

Évaluation du programme régional de formation et accompagnement des acteurs de l'accueil et l'hébergement à la thématique des addictions.

JANVIER 2019

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Carole MARTIN DE CHAMPS, directrice, coordinatrice de projets de santé,
Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives, sociologue

A la demande de Fédération des Acteurs de la Solidarité Auvergne-Rhône-Alpes et avec le
soutien financier de l'Agence Régionale de Santé

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :
www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Remerciements

L'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cette évaluation et tout particulièrement :

Mesdames Emmanuelle Tello, puis Christèle Hervagault, chargées de mission à la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS),

Mesdames Audrey Sibellas, puis Pascale Blanchetière, déléguées régionales de la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS),

Madame Gaëlle Sotin, responsable du pôle prévention de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

Madame Marine Gaubert, chargé de projets de la Fédération Addiction (FA)

Monsieur Damien Thabourey, délégué régional de la Fédération Addiction (FA)

Mesdames Marion Salesse et Dr Dominique Legrand, référentes conduites addictives à l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Monsieur Jean-François Simatis, Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, Bureau CHRS, de la Délégation Départementale Déléguée du Rhône, DRDJSCS.

Ainsi que tous les professionnels rencontrés en entretiens individuels pour leur disponibilité et leur excellente participation.



Sommaire

PROPOS INTRODUCTIF SUR LE PROGRAMME RÉGIONAL	7
1. Les besoins identifiés ayant justifié le programme.....	7
2. Description résumée de l'action évaluée.....	8
ÉVALUATION	10
1. Besoins d'évaluation	10
2. Questions d'évaluation	11
3. Méthode d'évaluation	11
3.1 Les critères, les indicateurs et les sources de données	11
3.2 La méthodologie.....	12
3.3 Les limites de l'évaluation	13
4. Résultats	14
4.1 Évaluation des résultats du projet par critères d'évaluation.....	14
4.1.1. Amélioration des connaissances et des pratiques des travailleurs sociaux des CHRS et AJ.....	14
4.1.2. Changements organisationnels facilitant la prise en compte des addictions : Révision de règlements de fonctionnement	15
4.1.3. Liens partenariaux CHRS/AJ et CSAPA/CAARUD ;	17
4.1.4. Actions ou projets mis en œuvre dans les CHRS et AJ.....	18
4.2 Retour sur quelques éléments d'évaluation de processus identifiés lors des entretiens.....	20
5. Conclusion et recommandations	22
6. Glossaire.....	24

Propos introductif sur le programme régional

1. Les besoins identifiés ayant justifié le programme

Les secteurs de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions accueillent, en partie, un public commun. Les personnes en grande difficulté sociale présentent ainsi pour certaines des problématiques d'addiction tandis que les dispositifs médico-sociaux en addictologie ont parmi leurs usagers des personnes en situation de précarité, confrontées à des difficultés de logement ou d'accès à l'emploi. Les études réalisées sur la santé des sans-abris mettent d'ailleurs en avant une part importante de personnes ayant des consommations problématiques de substances psychoactives parmi les personnes vivant à la rue¹.

Bien qu'ils partagent un certain nombre de valeurs, les professionnels ont une culture professionnelle propre et ont un ensemble de représentations pouvant parfois rendre complexes leur rapprochement sur les territoires et l'adaptation de leurs pratiques aux besoins des personnes qu'ils accompagnent². Ainsi les professionnels des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), des Accueils de Jour (AJ) et des Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) peuvent parfois être mis en difficulté dans l'accompagnement des hébergés et accueillis en situation d'addiction. Parallèlement les professionnels des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction Des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) ne connaissent pas toujours bien les contraintes spécifiques liées à la vie en CHRS. Dans ce contexte de partenariat nécessaire, mais aussi d'articulations parfois délicates ou difficiles, un besoin de renforcer la coordination entre les acteurs de l'hébergement et les structures en addictologie émerge sur de nombreux territoires en France.

A la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS), en lien avec une des priorités du Plan Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS), la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) Rhône-Alpes, la Fédération Addiction (FA) et l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addicologie) ont élaboré et mis en œuvre un programme régional d'actions de prévention, d'accompagnement et d'accès aux soins des personnes concernées par des conduites addictives pour les personnes sans domicile individuel accueillies dans les structures d'hébergement et d'accueil³.

¹ Laporte A, Chauvin P « Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats », Observatoire du Samu social de Paris, INSERM Paris, 2010, 227p.

² Addictions et Lutte contre les exclusions-Travailler ensemble- Fédération Addictions-FNARS- Gaubert M, Lignac M, Quach-Hong M.

³ Cerfa- FNARS- Document de demande de financement

2. Description résumée de l'action évaluée⁴

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), la Fédération Addiction (FA) et la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), réunies au sein d'un groupe opérationnel, ont proposé un programme de prévention en matière d'addictions, dont les objectifs, et les activités, sont les suivants :

Objectif général: Favoriser l'accès à la prévention et à la réduction des risques pour les publics accueillis et accompagnés dans les dispositifs d'Accueil Hébergement Insertion (AHI) de la région Rhône-Alpes.

Objectif spécifique 1 :

Renforcer les compétences des professionnels des CHRS, CHU et Accueils de jour de la région Rhône-Alpes en matière de prévention, réduction des risques et accompagnement des personnes ayant des consommations problématiques de substances psychoactives.

