d'entretien, de restauration, d'accueil...

La posture de l'institution a néanmoins aujourd'hui évolué. « Au début, l'idée était de voir avec l'équipe les possibilités de travailler sur les pratiques d'accompagnement liées aux addictions ; désormais, le projet ayant avancé et la direction ayant affirmé son positionnement, il s'agit de se mettre en conformité avec la loi et donc d'autoriser d'une manière ou d'une autre la consommation d'alcool sur le centre. Pas forcément partout et, bien entendu, en assurant la sécurité de chacun », poursuit-elle.

Si la consommation est envisagée dans les chambres, sera-t-elle aussi autorisée à l'accueil ? dans la salle d'animation ? lors de repas collectifs ? de temps festifs (aujourd'hui du champagne est proposé uniquement au Nouvel An) ? Faudra-t-il mettre en place une salle de consommation avec la présence de travailleurs sociaux ?...

Autant de questions non encore tranchées, aucune formule n'ayant pour l'heure été choisie. « Nous verrons ce qui se révèle le plus pertinent, nous nous laissons de la marge. Nous devons questionner tout cela pas seulement en termes de règlement, lequel ne devra rien figer, mais aussi de ce que les salariés sont prêts à accepter. Il s'agit de garder de la souplesse pour pouvoir évoluer si nécessaire », précise-t-elle.

← TOUS LES REPÈRES

DES INQUIÉTUDES PARTAGÉES

La perspective d'une levée de l'interdit suscite « des réactions mitigées dans les équipes », pointe Aziza Aït-el-Hassane, travailleuse sociale. Les réticences émanent surtout des agents d'accueil et des veilleurs de nuit qui ont à gérer très directement les débordements des personnes rentrant alcoolisées ou consommant dans leur chambre, et les conflits que cela génère entre résident.e.s, en particulier la nuit. Autoriser l'alcool donne ainsi à certains l'impression que les incidents seront accrus, voire parfois d'entrer dans une forme de non-assistance à personne en danger. « Comment peut-on laisser les gens se mettre dans des états pareils alors que cela les tue à petit feu ? », demandent-ils en gros. Ou encore : « Et si, un jour, ils font un coma éthylique et qu'ils meurent, comment assumera-t-on cela ? ».

Ils ont la sensation qu'avec l'interdit, « on a ce pouvoir de les empêcher de boire, que l'institution a une forme de responsabilité d'aider les gens à contrôler leurs consommations », résume Rachel Cohen. Certains ne comprennent pas le phénomène de l'addiction et font primer la notion de responsabilité individuelle, estimant globalement que les personnes peuvent se réfréner si elles le veulent. Toutefois,

et malgré des messages parfois moralisateurs, les agents d'accueil sont, selon la responsable, « hyper vigilants ».

S'ils sont parfois un peu maladroits dans leur manière de faire, « ils restent dans une forme de bienveillance, en suivant par exemple la personne ivre jusque dans sa chambre pour éviter qu'elle ne tombe », poursuit-elle.

Les résident.e.s, de leur côté, ne semblent pas contre le projet mais, souffrant des comportements liés à l'alcoolisation de certains : tapage nocturne, problèmes d'hygiène..., ils partagent des interrogations assez semblables.

« Ce que l'on ne sait pas, c'est à quel point il peut y avoir des règlements de compte en interne à la suite de débordements », pointe Rachel Cohen.

La question de l'évolution du règlement et de ses effets n'a en tout cas pas encore été travaillée collectivement avec les résident.e.s.

« Nous voulions attendre le déménagement pour ne pas créer de mouvement de panique au moment où ils ne pouvaient pas encore se projeter dans leurs nouvelles conditions d'hébergement. J'ai cependant déjà fait passer le message que nous allions réfléchir à l'éventualité d'autoriser la consommation d'alcool dans les chambres et n'ai jamais vraiment eu de réaction », assure la cheffe de service.

UNE CRISPATION À DISSIPER

Si, dans l'ensemble, les personnes fortement réticentes sont minoritaires et que l'envie d'avancer paraît forte, la cheffe de service et la psychologue ressentent toutefois que le projet a du mal à passer de la réflexion à la concrétisation. « On se sent prêts mais, en même temps, il y a toujours quelque chose qui coince..., un réel obstacle certes, mais qu'on arriverait à surmonter s'il s'agissait d'un autre sujet. Cela nous conforte dans l'idée que nous avons besoin d'une aide extérieure, qu'il nous faut du tiers », analyse Rachel Cohen.

Outre l'intervention du Csapa, profiter de l'expertise de la Mission métropolitaine de prévention de conduites à risques (MMPCR), participer à des échanges d'expériences, recueillir des bonnes pratiques... font partie des pistes envisagées.

Une difficulté rencontrée aujourd'hui pourrait expliquer en partie la résistance rencontrée. En effet, « dès que l'on travaille la question de l'alcool, on se retrouve face à notre impuissance. On sait que c'est une maladie du lien et notre métier, c'est justement le lien. On devrait donc avoir les outils pour agir et pourtant on ne sait pas comment faire », observe la cheffe de service. Aujourd'hui, l'interdit empêche de travailler la question. Soit.

Mais si, demain, le cadre saute, les professionnel.le.s devront réussir à aborder ces problématiques avec les personnes.

« Cela fait un peu peur. Il y a la crainte du "et si on n'y arrive pas après" ? On ne peut pas se contenter de changer le règlement en faisant croire que ça va suffire à résoudre les problèmes, il importe de se former en parallèle, d'approfondir ces questions. Or, cela coûte de l'argent », insiste-t-elle.

UNE ACCROCHE DIFFICILE

L'un des problèmes que rencontrent plus précisément les travailleurs sociaux pour évoquer le sujet avec les résident.e.s qu'ils suivent est le déni. « Sur la trentaine de personnes ayant des problèmes d'addiction, seules deux le reconnaissent vraiment, l'assument », pointe Aziza Aït-el-Hassane.

L'interdit bloque naturellement la parole, mais beaucoup de personnes ne jugent pas non plus leur consommation problématique. L'équipe observe, en tout cas, que leur situation globale n'avance pas, voire qu'elles ne se projettent pas du tout dans le futur, et s'interroge sur l'impact de l'alcool sur cet état de fait. « Il y a des événements ou des aspects de leur vie qu'on lie à cette question des consommations et on se demande si, en la creusant, on n'arriverait pas à travailler le reste. Mais ce n'est pas de cela dont elles, elles ont envie de parler. Du coup, on ne sait pas sur quoi avancer », témoigne Rachel Cohen. Peu de résident.e.s consultent par ailleurs la psychologue sur ces questions d'addiction.

À l'opposé, d'autres posent tellement de problèmes de comportement « qu'avec eux, on ne parle que de ça », relate la cheffe de service. Les travailleurs sociaux ont alors la sensation de ne plus pouvoir établir de lien sur d'autres sujets. « Notre CHU se veut plutôt souple. Nous essayons de nous dire que l'alcool ou la violence font partie des problématiques des gens de la rue et que notre métier est de les accompagner, pas de les exclure. Mais nous ne pouvons pas faire non plus comme si de rien n'était car, pour les autres, c'est insupportable », justifie-t-elle.

Cela se solde parfois par des réorientations ou le départ des gens las d'entendre l'équipe leur rappeler sans cesse leurs excès. Enfin, si des résident.e.s peuvent évoquer leurs consommations, voire accepter d'être accompagnés, cela ne signifie pas pour autant que leur situation évolue radicalement. « Dans certains suivis, nous avons pu élaborer beaucoup de choses mais les personnes ne sortent pas de l'addiction aussi facilement », constate la psychologue.

VERS PLUS DE TOLÉRANCE AVEC LA RDR

← TOUS LES REPÈRES

Certains résident.e.s font le choix de continuer à boire car ils.elles disent que c'est ainsi qu'ils se sentent bien, tout en reconnaissant que, par les quantités absorbées, ils mettent leur santé en danger, voire risquent d'en mourir. « C'est difficile pour les travailleurs sociaux d'accepter que c'est leur marge de liberté et de renoncer à l'idée que, peut-être, ils pourraient les faire changer d'avis », analyse Rachel Cohen.

Même s'il a été fait appel à des professionnel.le.s de Csapa, le projet d'autoriser l'alcool pour libérer la parole dans les accompagnements éducatifs ne vise pas un idéal absolu de soin, de cure. « Nous allons sans doute devoir travailler beaucoup l'acceptation de cette problématique.

J'ai l'impression qu'avec notre projet, nous avons amené beaucoup d'espoir sur la possibilité du soin et que cela risquait de générer beaucoup de déception », souligne Sara Garcia Diaz.

L'intérêt pour la RdR semble néanmoins évident dans l'équipe, dont une partie, renouvelée récemment a été informée du projet lors de son recrutement. « Il y a une vraie curiosité et elle est partagée tant par les travailleurs sociaux que par les agents d'accueil », se réjouit Rachel Cohen.

De son côté, la psychologue confirme que, « au fil du projet, elle a senti les équipes à l'écoute et a pu les sensibiliser à la souffrance psychique se cachant derrière les consommations, transmettre l'idée que l'alcool aide paradoxalement des personnes à vivre, et ainsi à aller vers une approche moins jugeante ».

Oct. 2019

Contact : 01 42 06 50 17

Pour en savoir plus sur l'évolution du projet : se reporter à l'extrait du rapport d'activité en annexe.

“
La psychologue a pu
« transmettre aux équipes
l'idée que l'alcool aide
paradoxalement des
personnes à vivre, et ainsi
à aller vers une approche
moins jugeante
”

- L'établissement comprend 56 places mixtes composé de 30 chambres individuelles, 13 chambres doubles et 3 places PMR dans un bâtiment sur 5 niveaux.
- Le centre accueille des personnes en situation d'exclusion.

DE L'AUTORISATION DE CONSOMMER A UN VRAI PROJET DE RDRA

Depuis fin 2016, la consommation d'alcool est autorisée au CHU Popincourt, dépendant du Samusocial de Paris. Ce passage, qui s'est opéré à l'occasion d'un déménagement, a cependant été peu accompagné sur le terrain, ce qui a mis l'équipe dans l'embarras. Aujourd'hui, celle-ci s'apprête à se former à la réduction des risques alcool auprès d'un intervenant extérieur. La démarche, qui implique l'ensemble des personnels ainsi que les résident.e.s, vise à offrir un meilleur accompagnement aux personnes en difficulté avec leur consommation et à mieux armer les professionnel.le.s.

« Sur nos 56 résident.e.s, des hommes et des femmes isolés, plus d'une vingtaine ont des problèmes avec l'alcool, dont la moitié assez lourds », estime Pierre Joubert, responsable du centre d'hébergement d'urgence (CHU) Popincourt, dépendant du Samusocial de Paris, où la consommation d'alcool est autorisée dans les chambres.

C'est à la faveur de son déménagement du 15^e vers le 11^e arrondissement, fin 2016, que le centre — qui compte désormais 30 chambres simples et 13 doubles — a imaginé un nouveau projet dans lequel l'interdit a été supprimé en vue de développer une formule de réduction des risques alcool (RdRA). « Redoutant de se retrouver en manque, des personnes stressaient et étaient capables de boire un litre de vodka juste avant de rentrer au CHU et décompensaient après... », pointe le responsable qui, s'il exerce depuis longtemps au Samu social, n'a pris les rênes du centre stabilisé qu'à partir de 2018.

Pour accompagner le changement de fonctionnement qui se profilait, les salariés titulaires ont bénéficié d'une formation visant à évoquer la question de l'alcool et notamment de ses représentations. Cependant, concrètement, si l'usage d'alcool reste toujours permis — un nouveau règlement de fonctionnement qui en tient compte est en cours d'écriture —, faute de règles clairement définies et d'un encadrement de l'équipe suffisamment soutenant, la démarche n'a pas été beaucoup plus loin sur le terrain. Aujourd'hui toutefois, sous l'impulsion du nouveau responsable, l'équipe du Samusocial s'apprête à prendre un nouveau tournant, cela en s'appuyant sur les compétences d'un spécialiste de la RdRA.

TROP DE CHANGEMENTS SIMULTANÉS

← TOUS LES REPÈRES

La bascule vers l'autorisation de consommer s'est en outre heurtée à certaines contraintes techniques. Le déménagement a en effet provoqué le départ d'une partie des professionnels, souvent les plus aguerris ou les mieux formés, « ceux qui comprenaient ce qui peut pousser à boire et que l'alcool est d'abord culpabilisant pour les personnes », rappelle Pierre Joubert. À cela s'est naturellement ajoutée la venue de nouveaux personnels (voir encadré p. 55). De même, la population du centre a évolué puisque seules une vingtaine de résident.e.s de l'ancien CHU ont emménagé à Popincourt. « Cela a fait beaucoup de changements d'un seul coup : de lieu, d'usagers qu'il a fallu apprendre à connaître, de règlement... Cela a rendu le travail plus difficile. Le projet avait été préparé en amont mais une fois ici la réalité s'est révélée bien différente », analyse Carine Kafando, animatrice.

“ C'est difficile d'évaluer “le raisonnable” et de contrôler la consommation de quelqu'un. Et on n'est pas là pour ça ”

”

De son côté, à son arrivée, Pierre Joubert se souvient avoir trouvé une équipe en souffrance et « beaucoup d'hébergés livrés à eux-mêmes. Le projet prévoyait d'effectuer des visites régulières dans les chambres, ce tout particulièrement pour les grands exclus, mais ce n'était pas toujours le cas. Lorsque cela était fait et que l'état des lieux se révélait catastrophique, aucune mesure n'était prise », déplore-t-il. La sensation d'être très intrusif gênait nombre de personnels.

L'idée était, en effet, de permettre aux hébergés de consommer de l'alcool de façon « raisonnable », « de leur demander combien de bouteilles ils ont dans leur sac, par exemple, se souvient l'animatrice. Or, c'est difficile d'évaluer “le raisonnable” et de contrôler la consommation de quelqu'un. Et on n'est pas là pour ça. » L'équipe s'est donc contentée de rappeler les interdits — pas de boisson en dehors des chambres — et n'a pas pu mettre en place de véritable accompagnement dans une logique de RdR.

À LA RECHERCHE D'UNE COHABITATION SEREINE

← TOUS LES REPÈRES

Aujourd'hui, concernant l'alcool, l'équipe intervient essentiellement pour faciliter la vie en collectivité. Première difficulté : la cohabitation dans les chambres doubles. « Il n'y a pas de bonne solution. Si l'on met ensemble une personne qui ne boit pas ou qui gère bien son alcool et une dans des excès et agitée, ça ne se passe pas bien. Notamment, celle-ci empêchera l'autre de dormir alors que peut-être elle travaille et a besoin de repos... cela crée des tensions », constate Pierre Joubert. L'équipe essaie de fait plutôt de regrouper des profils similaires mais cela peut se révéler un peu explosif. Elle a aussi souvent essayé d'installer « les personnes en grande difficulté, les grands exclus, dans des chambres simples pour éviter les conflits mais cela génère de gros problèmes, notamment dans la gestion de la chambre », poursuit-il.

Se pose de plus régulièrement la question des accueillis ayant effectué un sevrage. « Ils se retrouvent dans un lieu où l'alcool est omniprésent et on a peur pour eux. On n'a pas assez de chambres simples. Les départs se font au compte-gouttes, on ne peut donc pas réagir vite », observe Carine Kafando.

Le problème se pose surtout pour les femmes. Le responsable essaie en effet d'équilibrer leur nombre par rapport à celui des hommes, aussi ces dernières se retrouvent-elles plutôt en chambres doubles. « À mon arrivée, le centre n'accueillait que quatre femmes, elles sont désormais quatorze. Cela a d'ailleurs vraiment changé l'atmosphère, amené plus de calme, d'échanges, et a libéré un peu la parole. Lors des repas, par exemple, les gens n'hésitent plus à s'exprimer si quelqu'un se comporte mal ; les ateliers aussi se déroulent plus tranquillement », assure Pierre Joubert.

Établir une meilleure mixité des profils est aussi recherché. En effet, avoir supprimé l'interdit a parfois eu pour conséquence l'orientation vers Popincourt de personnes fortement dépendantes. « On était vu en gros comme “le centre pour alcoolos”. Or, je n'ai pas l'équipe pour répondre à cela, pas d'infirmiers, pas d'éducateurs spécialisés », analyse-t-il. La structure accueille toujours des personnes très désocialisées adressées par la maraude Charonne-Emmaüs et parfois « très dures ».

« On en a installé certaines en chambre simple, mais elles passaient 16 heures dehors, revenaient dormir occasionnellement, et la plupart du temps, la chambre était vide. Il faudrait une formule mieux adaptée qu'un centre de stabilisation pour ce public », estime-t-il.

Pour faciliter l'acceptation des consommateurs d'alcool, les animateurs insistent enfin pour qu'ils n'accumulent pas de bouteilles dans leur chambre, qu'ils sortent leurs poubelles...

« On essaie d'éviter qu'ils se marginalisent par certains comportements, en leur donnant quelques conseils, en les aidant à modifier certaines habitudes », souligne Carine Kafando.

Restés souvent longtemps à la rue, des hébergés ont ainsi tendance à continuer à boire devant le CHU.

« Nous leur expliquons que ce n'est pas terrible pour le voisinage ni pour l'image du centre, mais sans le leur interdire. Ils le comprennent. L'idée est vraiment d'échanger avec les personnes sans être trop autoritaires », poursuit-elle.

UN SENTIMENT D'IMPUISSANCE

Parmi les résident.e.s, certain.e.s s'alcoolisent massivement depuis longtemps, d'autres alternent sevrages et reprise des consommations, certains ont « des alcoolismes un peu moins voyants mais qui ont quand même fait chuter leur vie et les ont conduits à venir ici », explique Pierre Joubert.

D'autres enfin se sont retrouvés à la rue et se sont alors mis à boire. Certains s'alcoolisent fortement par périodes.

« Ils se mettent dans des états pas possibles, font des chutes..., et on ne comprend pas toujours pourquoi ils traversent ce moment-là de cette façon. Notre action est limitée car nous n'avons pas non plus envie de les culpabiliser, mais c'est vraiment difficile », témoigne Carine Kafando.

L'équipe se sent parfois très démunie face aux excès des hébergés. « On a l'impression d'être défaillants, on ne sait pas par quel angle attaquer le problème. On voit la personne se dégrader, s'enfoncer, avec l'impression de ne pouvoir rien faire », se désole l'animatrice.

En cas de débordements extrêmes, il est arrivé que des exclusions soient prononcées. « On ne vire pas les gens à cause de l'alcool mais des conséquences comportementales de leur consommation », explique le responsable, qui a dû exclure six personnes dans les dix premiers mois de son arrivée. Trois d'entre elles devenaient violentes quand elles buvaient et proféraient des menaces de mort contre plusieurs professionnel.le.s. « Pour elles, je n'ai pas hésité ; pour les trois autres, on aurait sans doute pu agir sur un plan éducatif mais c'était allé trop loin et l'équipe n'était pas assez solide », complète-t-il.

DES AMÉLIORATIONS EN COURS

Une partie des professionnel.le.s, opposés dès le départ à la possibilité de consommer de l'alcool dans la structure, se sont saisis des violences pour défendre leur point de vue.

« C'était : "Vous voyez, ça ne marche pas !" L'absence d'accompagnement leur a en quelque sorte donné raison. J'ai dû démontrer que c'est avant tout la désorganisation qui provoque des problèmes, que les personnes boiront de toute façon en cachette dans leur chambre ou avant de rentrer dans le centre et que ce sera pire », souligne-t-il.

Déculpabiliser le fait de boire et mieux organiser le travail ont d'ailleurs permis depuis quelques progrès : baisse des consommations de certains hébergés, réduction des épisodes de décompensation, des insultes, menaces et autres violences... « Les personnes ne jettent plus non plus de bouteilles par les fenêtres au risque de fracasser le crâne des passants, car si elles avaient le droit de boire, elles préféreraient s'en cacher », se réjouit-il.

Carine Kafando se souvient, de son côté, du changement qui s'est opéré pour certain.e.s résident.e.s qu'elle a connus dans l'ancien centre où l'alcool était interdit. « On a vraiment vu des personnes se mettre à gérer ici leurs consommations et ça, c'est magique. On ne les reconnaît plus », s'enthousiasme-t-elle. Dans le centre précédent, les hébergés n'avaient pas accès à leur chambre — qu'ils partageaient en outre à 3, 4 ou 5 personnes — avant 19 h 30, heure d'ouverture de la structure et ils se suralcoolisaient massivement avant, de peur du manque. « Aujourd'hui, certaines parmi elles se sont épanouies et c'est une réussite. On a d'autres types de conversations, une énergie s'est créée, elles s'impliquent même dans la vie du centre et sont porteuses d'initiatives », constate-t-elle.

UN PROJET DE RDRA SUR MESURE

Soucieux d'améliorer l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool, de mieux armer les professionnel.le.s et d'harmoniser les réponses apportées, le CH Popincourt a décidé d'initier un groupe de travail sur la question de la RdRA animé par Matthieu Fieulaine, anthropologue qui se qualifie de « *picologue* ».