Les activités réalisées pour atteindre cet objectif sont la mise en place de formations dans les départements de la région, pour la partie Rhône-Alpes : recensement des besoins de formation, co-construction entre les trois associations d'un conducteur pédagogique intégrant la question de la précarité et des addictions, mise en œuvre et co-animation des formations.

Cette partie du projet est communément appelée par tous les acteurs du projet « **PHASE 1 ou FORMATION** »

Objectif spécifique 2 :

Améliorer les compétences méthodologiques des équipes des CHRS, CHU et accueil de jour dans la réflexion, la conception et la formalisation d'un projet autour de la prise en compte des addictions, de la prévention et la réduction des risques.

Les activités réalisées pour atteindre cet objectif intègrent le repérage de projets émergents dans les établissements, la mise en place d'accompagnement méthodologique au montage de projets autour de la prévention et/ou de la Réduction des Risques (RDR) et du travail pair, par petits groupes de professionnels au sein même des établissements

Cette partie du projet est communément appelée par tous les acteurs du projet « **PHASE 2 ACCOMPAGNEMENT METHODOLOGIQUE** »

⁴ Pour plus de précisions, voir la présentation du cadre logique et du projet dans leur intégralité

Objectif spécifique 3 :

Favoriser et encourager l'émergence d'actions de prévention et réduction des risques au sein des CHRS, CHU et Accueils de jour concernés par la formation et l'accompagnement.

Les activités réalisées pour atteindre cet objectif regroupent l'organisation, la planification et mise en œuvre des interventions et projets autour de la prévention et/ou de la RDR et du travail pair dans les établissements en partenariat avec les CSAPA et CAARUD territoriaux avec l'appui et sous la supervision de la FAS, la FA et l'ANPAA.

Cette partie du projet est communément appelée par tous les acteurs du projet « **PHASE 3 ACTIONS COLLECTIVES A DESTINATION DES PUBLICS** »

Ce projet est mis en place par la FAS, FA et ANPAA en collaboration avec les CSAPA et CAARUD locaux (présents dans les départements) et les CHRS et Accueils de jour bénéficiaires directs de ce projet. Les bénéficiaires finaux étant les personnes hébergées et accueillies qui devraient, à terme, accéder à une meilleure prise en charge.

La participation aux phases 2 et 3 se fait sur la base du volontariat. Ainsi, certains établissements ne participeront qu'à la phase 1, d'autres à la phase 1 et 2, enfin quelques uns aux 3 phases.

Évaluation

1. Besoins d'évaluation

L'évaluation se définit comme « *l'appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats.* »⁵. Le but est donc de déterminer la pertinence, l'accomplissement des objectifs, l'efficacité, l'impact et la durabilité d'un projet. **Une évaluation devrait fournir des informations fiables et utiles permettant d'intégrer les leçons de l'expérience dans le processus de décision des porteurs de projet, des bénéficiaires et des financeurs.**

L'évaluation peut porter sur la mise en œuvre du projet et consiste à comparer le déroulement opérationnel effectif du projet avec ce qui était prévu : mise en œuvre des activités, utilisation des ressources, production de services, satisfaction des parties prenantes...on l'appelle alors **évaluation de processus**. **L'évaluation des effets ou des résultats** consiste, elle, à comparer les résultats atteints avec les résultats attendus fixés initialement, à partir d'indicateurs mesurables et ciblés. Elle est réalisée à la fin de l'action ou d'une phase et porte une appréciation globale sur les effets d'une action. Elle est habituellement utilisée pour orienter la prise de décision quant au devenir de l'action⁶

Suite à une validation en comité de pilotage du projet, la FAS a choisi d'internaliser la fonction d'évaluation de processus se rapportant au suivi du projet et à l'analyse d'éventuels écarts et **de solliciter l'ORS pour une évaluation de résultats**. L'évaluation a été intégrée dès la conception du projet. La proposition d'évaluation a été proposée, revue puis validée en COPIL en septembre 2015.

Il a donc été décidé que l'évaluation de résultats porterait sur l'amélioration des pratiques des personnels des CHRS, CHU et Accueils de jours dans la prévention, réduction des risques et accompagnement des conduites addictives des accueillis et hébergés.

⁵ Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)

⁶ L'évaluation en 9 étapes. Espace Régional de Santé Publique (ERSP). Rédigé par le groupe ressource en évaluation composé de membres de l'Observatoire Régional de la Santé Rhône Alpes et de l'Instance Régionale d'Éducation et Promotion de la santé Rhône-Alpes. Décembre 2009.

2. Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation en matière de résultats visent essentiellement à renseigner l'atteinte des objectifs spécifiques du projet.

Les questions d'évaluation choisies par le COPIL sont les suivantes :

- Est-ce que le programme a permis **d'améliorer les connaissances et pratiques des travailleurs sociaux en matière d'accompagnement** et d'accès aux soins des personnes ayant des conduites addictives⁷ et vivant en CHRS, CHU ou fréquentant les Accueils de jour?
- Est-ce que **des actions ou mesures ont pu être mises en œuvre dans certains établissements**, pour proposer un accompagnement adéquat aux usagers?

Plus généralement et de manière transversale, il s'agira de mesurer l'appropriation du projet par les bénéficiaires du programme (essentiellement les professionnels des structures d'accueil et d'hébergement) pour, *in fine*, émettre des recommandations en vue de son éventuelle reconduction.