« Je me suis aperçu que seul, je n'y arriverais pas, qu'il fallait un regard extérieur », explique Pierre Joubert, qui se réjouit que la démarche implique l'ensemble des personnels mais aussi les résident.e.s.

« L'idée est de permettre à chacun de vider un peu son sac, de réduire le stress autour de la question de l'alcool, de changer les représentations, et de voir ensuite comment on s'organise sachant que boire dans le centre restera possible. Je suis ouvert à tout, mais je veux une cohérence d'ensemble », résume-t-il.

Faut-il permettre l'alcool ailleurs que dans les chambres ? Et si oui, faut-il limiter cela à certains horaires ? Faut-il installer des casiers à l'entrée pour limiter l'introduction de l'alcool dans les chambres ? Est-il envisageable de réorganiser le centre en vue de regrouper les plus en difficulté (grands exclus, profils psychiatriques...) au même étage pour apporter une aide plus ciblée, un soutien plus adapté, et faciliter le travail des personnels ? Autant de points, parmi d'autres, qui seront débattus. Ces questionnements intéressent vivement une partie des professionnel.le.s, dont Carine Kafando qui attend de cette formation qu'elle lui permette de mieux cerner la problématique des addictions et l'approche de la RdR, afin « de mieux travailler au quotidien, de trouver la bonne distance à avoir », et de « se remettre en cause aussi, car c'est très enrichissant ».

“
On a vraiment vu
des personnes se mettre à
gérer ici leurs consommations et ça, c'est magique.”

DES RÉSISTANCES PERSISTANTES

Toutefois, une partie de l'équipe ne l'entend pas ainsi. Si certains affichent un rejet très net de l'alcool à titre personnel mais restent dans une posture professionnelle, d'autres aimeraient voir revenir l'interdit de la consommation et conservent des représentations très négatives. Certains restent en effet figés dans l'idée que « *l'alcool, c'est mal. Cela croise des croyances personnelles* », remarque Pierre Joubert. Dans une attitude de jugement, d'autres estiment que les hébergés « *profitent du système, qu'ils n'ont pas d'argent pour se loger mais en trouvent bien pour picoler, etc.* ».

Le responsable pointe également les problèmes d'usage de certains personnels, la peur du changement, mais aussi le manque de recul dû à l'absence de formation de base. Du côté des résident.e.s, tou.te.s ne comprennent pas non plus que l'alcool soit autorisé. « *Ils ont l'impression qu'on entretient la consommation des hébergés et qu'on ferme un peu les yeux. Ils connaissent bien la problématique pour la côtoyer mais ils pensent que seul l'interdit peut permettre aux personnes de s'en sortir* », remarque l'animatrice.

Des hébergés, qui consomment de l'alcool, considèrent également que l'interdit est préférable, soit qu'ils boivent peu, soit que cela les protège de leurs abus. La formation devrait en tout cas faire bouger les lignes, espère Pierre Joubert, qui mise aussi sur le temps.

Octobre 2019

UNE ÉQUIPE EN RECOMPOSITION

L'équipe du CH Popincourt, ouvert aujourd'hui ouvert 24 heures sur 24 afin de garantir la liberté d'aller et venir des résident.e.s, compte un responsable, deux assistantes sociales, et en théorie cinq animateurs de jour et quatre de nuit, deux agents de restauration, deux chargés d'entretien.

Un médecin généraliste est en outre présent deux demi-journées par semaine.

À son arrivée, en 2018, Pierre Joubert a constaté l'absence de nombreux professionnel.le.s due à des arrêts de travail. Il a choisi de réorganiser l'équipe, a réduit le nombre pléthorique de vacataires, recruté des personnels plus motivés et plus ouverts sur les questions d'alcool, dont certains parmi les vacataires. « *Les arrêts de travail sont encore nombreux mais la situation avance progressivement* », confie-t-il, dénonçant cependant le décalage fréquent entre anciens et nouveaux, voire les conflits qui les opposent.

Cette remise à plat a aussi permis de commencer à réindentifier les tâches attribuées à chacun, de changer les rythmes qui n'avaient pas évolué malgré le changement de projet.

« *Les résident.e.s devaient demander l'autorisation pour entrer ou sortir après 22 heures, c'était extrêmement infantilisant ! On ne peut limiter la circulation d'une personne sans le respect d'un certain cadre : poser la mesure de façon éducative en journée et, en cas d'urgence, solliciter le cadre d'astreinte* », s'enflamme-t-il. De l'analyse de la pratique a enfin été proposée début 2019.

Bientôt, l'équipe devrait pouvoir s'étoffer. Est ainsi en réflexion la mise en place d'un temps de psychologue ou d'addictologue afin de travailler notamment davantage la question de l'alcool.

ACCOMPAGNER LA CONSOMMATION, UN SERVICE PARMIS D'AUTRES

Dans son Espace Solidarité de Charenton-le-Pont (Val-de-Marne), la RATP a proposé de 2015 à 2019⁽¹⁾ aux SDF rencontrés dans le métro parisien par son équipe du Recueil social une palette de services gérés par Emmaüs. Ceux-ci étaient complétés par une action santé menée par l'association Aurore visant à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des addictions. Pour permettre aux personnes de profiter de la structure dans laquelle l'alcool était interdit, cette dernière a mis en place un espace spécifique où sa consommation était autorisée de façon encadrée. Une démarche de RdR qui cherchait à accroître le mieux-être des personnes accueillies et à créer du lien.

La mine fatiguée, le regard ensommeillé, voire hagard, plusieurs dizaines de sans-abri, affalés dans les fauteuils ou les banquettes de la grande salle de l'Espace solidarité de la RATP, à Charenton-le-Pont, prennent un peu de repos après une mauvaise nuit d'errance. Pendant que certains échangent des propos animés, d'autres s'absorbent dans les informations que diffuse un vaste écran de télévision.

Rencontrés sur les quais du métro parisien, ces personnes, des hommes pour l'essentiel, ont été conduites, avec leur accord, par l'un des bus du Recueil social de la RATP jusqu'à ce lieu ouvert par la Régie à leur intention. Dans cet accueil de jour, 40 SDF bénéficient de 7 h à 23 h (22 h le vendredi et 17 h le week-end) d'une palette de services mis à leur disposition : repas, salle avec quelques lits, douches, machines à laver, espace de jeu, accès à Internet, mais aussi accompagnement social, activités et sorties encadrées, infirmerie...

L'organisation globale de ce projet financé à 100 % par la RATP a été confiée à Emmaüs, qui dispose sur place d'agents d'accueil, d'animateurs et de travailleurs sociaux et qui a fait appel à l'association Aurore pour développer une action « santé » et d'accès aux soins. Celle-ci est aujourd'hui déployée par une infirmière, un médecin présent une journée par semaine, un aide médico-psychologique et une psychologue, qui œuvrent en lien avec l'équipe d'Emmaüs.

La RATP ayant en outre souhaité dès le départ que la question des addictions soit prise en charge par un professionnel spécialisé, un poste de « réducteur de risques » a été créé en 2015, ensuite transformé en « intervenant santé ».

UN ESPACE DÉDIÉ

Les deux premiers professionnels d'Aurore qui se sont succédé au poste de réducteur de risques ont pris le parti d'autoriser la consommation d'alcool dans la structure qui le fournissait même dans le cadre de « l'anticipation du manque ».

Selon leur expérience, cette formule permettait de créer du lien, des échanges intéressants. « Mais peu à peu, ça ne s'est plus limité à ce besoin et cela a dérivé. De plus en plus d'alcool était acheté ; des gens venaient, demandaient à consommer et ressortaient finalement le soir plus alcoolisés qu'à leur arrivée », résume Julien Cornic, coordinateur de l'équipe santé.

Aurore a alors demandé, en 2017, à ce dernier d'observer la situation et de proposer une nouvelle approche. Devant le constat que les personnes arrivaient après s'être beaucoup alcoolisées durant la nuit ou qu'elles avaient bu massivement le matin même, que certaines sortaient régulièrement du lieu pour boire ou qu'elles consommaient en cachette au risque de sanctions excluantes, choix a été fait de donner aux usagers une possibilité de boire sans se retrouver hors cadre. Cela s'est matérialisé par l'intégration d'un espace de consommation dans la structure — où partout ailleurs elle est interdite — avec l'obligation pour les accueillis d'apporter leur produit. « Nous sommes partis de l'idée que nous avions à gérer des alcoolisations massives et, avec elles, des comportements agressifs, des violences verbales, des comas... et donc qu'il valait mieux accompagner la consommation que de réagir à des crises récurrentes », explique le coordinateur, qui a ensuite animé le projet durant six mois. Au cœur de la démarche : faire en sorte que la conduite addictive de la personne ne l'empêche pas de bénéficier des autres services de la structure et ne se solde pas par une exclusion.

DES MESURES CADRANTES

À leur arrivée, les personnes peuvent déposer canettes, bouteilles, flasques et autres fioles dans des casiers individuels situés dans l'espace de consommation, qui communique avec l'infirmerie. « Savoir leur produit en sécurité, à proximité, est très rassurant pour elles, ça limite la peur du manque », remarque la psychologue Marie Francia, devenue l'une des référentes du projet avec l'infirmière. L'usage du local est très encadré. Première règle : les personnes ne peuvent y venir qu'une par une. Elles ne sont autorisées en outre à boire que leur propre alcool. Impossible donc d'accepter l'invitation d'un copain à partager une boisson. Enfin, elles doivent consommer en présence d'un professionnel. « Pour que les personnes ne ressortent pas plus alcoolisées qu'à leur arrivée, nous avons adopté la variable temps comme limite : nous n'avons pas fixé un nombre de verres maximum mais considéré que l'alcoolémie suit une courbe de temps. En partant du principe qu'au bout d'une heure trente une unité d'alcool est éliminée, nous cherchons à espacer les consommations », développe Julien Cornic. Autre technique adoptée : la proposition systématique d'un verre gradué, du type Just'Dose.

« Cela nous permet de proposer une consommation par unité d'alcool — une dose de pastis, par exemple, n'équivaut pas à la même quantité de bière — et d'apporter un discours un peu médical sur le mode de consommation », poursuit-il. Une affiche au mur rappelle d'ailleurs ces principes de prévention. Boire au verre a aussi pour intérêt de ralentir et réduire un peu l'absorption d'alcool. « On vide une canette goulûment jusqu'au bout alors qu'on prend plus son temps avec un verre et qu'on ne se ressert pas forcément. Tout cela n'est pas spectaculaire, mais par petites touches, des choses se passent », assure Julien Cornic.

“ Pour que les personnes ne ressortent pas plus alcoolisées qu'à leur arrivée, nous avons adopté la variable temps comme limite : nous n'avons pas fixé un nombre de verres maximum mais considéré que l'alcoolémie suit une courbe de temps. En partant du principe qu'au bout d'une heure trente une unité d'alcool est éliminée, nous cherchons à espacer les consommations ”

UN SERVICE À LA CARTE

Dans l'optique de pouvoir travailler sur la manière de boire de l'usager et de réduire les risques, lors de l'entretien d'inclusion dans le dispositif, la personne est invitée à esquisser, tant que faire se peut, avec le professionnel un « projet de consommation ».

Pour élaborer ce contrat mutuel, il lui est demandé d'estimer le temps qu'elle pense pouvoir mettre entre ses consommations, comment elle entend les répartir dans sa journée, afin de savoir comment l'aider à les gérer. « À partir de là, si elle revient un peu trop tôt, on essaie de temporiser. On peut par exemple l'inviter à manger avant pour un peu "éponger" l'alcool. Du coup, elle revient des fois plusieurs heures plus tard », constate Marie Francia. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé avec O. lorsque récemment le médecin lui a proposé de garder sa flasque de whisky. « C'était plus une compulsion qu'un syndrome de manque. Il a accepté de me la remettre et de revenir après le déjeuner, mais en fait, ensuite, il n'y a plus pensé et il n'est repassé que le soir la récupérer », témoigne le Dr Gilles Brousse. Pas question en tout cas d'aller au conflit. « C'est leur alcool, ils l'utilisent comme ils en ont envie. Ils restent les maîtres de leur consommation », insiste le coordinateur.

UN PRÉTEXTE À LA RENCONTRE

Encadrer la consommation par la présence d'un professionnel vise avant tout, pour l'équipe d'Aurore, à créer un espace de rencontre avec l'usager. C'est un temps d'échange pendant lequel il lui est possible de travailler la réduction des risques en étant au plus près des usages de la personne, mais c'est aussi l'occasion de laisser une éventuelle demande s'exprimer, qu'elle soit en lien direct ou non avec l'alcool.

« Au début, on parle de la météo, de cuisine, de lieux dans Paris... On n'aborde pas d'emblée la question de l'alcool. Petit à petit, la confiance s'établit et il arrive que des personnes qui ne voulaient jamais voir de médecin, de psychologue ou de travailleur social finissent par rencontrer toute l'équipe », relève Marie Francia.

« Des choses sortent et elles peuvent donner des pistes pour une prise en charge. Mais il faut laisser venir la personne pour que le lien se crée », confirme le médecin. Ces accompagnements facilitent la dispense de conseils ponctuels sur le plan de la santé, servent notamment d'accroche pour la réalisation de petits soins, la mise en place de démarches sociales. L'infirmière ou le médecin qui reçoivent dans le bureau voisin peuvent aussi, s'ils sont disponibles alors et que leur porte est volontairement restée entrouverte, réagir rapidement s'ils entendent que tel ou tel a une blessure à la main ou souffre d'un problème de pied. Parfois aussi, les usagers viennent

davantage dans le local pour discuter que pour boire et l'entretien peut durer jusqu'à une heure trente, ce qui d'ailleurs n'est pas toujours facile à gérer. « *L'un d'eux ne veut effectuer aucune démarche. Il s'alcoolise partout : dehors, dans les WC... Il veut juste parler et c'est plus facile pour lui de le faire s'il a sa bière à côté, qu'il la boive ou non d'ailleurs. Des fois, à peine sorti, il revient. Il a besoin d'attention. Sa demande porte plus sur le lien que sur la consommation* », analyse la psychologue.

UN LIEU POUR FAIRE UNE PAUSE MAIS...

Défini à partir d'échanges avec les équipes d'Emmaüs confrontées à la problématique de l'alcool, le cadre de l'accueil de jour l'a aussi été avec l'apport des usagers. Lors de réunions, ces derniers avaient, en effet, manifesté leur préférence pour un espace en retrait. « *Beaucoup nous ont dit que venir à l'accueil de jour leur servait à se protéger de leurs consommations. Cela limitait les tentations et les éloignait des multiples sollicitations présentes à l'extérieur. Ils ne voulaient pas que l'alcool soit accessible à tous et en libre circulation* », se souvient Julien Cornic. Il s'agissait aussi de prendre en considération ceux qui ne consomment pas même s'ils ne représentent qu'une infime minorité du public reçu. L'élaboration d'un petit questionnaire sur les pratiques et les souhaits des usagers a permis également de faire évoluer le projet.

Sur le terrain cependant, le fonctionnement se heurte à plusieurs difficultés. En premier lieu, certains ont du mal à contractualiser un engagement avec le professionnel.

« *Cela peut faire peur. C'est d'ailleurs pourquoi, on répète toujours "qu'on essaie de..." , pour tout* », souligne Marie Francia. Il faut ensuite que les personnes jouent le jeu.

Certaines peuvent en effet accepter de confier leur bière et de boire une unité d'alcool toutes les deux heures mais aussi sortir entre-temps pour consommer. « *Cela suppose alors de reposer les choses avec l'usager, de signaler qu'on le voit plus alcoolisé qu'à son arrivée et de lui demander comment il veut que nous fonctionnions* », précise Julien Cornic.

« *Il faut aussi comprendre alors pourquoi les personnes ont besoin de cet espace en plus, quelle fonction il remplit* », complète la psychologue. Autre difficulté : il n'est pas toujours simple pour quelqu'un de dire qu'il a besoin de boire et qui plus est de devoir le faire devant un professionnel. Pour ce dernier d'ailleurs, ce n'est pas forcément aisé non plus.

« *C'est compliqué de regarder la personne boire. Pour dédramatiser cela, j'essaie toujours de prendre moi aussi une bois-*

son : un café, un jus... et de mettre mon verre en évidence », commente-t-elle. Certains enfin aiment consommer en groupe ou griller une cigarette en même temps. Or, s'il existe bien un fumoir, il est interdit d'y boire de l'alcool.

UNE FORMULE AMÉLIORABLE

Aujourd'hui, la structure devant fermer ses portes pour raisons budgétaires, l'heure est au bilan. Si le dispositif développé a apporté une solution à de nombreux accueillis mais aussi amélioré les relations de voisinage ou avec la mairie (moins de canettes jetées dehors, de bruit devant la structure...), ses limites sont aussi repérées. La première tient à la discontinuité de la prise en charge.

« *Les personnes ne peuvent venir que par le biais du Recueil social. Comme il n'y a pas de parcours défini, beaucoup ne savent pas comment le trouver. Leur venue est donc très aléatoire* », regrette Julien Cornic.

L'implication des usagers-experts dans le projet n'a pas été non plus suffisamment soutenue. « *Si le projet devait continuer, il faudrait repérer des personnes ayant expérimenté cette consommation encadrée et avoir leur retour pour connaître leurs pratiques — sortent-elles pour consommer par exemple et pourquoi ? — et mieux répondre aux besoins* », poursuit-il.

Une réflexion pourrait aussi être menée sur la possibilité de boire son propre alcool au moment des repas. « *Pourquoi se contenter d'une alcoolisation à jeun ?, interroge le coordinateur. Cela potentialise les risques et amène un faux effet de satiété alors qu'il importe que ces personnes, carencées en vitamines, aient au moins un vrai repas par jour. Enfin, cela ramènerait l'alcool à l'usage commun, en lien avec l'alimentation.* »

Autre point de réflexion : un tel dispositif nécessite-t-il un intervenant santé spécifique ou la compétence peut-elle être partagée par un ensemble de professionnel.le.s ?

« *En tant qu'éducateur spécialisé, ce qui m'a intéressé c'est de monter le projet et de le mettre en œuvre, mais ensuite l'accompagnement lui-même se révèle un peu limité si l'on ne fait que cela* », estime le coordinateur identifié comme le référent alcool.

DÉVELOPPER UNE CULTURE DE LA RDR

Pour qu'une telle expérimentation fonctionne, il importe également que l'ensemble des acteurs impliqués portent le projet, qu'ils soient convaincus du bien-fondé de la démarche de RDR, ne s'enferment pas dans une logique de contrôle ou

d'abstinence, et freinent son déploiement. Ce qui ne va pas de soi, d'autant plus que les avancées en matière de RDR sont rarement fulgurantes.

« *Il y a un gros travail de sensibilisation et d'accompagnement de l'ensemble des équipes en place à mener, pour qu'elles puissent s'inscrire dans une logique de non-jugement, et qu'on n'entende plus des propos du type : "Quand on veut, on peut !", qu'elles comprennent qu'il ne s'agit pas d'encourager les consommations mais de prendre les personnes comme elles sont* », résume Julien Cornic.

Si certaines ont accepté de s'ouvrir à cette nouvelle approche, ont manifesté une envie d'apprendre, d'autres ont en effet rencontré plus de difficulté.

Mais la plus grande limite du projet reste qu'à la fermeture du centre, le soir, les personnes retournent à la rue. « *Elles se retrouvent dans la même situation et finalement tout ce qu'on a fait est bien éphémère...* », déplore Gilles Brousse. Réussir à limiter les consommations en journée et faire en sorte qu'elles ne conduisent pas les accueillis à l'exclusion de la structure et les privent de services aptes à les aider est, certes, utile et a une visée de réduction des risques, reconnaît le médecin, mais « *reloger les personnes, c'est le premier pilier de la RDR, or cela ne parvenait pas à se faire. C'est à partir d'un hébergement que, si les gens sont d'accord, plein de choses peuvent être travaillées.* »

1) La structure a fermé ses portes en juin 2019.

“
Si le projet devait continuer, il faudrait repérer des personnes ayant expérimenté cette consommation encadrée et avoir leur retour pour connaître leurs pratiques — sortent-elles pour consommer par exemple et pourquoi ? — et mieux répondre aux besoins
”

GÉRER LE MANQUE

Que proposez-vous lorsque des personnes arrivent à l'accueil de jour en disant être en manque ? Interpelée sur ce point par l'équipe d'Emmaüs, celle d'Aurore a construit une réponse spécifique. Le premier principe adopté est de faire en sorte que la personne se procure son produit, quitte à l'accompagner pour en acheter. Quand cela se révèle impossible, une unité d'alcool, jamais plus, peut éventuellement être délivrée. Régulièrement, en effet, des personnes oublient avoir déposé leur alcool dans un casier et plutôt que de le leur redonner après avoir cherché à réduire les risques durant la journée, l'équipe a choisi de le garder. Elle dispose ainsi de quelques canettes en stock dont elle se sert en cas de besoin. Deuxième principe défini : apporter une réponse médicalisée. Depuis qu'une infirmière exerce à temps plein, celle-ci effectue avant toute décision une prise des constantes (tension, rythme cardiaque, température...).