Au vu de la temporalité et des contraintes du projet, l'évaluation n'avait donc pas pour objectif d'évaluer l'amélioration de l'accès à la prévention et à la réduction des risques pour les publics accueillis en CHRS, CHU et AJ.

3. Méthode d'évaluation

3.1 Les critères, les indicateurs et les sources de données

Afin de répondre aux questions d'évaluation, plusieurs critères ont été définis tels que :

- 1/ L'amélioration des connaissances et pratiques des travailleurs sociaux
- 2/ Les changements organisationnels au sein des établissements facilitant la prise en compte des addictions
- 3/ Le renforcement des partenariats entre CHRS/AJ et CSAPA/CAARUD au niveau local
- 4/ La mise en place d'actions ou projets centrés sur les addictions au sein des CHRS et AJ.

⁷ La notion de « conduites addictives » aborde ici exclusivement les consommations à risques de substances psychoactives, excluant d'autres types d'addictions, comme par exemple les addictions aux écrans.

Pour chacun de ces critères des indicateurs ont été établis

Critères	Indicateurs	Sources
1. Amélioration des connaissances et des pratiques des travailleurs sociaux	Professionnels déclarant avoir fait évoluer positivement connaissances et pratiques	Entretiens individuels qualitatifs semi-directif (ORS) Questionnaires de fin de formation (FAS)
2. Changements organisationnels facilitant la prise en compte des addictions	Règlements intérieurs modifiés	R.I.
3. Liens partenariaux entre CHRS/AJ et CSAPA/CAARUD	Professionnels déclarant se solliciter mutuellement plus facilement (CHRS/AJ vers CSAPA/CAARUD et CSAPA/CAARUD vers CHRS/AJ) Nouvelles permanences CSAPA et CAARUD au sein des CHRS et Accueils de jour	Entretiens individuels qualitatifs semi-directif (ORS)
4. Actions mises en œuvre au sein des CHRS et AJ	Actions mises en œuvre en phase 3 du projet	Entretiens individuels qualitatifs semi-directif (ORS)

3.2 La méthodologie

Afin de pouvoir renseigner ces indicateurs et répondre aux questions d'évaluation, le comité de pilotage a validé une évaluation externe du projet par une approche qualitative menée par entretiens semi directifs auprès des bénéficiaires du programme.

Ces entretiens, de type semi-directif, avec des professionnels formés en phase 1 ayant mis en place des actions au sein de leurs établissements en phase 2 et 3 et également avec des professionnels ne l'ayant pas fait devaient permettre d'analyser les freins et leviers au changement de pratiques, au développement de projets et à l'appropriation de la thématique par les différents professionnels et établissements ciblés par le programme.

Une liste de professionnels à interviewer validée en COPIL a été transmise à l'ORS. Cette liste regroupait des professionnels ayant participé aux différentes phases du projet, sur différents territoires ayant des caractéristiques différentes.

22 professionnels ont été interviewés de Juillet à Octobre 2017 :

- 18 professionnels de CHRS et Accueils de jour, éducateurs spécialisés, chefs de service, infirmières
- 4 professionnels de CAARUD et CSAPA

La plupart des entretiens ont été menés par téléphone, une partie en face-à-face au sein des établissements ce qui a permis une observation des lieux de vie des personnes accueillies.

La restitution des résultats de cette évaluation a eu lieu en COPIL le 29 Novembre 2018 puis en séminaire auprès des personnes ayant participé au programme le 11 décembre 2018.

3.3 Les limites de l'évaluation

La phase 3 était en cours de démarrage au moment de l'évaluation, ce qui a réduit les possibilités de recueillir des informations sur les projets ou actions mis en œuvre et à renseigner de manière adéquate le critère d'évaluation 4.

4. Résultats

4.1 Évaluation des résultats du projet par critères d'évaluation

Pour une meilleure lisibilité des résultats, nous avons choisi de présenter les résultats par critères d'évaluation proposés ci-dessus.

Bien que ne faisant pas partie de la méthodologie d'évaluation sélectionnée, quelques éléments d'évaluation de processus ont été recueillis et sont présentés plus bas.

Les substances psychoactives mentionnées par les personnes interviewées étaient très majoritairement l'alcool, un peu le cannabis, les autres produits ayant été très peu abordés.

4.1.1. Amélioration des connaissances et des pratiques des travailleurs sociaux des CHRS et AJ

De manière générale, presque tous les acteurs interviewés ont mis en avant une amélioration de leurs connaissances, représentations et pratiques sur la question des addictions depuis la réalisation de la phase 1 (formation initiale) et la phase 2 (accompagnement) du projet. Pour certains, il s'agissait d'une « *piqûre de rappel* » indispensable sur ces thématiques, pour d'autres cela leur a permis de « *changer de regard et de posture* » sur cette thématique qu'ils considéraient ne pas traiter de manière adéquate.

« *Je suis plus attentive sur la question des addictions et je n'hésite plus à l'aborder avec le résident, alors qu'avant je n'osais pas trop, je me sens plus confiante du fait des apports et outils partagés en formation* »

Cette phase 1 semble donc avoir permis de changer et améliorer le regard des professionnels formés, de mieux identifier CSAPA, CAARUD et CHRS et donc de se solliciter mutuellement plus facilement sur des situations concrètes après la formation. Les phases 1 et 2 du projet ont facilité le travail des équipes des CHRS/AJ, en faisant évoluer leurs représentations et jugements sur cette thématique. « *Chez un hébergé, sa consommation de cannabis me posait un problème, alors qu'elle semblait finalement assez bien gérée...la formation m'a permis de voir les choses un peu différemment* ».