« *On essaie de voir si les signes médicaux du manque sont là pour apporter une réponse adaptée, éventuellement d'ailleurs en se tournant vers le Samu ou les pompiers* », explique Julien Cornic.

Ainsi, le coordinateur se souvient d'un monsieur arrivé en tremblant et qui s'est révélé, après prise des constantes, ne pas être du tout en manque mais au contraire très alcoolisé ce qui avait provoqué une crise d'épilepsie. « *Lui redonner de l'alcool aurait accru les risques* », commente-t-il.

Les réponses se font en fait au cas par cas, le principe étant de soulager le mieux possible la sensation de mal-être d'une personne. C'est ainsi que, de son côté, Marie Francia évoque la situation d'un usager qui présentait des symptômes intenses et alarmants de manque physique. Cependant, après avis médical, cet état n'a pas été confirmé. Le médecin et la psychologue ont cependant choisi d'entendre la demande d'aide alors exprimée. « *Nous lui avons proposé un fond de bière, puis nous avons longuement échangé avec lui sur sa problématique addictive. Par la suite, une prise en charge en addictologie a pu être mise en place. Il a donc pu reprendre un suivi en Csapa et a ensuite entamé une post-cure* », se réjouit la psychologue.



RdRA ANNEXES OUTILS

Les annexes présentées ci-après sont des supports et outils extraits des projets conduits par les centres d'hébergements :

Formations, groupe de travail, grilles, tableaux et entretiens d'évaluation des effets des levées d'interdits extraits de règlements de fonctionnement, dépliants, rapport d'activité.

Nous remercions l'ensemble des structures de permettre la diffusion de ces documents.



Programme de la formation Dans la cadre du projet expérimental alcool

Intervenante Fil Rouge des 4 jours : Alice LANQUETTE – Animatrice-Formatrice à l'A.N.P.A.A.75 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de Paris)

Dates : lundi 25 janvier – mardi 26 janvier – lundi 15 février – mardi 16 février 2016

Lieu : ANPAA75 (2jours) / Centre Georges Dunant (2jours)

JOUR 1 – Lundi 25 janvier 2016

De 9h30 à 12h30

Intervenante : Alice LANQUETTE, animatrice – formatrice à l'A.N.P.A.A.75

- Présentation de la formation
- Tour de table et recueil des attentes
- Travail sur les représentations à partir de différents outils interactifs sur les thèmes : santé, drogue, addictions, alcool ...

De 12h30 à 13h30 PAUSE DEJEUNER

De 13h30 à 16h30

Intervenante : Alice LANQUETTE, animatrice – formatrice à l'A.N.P.A.A. 75

- Notions d'alcoologie

JOUR 2 – Mardi 26 janvier 2016

De 9h30 à 12h30

Intervenante : Elodie MARCHIN, Psychologue clinicienne au CSAPA de l'A.N.P.A.A.75 CAP 14

- Approche psychologique des addictions et prise en charge

De 12h30 à 13h30 PAUSE DEJEUNER

De 13h30 à 16h30

Intervenant : Franck MOULIUS, animateur-formateur à l'A.N.P.A.A. 75

- Echanges / ateliers sur les difficultés liées aux usages d'alcool
- Travail d'analyse et de réflexion entre professionnels

JOUR 3 – Lundi 15 février 2016

De 9h30 à 12h30

Intervenant : Christophe JONCART, Educateur Spécialisé au CSAPA de l'A.N.P.A.A.75 CAP 14

- Accompagnement vers le soin
- Le réseau de prise en charge en alcoologie

De 12h30 à 13h30 PAUSE DEJEUNER

De 13h30 à 16h30

Intervenant : Daniel KARINTHI, Médecin Addictologue au CSAPA de l'A.N.P.A.A.75 Centre CAP 14 /

AP-HP Hôpital Antoine BECLERE

- La maladie alcoolique : approche médicale et prise en charge

JOUR 4 – Mardi 16 février 2016

De 9h30 à 12h30

Intervenant : Franck MOULIUS, animateur-formateur à l'A.N.P.A.A. 75

- Histoire de la RDR (Réduction des Risques)
- Visionnage du Film documentaire de ASUD sur l'histoire de la RDR (ASUD – AFR)La RDR en alcoologie

De 12h30 à 13h30 PAUSE DEJEUNER

De 13h30 à 16h30

Intervenante : Alice LANQUETTE, animatrice-formatrice à l'A.N.P.A.A.75.

- Les Concepts de prévention, exemples de projets de prévention
- Evaluation
- Tour de table

Contacts ANPAA75 :

Alice LANQUETTE
alice.lanquette@anpaa75.asso.fr
Franck MOULIUS franck.moulius@anpaa75.asso.fr
A.N.P.A.A. 75 – 01 46 06 26 00



FORMATION des équipes

de la Poterne des Peupliers

Accompagner les personnes avec des conduites addictives

Durée	2 jours
Dates	11 et 13 septembre
Lieu	CHRS La Poterne des Peupliers
Public	Professionnels
Nombre de participants	17
Intervenant-e-s	Une animatrice/formatrice en prévention des addictions Un éducateur spécialisé du CSAPA CAP14

OBJECTIFS DE LA FORMATION

- Modifier ses représentations sur les personnes en difficultés avec l'alcool ou autres addictions
- Acquérir une meilleure compréhension des problématiques alcool et addictions
- Adopter une posture et des réponses adaptées face aux personnes concernées
- Identifier des cadres d'intervention communs à l'ensemble des professionnels
- Développer une démarche de Réduction des Risques et des Dommages pour l'alcool
- Connaître le réseau de prise en charge pour orienter au mieux

METHODOLOGIE

- Un formateur fil rouge
- Utilisation de supports et de techniques d'animation
- Etudes de cas à partir de situations apportées par le groupe
- Jeux de rôle/mises en situation
- Alternance d'apports de connaissances et d'échanges
- Remise de documentation sur les notions de base, les produits et le réseau en addictologie

PROGRAMME

Fil rouge	Alice Lanquette Animatrice/formatrice Anpaa75
Jour 1	
Intervenante	Alice Lanquette Animatrice/formatrice Anpaa75
Matin	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation de la formation - Tour de table et recueil des attentes - Travail sur les représentations et apport de connaissances sur les notions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Drogues • Alcool • Addictions
Après-midi	<ul style="list-style-type: none"> - Apport de connaissances sur les différentes substances psychoactives (dont les traitements de substitution et les médicaments) : <ul style="list-style-type: none"> • Effets recherchés et risques • Niveaux d'usage en France • Démarche et outils de Réduction des Risques - Mise en situation, échanges sur des cas concrets proposés par le groupe
Jour 2	
Intervenants	Christophe Joncart, éducateur spécialisé au CSAPA CAP 14
Matin	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner au changement dans une approche motivationnelle : Quel positionnement des professionnels possibles dans la relation d'aide ? - La prise en charge en CSAPA : du premier accueil à la stabilisation
Après-midi	<ul style="list-style-type: none"> - Focus sur la Réduction des risques - Présentation des outils - RDRD Alcool informations et outils - Evaluation de la journée

CONTACT

A.N.P.A.A.75 – 13 rue d'Aubervilliers - 75018 PARIS - 01 46 06 26 00

Alice.lanquette@anpaa.asso.fr

GRILLE SUPPORT D'ENTRETIEN POUR LES INTERVENANT.E.S DES CHRS



Méthodologie acquise lors de formations avec M. Fieulaine
Extrait du power point « RdRA - CHS Valgiros 2016-2017 »

• La grille d'analyse **picologique**: Ce n'est pas un protocole ni un canevas d'entretien directif mais un référentiel pour structurer les entretiens formels et les conversations informelles

Éléments contextuels de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Qui? Quand • Quoi? Où? 	Éléments sur les manières de boire <ul style="list-style-type: none"> • Type d'alcool • Rythme, temporalité • Contextes d'usage (dedans, dehors, seul...) • Hydratation, budget, ressources 	Fonctions du boire <ul style="list-style-type: none"> • Antalgique, somnifère • Vie sociale...
Bénéfices/risques et dommages repérés <ul style="list-style-type: none"> • Question du manque • honte • culpabilité... 	Historique/anamnèse/c arrière d'usage <ul style="list-style-type: none"> • Usages • Prises en charge • Pratiques perso de RDR... 	Questionnement (point de vue) du professionnel <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés • Besoins • Attentes • Manque...
Parole de l'utilisateur <ul style="list-style-type: none"> • Ce qu'il dit sur son histoire avec l'alcool 	Bénéfices/risques/dommages <ul style="list-style-type: none"> • Perçus par l'utilisateur • Perçus par le professionnel 	Ce qu'on pourrait mettre en place comme intervention RDRA <ul style="list-style-type: none"> • Ressources, connaissances • Moyens, relais • ...

MISE EN ŒUVRE D'UNE DÉMARCHÉ CONCERTÉE ET COLLABORATIVE



Pôle Rosa Luxemburg
CHRS La Poterne des Peupliers

Poterne des Peupliers / Groupe de travail pour accompagner le changement
Extrait Power point « RdRA CHRS Poterne les peupliers – CASVP »

1^{er} octobre 2019

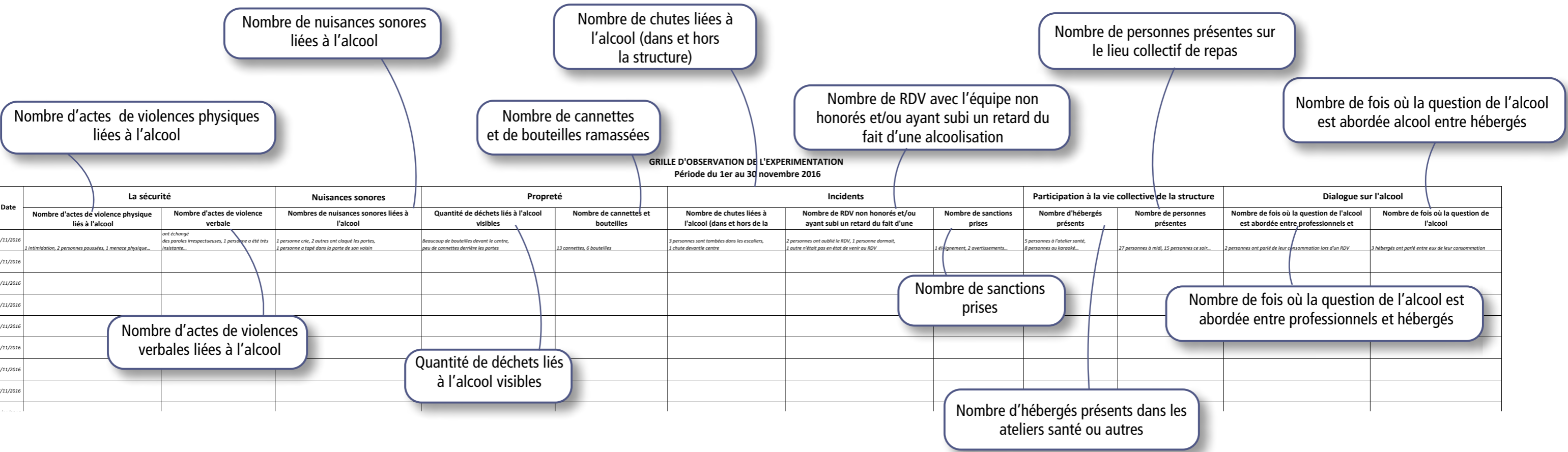
4. La levée de l'interdit de consommer de l'alcool

➔ 1 groupe de travail, composé de professionnel.le.s et de résident.e.s, s'est réuni les 14 janvier, 14 février, 25 février, 18 mars et 23 septembre 2019 afin de préciser les modalités de cette expérimentation

Résumé du groupe de travail

- Lever l'interdit dans la chambre, avec vigilance sur la gestion de la cohabitation (médiation, changements de chambres possible, ...)
- Lever l'interdit dans les parties communes
 - ➔ ni dans les couloirs, ni les bureaux
 - ➔ réfectoire : sur des temps exceptionnels
 - ➔ bibliothèque ou tisanerie : salle de consommation avec présence de professionnels pour associer cette consommation à du plaisir et de la convivialité

AXES D'OBSERVATION AVANT DÉMARRAGE ET PENDANT L'EXPÉRIMENTATION RENSEIGNÉS PAR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE LA STRUCTURE



GRILLE D'OBSERVATION DE L'EXPERIMENTATION
Période du 1er au 30 novembre 2016

Date	La sécurité		Nuisances sonores	Propreté		Incidents			Participation à la vie collective de la structure		Dialogue sur l'alcool	
	Nombre d'actes de violence physique liés à l'alcool	Nombre d'actes de violence verbale	Nombres de nuisances sonores liées à l'alcool	Quantité de déchets liés à l'alcool visibles	Nombre de cannettes et bouteilles	Nombre de chutes liées à l'alcool (dans et hors de la structure)	Nombre de RDV non honorés et/ou ayant subi un retard du fait d'une alcoolisation	Nombre de sanctions prises	Nombre d'hébergés présents	Nombre de personnes présentes	Nombre de fois où la question de l'alcool est abordée entre professionnels et hébergés	Nombre de fois où la question de l'alcool est abordée entre hébergés
01/11/2016	1 intimidation, 2 personnes poussées, 1 menace physique...	ont échangé des paroles irrespectueuses, 1 personne a été très insistante...	1 personne crie, 2 autres ont claqué les portes, 1 personne a tapé dans la porte de son voisin	Beaucoup de bouteilles devant le centre, peu de cannettes derrière les portes	13 cannettes, 6 bouteilles	3 personnes sont tombées dans les escaliers, 1 chute devant le centre	2 personnes ont oublié le RDV, 1 personne dormait, 1 autre n'était pas en état de venir au RDV	1 évitement, 2 avertissements...	5 personnes à l'atelier santé, 8 personnes au karaoké...	27 personnes à midi, 15 personnes ce soir...	2 personnes ont parlé de leur consommation lors d'un RDV	3 hébergés ont parlé entre eux de leur consommation
01/11/2016												
02/11/2016												
03/11/2016												
04/11/2016												
05/11/2016												
06/11/2016												
07/11/2016												

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet de la levée de l'interdiction de consommation de l'alcool, nous relevons votre parole afin de pouvoir recueillir votre ressenti sur la situation actuelle.

I. Droits et libertés

1. Pensez-vous que cette mesure est plus respectueuse des droits et libertés individuels des résidents ?
 Oui Non Ne se prononce pas

II. Accompagnement

1. Depuis la levée de l'interdit, avez-vous plus de demandes de suivi à propos de l'addiction à l'alcool ?
 Oui Non
2. Constatez-vous que le sujet des consommations d'alcool est plus facilement abordé avec les résidents concernés ?
 Oui Aucun changement Non
3. Depuis la levée de l'interdit, constatez-vous une prise de conscience des risques liés à la consommation de l'alcool ?
 Oui Aucun changement Non
4. Si oui, constatez-vous une limitation de ces risques ?
 Oui Aucun changement Non

III. Consommations

1. Depuis la levée de l'interdit de consommer de l'alcool sur le centre, avez-vous constaté un changement de la consommation du produit durant la matinée ?

2. Diriez-vous que les risques liés aux consommations en soirée :
 ont diminué n'ont pas changé ont augmenté
3. Avez-vous constaté une rechute des personnes abstinentes en lien avec la levée de l'interdit?

Educateurs, éducatrices

Questionnaire pour les éducateurs

4. Si oui, quels sont éléments qui vous permettent d'établir un lien entre ces rechutes et la levée de l'interdit ?

5. Quels lieux de consommation d'alcool identifiez-vous aujourd'hui ?

IV. Vie en collectivité

1. Quelles observations faites-vous des espaces de vie en collectivité depuis la levée de l'interdit ?

2. Quelles remarques pouvez-vous formuler à propos de la présence des usagers sur les temps collectifs, en lien avec l'expérimentation en cours ?

3. Concernant les repas, considérez-vous qu'il y a :
 Moins d'incidents Aucun changement Plus d'incidents
4. Si vous avez participé à des ateliers, considérez-vous qu'il y a :
 Moins d'incidents Aucun changement Plus d'incidents
5. Si vous avez constaté plus d'incidents, quel lien cela a avec la levée de l'interdit ?

V. Espace de vie

1. Considérez-vous que les cohabitations, depuis la levée de l'interdit sont :
 Moins aisées Aucun changement Plus aisées

Questionnaire pour les résidents

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet de la levée de l'interdiction de consommation de l'alcool, nous relevons votre parole afin de pouvoir recueillir votre ressenti sur la situation actuelle.

I. Droits et libertés

1. Pensez-vous que cette mesure est plus respectueuse de vos droits et libertés individuels ?
 Oui Non Ne se prononce pas

II. Vie en collectivité

1. Quelles observations faites-vous des espaces de vie en collectivité depuis la levée de l'interdit ?

2. Quelles remarques pouvez-vous formuler à propos de la présence des résidents sur les temps collectifs ?

3. Concernant les repas, considérez-vous qu'il y a :
 Moins d'incidents Aucun changement Plus d'incidents

4. Si vous avez participé à des ateliers, considérez-vous qu'il y a :
 Moins d'incidents Aucun changement Plus d'incidents

Résident.e.s

Questionnaire pour les résidents

5. Si vous avez constaté plus d'incidents, quel lien a-t'il avec la levée de l'interdit ?

III. Espace de vie

1. Considérez-vous que les cohabitations, depuis la levée de l'interdit sont :
 Moins aisées Aucun changement Plus aisées

IV. Expression libre

1. Que pensez-vous de cette expérimentation ?

EXTRAITS DE RÈGLEMENTS DE FONCTIONNEMENT / TROIS EXEMPLES DE FORMULATIONS SUR LES CONSOMMATIONS D'ALCOOL



CHS Valgiros
210 bis rue Vaugirard
75015 Paris

Ancien règlement :

- La détention d'alcool est strictement interdite dans le CHS.
- La consommation d'alcool est interdite dans le CHS et dans un périmètre d'un kilomètre en dehors du CHS.

Nouveau règlement :

- Conformément à la loi, la consommation d'alcool est autorisée dans le CHS : dans les espaces communs et dans les chambres. La consommation dans les espaces communs se fait prioritairement dans une intention de convivialité.
- Chacun s'engage à rester responsable de sa consommation et à ne pas gêner les autres. La consommation d'alcool ne justifie évidemment pas d'enfreindre les règles de vie du centre ni de manquer de respect aux autres résidents. Les pratiques d'alcoolisation doivent se faire dans un souci du collectif, de respect de ses colocataires.
- De même, les personnes qui consomment de l'alcool ne doivent pas faire l'objet de comportement ou de paroles discriminatoires liées à leur consommation.
- Concernant les temps nécessitant une participation active (réunion d'étage, AMAP, CVS, rendez-vous d'accompagnement social), il est demandé à chacun de veiller à être à ce moment en état pour une bonne participation.



CHRS G. Dunand,
18, rue de l'Aude
75014 Paris

Ancien règlement (extrait de la partie IV L'hygiène et la sécurité) :

Art 3

Il est interdit d'introduire et de consommer de l'alcool dans l'établissement et autour de celui-ci, y compris dans sa chambre. L'équipe est autorisée à confisquer toute bouteille d'alcool dans l'enceinte de l'établissement.

Nouveau règlement (extrait de la partie IV L'hygiène et la sécurité) :

Art 3 Consommation « encadrée de l'alcool »

Il est autorisé de consommer de l'alcool dans les espaces privatifs (dans les chambres), sa consommation dans les parties communes (salle d'animation, Réfectoire et Hall d'accueil) reste interdite. Tout débordement lié à la consommation de l'alcool peut faire l'objet d'une sanction.

Extrait du règlement de fonctionnement du centre de stabilisation géré par France Horizon (dans l'article 3 – conditions d'utilisation du studio mis à disposition

3.1. Obligations des bénéficiaires :

Ils s'engagent à occuper le studio et les espaces collectifs dans le respect des règles usuelles de bon voisinage et d'utilisation normale.

À ce titre, ils s'engagent à :

...

- Ne pas se trouver en situation d'ébriété au sein de l'établissement causant des troubles suite à une consommation excessive d'alcool

...



23 rue des Noyers
93 300 Aubervilliers

CHU MOUZAÏA : ÉVOLUTION DU PROJET

CHU Mouzaïa – Extrait du rapport d'activité de l'année 2019

Accompagnement des problématiques d'addiction

Depuis plusieurs années, les différentes équipes salariées du CHU Mouzaïa se sont intéressées à la réduction des risques et des dommages (RDRD) et plus particulièrement aux troubles addictifs liés à la consommation d'alcool. Ce sujet est très présent dans la gestion de la vie quotidienne du CHU. Ainsi, malgré les différents changements d'équipe, ce sujet a perduré par le biais de la participation au groupe de travail « Réduction des risques alcool et hébergement » coordonné par la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques de la Ville de Paris et de la Seine Saint-Denis mentionné p. 13.