La phase 2 (accompagnement) s'est très souvent déroulée au sein des établissements alors que la phase 1 (formation initiale) réunissait plusieurs CHRS/AJ et CHU à l'extérieur en ne sélectionnant qu'une voire deux personnes de chaque établissement. Cette phase 2 (accompagnement) a été appréciée par les différentes équipes car elle a permis d'inscrire la thématique des addictions et l'approche de réduction des risques au sein même de l'établissement et des équipes « *il est plus facile de convaincre certains collègues quand quelqu'un d'extérieur et spécialisé se rend dans la structure et sensibilise à la question des addictions* ». Elle semble avoir facilité une prise de contact et un travail engagé au sein même de la structure et très souvent une sensibilisation et adhésion du reste de l'équipe aux enjeux liés aux conduites addictives et à la réduction des risques, préalables à des changements organisationnels au sein de la structure. Cette phase 2 a aussi permis

d'approfondir certaines techniques spécifiques comme la formation à l'entretien motivationnel ou l'intervention brève et précoce identifiées comme nécessaires par les travailleurs sociaux pour mieux appréhender cette question des addictions avec les résidents et accueillis. Quand cette étape (phase 2) n'est pas réalisée elle semble manquer à l'appropriation de la thématique par les équipes au sein des établissements.

4.1.2. Changements organisationnels facilitant la prise en compte des addictions : Révision de règlements de fonctionnement

Après la formation initiale (phase 1) certains travailleurs sociaux se sont sentis en difficulté dans leurs structures respectives du fait du manque de suivi et d'engagement de leur établissement sur le projet pour les phases suivantes (phase 2 et 3). Les sollicitations auprès de leur direction sont restées sans réponses alors que les établissements semblaient s'être engagés en phase 2. D'après les personnes interviewées, il se peut que les Conseils d'Administration et les équipes de Direction des établissements aient perçu ce projet comme « *une formation sans engagement de leur part* » et n'aient pas pris conscience de la nécessité d'une participation active de l'établissement. Dans ces cas, les propositions de refonte de règlements ou autres mesures n'ont pas vu le jour. La sensibilisation des instances dirigeantes des établissements (direction, chef de service et CA....) à la réduction des risques et à l'importance de la prise en compte des addictions au sein des CHRS n'a peut être pas été (ou suffisamment été) réalisée. De plus, l'information préalable des établissements aux objectifs et contenu du projet, et le recueil formalisé de leur adhésion au projet aurait sans doute pu être plus développés.

Ces « appropriations » du projet par les structures ont été très disparates, puisque certaines ont engagé un travail actif et ont mobilisé du temps de leurs équipes sur ces sujets, et ont mis en œuvre des modifications structurelles, notamment par la révision des règlements de fonctionnement de leur établissement.

« *Avant, le règlement mentionnait que l'introduction d'alcool était formellement interdite au sein de l'établissement. Aujourd'hui et après discussion, il mentionne que la consommation massive d'alcool peut entraîner des troubles du comportement qui peuvent être nuisibles au groupe.* ». Le règlement sanctionne désormais les réactions d'agressivité éventuellement consécutives à la prise d'alcool plus que le simple fait d'être alcoolisé. Les modifications ont aussi porté sur l'autorisation de consommation en établissant une distinction entre parties communes ou relevant de l'espace public et parties privées, à usage individuel (chambres, notamment). Dans plusieurs établissements la consommation d'alcool est ainsi désormais autorisée dans les parties privées. Du fait de ces modifications de règlement de fonctionnement, les professionnels déclarent être plus à l'aise pour aborder les questions en lien avec les addictions avec les résidents et accueillis. Auparavant, les équipes avaient du mal à trouver des modalités d'intervention sur ces questions. Ces modifications ont aussi contribué à une harmonisation des pratiques sur la question des addictions. « *Avant, du fait*

de l'interdiction d'alcool les salariés pouvaient avoir des pratiques un peu différentes, certains appliquaient le règlement stricto sensu, d'autres toléraient les consommations.... ».

Cependant, les modifications des règlements de fonctionnement ont parfois entraîné des craintes au sein de l'équipe : « *craintes d'apéros géants, qui n'ont jamais eu lieu* ». Certains professionnels ont constaté de réelles résistances au changement : peur d'être dépassé, de ne plus contrôler les résidents qui pourraient se trouver en situation d'ivresse et occasionner des situations complexes à gérer.... Parfois ces craintes ont pu être dépassées grâce au travail de l'établissement et des structures d'addictologie partenaires : sensibilisation, rencontres éventuelles d'autres associations et surtout expérimentation, accompagnement et retour d'expériences. Il faut ici souligner l'importance de cette phase 2 du projet, qui s'est parfois écartée des activités prévues (voir partie processus plus bas) mais a réellement permis un travail adapté au sein des CHRS et Accueil de jour, d'après les professionnels interviewés.

Dans certains cas et malgré semble-t-il beaucoup de bonne volonté de la part de l'établissement (professionnels et encadrants), l'assouplissement des règles n'a pas été possible du fait de contraintes organisationnelles réelles ou ressenties au sein des équipes. Dans certains établissements par exemple, les éducateurs prônaient l'autorisation de la consommation d'alcool dans les chambres alors que les veilleurs de nuit y étaient opposés. Ces derniers ont bien été sensibilisés en phase 2 mais ils ont souligné le fait qu'ils travaillent seuls la nuit, dans les établissements et craignent les débordements qui pourraient être liés à des ivresses. Les contraintes « réelles » ou « ressenties » doivent être prises en compte pour la mise en place de ce type de programme.