NEW

CE QUI A CHANGE APRES LE DEMENAGEMENT :

Fin de l'interdiction de la consommation d'alcool

Formation de l'équipe à la Réduction des Risques et des Dommages

Avec le déménagement, les modalités d'accueil du CHU Mouzaïa ont totalement changé, les salariés ont adapté leurs pratiques et les personnes hébergées ont changé leurs habitudes. Les personnes sont dorénavant dans des studios individuels avec douche et kitchenette. La manière d'habiter est donc totalement différente, le fait d'être seul.e et d'habiter un studio équipé renvoie une sensation de « chez soi ». Dans ces nouvelles conditions il paraît difficile de conserver des règles de non-consommation d'alcool au sein du centre et surtout dans les espaces individuels. Nous devons donc adapter notre règlement à ces changements. Cependant, l'autorisation de l'alcool doit être réfléchi : quels espaces, quelles limites ? quel accompagnement ? Cette réflexion doit être portée par l'ensemble de l'équipe et expliquée aux personnes hébergées. Nous estimons autour de 30% les personnes souffrant - ou ayant souffert, d'addiction au CHU. Mais surtout, chacun a ses représentations au sujet de l'alcool, chez les personnes hébergées comme chez les salariés. Il était donc essentiel de réfléchir toutes ensemble à cette question afin de déconstruire les potentiels préjugés, et pour cela, être formés par des professionnels afin de tous avoir le même niveau de connaissance et une même ligne directrice.

La Réduction des Risques et des Dommages envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives en prenant en compte le contexte et le profil des consommateurs. Elle vise à encourager l'utilisateur à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. C'est ce type d'accompagnement vers lequel nous souhaitons tendre.

Afin de former les salariés du CHU à la RDRD et de créer un cadre d'échanges avec des professionnels spécialisés sur ce sujet, nous avons monté une formation avec le CSAPA Charonne. Cette formation est ouverte à toutes : travailleurs sociaux, auxiliaires de vie sociale, agent d'accueil, agent d'entretien, pairs aidant, psychologue, cadres. 24 personnes ont prévu de participer à 6 demi-journées de formation, dont la première a eu lieu en décembre 2019.



Valgiros

EXPERIMENTATION D'UN ACCUEIL AVEC ALCOOL



Projet financé par
l'Agence Régionale de Santé Ile de France



EXEMPLE DE DÉPLIANT DE VALORISATION DES DÉMARCHES DE RdRA

Genèse du projet :

Actuellement, interdire la consommation d'alcool en centre d'hébergement est la norme. Mais cette pratique pose beaucoup de questions :

- Peut-on proposer un toit à une personne mais la renvoyer à la rue pour boire ?
- Pourquoi obliger des adultes à se cacher pour consommer de l'alcool ?
- Comment réagir aux comportements des personnes qui sont sur-alcoolisées dans l'établissement ?
- Comment réagir aux crises de manque des personnes qui sont physiquement dépendantes à l'alcool ?
- Comment accompagner en vérité lorsque l'interdiction empêche d'en parler librement ?
- Pourquoi créer des espaces d'interdiction en France où trinquer est une pratique culturelle ?

Par ailleurs, aucune loi n'interdit à une personne de consommer de l'alcool dans son domicile.

Comment Valgiros accueille avec alcool ?

Introduction progressive de l'alcool :

- Été 2016 : séjour extérieur avec autorisation de boire sans se cacher
- Hiver 2017 : formation de l'équipe sociale puis des bénévoles
- Fin 2016-début 2017 : Présence d'alcool dans des occasions conviviales en présence de l'équipe sociale : Noël, pot de départ, table ouverte
- Février 2017 : autorisation pour une soirée avec alcool sans présence de l'équipe sociale (cadre précis)
- Mai 2017 : autorisation de détenir et consommer de l'alcool dans l'établissement
- Été 2018 : évaluation : forte réduction des consommations à la rue autour de l'établissement, temps conviviaux appréciés par les accueillis et les bénévoles, sentiment d'être moins infantilisés.

Qu'est-ce que la RDR-A ?

L'accueil avec alcool est un des outils d'intervention développés par une approche innovante appelée la Réduction des Risques Alcool (RDRA). La RDRA vise à proposer, partout où la question des usages d'alcool se pose, des réponses alternatives aux offres classiques articulées autour de l'abstinence et de l'interdit.

Considérant que ces réponses, si elles conviennent à certaines personnes, contribuent faute d'alternative à mettre en difficulté beaucoup d'autres, la RDRA agit pour accompagner les personnes dans leurs pratiques de consommations, afin d'agir avec elles sur leur qualité de vie et sans forcément attendre un arrêt ou un changement des pratiques.

Une initiative soutenue et accompagnée par un expert

Matthieu Fieulaine, anthropologue, psychologue, intervient depuis 15 ans dans le domaine de l'alcoologie et de l'addictologie. Il a développé les principes les objectifs et les outils de RdR-A pour accompagner des personnes et des structures, notamment à partir de ses recherches et pratiques sur les usages d'alcool en situation d'exclusion sociale. .

Après avoir créé la première structure française de RDR Alcool, il exerce aujourd'hui les activités de conseil, de formation, d'accompagnement et de plaidoyer pour favoriser le développement de la RDR Alcool partout où peuvent se poser des problèmes liés aux usages d'alcool

Il est intervenu dès la genèse du projet pour définir les principes de l'accueil avec alcool et continue de soutenir son déploiement en formant accompagnant l'équipe de Valgiros à sa mise en œuvre.

Accompagnement social personnalisé :

On essaie de libérer la parole concernant la consommation d'alcool durant les rendez-vous d'accompagnement social :

- On s'intéresse aux manières de boire plutôt qu'aux quantités consommées.
- On parle des effets recherchés puis des risques et des dommages qui y sont associés

L'équipe sociale a travaillé sur ses propres représentations pour laisser de côté le jugement moral de certaines pratiques d'alcoolisation.

Evolution du règlement intérieur

Ancien règlement intérieur :

- La **détention d'alcool est** strictement interdite dans le CHS.
- La **consommation d'alcool** est interdite dans le CHS et dans un périmètre d'un kilomètre en dehors du CHS.

Nouveau règlement intérieur :

- Conformément à la loi, la consommation d'alcool est autorisée dans le CHS : dans les espaces communs et dans les chambres. La consommation dans les espaces communs se fait prioritairement dans une intention de convivialité.
- Chacun s'engage à rester responsable de sa consommation et à ne pas gêner les autres. La consommation d'alcool ne justifie évidemment pas d'enfreindre les règles de vie du centre ni de manquer de respect aux autres résidents. Les pratiques d'alcoolisation doivent se faire dans un souci du collectif, de respect de ses colocataires.
- De même, les personnes qui consomment de l'alcool ne doivent pas faire l'objet de comportement ou de paroles discriminatoires liées à leur consommation.
- Concernant les temps nécessitant une participation active (réunion d'étage, AMAP, CVS, rendez-vous d'accompagnement social), il est demandé à chacun de veiller à être à ce moment en état pour une bonne participation.

EXEMPLE DE DÉPLIANT DE VALORISATION DES DÉMARCHES DE RdRA

Expérimentation d'une démarche de Réduction des Risques Alcool

De l'interdiction de l'alcool au sein d'un CHRS à une autorisation encadrée

« Les gens boivent tout leur alcool avant de rentrer dans la structure. »

« L'alcool est caché car non autorisé. Je ne veux pas perdre ma place. »

« L'alcool c'est trop de problèmes entre les résidents. »

« Si l'alcool était autorisé, ce serait ingérable et chacun n'en ferait qu'à sa tête. »

Comment est né ce projet ?

Ce projet est issu du partenariat conventionné depuis 2010 entre l'ANPAA 75 et Emmaüs Solidarité qui prévoit chaque année : formations, échanges de pratiques et ateliers auprès des publics.

Cette expérimentation a été rendue possible grâce à :

- des questionnements communs (Emmaüs Solidarité et Anpaa 75)
- un portage institutionnel fort de la direction et de la Mission santé d'Emmaüs Solidarité
- un appui financier et opérationnel de la Mairie de Paris (Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques)

Une expérimentation pour quoi faire ?

Réduire l'ensemble des risques et des dommages, individuels et collectifs, liés aux consommations d'alcool en définissant de nouveaux modes de fonctionnement et de gestion de cette question

Il s'agissait notamment de :

- libérer la parole et favoriser le dialogue sur l'alcool
- donner aux résident-e-s les moyens de consommer différemment
- renforcer les capacités des professionnels à accompagner les résidents.
- faire émerger d'autres pratiques face aux difficultés rencontrées
- renforcer l'accompagnement vers le soin en cas de demande

→ Pourquoi faire des ateliers ?

Poursuivre les échanges initiés lors du diagnostic et des rencontres du CVS

Libérer la parole lors de débat hebdomadaires sur les addictions, l'alcool, la santé, le bien-être, etc.

Ces ateliers ont renforcé la démarche communautaire et favorisé la Réduction des Risques en :

- intégrant les animateurs de l'ANPAA à la vie de la structure
- leur permettant d'exprimer leurs doutes, craintes et remarques
- permettant à tous de mieux comprendre les personnes consommatrices
- remobilisant les résidents autour des questions de santé
- encourageant leur participation à la construction du projet

→ Comment a-t-on produit du changement ?

En partant d'un constat partagé autour des limites du règlement de fonctionnement sur l'alcool

En prenant en compte les besoins de tous (hommes/femmes, consommateurs ou non, personnes abstinentes, etc.)

En réfléchissant aux modalités d'autorisation des consommations d'alcool

En permettant la coopération entre professionnels et résidents

« Le règlement ne sert à rien car il n'y a pas toujours de sanctions et les règles ne sont pas bien appliquées. »

« Si on appliquait le règlement strictement, il n'y aurait plus personne. Si ce n'était plus interdit, ce serait moins tabou et on arriverait à plus de résultats. »

Comment a-t-on évalué la pertinence des changements ?

Une observation quotidienne de la place de l'alcool dans la structure pendant 2 mois

Avec le règlement de fonctionnement initial (alcool interdit) → Suite à la communication sur le changement de règlement (autorisation temporaire de consommer dans les parties privatives)

Des critères d'observation définis collectivement :

- sécurité (violences verbales et physiques)
- nuisances sonores la nuit
- propreté des parties communes et aux environs de la structure
- incidents (chutes, retards, absences, etc.)
- participation à la vie collective
- verbalisation de la problématique alcool

Qu'est ce qui a changé ?