De manière plus générale, certains établissements semblent avoir des habitudes, et pratiques strictes sur les horaires de sorties, mais aussi sur les consommations d'alcool comparativement à d'autres. En tout état de cause, les CHRS et Accueils de jour « *ne partent pas tous du même niveau* » sur la prise en compte des addictions dans leurs établissements : ils n'ont pas tous la même culture ni la même approche notamment en ce qui concerne les consommations de substances psychoactives par les publics accueillis.

Parfois ce sont les résidents eux-mêmes (à travers les Conseils de la Vie Sociale) qui peuvent être réticents au changement de règlement de fonctionnement, notamment pour ceux ne consommant pas ou plus d'alcool, même s'il semblerait que pour beaucoup ces changements aient plutôt été bien acceptés.

On notera également qu'un des CHRS rencontré a autorisé la consommation d'alcool dans les espaces communs (mis en place depuis 1 mois). Au moment de l'évaluation les travailleurs sociaux interviewés repéraient déjà plusieurs effets bénéfiques liés à ce changement comme le fait d'aborder plus facilement la question de la consommation d'alcool avec les résidents, de « *ne plus être dans une relation de flicage* » qui était ressentie comme infantilisante par ces mêmes professionnels, et d'éviter les pratiques d'« alcoolisations flashes » (boire de grandes quantités d'alcool juste avant d'entrer dans le CHRS lorsque la consommation d'alcool y était interdite), pratiques particulièrement néfastes pour la santé du résident mais aussi pour la collectivité. Les éducateurs déclaraient par ailleurs « *sentir les résidents plus tranquilles* » et notaient moins d'ivresses.

Néanmoins, ce résultat positif reste à nuancer du fait du temps d'expérimentation de cette autorisation encore très court.

4.1.3. Liens partenariaux CHRS/AJ et CSAPA/CAARUD ;

4.1.3.1. Partenariat CHRS/AJ et CSAPA/CAARUD

Avant toute chose, il faut noter des liens (parfois, et en fonction des territoires) déjà existants avant la mise en place du projet, entre CHRS et structure d'addictologie des territoires, avec une grande hétérogénéité de situations : dans certains établissements, ils existaient déjà avant le projet, pour d'autres il n'y avait pas de partenariats. Les liens semblent s'être considérablement resserrés depuis la mise en place du programme. « *Il est plus facile de prendre son téléphone pour aborder une situation quand on a déjà travaillé ensemble* ». Le projet a permis de redynamiser voire de créer des partenariats et d'améliorer le repérage des acteurs spécialisés sur un territoire.

Pour certains, le projet a rendu possible la mise en place de permanences du CSAPA au sein de leur CHRS ou Accueil de jour, et aussi la mise en place d'équipes mobiles mixtes CSAPA/CHRS allant à la rencontre des personnes. Ces permanences ou équipes mixtes permettent avant toute chose de rencontrer des résidents ou personnes sans domicile, en Accueil de jour, et parfois les amener vers le CSAPA ou le CAARUD pour entrer dans une démarche de RDR ou de soins. Cette démarche « d'aller vers » est aussi génératrice de partage, d'échanges et de partenariat entre équipes. D'ailleurs les CSAPA et CAARUD ont aussi apprécié de pouvoir se rendre sur les lieux de vie des personnes pour mieux appréhender leurs conditions de vie et connaître les systèmes de contraintes des établissements, échanger avec l'équipe éducative...

Cette interconnaissance a facilité le partenariat et l'échange entre CHRS/AJ et CSAPA/CAARUD.

A noter, les difficultés de certains CHRS ou Accueil de jour en milieu plus rural ou semi urbain ayant une plus faible accessibilité aux structures d'addictologie du fait de leur éloignement. Sur ce point un chef de service mentionnait que le programme avait contribué à réduire l'écart des pratiques et les différences d'accès aux services entre CHRS urbains et CHRS périphériques ou ruraux.

4.1.3.2. Partenariats entre structures d'AHJ (Accueil, Hébergement, Insertion) d'un même territoire

La phase 1 du projet (formation) a aussi permis une rencontre des différentes structures d'AHJ (Accueil, Hébergement, Insertion) d'un même territoire autour d'une thématique commune, partager des expériences, des situations, tout en étant guidés par des associations spécialisées en addictologie. « *Chacun se retrouvait avec des problématiques similaires sans le savoir, ça a permis de croiser les réflexions et pratiques et de travailler autour de mises en situations avec les structures d'addictions présentes* ». Dans le cas de structures de taille importante (200 salariés et plus), la formation a même permis de créer du lien et des échanges entre les différents services de l'association (CHRS, Accueil de jour, chantier d'insertion.....). Quelques personnes formées ont regretté de ne pas travailler aussi

dans les phases 2 et 3 de manière multipartenariale avec d'autres établissements ou structures présentes en phase 1 du projet (autres CHRS, CHU et accueil de jour du territoire) et apprécieraient un retour d'expériences et de nouveaux échanges avec ces structures pour encore enrichir et améliorer leurs pratiques.

4.1.3.3. Partenariats entre CAARUD et CSAPA d'un même territoire

Le partenariat entre CAARUD et CSAPA d'un même territoire, mobilisés autour d'une formation et un accompagnement commun (phase 1 et 2) semble avoir été ressenti comme positif. Le projet a été une opportunité de travailler ensemble autour d'une formation, d'un accompagnement et de compléter, d'enrichir des points de vue. Pour quelques uns cette articulation n'a cependant pas toujours été simple « *il est louable de mobiliser différents acteurs sur le terrain pour les faire coopérer autour d'une formation mais cela peut parfois s'avérer complexe du fait d'approches et d'écoles différentes...* ». Ce même constat a été fait dans la phase 2 (accompagnement) mais semblait dépendre des territoires et historiques de chacun des CSAPA présents sur le territoire.

4.1.3.4. Autres partenariats : les ateliers et chantiers d'insertion

Certains constatent que les ACI (ateliers et chantiers d'insertion) étaient très peu présents dans la mise en place du projet. Le projet initial ne prévoit leur participation qu'à titre exceptionnel. Lorsqu'ils sont présents, en phase 1 essentiellement (formation initiale), les professionnels des ACI semblent avoir des besoins importants sur la thématique et améliorent fortement leurs connaissances sur les addictions. Etant donné les enjeux de l'insertion par l'emploi et les difficultés de certains territoires sur cette thématique (la question des addictions étant souvent perçue comme un frein à l'emploi) il pourrait paraître pertinent de les intégrer à un prochain programme.

Enfin, certains acteurs interviewés estiment qu'un besoin existe d'aborder la question des addictions avec d'autres acteurs en lien avec les publics accompagnés : police, mission locale, éducateurs de prévention, pourraient être de nouveaux partenaires à mobiliser autour de projets ou au sein de réseaux territoriaux.

4.1.4. Actions ou projets mis en œuvre dans les CHRS et AJ.

Comme mentionné plus haut, ce critère a été difficile à renseigner puisqu'au moment de l'étude la plupart des acteurs interviewés n'avaient pas encore mis en place de projets ou commençaient tout juste à les mettre en place.

Pour rappel, le projet laissait le choix aux établissements de s'engager ou non dans une phase 3 qui consistait à mettre en place des actions de prévention et de réduction des risques à destination des personnes accueillies dans les établissements d'accueil et d'hébergement. Quelques établissements auraient idéalement souhaité mettre en place des projets mais ont considéré qu'il y avait d'abord un travail de sensibilisation et d'organisation important à mener au sein de leur structure. D'ailleurs certains professionnels des structures d'addictologie se sont déclarés mal à l'aise avec cette phase 3. Pour eux l'objectif

était plutôt d'engager un travail de fond avec les équipes des CHRS ET AJ, de les mobiliser et les autonomiser sur ces questions et pas « d'éparpiller » les énergies sur le déploiement de nouveaux projets faisant bien souvent appel à de la prestation de services.

Quelques projets repérés et mis en place au sein des établissements ou encore en réflexion:

- **Séances d'IEC (Information, Education, Communication)** à destination des personnes hébergées ou accueillies : petits déjeuner, séances d'information en soirées, théâtre forum, conjointement animées CSAPA/CHRS utilisant des techniques adaptés aux publics (jeunes, personnes étrangères....) et à la thématique RdRD.

Selon les professionnels interrogés ces séances ont pu entraîner ensuite des prises de rendez vous des hébergés avec les CSAPA.

- **Mise en place d'un séjour-ressource conjoint entre deux CHRS et une équipe mobile de CSAPA**

Les objectifs de ce « séjour-ressource » étaient :

-Une rupture avec le quotidien : changer de ville et de lieu de vie quelques jours permettant de prendre du recul sur son parcours, de « recharger ses batteries », de repartir avec une meilleure image de soi et peut-être d'ouvrir de nouvelles portes sur le projet de vie en faisant le lien avec l'accompagnement social en cours.

-Expérimenter d'autres façons de consommer, prendre conscience de ses consommations, en introduisant une notion de contrat et de gestion de ses addictions.

Ce séjour concernait deux types de publics : des personnes ayant des consommations dites « excessives », en échec d'hébergement, incluant des exclusions récurrentes en lien avec la consommation d'alcool et parfois des troubles psychiques, et un public de personnes moins visibles, moins bruyantes, isolées, mais étant aussi dans des consommations à risques. Finalement les professionnels constatent l'absence du premier public, complexe à mobiliser, à « gérer » sur un séjour de ce type requérant une adhésion de ses participants.

Les travailleurs sociaux des CHRS ayant été mobilisés sur ce séjour saluent l'intérêt de ce type d'activité : autour de l'organisation du séjour, une collaboration forte entre plusieurs associations a été mise en place, qui a permis de créer ou renforcer des relations de travail et d'approfondir la connaissance et les pratiques des travailleurs sociaux sur la question des addictions et de la réduction des risques et des dommages. Bien que le séjour n'ait peut être pas convenu à tous les résidents participants (certains n'ont pas adhéré à la notion de gestion des consommations), certains résidents semblent avoir pris conscience de leur consommation qu'ils tentent de gérer, voire de diminuer, au profit de nouveaux projets personnels ou professionnels. Même si ce type d'outil ne suffit pas à transformer l'existence des publics accompagnés (le contexte de vie et le profil des personnes pouvant très facilement balayer les effets vertueux d'un tel séjour) il peut contribuer, si il est réalisé dans de bonnes conditions, au bon moment, et avec les bons partenariats, à améliorer la prise en compte de la santé par les résidents. Ce séjour a aussi permis de diffuser de nouvelles idées, pratiques et expérimentations auprès des professionnels des CHRS y ayant participé.