L'expérimentation du nouveau règlement de fonctionnement a mis en évidence de nombreuses évolutions dans les pratiques des professionnels et des résidents :

- un sentiment de sécurité accru
- une diminution des nuisances
- l'amélioration de la propreté des parties communes
- la diminution des incidents
- un apaisement du climat collectif

→ une plus grande facilité de tous à parler d'alcool

→ des pratiques de consommation qui s'inscrivent dans une démarche de RdRA

→ une amélioration de l'accès aux soins

→ une volonté partagée de maintenir l'autorisation encadrée

Quels principes clés nous ont guidés ?

La Réduction Des Risques et des Dommages

La mise en place d'une approche communautaire

Qu'avons-nous fait ?

« Nous sommes partis de la réalité des professionnels comme des résidents. »

« Nous avons veillé à co-construire le projet en associant les résidents à la prise de décision. »

« Le projet s'est appuyé sur la valorisation et le renforcement des compétences de tous. »

Etape 1
Diagnostic auprès des résidents
Diagnostic auprès des professionnels

Etape 2
Formation action « Alcool et réduction des risques » (4)

Etape 3
Animation d'ateliers « santé » auprès des résidents
Rencontre du Conseil de Vie Sociale (CVS)
Co-construction des changements

Etape 4
Observation et expérimentation des changements

Etape 5
Supervision de l'équipe
Capitalisation du projet

→ Qu'avons-nous appris du diagnostic ?

Sur la présence de l'alcool dans la structure :

- des représentations très négatives de l'alcool
- des pratiques de consommation cachées ou extérieures à la structure
- des interprétations et des applications variables du règlement de fonctionnement
- des pratiques d'accompagnement peu partagées ou comprises

« Je vois les personnes rentrer bourrées et embêter les autres et parfois m'embêter. »

Sur l'impact des alcoolisations sur la vie de la structure :

- des nuisances importantes
- un climat général altéré
- des comportements de résidents inappropriés
- une cristallisation des angoisses des résidents comme des professionnels au moment de la nuit

« Quand on se prépare à faire la nuit, on angoisse. Et de leurs cotés, les résidents sont pareils, ils angoissent en se disant comment le travailleur social va m'accueillir ce soir, en fonction de l'état dans le quel je vais rentrer. »

→ Qu'a permis la formation ?

La formation a permis à tous les professionnels de la structure de prendre un temps pour réfléchir à leurs positionnements et pratiques vis-à-vis des résidents présentant des conduites addictives. Elle a été une étape clé pour :

- travailler sur les représentations
- valoriser et renforcer leurs compétences
- favoriser l'échange en équipe sur les difficultés rencontrées
- amorcer une réflexion sur de nouvelles modalités de gestion de l'alcool

« Les gars se tiennent bien. Ca m'a étonné parce que j'étais inquiet. Je m'attendais à voir plusieurs personnes picoler. En fin de compte, si c'est respecté, je trouve que c'est une bonne idée, même pour moi qui suis un ancien alcoolique. »

« Je suis tout à fait favorable à l'autorisation car ça permet de les protéger, ils peuvent boire tranquillement donc il y a moins d'alcoolisations importantes. »

« Pour certains résidents, il n'y a pas eu vraiment de changement. Quoi que, avant quand ils rentraient, ils ne pouvaient même pas parler. Maintenant, quand ils rentrent bourrés, il me demande à manger. »

« Il y a moins de conflits pendant les activités. On fait plus d'activités, on est plus posé, on a plus de temps car il y a moins d'incidents liés à l'alcool. »

« Mais quand même, depuis un an, on parle plus facilement de l'alcool. »

« Il y a moins d'alcoolisations importantes. »

Contacts

ANPAA 75
13 rue d'Aubervilliers
75018 Paris
01 46 06 26 00

Emmaüs Solidarité
32 rue des Bourdonnais
75001 Paris
01 44 82 77 20

MMPCR
41 rue Delizy- Bât A
93 500 Pantin
01 71 29 26 95

Alice Lanquette
Animatrice de prévention
alice.lanquette@anpaa75.asso.fr

Franck Moulis
Educateur spécialisé
franck.moulis@anpaa75.asso.fr

Perrine Lebourdais
Attachée de direction
perrine.lebourdais@anpaa.asso.fr

Meryem Belkacemi
Chargée de mission santé
mbelkacemi@emmaus.asso.fr

Isabelle Jeanes
Isabelle.Jeanes@paris.fr

L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT RESSOURCES A ÉTÉ PILOTÉE PAR LA MMPCR :



- Carmen Bach, directrice pour Paris
- Isabelle Jeannes et Justine Hébert, cheffes de projet
- **En coopération avec l'ANPAA 75 :**
Pierre-Olivier Le Clanche, chef de service ; Alice Lanquette et Romain Terrien, animat.rices.eurs de prévention.
- **Textes des expertises et expériences rédigés par :**
Florence Raynal, journaliste.

Pour en savoir plus sur la MMPCR et prendre connaissance de nos différentes modalités d'intervention, reportez-vous



LISTE DES PARTICIPANT.E.S DU GROUPE INTERQUALIFIANT « RdR ALCOOL EN CENTRE D'HÉBERGEMENT » AYANT CONTRIBUÉ À LA CO-CONSTRUCTION DU DOCUMENT :

- | | |
|--|---|
| → François Bregou, directeur opérationnel précarité & exclusion, Aux captifs la Libération | → Marion Zermatti, éducatrice, CHRS La Poterne des Peuplier-Pole Rosa Luxemburg- CASVP |
| → Véronique Lévêque, directrice, CHS Valgiros, Aux captifs la Libération | → Rachel Cohen, Cheffe de service, CHU Mouzaïa-Fondation de l'Armée de Salut |
| → Souleymane Ba, chef de service, CHRS Emmaüs Georges Dunand | → Anaëlle Oriol, auxiliaire de vie sociale, CHU Mouzaïa – Fondation de l'Armée de Salut |
| → Julie De Sousa, Coordinatrice Santé Territoriale, Mission santé Emmaüs Solidarité | → Sara Garcia Diaz, Psychologue, CHU Mouzaïa-Fondation de l'Armée de Salut |
| → Hasfia Khalbous, Cheffe de service du centre de stabilisation Jacques SALVATOR-France Horizon | → Aziza Ait-El-Assane, Travailleuse sociale, CHU Mouzaïa-Fondation de l'Armée de Salut |
| → Eric Lemerrier, Chargé de mission SIAO 93 Interlogement 93 | → Abdou Ndiaye, chef de service, CSAPA Oppedia-Charonne |
| → Valérie Puvilland, Responsable pôle observation, SI et actions transversales-SIAO 93 | → Marie Francia, Psychologue-Accueil de jour Espace Charenton- Psychologue- AURORE |
| → Marie-Laure Pouget, cadre socio-éducatif, CHRS La Poterne des Peuplier-Pôle Rosa Luxemburg-CASVP | |

Nous remercions aussi tous les contributeurs, ayant fait part de leurs expériences et expertises et dont les noms figurent aux rubriques qui concernent leur témoignage.

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- **Modus Bibendi**
collectif d'associations agissant pour la réduction des risques et des dommages alcool a réalisé plusieurs documents pour accompagner la gestion de l'alcool dans les centres d'hébergement
- **L'accueil avec l'alcool en structure résidentielle à l'épreuve du confinement**
Modus Bibendi, 9 avril 2020, 4 p.
<http://www.dicadd13.fr/images/boiteoutils/MBtem0904.pdf>
- **Conseils aux professionnels assurant des missions d'hébergement et d'« aller vers » pour réduire les risques liés aux consommations d'alcool**
Modus Bibendi, 26 mars 2020, 4 p.
<https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/03/RECOMMANDATIONS-MODUS-BIBENDI-COVID-RDR-ALCOOL.pdf> ou http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/documents_generaux/RECOMMANDATION-COVID-RDR-ALCOOL.pdf
- **COVID19 / RDR Alcool - Conseils aux professionnels de l'hébergement pour réduire les risques alcool. Synthèse des recommandations du guide pratique**
Modus Bibendi, mars 2020.1p <http://www.dicadd13.fr/images/boiteoutils/MBsynthese.pdf>

- **La Rdr alcool en pratique**
Une fiche réalisée par l'Association Santé ! détaille les modalités d'un accompagnement téléphonique pour accompagner et organiser un soutien RdR Alcool, 26 mars 2020.1p.
<http://www.dicadd13.fr/images/boiteoutils/RdRtelSante.pdf>

- **« Addiction et précarité : accueillir, accompagner, innover ! Constats et expériences franciliennes partagés »,**
délégation francilienne de la Fédération Addiction et Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France.2019. 32 p.
https://www.federationsolidarite.org/images/stories/sites_regions/Ile_de_France/Sant%C3%A9/2019/Addiction_pr%C3%A9carit%C3%A9_.pdf

- **« Alcool : intervenir autrement » Fédération Addiction**
mars 2019. 8 p. La réduction des risques offre une approche différente du soin aux consommateurs d'alcool, et propose une alternative à la seule réponse du sevrage ou de la baisse des usages. Émaillé de paroles d'usagers et d'intervenants, ce document aborde le Contexte alcool et soin – les Principes et Projet de la RdR Alcool – et enfin la pratique de l'accueil à la définition des objectifs
<https://fr.calameo.com/books/00554485801d097a74397>

- **Expérimentation d'une démarche de Réduction des Risques Alcool. De l'interdiction de l'alcool au sein d'un CHRS à une autorisation encadrée.**
Rapport intermédiaire -Septembre 2015 Avril 2017-. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie 75. 38 p.
Présentation par l'équipe projet de l'ANPAA de l'expérimentation conduite au CHRS G.Dunand-Emmaüs.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vf_rapport_intermediaire_experimentation_gd.pdf

- **« Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement »**
Guide 2016. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. 218 p.
Guide élaboré avec la Fédération des acteurs de la solidarité IDF afin d'outiller le équipes sociales des structures de la filière hébergement dans l'accompagnement des parcours de santé des personnes accueillies.
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Guide_sante_acteurs_hebergement_0.pdf

- **« Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble ».**
Fédération Addiction, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Décembre 2015 .105 p.
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2015/12/guide_travaillemensemble.pdf



MISSION MÉTROPOLITAINE DE PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUES

mmPCR.FR



seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

MMPCR.fr

En partenariat avec :



Pôle Rosa Luxemburg
CHRS La Poterne des Peupliers



Centre de Stabilisation
JACQUES SALVATOR
23 rue des Noyers
93 300 Aubervilliers

CHS Valgiros
210 bis rue Vaugirard
75015 Paris