C'est donc suite à ce séjour que l'autorisation de consommation d'alcool dans les espaces collectifs a été mis en place dans l'un des CHRS.

- **Projet assimilé Tapaj⁸ (Travail Alternatif Payé à la Journée)** : programme de revalorisation par le travail de jeunes en errance, consommateurs de substances psychoactives. Le travail est ici utilisé comme un outil de réduction des risques et repose sur un partenariat entre un dispositif spécialisé en addictologie (CSAPA ou CAARUD), le CHRS qui gère les questions sociales et le pourvoyeur d'emploi. Ce projet est à destination de jeunes très éloignés de l'emploi. L'objectif est de faire ou refaire l'expérience du travail sur un temps très court (5h de travail, deux fois par semaine). Le travail est organisé à la journée avec plusieurs étapes et un processus d'accompagnement évolutif. Si le projet (expérimenté sur quelques personnes cet été) semble fonctionner pour certains jeunes, il s'appuie sur un modèle économique complexe pouvant fragiliser sa pérennité, l'emploi étant 100% subventionné.

4.2 Retour sur quelques éléments d'évaluation de processus identifiés lors des entretiens⁹

En phase initiale de formation, certains professionnels ont regretté que celle-ci n'ait pas touché plus d'établissements (AJ et CHRS) : peut-être que la promotion de ce programme aurait dû être plus importante. De plus, quelques structures d'addictologie auraient souhaité être plus associées en amont du projet et se sont senties « *devant le fait accompli* » ce qui a pu gêner leur appropriation de la démarche.

Dans la proposition d'intervention initiale, la phase 2 (accompagnement) est une phase d'accompagnement méthodologique au montage de projets en vue de préparer la phase 3 de mise en œuvre de projets au sein des CHRS et AJ. Dans la pratique, et suite à l'identification partagée (entre CHRS et CSAPA) des besoins de l'établissement cette phase s'est souvent élargie voire complètement dédiée à de la sensibilisation, un travail sur les règlements de fonctionnement ou encore l'approfondissement de certaines techniques spécifiques (entretien motivationnel par exemple....) et pas tant sur de la méthodologie de projets. La partie « méthodologie au montage de projet » préfigurant la phase 3 a été menée dans quelques établissements et a été appréciée même si elle a parfois été ressentie comme complexe. En tout état de cause, les adaptations mentionnées ci-dessus ont apporté des résultats positifs en terme d'amélioration des connaissances et pratiques des équipes (voir 1.1) dans leur ensemble mais certains « doublons » ont été observés entre phase 1 et phase 2 (notamment quand il s'agissait de formation des équipes). Certains ont exprimé un sentiment de répétition. De plus, cette phase 2 semble s'être appliquée de manière hétérogène ce qui a pu engendrer un sentiment d'incohérence pour certains. Quelques professionnels auraient d'ailleurs souhaité avoir plus de temps de travail avec les structures d'addictologie. D'après eux, se limiter à 3 ou 4 séances n'était pas suffisant. La question du

⁸ Expérimenté au Québec par l'association « spectre de rue », TAPAJ a été adopté en 2013 au contexte français par le Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue de Bordeaux, adhérent de la FNARS et de la Fédération Addiction. Programme retenu au titre des priorités du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

temps dédié à ce type de projet, que ce soit en CHRS ou dans les structures d'addictologie, a largement été mentionné comme un facteur-clé de succès de ce type d'actions, bien qu'il soit très compliqué à mobiliser du fait des emplois du temps des uns et des autres.

Enfin, de nombreuses personnes interviewées ont mis en avant certaines difficultés dues au rythme du projet : des temps parfois trop courts et la nécessité de « *rendre des pistes de travail très peu de temps après la formation* » et a contrario « *des temps d'inertie ressentis comme long où il ne s'est plus rien passé* ». Durant ces temps de latence les équipes se sont parfois démobilisées. De plus, les réalités de certains CHRS font qu'il peut y avoir un turn-over important au sein des équipes, et de fait, plusieurs professionnels formés en phase 1 ne font plus partie des équipes aujourd'hui.

Pendant ces temps de latence, d'autres professionnels ont quelque peu questionné la gouvernance générale du projet, certainement du fait de nombreux acteurs et instances de décisions impliqués. Cette situation n'a pas toujours facilité la bonne compréhension du programme et rendu difficile la prise de décisions et le bon suivi du projet. Certains ont aussi noté un manque de coordination et de communication au sein de leurs établissements entre salariés, chefs de service, du fait d'informations pas toujours transmises. Ce point peut être assez complexe quand les équipes sont nombreuses et travaillent à des rythmes différents, avec finalement assez peu de temps de rencontre (équipe de nuit, de jour, de week end...). Ces derniers regrettaient aussi de ne pas avoir eu plus d'informations en début de projet sur la planification d'activités pour pouvoir mieux s'y préparer dans le temps.

5. Conclusion et recommandations

Ce projet a permis la diffusion d'une culture commune sur la question des addictions et de la réduction des risques au sein des CHRS, Accueils de jour et CHU participants. Le projet avait vocation à aller au-delà d'une simple formation, ce qui a été le cas, puisque de nombreux établissements ont modifié leur règlement de fonctionnement, le partenariat entre structures d'addictologie et CHRS/AJ/CHU est monté en puissance et de nouvelles actions de prévention et RdRD ont été mises en place.

Toutefois, afin d'améliorer encore l'impact de ce type de projets et comme mentionné dans le chapitre précédent, certains points sont à renforcer, approfondir ou organiser différemment.

Les recommandations sont ici présentées de manière chronologique par rapport à la mise en place par étapes du projet :

- **Couverture territoriale et communication :** Communiquer plus en amont du projet pour encourager un maximum d'établissements à participer à ce programme. Certains proposaient l'organisation de conférences départementales sur la question des addictions qui mobiliseraient les acteurs territoriaux au début du projet.
- **Engagement des différents acteurs et établissements :** pour une bonne organisation du programme, et vu la multitude d'acteurs en présence, il faut s'assurer que ceux-ci (personnes formées et leur direction/CA) aient bien intégré et validé leur engagement au sein du projet : engagement de chacun, planification d'activités, objectifs... Les modalités de communication entre acteurs devront être clarifiées au vu du nombre d'acteurs impliqués dans ce projet. A l'image d'autres projets, une charte d'engagement pourrait être proposée, qui préciserait, entre autres, les modalités de circulation de l'information entre les différents acteurs et partenaires.
- **Etat des lieux préalable formalisé au sein des établissements :** Intégrer au sein des CHRS et Accueils de jour partenaires du projet une phase d'état des lieux co-construite avec les CSAPA et les CHRS/AJ en s'appuyant sur une grille ou un guide qui aurait été élaboré suite au premier programme. Cet état des lieux permettra d'adapter le plan d'action aux contraintes et marges de manœuvre des établissements sur la question des addictions. Cet état des lieux pourra faire partie de la phase 2 qui aura besoin d'être clarifiée. Comme mentionné plus haut, une approche spécifique pour les CHRS en milieu rural ayant moins accès aux dispositifs CSAPA doit être développée en vue de réduire les inégalités géographiques d'accès aux soins des publics reçus.
- **Sensibilisation adaptée des équipes au sein des établissements :** Prévoir de manière plus explicite la sensibilisation de l'ensemble des équipes au sein des établissements (veilleurs de nuits, accueillants bénévoles, travailleurs sociaux...) mais aussi des équipes dirigeantes incluant les conseils d'administration (CA) afin de

s'assurer de l'adhésion et de la participation effective de l'établissement sur la thématique des addictions. La présence des partenaires en addictologie dans ces phases de sensibilisation semble primordiale. De plus, en fonction des besoins, des difficultés et des contraintes identifiées dans les CHRS, certaines sensibilisations pourraient être réalisées conjointement avec toute l'équipe ou être adaptées à certains types de professionnels en particulier. Cette sensibilisation tiendrait compte des contraintes propres à chaque corps de professionnels, profil d'établissement et permettrait de distinguer contraintes ressenties et contraintes objectives (ex : veilleurs de nuit), en s'appuyant sur d'autres professionnels pairs et expérimentés sur ces thématiques.

- **Création d'outils rendant plus formels les changements de pratiques au sein des établissements :** Bien que le projet ait permis de créer une culture commune, plusieurs professionnels souhaiteraient disposer de « fiches-repères » sur lesquelles ils pourraient s'appuyer quand un nouveau travailleur social ou professionnel serait recruté dans l'équipe ou en cas de problèmes : arrivée d'un nouveau résident, personne en situation d'ivresse, gestion de violences liées à l'absorption de substances. Ces « fiches-repères » pourraient s'articuler autour de 3 axes et guider la discussion en équipe : logique de prévention, gestion de crises, accompagnement individuel.
- **Retour d'expériences et partenariats :** Les établissements participant au projet étaient demandeurs d'un retour d'expériences des autres CHRS et Accueils de jour ayant participé au projet : présentation des actions et changements organisationnels effectués, observation *in situ* d'actions, projets...ce, afin de s'inspirer de nouvelles actions, partenariats et idées. Un prochain projet devrait aussi intégrer les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) pour lesquels des besoins importants semblent exister.
- **Pérennité et durabilité de ce projet :** la prévention des addictions et la RdRD devraient être intégrées au projet d'établissement, et au plan de formation des CHRS et AJ. Des conventionnements spécifiques CSAPA/CHRS pourraient être développés intégrant les activités conjointes, par exemple : permanences des CSAPA/CAARUD dans les CHRS, équipes mobiles conjointes, réunions de synthèses, temps d'échanges réguliers formels et informels. Des indicateurs renseignant ces activités devraient être proposés au prochain projet pour formaliser et valoriser ces informations.
- **Maillage territorial :** Certains territoires étaient demandeurs de réflexions territoriales partagées sur le sujet des addictions intégrant les autres acteurs du territoire sur cette thématique afin de les sensibiliser aux différents enjeux de RDR : police, mission locale, CCAS...

6. Glossaire

ACI : Ateliers et Chantiers d'Insertion

AHI : Accueil, Hébergement, Insertion

AJ : Accueil de jour

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

DRDJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale

FAS : Fédération des Acteurs de la Solidarité

FA : Fédérations Addiction

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Site de Lyon

9 quai Jean Moulin 69001 LYON
Tél. 04 70 07 46 20

contact@ors-auvergne-rhone-alpes.org

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Site de Clermont-Ferrand

58 allée du Pont de la Sarre 63000 Clermont-Ferrand
Tél. 04 73 98 75 50